



Cuando el aislamiento es preventivo y el encierro es manicomial.

Reflexiones desde la Salud Mental Comunitaria en tiempos de pandemia

Por Elena García¹

Resumen

Este artículo surge al pensar las prácticas comunitarias en salud mental en el actual contexto que nos toca transitar a nivel mundial: la pandemia por COVID-19.

El Aislamiento Social Preventivo Obligatorio, las múltiples formas de transitarlo y la relación que podemos establecer entre éste y el campo de la salud mental, nos arroja este avance de reflexiones en torno al abordaje comunitario de los padecimientos mentales, que son el puntapié inicial para comenzar a desandar un camino que no es nuevo, pero que hoy recobra más fuerza y es necesario retomar.

Palabras claves: Salud mental, Comunidad, Encierro.

Introducción

¹ Lic. Elena García es Trabajadora Social por la Facultad de Trabajo Social UNLP, integrante del Equipo de Salud del Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia y Vicepresidenta de la Asociación Civil Integración Comunitaria por la Salud Mental "Una Moviada de Locos".

Integrante del proyecto de investigación "Desestigmatizando la locura: el trabajo como integrador social, un estudio de caso", beca de investigación Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte"

elugar_05@hotmail.com

Siguiendo las legislaciones internacionales en materia de salud mental, podemos afirmar que la vida en comunidad es un derecho de las personas con padecimiento mental, siendo para la Organización de las Naciones Unidas (ONU) uno de los principios de la Atención Comunitaria en Salud Mental (1991).

En la misma línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Caracas (1990) establecieron promover la organización de servicios comunitarios que contribuyan a que personas con padecimiento psíquico puedan disfrutar de la libertad personal y por consiguiente ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y otras libertades fundamentales en pie de igualdad respecto a otros seres humanos.

Encontramos a su vez en los Principios de Brasilia (2005), el Consenso de Panamá (2010) y el plan de la OMS de 2013, la necesidad de fortalecer el modelo comunitario para el abordaje de los padecimientos subjetivos, asegurar la erradicación del sistema manicomial y reconocer como un objetivo esencial la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

Nuestro país, desde el año 2010, cuenta con una Ley Nacional de Salud Mental donde se establece la sustitución del modelo manicomial por uno de salud mental comunitaria.

Sin embargo, a una década de su sanción, su aplicación real y efectiva continúa siendo escasa, encontrando todavía 12.035 personas que se encuentran internadas en los 162 manicomios públicos y privados de la Argentina, con un promedio de tiempo de encierro de 8,2 años, que aumenta a 12,5 en el sector público².

El actual contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio nos invita a pensar las prácticas vigentes en salud mental, donde la modalidad de abordaje predominante continúa siendo la internación en el hospital monovalente.

Cuando el aislamiento es preventivo y el encierro es manicomial

“¿El aislamiento te está incomodando? Todavía hoy, hay quienes sostienen que el encierro es una práctica de salud mental”

Ésta frase circuló en redes sociales en las primeras semanas de decretarse el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio³. Medida que tomó el gobierno nacional para

² Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019), Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

³ Decreto 297/2020 Boletín Oficial - Presidencia de la Nación Argentina.

prevenir la propagación en nuestro país del COVID-19, virus que mantiene en estado de alerta y cuarentena a gran parte de la población mundial.

Dicho enunciado, para muchos de nosotros fue una invitación a pensar(nos) y (re)pensar "los encierros" y sus características.

Una frase que viene a interpelarnos desde la propia vivencia, al estar transitando cada uno de nosotros y en diversas formas, el aislamiento social preventivo obligatorio.

Un aislamiento que no se transita de la misma manera por múltiples factores; no es lo mismo estar solos que acompañados, con o sin hijos, tener un salario garantizado a fin de mes, que depender de la salida para conseguirlo y así podríamos nombrar infinitas condiciones que hacen que cada persona viva este aislamiento de manera distinta.

Sin embargo, hay algo que nos acerca y nos pone de alguna manera en la misma sintonía y es que ninguno de nosotros desarrolla su cotidianidad de la misma manera que antes del 20 de marzo.

Comenzaron a aparecer viejos y nuevos interrogantes, con viejas y nuevas respuestas en un contexto inmerso en la incertidumbre de lo que va a pasar.

¿Cómo viven el aislamiento quienes transitan un padecimiento mental?

Las personas internadas en el manicomio, ¿Qué diferencia encuentran entre su cotidianidad antes, que durante la cuarentena?

No es nuestra intención arribar en este texto a las respuestas sino invitarnos a una necesaria reflexión.

Aún persiste tanto en las prácticas institucionales como en las representaciones sociales, tensiones entre el ¿viejo? paradigma que concibe al loco como objeto de compasión o peligro, y el paradigma que lo legitima como sujeto de derecho.

Foucault (1996), Amarante (2006) y Galende y Kraut (2006) han teorizado respecto del binomio locura/peligrosidad y la necesidad de la sociedad de encerrar todo aquello que corrompiera el orden social establecido.

Nuestro país cuenta con una Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) que promueve el abordaje territorial y comunitario, estableciendo la prohibición de crear en todo el territorio nacional nuevos neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, tanto públicos como privados. Las instituciones psiquiátricas existentes, deben ser adaptadas a los objetivos y principios de la LNSM y a la sustitución paulatina y definitiva por una red de servicios con base en la comunidad. La OMS sostiene que el abordaje comunitario de la salud

mental tiene mejores efectos que la institucionalización en la salud de las personas, que asegura una mejor calidad de vida y que evita que estas sean sometidas a tratos crueles e inhumanos⁴.

Sin embargo el manicomio todavía existe y es una preocupación para quienes trabajamos en el campo de la salud mental comunitaria, que esos muros en el contexto actual se vistan de cuidado para ocultar la continuidad de vulneraciones que a diario se manifiestan en las condiciones de internación. La situación sanitaria actual llevó a la suspensión en las instituciones psiquiátricas de diversas actividades como ser visitas y/o acompañamientos terapéuticos, quedando en cuarentena estrategias que se venían desarrollando a los fines de propiciar procesos de externación.

Tanto los Organismos de Derechos Humanos⁵, como el Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental sostienen la necesidad de garantizar los derechos de las personas internadas en monovalente, considerando fundamental el derecho a la accesibilidad, a la comunicación, a la información y a la prevención; por lo que el aislamiento físico no debe convertirse en imposibilidad de comunicación con referentes, familiares y/o acompañantes o acceso a la información por solo nombrar algunas acciones.

Concomitantemente, las personas internadas en hospitales monovalentes deben ser incluidas como población de riesgo, no solo por su condición etárea, sino también porque muchas de ellas presentan enfermedades de base previas (diabetes, hipertensión, epoc), lo que sumado a las condiciones de internación los hace un grupo vulnerable.

Éstas condiciones de internación que se traducen en mala alimentación, escasos insumos de higiene personal, insuficientes elementos de limpieza del espacio de internación, malas condiciones edilicias entre otras situaciones que degradan la vida de las personas que permanecen allí internada, son producto de las tensiones y retrocesos existentes en la política de salud pública, agudizados en los últimos cuatro años de gestión neoliberal.

El manicomio generan marcas, con efectos abusivos en las personas, ya que llevan al aislamiento, desafiliación, pérdida de vínculos, vergüenza, deterioro de la propia identidad y la internalización de estos sentimientos degradantes, lo cual contribuye a reproducir los prejuicios (Basaglia, 2009).

Ante esto nos preguntamos y reflexionamos acerca de la vida en el manicomio y la permanencia de una cuarentena que se torna interminable.

⁴ Informe de ACIJ en <https://acij.org.ar/una-vida-en-cuarentena-un-encierro-sin-fin/>

⁵ Para ampliar se pueden visitar los sitios <https://www.cels.org.ar> - <https://acij.org.ar> - <https://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental>

Pensando estrategias de intervención desde la salud mental comunitaria

Venimos escuchando que este contexto sumergido en la pandemia nos brinda la oportunidad de promover prácticas en relación a los procesos comunitarios en salud mental, lo que en palabras de Claudia Bang (2010) se define como acciones de Promoción de Salud Mental Comunitaria. Acciones que pretenden recuperar los vínculos solidarios, la participación comunitaria y la salud como valor colectivo.

Hoy, nuestro desafío está en la reorganización de las redes de contención comunitaria y en reconocer que los procesos de salud no tienen que ver sólo con la identificación de componentes psicopatológicos sino que debemos fortalecer las estrategias colectivas, donde nuestras intervenciones estén guiadas por la promoción de espacios comunitarios y participación territorial.

Es nuestra obligación rescatar los principios de la desmanicomialización que postula recuperar los lazos solidarios a partir de los recursos de salud presentes en las personas y en la comunidad. Entender desde el Trabajo Social la salud mental como un proceso dinámico, nos lleva a trabajar desde una perspectiva integral, dimensionando en términos de Amarante (2009) que los sujetos de nuestra intervención, no son individuos aislados, sino que forman parte de un colectivo humano, atravesados por la trama social en la que están inmersos. Perspectiva que nos convoca a pensar intervenciones que promuevan posibilidades y la construcción de espacios que fortalezca los derechos ciudadanos y la equidad territorial.

Para que sea posible la vida fuera del manicomio tanto de las personas que aún se encuentran internadas, como de aquellas externadas, necesitamos un Estado presente con políticas públicas que propicien condiciones para el proceso de desinstitucionalización (Amarante, 2009). Necesitamos viviendas, apoyos económicos, dispositivos territoriales y un fuerte trabajo en la comunidad para que el estigma no sea la norma y la promoción de espacios comunitarios sea el eje transformador de las prácticas manicomiales.

La noción de estigma da cuenta de un proceso social, en el que por un lado una persona es señalada como “normal” y aquella que no es vista como “estigmatizada”. En palabras de Techera, Apud y Borges (2009) la estigmatización es utilizada por la sociedad como mecanismo para marcar de manera negativa a aquellos sujetos que no se ajustan a sus preceptos, que se escapan de lo pautado (Becker, 2012).

Consideramos que en el imaginario social continúan asociadas alrededor de las problemáticas en salud mental, representaciones ligadas a la locura como ser las de peligrosidad, tratamiento desde el encierro, lástima, o la incapacidad para realizar tareas

convencionales. Asimismo, la falta de visibilización y sensibilización para y de la comunidad en relación con el padecimiento mental, sostiene los prejuicios que conducen a procesos de estigmatización y que tienen serias consecuencias en la construcción del lazo social de personas con padecimiento mental.

Quienes trabajamos en lo comunitario tenemos el enorme desafío de no cristalizar nuestras prácticas como repetición de lo manicomial y caer en falsas consignas de integración comunitaria. Consideramos que debemos construir prácticas profesionales que propicien la construcción de autonomía y ciudadanía evitando la sobreasistencia o sobreprotección, lo que invalida el proceso terapéutico de cada persona. Llevar a cabo intervenciones que acompañen el armado de un proyecto de vida fuera del monovalente y favorecer el armado de redes intersectoriales que brinden posibilidades para que las personas puedan elegir qué hacer y de qué manera debe ser parte de nuestras estrategias.

En este contexto pandémico, las instituciones de asistencia comunitaria en salud mental se encuentran vacías, ya que las personas usuarias que las transitan habitualmente se encuentran cumpliendo el aislamiento social preventivo obligatorio. A pesar de ello, estas instituciones no se encuentran vacías de intervenciones.

La continuidad en el proceso de atención se manifiesta en la adaptación y reorganización del dispositivo para realizar la asistencia y acompañamiento en cada domicilio, fortaleciendo el lazo familiar/vecinal/equipo de salud en un escenario complejo y multideterminado. Amarante (2009) considera que es imperante que “se establezcan vínculos afectivos y profesionales con estas personas, que hagan sentir a las mismas escuchadas y cuidadas”.

Pensar hoy nuestras intervenciones, nos lleva a considerar que el aislamiento es físico en tanto cuidado de nuestra salud; pero no es social respecto de poder mantener vivos los lazos vinculares y comunitarios.

Las estrategias que los equipos de salud mental comunitaria venimos desarrollando demuestran una vez más que el abordaje comunitario de la salud mental es complejo, necesario y posible.

Transitar este aislamiento nos tiene que acercar a una necesaria reflexión sobre el encierro, el arrasamiento subjetivo que éste produce y los procesos de atención en salud mental vigentes.

Bibliografía

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires.
- Amarante, P (2009) *Superar al manicomio. Salud mental y atención psicosocial* Ed. Topía, Buenos Aires.
- Bang, C (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. Ponencia presentada en el *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología / XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina.
- Basaglia F. (2009). *La Condena de ser Loco y Pobre*. Editorial Topia, Buenos Aires.
- Becker, H. (2012). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires, Veintiuno Editores.
- Caceres, C. y otros (2017) *Derechos Humanos en salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental*. Unla, Buenos Aires.
- De Sousa Campos Wagner, G. (2001) *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Lugar editorial, Buenos Aires.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina
- Foucault, M. (1996 [1977]). *La vida de los hombres infames*, Altamira, Buenos Aires.
- Galende, E. y Kraut A. J. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Ley Nacional N° 26378 Aprobación de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
- Ley Nacional de Salud Mental N°26657. *Ley Nacional de Salud Mental*.
- Michalewicz, A., Obiols, J. Ceriani L., Stolkiner, A. (2011). Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio. Ponencia presentada en el *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología / XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina.
- Organización Panamericana de la Salud (1986). *Carta de Ottawa*. Washington, OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Consenso de Panamá*. Washington, OPS.

- Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas*. Washington, OPS
- Organización Mundial de la Salud (2001) *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas*. Ginebra, OMS.
- Organización de Naciones Unidas (1991) *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Res. 46/119. Ginebra, ONU.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Principios de Brasilia*. Washington, OPS.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, OMS.
- Techera, A, Apud I. y Borges, C (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo, CSIC-R.O.U.

