

Nuevos dispositivos en salud mental. Potencialidad política de su re-construcción

Lic. Ana Clara Soria

Proyecto de Investigación. HACIENDO CUERPOS II: Gestión de Vidas. Segunda Etapa. 2014-2015. Facultad de Filosofía y Humanidades. SeCyT. Universidad Nacional de Córdoba.

Eje 1: Saberes feministas y LGTTIBQ: Producción crítica de conocimiento.

Palabras clave: Salud mental. Dispositivo. Casa de medio camino.

Introducción

El presente trabajo tiene la intención de realizar una reconstrucción de una práctica profesional específica, acotada en un tiempo y en un espacio institucional denominado Casa de Medio Camino. Este espacio tiene lugar en el marco de la ley de salud mental N° 9.848 de la provincia de Córdoba, la cual plantea para su implementación la necesaria "Transformación de instituciones y servicios. A los fines de dar cumplimiento a la presente Ley, la planificación sanitaria deberá considerar la paulatina transformación de las instituciones y servicios de salud mental actualmente existentes y la creación de nuevas instituciones y programas en salud mental; tales como hospitales de día, centros de día y casas de medio camino (...)"¹.

Una casa de medio camino es una institución intermedia para personas con padecimiento subjetivo que no necesitan permanecer en instituciones hospitalarias y, a la vez, no pueden pasar rápidamente a la vida en comunidad sin un acompañamiento en su organización. La misma, permite a los sujetos-residentes, entendiendo por residente a quien decide vivir en la casa de medio camino por un determinado tiempo, ir adquiriendo las destrezas necesarias para recuperar su condición de autonomía y autovalimiento. Se entiende por autonomía el trabajo de un sujeto de ampliar los horizontes de un posible proyecto personal, y por autovalimiento la disponibilidad de recursos materiales y simbólicos necesarios para sostenerlo en su cotidianidad.

Ase, I. (2012), analiza la situación de la salud mental y su lugar en la salud en general, realizando un recorrido por la tendencia en la gestión política de todo el sistema de salud de la provincia de Córdoba desde el año 1.989: una política de descentralización. La propuesta de descentralizar consiste en que cada gobierno municipal y comunal participe de la prestación de los servicios de salud. Lo que debiera ser esfuerzo en una coordinación interjurisdiccional desembocó en una inercia fragmentadora y atomizadora. Esa descentralización, más que para la participación local y comunitaria, sirvió para el ajuste fiscal en el sistema público de salud, es decir, una desinversión en la salud de una población. La transferencia de responsabilidades en lo que hace a la salud a gobiernos locales sin los recursos necesarios significó la desestructuración de una red de efectores de salud.

En este contexto, Ase (2012) expone una serie de preguntas en relación a las posibilidades en salud mental:

¹Ley de Salud Mental Provincial N° 9848. Título II: Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental. Transformación Institucional. Capítulo II: Transformación Institucional. Artículo 27.

“(…) es posible que los gobiernos locales se transformen en actores fundamentales de un proceso de cambio en el contexto de un sistema sanitario que les recorta recursos y los abandona a su suerte. Si es posible construir una oferta de prestaciones y dispositivos en salud mental igualitaria y equitativa en el marco de un sistema sanitario que ha hecho de la desigualdad en el acceso y de las inequidades geográficas y territoriales casi una marca identitaria (…) Si es posible abrir canales de participación sectorial en el marco de un sistema de salud cada vez más cerrado y centrado en los saberes y lógicas profesionales (…) Si es posible que nuestro campo esté regido por el interés público cuando tenemos un sistema sanitario fuertemente corporativizado y capturado por intereses particulares (…) ¿Podremos en soledad, enfrentar y vencer todas estas limitaciones estructurales del sistema de salud?”.

Estas preguntas, manifiesta el autor, lejos de desanimar, tienen como objetivo provocar la reflexión sobre cómo seguir un camino como colectivo, desde qué lugar y con quiénes.

Casa de medio camino ConectArte

La casa de medio camino “ConectArte” está ubicada en el barrio Alto Verde de la ciudad de Córdoba. Existe desde el año 2011. Es una institución que pertenece al sector privado del sistema de salud de la provincia de Córdoba. Tiene como finalidad posibilitar a aquellas personas con padecimiento subjetivo el acompañamiento en el proceso de construcción de un espacio de participación activa en su propia cotidianeidad.

El trabajo del equipo terapéutico implica intervenciones en lo social para contribuir hacia “nuevas inserciones”, entendidas como “espacios vinculares” que se establecen entre profesional, paciente, familia, comunidad, institución, siendo ese espacio algo que no se reduce a lo físico. Se intenta reconstruir espacios vinculares que han sido transgredidos por muros físicos, mentales e ideologías psiquiatrizantes, donde los sujetos solo podían insertarse en lo social como enfermos de la familia, miembros depositarios de alguna disfuncionalidad familiar. En este sentido, la dinámica institucional incluye reuniones periódicas con el equipo tratante (Psicólogos/as, Psiquiatras; Centros de Día, etc.) de cada residente para desarrollar tanto un trabajo interdisciplinario, así como el estudio, seguimiento y revisión de las intervenciones terapéuticas.

Re-construir una práctica en este dispositivo, implica repasar una mirada de lo cotidiano, en la que puede pasar inadvertida la reproducción de prácticas asilares. La casa de medio camino, como dispositivo desmanicomializante, como práctica alternativa a la patologización, alberga como toda institución la posibilidad de reproducir lo que cuestiona. Su re-construcción supone desandar las estrategias y dinámicas adoptadas en: el intercambio con los diferentes actores del sistema de salud que intervienen en el proceso de tratamiento e integración social de un sujeto particular, donde se disputa la representación del sujeto en tanto objeto de saberes y prácticas científico-profesionales e institucionales; el acompañamiento del sujeto en la recuperación de su autonomía; la mediación que se establece entre la familia, el sujeto, los lugares que ocupan el uno para el otro y la posibilidad de movimiento en ellos; la comunidad próxima (el barrio) y extensa al dispositivo; y, por último, aquellas dinámicas que se dan al interior del equipo ConectArte en la toma de decisiones en cada instancia, donde los movimientos y dinámicas de los/las sujetos-residentes serán transversales.

En esta red de relaciones, surgen re-planteamientos sobre las categorías de lo humano y el género, se van definiendo los puntos de acuerdo y de diferencias, el acercamiento y alejamiento

respecto a esos puntos, siempre provisorios. Allí, la pregunta por la potencialidad de una ley va adquiriendo *cuerpo*. Cuerpo de disciplinas científicas, con prácticas y posiciones político-ideológicas distintas. El cuerpo del derecho en tanto texto que adquiere cierta vitalidad en los haceres, o bien, permanece muerto en tanto no se hace o el hacer dista de lo enunciado. Cuerpo de los derechos, las agencias, las autonomías, las voces, los cuerpos, las identidades. Cuerpo del Estado y los mecanismos que pone en marcha para desinstitucionalizar y reinstitucionalizar el sistema de salud mental y general.

Una multiplicidad de lentes

Para dar inicio a ese movimiento de re-construcción, en esta ocasión me inventé una especie de lupa con tres lentes: uno de la noción de dispositivo, el otro de género, y, por último, el de biopolítica, atravesados por, atravesando a, materiales de trabajo y producción de la MPSMDH. De ninguna manera uno está antes o después del otro, por lo que al desarrollar cada uno no iré siguiendo un orden estricto. Como tampoco se vuelven exclusivos, excluyentes, acabados y cerrados. Es su entrecruzamiento y el vértice desde el que me posiciono hoy, lo que me permite interrogar mi práctica, lo que hago en ella, corriendo el riesgo de escaparse algo. Por eso, la presentación ante un auditorio que podrá advertirme.

Luego, me centraré en desarrollar las estrategias y puntos de participación que tienen lugar en uno de los espacios que constituyen al dispositivo ConectArte: *la comisión de consumo conciente*.

De la biopolítica

¿Qué técnicas de gobierno y gestión política se ponen en marcha para la salud de una población? Dicho de otra manera, ¿qué busca un gobierno de una población?

Foucault (2006), advierte que la población en las sociedades occidentales a partir del s. XVIII será considerada por los fisiócratas como “un conjunto de procesos que es menester manejar en sus aspectos naturales y a partir de ellos”. ¿Qué significa esta naturalidad de la población? La población ya no es esa materia sobre la cual actúa el soberano manipulándola a su antojo, sino depende de toda una serie de variables, no siendo ya de este modo transparente a la acción del soberano. Sin embargo, la población será permanentemente accesible a agentes y técnicas de transformación, siempre que esos agentes y esas técnicas sean analíticos, calculadores y calculados. ¿Y qué lugar ocupan los individuos en una población susceptible de transformarse? Los individuos son un aspecto de esa naturalidad de la población, y el deseo de cada uno motorizará el deseo de ésta, “(...) el juego a la vez espontáneo y regulado del deseo permitirá, en efecto, la producción de un interés, algo que es interesante para la propia población” (Foucault, 2006, p. 96). El problema de quienes gobiernan ya no será cómo decir no, sino cómo decir sí a ese deseo.

Un poder que se ejerce positivamente sobre la vida, que se dispone a administrarla. Foucault (2009) diferencia un cambio en los mecanismos de poder de un Estado, que ya no procura hacer morir o dejar vivir, sino *hacer vivir o arrojar a la muerte*. Los dos procedimientos por excelencia de este nuevo viraje del poder consistieron en: las disciplinas – anatomopolítica del cuerpo humano, que se traduce en como adiestrar un cuerpo como máquina e integrarlo a sistemas de control eficaces y económicos; y la biopolítica de la población, tomando a cargo la regulación de ésta.

Esta renovada mirada de la población incluye la introducción de los dispositivos de seguridad, es decir, una *tecnología del poder*, física del poder o poder como acción física en el elemento de la naturaleza; y el liberalismo es su correlato. ¿Y qué es el poder, o la analítica que podemos emprender de él, para Foucault?

La apuesta, en cada contexto, es analizar la serie seguridad-población-gobierno y el campo de la política que se abre; y cómo van interaccionando las tecnologías de seguridad con: por un lado, las técnicas jurídico-legales, como la sanción de una ley, el establecimiento de una normativa legal; y por el otro, las técnicas disciplinarias, que parten de un modelo para establecer una partición entre lo normal y lo anormal, desarrollando procedimientos de control y corrección. ¿Cuáles son las definiciones que produce la ciencia respecto a lo normal y lo anormal, lo saludable y lo enfermo, lo razonable y lo loco?

Del dispositivo

Foucault (2009) propone una analítica del poder repasando la historia del pedido de saber y de verdad que se le hace al sexo respecto a nosotros. Un *dispositivo* de la sexualidad que, para alcanzar su producción de saber y de poder, es preciso construir una analítica del poder que no tome el derecho como modelo y como código. Esto es, advertir el problema que nos ocasiona adoptar una concepción jurídica del poder, centrada en el enunciado de una ley y lo que ella prohíbe o establece como lícito e ilícito. Y esto por una razón táctica:

Su éxito está en proporción directa con lo que logra esconder de sus mecanismos. ¿Sería aceptado el poder, si fuera enteramente cínico? (...) El poder, como puro límite trazado a la libertad, es, en nuestra sociedad al menos, la forma general de su aceptabilidad. (p. 83)

Por el contrario, es necesario entender por poder a:

(...) la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del campo en el que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o, al contrario, los desniveles, las contradicciones que aíslan a unas de otras; las estrategias, por último, que las tornan efectivas, y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de una ley, en las hegemonías sociales. (p. 89).

El poder no es a partir de un punto central único, por ejemplo, el Estado como reconocedor o no de derechos, que sanciona como ley una nueva concepción de salud mental, sino de innumerables puntos, de relaciones de fuerza y su permanente movilidad que dan lugar a *estados de poder*. El poder no es una institución, o una estructura, es “el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada”. (Foucault, 2009, p.89).

De las relaciones de fuerza, que son relaciones de poder, Foucault (2009) define que:

- 1) no hay una oposición binaria entre dominadores y dominados, sino que una gran multiplicidad de relaciones de fuerza atraviesan la sociedad produciendo efectos de escisión entre grupos. Tampoco se puede pensar las relaciones de fuerza como exteriores a otras relaciones, por ejemplo, de procesos económicos o de conocimiento.

- 2) son intencionales y no subjetivas, es decir, hay objetivos, tácticas que van dibujando dispositivos de conjunto, no la decisión individual de un sujeto.
- 3) No hay poder sin resistencia. Pero es preciso pensar la resistencia no como un lugar del gran rechazo, como una única forma de hacer la revolución, sino como puntos de resistencia móviles y transitorios, y es la codificación estratégica de esos puntos lo que hace posible una revolución.
- 4) Poder y saber se articulan en un discurso. Entre técnicas de saber y estrategias de poder no existe exterioridad alguna. Hay focos locales de saber-poder. Un discurso es:

(...) una serie de segmentos discontinuos cuya función táctica no es uniforme ni estable (...) el discurso puede, a la vez, ser instrumento y efecto de poder, pero también obstáculo, tope, punto de resistencia y de partida para una estrategia opuesta (...) los discursos son elementos o bloques tácticos en el campo de las relaciones de fuerza; puede haberlos diferentes e incluso contradictorios en el interior de la misma estrategia (...). (p. 97-98).

¿De qué se trata cuando se despliega un conjunto de estrategias en un dispositivo específico de saber-poder? Se pregunta Foucault respecto al sexo, respondiendo “(...) se trata más bien de la producción misma de la sexualidad (...). (Foucault, 2009, p. 101).

En un dispositivo de saber-poder en salud mental, ¿qué hay de la producción de la locura? ¿Se puede pensar en la suspensión de las enfermedades mentales en tanto diagnósticos psiquiátricos para dar lugar a la productividad de la locura? ¿Qué dolencias y malestares corporales no considerados como “mentales” pero que de todos modos entran en los mecanismos de control de una medicina que medicamenta cada parte del cuerpo?

Del género

El género, como noción de especie, de clase, “eje de las construcciones y de las clasificaciones de los sistemas de diferencias” (Haraway, 1995, p. 219), es un término que se impone a su observación y problematización, en tanto atraviesa prácticas cotidianas. Si se define a un sujeto como femenino o masculino, como mujer o como varón, humano o no humano, razonable o loco, sano o enfermo ¿cuáles son las perspectivas desde las que se mira para definirlo de tal o cual manera?, ¿qué se incluye y qué se deja por fuera? J. Butler propone (2007) que la coherencia de esa definición será variable, teniendo en cuenta el contexto histórico, la raza, la clase, la etnia, las modalidades sexuales y regionales de las identidades. Agregó: esa coherencia dependerá también del proceso diagnóstico-psiquiátrico que atraviesa un sujeto, su tratamiento médico y terapéutico y lugar de vivienda que se le posibilita.

De la comisión de consumo conciente

La comisión de consumo, como un espacio grupal, que toma la forma de reunión y encuentro semanal para definir cuestiones en relación al consumo en general surgió a principios de este año (2014). En cada ocasión, la presencia de una torta, tortitas fritas, galletas compradas y caseras, con dulce o picadillo, un mate, té, gaseosa, café, son el material con el que se brinda y da comienzo al encuentro de quienes asisten y de quienes no también.

Las preguntas, tanto por parte del equipo de trabajo como por parte de los/las residentes, en las que se agrupan los re-cuestionamientos son:

1. ¿quiénes se encargan de realizar las compras de todo lo que se consume en la casa?
2. ¿qué alimentos se comen?
3. ¿Cómo influye la alimentación en la salud/enfermedad?
4. ¿Qué imágenes de lo estético en términos de género corporizado se consumen?

En relación al primer punto, en los inicios de la institución las compras de la mayor parte de los insumos de la casa (alimentación, limpieza, etc.) estuvieron a cargo de la coordinación administrativa. Eventualmente participaban los/las residentes, pero esa participación no era un cuestionamiento para el equipo de profesionales.

El espacio empezó a gestarse con la pregunta de un residente (F) en relación a lo que se comía, la poca variedad en las comidas y la escasez de algunos alimentos que para él era importante incluirlos en la dieta. Su bagaje de información y conocimiento en cuanto a la producción alimenticia (industria agroquímica, producción agroecológica, etc.), las propiedades de los alimentos, cómo combinarlos para alcanzar su mayor provecho nutritivo, y de esta manera lograr una alimentación saludable, era amplio e insistente. Desde la coordinación administrativa se decidió dar lugar a esta participación y a otras, en este caso ofreciéndome a mí coordinar el espacio como parte del equipo.

La inquietud de (F) fue trasladada al resto de las/los residentes, presentando al espacio como un lugar de participación en la elección de los alimentos y su respectiva compra. Si bien la propuesta fue aceptada, el proceso de construcción no fue ni es fácil. Uno de los obstáculos para el grupo es la demanda que genera la no participación de todos/as los/as residentes, las presencias intermitentes y que a la hora de decidir qué comer y quién realiza las compras no todos/as asuman la tarea. Por otro lado, el acostumbramiento a que las compras se realizaran desde la coordinación administrativa se revelaba en quejas y falta de insumos en la casa. Si no había tal o cual producto: “no traen más...”, “no hicieron las compras”, “falta tal cosa” eran los comentarios, lo que no se traducían en armar una lista de compras e ir al supermercado, verdulería o carnicería. En este punto, uno de los objetivos que formulé para el trabajo institucional fue separar de la función terapéutica el rol asistencial:

- Dejar de asistir en las compras, en la elección del lugar donde comprar, en la comparación de precios, en el ahorro o derroche del dinero.
- Revisar prácticas asilares que reproducimos más allá de los muros, en tanto *ahorrarle* a los/las residentes la salida para hacer compras es una práctica que fomenta el encierro.

Del segundo punto, *qué comer*, la escucha de lo que cada residente valora como importante en la alimentación, dio lugar a la reconstrucción de la variedad de un mercado alimenticio que propone, todo junto y a la vez, el consumo de: figuraciones estético-corporales, satisfacciones y placeres, parámetros de salud y bienestar. El trabajo institucional, fue proponer y brindar información respecto a la alimentación (propiedades, industrias, etc.), y tomar en cuenta las recomendaciones/indicaciones de equipos terapéuticos de residentes en cuanto a la dieta

alimenticia (por salud y estética), pero haciendo prevalecer el posicionamiento que cada residente va formando en relación a qué comer.

El residente (F): plantea una alimentación orgánica, por fuera de la producción química industrial. Con la menor cantidad de carnes y harinas posible. Muchas frutas.

La residente (J): luego de un tiempo, expresó que las legumbres y la harina integral no le agradan, y le caen mal.

La residente (E): valora la producción agroecológica pero en lo que hace a la yerba mate prefiere elegir el *gusto* de su marca favorita.

Al residente (P): le gustan las carnes y las pastas, muy pocas verduras y frutas. Define: “lo sano me hace mal”.

El residente (L) en una ocasión comenzó la reunión diciendo: “yo quiero hablar del consumo inconsciente... me comí una horma de queso de tres kilos solo”.

En cuanto al tercer punto, definir cómo influye la alimentación en la salud/enfermedad desde mi lugar de coordinadora del espacio, estuvo relacionado a un replanteamiento del consumo de fármacos, no sólo de medicación psiquiátrica sino de medicamentos en general. Revisando los pastilleros de cada residente, encontraba que además de psicofármacos, había pastillas para cada emergencia de malestar corporal: para la gastritis, para el exceso de orina, para la tensión, para la tiroides, para el exceso de grasa, y así para cada manifestación del cuerpo que pueda controlarse medicamento. Por otra parte, los medicamentos, de acuerdo al momento del día en que tienen indicado tomarse, estaban etiquetados por los momentos de comida: “desayuno”, “almuerzo”, “merienda”, “cena”. En este sentido, la propuesta fue “des-etiquetar” las comidas y los alimentos, separarlos de fármacos y laboratorios que ofrecen promesas de salud, felicidad, y belleza, de géneros corporizados a partir del consumo de tal o cual producto.

Fui introduciendo información sobre las propiedades de alimentos, hierbas, plantas, frutas, verduras, carnes, que cumplirían funciones similares a los medicamentos que se toman habitualmente. La propuesta no fue establecer una jerarquía de valores entre alimentación y farmacología, o hacer equivaler exactamente los efectos de uno u otro, sino de analizar distintas vías y caminos para llegar a un efecto buscado, las propiedades de algunos con efectos adversos, y la de otros sin efectos adversos, unos más accesibles económicamente, pero no tanto en la disponibilidad del mercado, la circulación y accesibilidad de los productos de comercio.

Por otro lado, además de analizar los efectos de salud buscados, introducir otros efectos desde lo corporal y lo sensorial: efectos afrodisíacos, aromas dulces, sabores que conquisten. Hacer hablar a aquello que se come o que se toma más allá de un discurso de salud celular y molecular.

A partir de la propuesta de comprar a una red de productores agroecológicos “Consumo Conciente Serrano”, de la cual surgió el nombre de la comisión, circuló información de lo que sería un producto orgánico y un producto agro-químico. Se abrieron análisis en relación a la industria de los alimentos, la imposición de marcas-calidades y precios. La producción a grandes y pequeñas escalas, macro-empresa productora de alimentos o productores autogestionados.

Ahora bien, de todos estos recorridos no surge la definición de un universal en relación a dónde realizar las compras, qué comer, qué es saludable o no, qué cuerpos son más deseables en cuanto a lo estético y su acercamiento o alejamiento de parámetros genéricos definidos social e industrialmente. Van emergiendo *subjetividades* de consumo, de gustos, de salud y enfermedades, de géneros que se salen, por momentos, de diagnósticos, de saberes cerrados, de corporalidades esperadas, estéticas deseables e identidades totalizantes. La búsqueda de la comisión de consumo conciente, es una búsqueda sin punto de llegada pero con arribos importantes para cada sujeto.

En las expresiones individuales, asistiendo o no a la comisión, en las relaciones entre quienes hacen cuerpo presente y quienes no hacen presencia en éste espacio, y que no por eso dejan de tener cuerpo presente, con las rupturas, desencuentros, demandas, enojos, confesiones, brindis y tortas que se fueron produciendo a nivel grupal, se va configurando un grupo en el que se dan lugar a distintas definiciones de salud, gustos, estéticas, cuerpos, géneros.

Deleuze nos recuerda:

“La frase de Guattari *todos somos grupúsculos* nos indica a la perfección su búsqueda de una nueva subjetividad, una subjetividad de grupo, que no puede cerrarse en un todo forzado a reconstruir cuánto antes un Yo o, lo que es peor aún, un superyó, sino que se extiende a varios grupos a la vez, divisibles, multiplicables, comunicantes y siempre revocables.” (Guattari, 1976, p. 9)

“(…) ¿cómo un grupo puede ser portador de su propio deseo, ponerlo en conexión con los deseos de otros grupos y con los deseos de las masas, cómo puede producir los enunciados creadores correspondientes y constituir las condiciones, no de su unificación, sino de una multiplicación propicia a los enunciados de ruptura?” (Guattari, 1976, p 15).

Bibliografía

Conferencias

Ase, I. (2012). Las políticas de salud mental en el marco de las políticas públicas hoy. Jornada: Leyes sin reglamentar, prácticas sin transformar: ¿cuál es el lugar de la salud mental en las políticas públicas de hoy? Mesa de trabajo permanente en salud mental y derechos humano Cuaderno de trabajo n° 3. Ciudad de Córdoba.

Leyes

Ley de Salud Mental de la Provincia de Córdoba N° 9848. Argentina.

Libros

Butler, J. (2007). El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Ediciones Paidós.

Foucault, M. (2006). Seguridad, territorio y población. Curso en el College de France: 1977-1978. 1era. Ed. – Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2009). Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Guattari, F. (1976). Psicoanálisis y transversalidad. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Haraway, D. J. (1995). Ciencia, ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza. Madrid: Ediciones Cátedra.