

## **Instituciones de Salud Mental en la Argentina.**

Enrique Pichon-Rivière

Respuesta de Enrique Pichon-Rivière a tres preguntas realizadas en mayo de 1974 por la *Revista Los Libros*, sobre Instituciones de Salud Mental en la Argentina.

- 1. ¿Cuáles son los rasgos generales más sobresalientes que determinan y configuran la estructura de la asistencia psiquiátrica en la Argentina?**
- 2. ¿Cómo se expresa, en la actualidad, la situación de crisis institucional, tanto en el nivel corporativo como en el asistencial?**
- 3. ¿En su opinión, cuáles son los aspectos que presentan mayor urgencia en el desarrollo teórico y técnico, en relación con la situación señalada en 1 y 2?**

Entendemos que lo que recorre como implícito en los tres puntos del cuestionario es la pregunta por la salud mental, su concepción, y la organización del sistema asistencial y de prevención. La elaboración de un criterio de salud es a nuestro juicio el único punto de partida posible para la caracterización y evaluación de estructuras asistenciales, situaciones institucionales y puntos de urgencia en el desarrollo teórico en la formación de los agentes de salud, en vistas a su instrumentación para una praxis transformadora de sí mismo, de los pacientes y del medio. Es decir, de todo lo que constituye el texto y contexto de su operación.

Al analizar las distintas categorías utilizadas por las ciencias del hombre para abordar el problema de la “salud”, de lo “normal y lo patológico”, de las “formas de adaptación”, nos parece entrar en un terreno equívoco, ambiguo, lleno de indefiniciones o definiciones contradictorias.

Entendemos que esta ambigüedad y ocultación ideológica de las verdaderas características del problema es sólo aparente y cumple una tarea de escamoteo de las reales condiciones de producción de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad, y de la función que el Aparato u organización de la salud cumple en una sociedad de clases.

El análisis de los distintos criterios y definiciones de salud, y de las formas de organización y asistencia que inspiran o justifican nos remite a sus condiciones de producción, condiciones histórico – económico – políticas. Toda definición, toda teoría de la salud y enfermedad implica y reenvía a una concepción del sujeto, del mundo y de la historia que la fundamenta.

Según las características de concepción, ocultante u objetiva y científica se elaborarán los criterios de normalidad y anormalidad (1).

Nos parece pertinente, es decir, centrado en el objetivo de este trabajo, esclarecer el carácter de aparato ideológico de dominación que reviste en nuestro sistema social la organización de la salud, para comprender la particularidad que asume en su interior la lucha ideológica como expresión de las alternativas de un proceso de liberación.

La norma de comportamiento, el criterio que permite establecer si la conducta de un sujeto es adaptada, normal o patológica está emparentando: a) con un sistema de representaciones; b) con una infraestructura de relaciones sociales, de producción, legitimada en ese sistema de representaciones, que orienta las expectativas sociales y las encuadra.

El criterio de salud, la norma que evalúa la forma de adaptación a la realidad, es funcional al sistema de relaciones sociales, como lo es la norma jurídica.

El criterio de salud vigente, criterio de competencia social, como condensación de ideas, es condensación de ideas de la clase dominante, funcional con sus intereses objetivos. Como condensación de la ideología dominante tendrá el carácter ocultante y mistificador que le confiere a esa ideología su papel en la lucha de clases.

Quien rompe alguna de estas normas, la jurídica y la de salud, ligadas por un origen común: relaciones sociales - relaciones de producción - relaciones de propiedad, y una función compartida: control social, se hace acreedor, en nuestro sistema, de una sanción social semejante: marginación y descalificación sistemática de sus actos y pensamientos.

Podemos decir que existen hoy dos formas de ley: la escrita, codificada, que constituye el orden jurídico y que expresa la voluntad de una clase en el poder, y otra forma de ley, coherente con la anterior, que configura el criterio de normalidad a partir del cual se juzga –calificándola o descalificándola- la conducta de los sujetos. Esa ley no escrita es también expresión de intereses de clase.

El abordaje del problema de la salud mental fundada en esa concepción de lo “sano y lo enfermo” como instrumento de dominación, legitima, un tipo de adaptación a la realidad, una forma de relación consigo mismo y con el mundo, acrítica, ilusoria y alienante. Aparecen así como coherente y acreedoras de consenso las conductas adecuadas a las relaciones de producción vigentes, relaciones de explotación.

La estructura social configura el tipo de sujeto apto para su reproducción (continuidad). Toda la organización del proceso socializador está al servicio de esa tarea. Los criterios de adaptación, normalidad-anormalidad cumplen un rol fundamental, de orientación en ese proceso.

Este aparato de dominación, en el que se materializa la ideología dominante, tiene sus cuadros en psiquiatras, psicólogos y otros trabajadores en el campo de

la salud que vehiculizan una concepción jerárquica, autoritaria, dilemática y no dialéctica de la conducta. Son líderes de la resistencia al cambio, condicionantes de la cronicidad del paciente, al que tratan como un sujeto "equivocado" desde su punto de vista racional.

Estos agentes correctores, cuya ideología y personalidad autocrática les impide incluir una problemática dialéctica en el vínculo terapéutico, establecen con sus pacientes relaciones jerárquicas en las que se producen el par dominador-dominado, incapacitándose para comprometerse también ellos en agentes sujetos de la tarea correctora, llegando en el mejor de los casos a ser lúcidos observadores del acontecer del paciente.

Pueden establecer quizás una simbiosis o una situación siamésica pero nunca un vínculo operativo, mutuamente modificante.

En esa jerarquía irreversible establecida entre el "sano" y el enfermo, particularmente instaurada en las instituciones asilares, en la que separan también al terapeuta del enfermo diferencias de clase, se produce lo que Laing llama, una devastación de la experiencia, una negación de la experiencia, de la cultura y de la identidad del paciente (2).

La actitud autocrática se estructura por operación de la ideología y se refuerza en una formación que disocia principios teóricos y campos concretos. Los planes de estudio, igual que los asistenciales, desconocen y escamotean la realidad social en la que ha de desarrollarse la tarea correctora. Planes y tareas asistenciales efectivizan una política que obedece a la estrategia de las metrópolis imperialistas, que intentan afianzar y procuran reforzar la dependencia de países como el nuestro, no sólo mediante la explotación económica, sino también a través del logro de la hegemonía de sus objetivos e intereses en la planificación nacional (cultura, educación, salud, etc.). En el área específica basta mencionar los misérrimos presupuestos de salud y salud mental, la infraestructura obsoleta, para comprender la verdadera relación de fuerzas y la escasa efectividad a niveles masivos que ha tenido hasta hoy todo el "cambio" en la asistencia psiquiátrica. Esto lleva a preguntarnos por el sentido "revolucionario" de planteos como terapias breves, talleres protegidos, comunidad terapéutica, etc. (3).

Hemos dicho que todo criterio de salud reenvía a una concepción del Hombre y la historia que la fundamenta. No quisiéramos cerrar nuestra respuesta sin plantear nuestra perspectiva sobre este problema básico.

En la medida en que entendemos al Hombre como configurándose en una Praxis, en una actividad transformadora, en una relación dialéctica mutuamente modificante con el mundo, que tiene su motor en la Necesidad, la elaboración de un criterio de salud -lo que nosotros llamamos de adaptación activa- significa el análisis de las formas de relación del sujeto con el mundo, las formas que reviste esa relación constitutiva del mundo como tal.

El parámetro de evaluación que orienta ese análisis es la capacidad de desarrollar una actividad transformadora, un aprendizaje.

Reformulamos el par conceptual vigente en psiquiatría: salud y enfermedad, en términos de adaptación activa o pasiva a la realidad. Con el término adaptación nos referimos a la adecuación o inadecuación de la respuesta del sujeto a las exigencias del medio. A la conexión operativa, transformadora o inoperante, empobrecida, entre sujeto y mundo.

El sujeto es "sano" en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad transformándose a la vez él mismo.

El sujeto está "activamente adaptado" en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico con el medio, y no una relación rígida, pasiva, estereotipada. La salud mental consiste en aprendizaje de la realidad, en una relación sintetizadora y totalizante, en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-mundo.

Adaptación no implica aquí "competencia social", aceptación indiscriminada de normas y valores, sino por el contrario, una lectura de la realidad con capacidad de evaluación y propuestas de cambio.

En nuestro esquema conceptual el concepto de Adaptación Activa se identifica con el de Aprendizaje, el que se define como Apropiación Instrumental de la Realidad para transformarla.

El retrabajo de los conceptos de necesidad, del sujeto como ser histórico, ser de necesidades, el análisis de nuestra coyuntura histórica y del rol que en esa coyuntura cumple una psicología que amplía el concepto de adaptación activa hasta la praxis política (no es otra cosa la definición de la relación dialéctica), nos llevó a Ana P. de Quiroga y a mí, en el último tiempo, a incluir el concepto de conciencia crítica en la elaboración del criterio de adaptación.

Así, Conciencia Crítica es el reconocimiento de las necesidades propias y de la comunidad a la que se pertenece, conocimiento que va acompañado de la estructuración de vínculos que permitan resolver esas necesidades.

La conciencia es una forma de vinculación con lo real, una forma de aprendizaje que implica la superación de ilusiones acerca de su propia situación, como sujeto, como grupo, como pueblo. Lo que se logra en un proceso de transformación, en una praxis que modifica situaciones que necesitan de la ficción o la ilusión para ser toleradas.

Como trabajadores en salud mental estamos obligados a lograr esa forma de lectura de la realidad. Sería muy importante que esta encuesta sea algo más que

la oportunidad para enunciar posturas. En un proceso de liberación, la lucha por la salud no es sólo la lucha contra la enfermedad, sino contra los factores que la generan y la refuerzan.

Se nos ha preguntado; como trabajadores en Salud Mental quizás haya una sola respuesta concreta: el reconocimiento de nuestra verdadera situación en el campo de la salud, el reconocimiento de nuestras necesidades como pueblo.

Desde allí, y desde una correcta evaluación de fuerzas (Logística), será necesario organizarse, darse una estrategia común, analizar el verdadero significado de lo que parece avance y de lo que parece retroceso.

Cuidarnos tanto de la marginación como de la ingenuidad, pero recordar ante todo, que, en salud, la praxis es colectiva.-

- (1) Ana P. de Quiroga. Clases Escuela de Psicología Social. Buenos Aires y Tucumán, año 1973.
- (2) Alfredo Moffat. Apuntes para una psicoterapia de l oprimido. Edición particular, año 1972.
- (3) Hernán Kesselman. Salud Mental y neocolonialismo en Argentina. Y La penetración imperialista en el campo de la salud Mental. Revista Envido N°6 y 7, año 1972.

### **Bibliografía:**

Pichon-Rivière (1971). *Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Tomos I y II.* Buenos Aires. Editorial Galerna.

-----