

# **¿Psiquiatría comunitaria o psiquiatría asilar comunitaria? poder y espacio público.**

Ps. Fidel Lajara E.

*“Todo en un asilo bien ordenado, los locales, los reglamentos y las personas, se encuentran como impregnado de ese espíritu de orden y de sumisión y así coopera, incluso sin que se den cuenta los que son su objeto e instrumento, al cumplimiento de la finalidad general, es decir, a la curación, o al menos a la mejoría, de los alienados” (J.P. Falret: “Du traitement general des aliénés, en Des maladies et des asiles d’aliénés, 1843).*

## **1. Algunas inquietudes, sobre las posibles inquietudes de los trabajadores comunitarios.**

¿Desde qué lugar nos situamos, quienes trabajamos en el ámbito de la salud mental, cuando hablamos y trabajamos desde la psiquiatría comunitaria? Tal vez, si ejercitamos un poco nuestra memoria, pueden aparecer las ideas de “trabajo en terreno”, “visita domiciliaria”, “intervenciones grupales”, “trabajo en red” y una serie de conceptos asociados a la cartera de servicios de un centro vinculado al trabajo de estas características.

El tema es ¿hasta qué punto el despliegue de esas actividades, realizadas por quienes trabajamos en esta área, promueven procesos de autonomía y agenciamiento colectivo (entiéndase, “salud mental”) con la comunidad?

Realicemos el mismo ejercicio con las ideas de “autonomía y agenciamiento colectivo” ... Al parecer, ya no es tan fácil que aparezcan ideas eventualmente claras o concretas, como los conceptos inmediatos que sugiero en un principio. Hablar de autonomía y agenciamiento, exige una tarea distinta para quienes trabajamos aquí.

Para ayudarnos un poco, creo pertinente citar a Raquel Gutiérrez, socióloga mexicana, quien plantea que el estudio de lo social considera al menos dos aspectos fundamentales, y estos son: *“Estudiar los asuntos sociales a partir de sus contradicciones y rastrear las contradicciones desde el punto de vista de la inestabilidad”* (p. 23, 2017). Es decir, que el esfuerzo de pensar y desarrollar el trabajo de una psiquiatría comunitaria que facilite procesos de autonomía y agenciamiento no dependen de la mera ejecución programática de ciertas actividades. No es para nada una función equilibrada, ya definida y de la cual seamos “expertos”.

Si queremos desarrollar algunas reflexiones sobre este tema, también considero que nos puede aportar en algo, el planteamiento del filósofo francés, Jean-Luc Nancy, sobre el concepto de “desobramiento”, es decir: *“aquello por lo cual la obra no pertenece al orden de lo acabado, ni tampoco de lo inacabado: no le falta nada no estando para nada cumplida”* (P. 32, 2016).

Por lo tanto, pareciera que las pretensiones asociadas al discurso de los manuales y lo concluido (“esto es lo que usted debe hacer”), entra en contradicción inmediata con la opacidad, la inestabilidad y el desobramiento de algo que está siempre en falta... es Lo Real (que no es lo mismo que la realidad, sino aquello que emerge de forma inesperada) lo que nos pone siempre en entredicho.

Ahora bien ¿es la psiquiatría comunitaria, una disciplina que busque generar procesos donde las personas ocupen los espacios públicos -más allá del tránsito cotidiano del trabajo y el consumo- para promover y ejercitar una ciudadanía que desarrolle la materialización de sus deseos y proyectos comunes?

## **2. Asilar comunitarios.**

En base a esta pregunta, quisiera citar a Robert Castel, sociólogo francés, quien da cuenta del proceso histórico de la psiquiatría social (hoy comunitaria), desde su auge y época dorada, a mediados del siglo XIX...

Para esto, retomemos la idea del asilo.

*“El asilo es el lugar existencial del ejercicio de la psiquiatría porque es el más apto para oponerse al medio natural (es decir, familiar y social), patógeno por ser anómico, un medio construido, terapéutico por estar sistemáticamente controlado. En el asilo puede desplegarse con todo su rigor una pedagogía del orden. En él puede hacerse más enérgico el ejercicio de la autoridad, más constante la vigilancia, más estrecha la red de coacciones. Camisa de fuerza moral que equivale a la física”* (Castel R., p. 95, 2009).

¿Para qué retomar la idea del asilo, en el ámbito del trabajo ambulatorio y en el territorio?

Para situarnos creo clave citar de nuevo, lo que a mi juicio, devela el paradigma de la ciudadanía contemporánea en Chile.

*“El reverso de la inseguridad que motiva el aislamiento y enrejamiento progresivo de la propia vivienda, se traduce en la valoración de espacios protegidos y vigilados, que necesariamente terminan siendo espacios de exclusión e higiene social”* (Ed. Aceituno, R. Sanhueza, D. Valenzuela, R. en Lapsos, Depósito de materiales, 2012-2016).

La necesidad de anteponer ambas ideas tiene relación con el ejercicio y las posibilidades de implicación en el ámbito del desarrollo de autonomía y agenciamiento entre quienes componen una comunidad específica... Por un lado, está la figura del asilo como paradigma de la medicina social en Europa de a mediados del siglo XIX, por otro, lo que nos parece el componente ideológico de la ciudadanía en Chile, desde la Dictadura y la post Dictadura. Y ¿Cuál es el motivo de relevar dichos elementos? Porque nos parece necesario, poner en discusión cuáles son los componentes ideológicos, así como históricos y éticos en relación con el quehacer de quienes estamos bajo la exigencia del trabajo en salud, situados bajo el discurso formal de la “psiquiatría comunitaria”.

En función de aquello... parece legítimo preguntarnos.

“Trabajo en terreno” y ¿para qué?

“Visita domiciliaria” y ¿para qué?

“Intervenciones grupales” y “trabajo en red” ¿para qué? ¿qué garantiza la realización de estos ejercicios en el territorio que nos convoca? Asilar la comunidad, encerrarla con más pasajes enrejados, con más cámaras en las esquinas -dado que el vecino puede ser un eventual “factor de riesgo”-, más patrullas en las plazas porque las reuniones masivas son demasiado peligrosas, pues parece que estas acciones nos muestran que las ideas de los salubristas del siglo XIX, retornan cada cierto tiempo, y es en el Chile actual, donde la encarnación de la figura del especialista, de la seguridad ciudadana, de la receta, de lo dado y pensado por el Otro, actúan sin mayor conflicto en los centros y programas asociados a la “psiquiatría comunitaria”.

“Tómese esta pastillita, 1 en la mañana, 1/2 en la tarde y otra en la noche”, “respire hasta 10”, “medite”, “no piense esas cosas, mejor piense en esto otro...” “busque trabajo”, “vaya para allá y no ande por acá que es peligroso”, “ame a su familia”, “hágalo por sus hijos”, ¡“enfrente sus temores”!

### **3. ¿Dónde estamos situados?**

Pues parece necesario, al menos generar cierto examen a nuestra posición sobre el trabajo en salud, en el ámbito de lo comunitario... en tanto, la pregunta es ¿hasta qué punto decidimos ser hablados por Otro saber, y por ende, encarnamos la figura del Otro anulando la posibilidad de reconocer el conflicto, la inestabilidad y la movilización, mediante la clasificación y la transformación de las diferencias en meros datos estadísticos, como un ejercicio concreto de control y anulación del sujeto?

Del paso a las sociedades disciplinarias a las sociedades de control, parafraseando a Deleuze, sabemos de esto porque lo vivimos, pero es bastante inquietante no problematizar si deseamos esto o no. Programamos, ejecutamos y repetimos... Armamos grupos, realizamos visitas, nos coordinamos en red, hacemos la pega, pero no quisiéramos dejar de plantear que tal vez, el Asilo ya no se reduce al Hospital psiquiátrico, porque no es una cuestión topológica, sino más bien cartográfica.

La escena del asilo puede repetirse en la casa del paciente una vez visitado y atendido.

La escena del asilo puede repetirse en el trabajo de coordinación en red, en tanto, se habla del síntoma, de lo anormal y lo mal que se porta el paciente.

El asilo como institución, se ejecuta a fuera de la institución... en tanto, los trabajadores de la psiquiatría comunitaria, operamos como promotores de un discurso que eventualmente aparece como “neutral”, “objetivo”, “científico”, “aséptico” y a-histórico.

Ante esto, más allá de exponer qué es la psiquiatría comunitaria, pues me ha parecido importante exponer desde qué lugar y cómo se ha pensado y cómo se suele ejecutar esta disciplina, para que revisemos en conjunto si estamos de acuerdo o no con lo que se nos pide realizar... Sin embargo, quisiera plantear que dicha ejecución, dista bastante de la posibilidad de desarrollar procesos de autonomía y agenciamiento, si por eso queremos entender una intervención en el ámbito de lo comunitario... Y para cerrar, me gustaría exponer al menos, en qué lugar quisiéramos situarnos, en tanto, qué entendemos al menos por “autonomía” o su devenir en el espacio público. Para esto, quisiera cerrar con Cornelius Castoriadis, psicoanalista e institucionalista todavía muy vigente.

*“La autonomía es pues el proyecto -y ahora nos situamos sobre un plano a la vez ontológico y político- que tiende, en un sentido amplio, a la puesta al día del poder instituyente y su explicación reflexiva (que no puede nunca ser más que parcial); y en un sentido más estricto, la reabsorción de lo político, como poder explícito en la política, actividad lúcida y deliberante que tiene como objeto la institución explícita de la sociedad (así como de todo poder explícito) y su función como nomos, diké, télos -legislación, jurisdicción, gobierno- hacia fines comunes y obras públicas que la sociedad se haya propuesto deliberadamente”*(p. 17, 1987).

Qué nos dice esto, que al menos queremos entender la salud como una obra pública - desobrada, porque no está para nada cumplida- y un producto de un proceso de autonomía y agenciamiento colectivo de una comunidad determinada, la cual hace ejercicio de un saber y un poder reflexivo de sus propios procesos históricos y condiciones materiales, llevando de manera deliberada sus propios objetivos en búsqueda de un fin común e impropio, que es de todos y de nadie en particular.