

X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco, 2019.

Una experiencia de arte y cultura en el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo. Reflexiones en torno a la desinstitucionalización psiquiátrica.

Daniela Núñez Rosas.

Cita:

Daniela Núñez Rosas (2019). Una experiencia de arte y cultura en el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo. Reflexiones en torno a la desinstitucionalización psiquiátrica. X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/x.congreso.chileno.de.antropologia/57>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edE8/Zsy>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Una experiencia de arte y cultura en el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo. Reflexiones en torno a la desinstitucionalización psiquiátrica

Daniela Núñez Rosas⁹¹

Resumen: El trabajo aborda la experiencia del proyecto Fondart “Arte y cultura a los pies del Orolonco” realizado el año 2017 en el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo. El objetivo fue desarrollar espacios de participación creativa que promuevan el bienestar colectivo e individual de las personas a partir de actividades artísticas desarrolladas en base a la metodología de trabajo Portafolio. Herramienta de intervención social que reconoce, valora y fortalece los aprendizajes previos de personas adultas.

La experiencia permite problematizar desde un abordaje etnográfico algunas prácticas de (des)institucionalización psiquiátrica, cuyos mecanismos de poder devienen un exhaustivo régimen de control, vigilancia y medicalización intensiva que construyen al sujeto “loco” depositario de una dolencia que lo excluye y autoexcluye de la sociedad.

En dicho escenario el arte constituye una potencial herramienta que busca aportar al bienestar y reivindicar la subjetividad de los usuarios/as, por cuanto sus historias de vida van siendo opacadas por la gramática clínica y nosología psiquiátrica. En este sentido, propiciar espacios de arte en la institución psiquiátrica, tiene como inspiración el proceso de desinstitucionalización propugnado por Franco Basaglia, cuya mirada no pretende alcanzar la cura, más bien interpela a toda la comunidad hospitalaria, las cuestiona y moviliza desde la toma de conciencia. Desde allí el arte se convierte en acción política, colectiva y emancipadora.

Palabras clave: Bienestar, Desinstitucionalización, Creatividad

91 Universidad de Chile. Correo electrónico: zapatosdetaco@gmail.com.

Introducción

La locura no está unida al mundo y a sus fuerzas subterráneas, sino más bien al hombre, a sus debilidades, a sus sueños y a sus ilusiones.

Michel Foucault

El proyecto “Arte y Cultura a los pies del Orolonco” se enmarca dentro de la línea formativa del Fondo Regional 2017 del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes. El proyecto consistió en una serie de talleres artísticos dirigidos a usuarios y usuarias del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo (HPPP). Uno de los cuatros hospitales psiquiátricos que conforman la red pública de atención psiquiátrica a nivel nacional.

El nombre del proyecto hace alusión al cerro Orolonco llamado así por su cima pincelada con el estoico perfil de una princesa indígena, cuyas lágrimas, según cuentan los lugareños, dieron vida a las actuales vertientes y riachuelos. Orolonco es aquí testimonio secular del lugar desde que el hospital fuera antaño un establecimiento que cobijara a personas con enfermedades broncopulmonares. Más hoy se honra su nombre como fiel escenario que alberga historias, memorias, gestos y relatos que reverdecieron suspiros, sonrisas y quebrantos al calor de las actividades artísticas en sus precordilleranos faldeos.

El objetivo del proyecto fue desarrollar espacios de participación creativa que contribuyeran el bienestar colectivo e individual de las personas, promoviendo la autonomía, la inclusión social y el empoderamiento. En este sentido, los talleres no fueron planteados estrictamente desde la disciplina del “arte terapia”, más bien concedieron primacía al ámbito artístico relevando el acto creativo de manera complementaria al tratamiento terapéutico y no como una alternativa a ello.

La formulación y ejecución del proyecto contó con la participación del equipo directivo del hospital que brindó soporte logístico, metodológico y terapéutico facilitando para esto último el apoyo permanente de una terapeuta ocupacional. Y los talleres fueron ejecutados gracias al apoyo de diversos artistas provenientes de las áreas de la poesía, el teatro, la danza, la pintura y el stop motion.

El proyecto se planteó desde la metodología llamada “portafolio”, herramienta de intervención social basado en procesos de enseñanza-aprendizaje que permite identificar, reconocer, valorar y fortalecer el aprendizaje previo de las personas adultas. Por aprendizaje previo, se entienden aquellos saberes y conocimientos que las personas poseen en virtud de sus historias de vida, sus experiencias laborales, familiares, culturales, pudiendo ser formales, informales o experienciales. Precisamente, para indagar en dicho acervo, el portafolio implica la construcción de un relato de vida, que en este caso convino una plasticidad narrativa basada en diversos recursos materiales y lenguajes artísticos acorde los objetivos de la iniciativa.

Uno de los fundamentos de esta metodología dice relación con la escritura, por cuanto facilita un proceso introspectivo y reflexivo para enhebrar un relato íntimo. Sin embargo, desplegada en los talleres artísticos la escritura fue concebida en su multiplicidad de lenguajes, incluyendo expresiones como la oralidad, el sueño, el canto, el dibujo, la improvisación, la danza, la poesía. En ese sentido, se intentó fomentar una narrativa rica de textualidades, temporalidades y por

qué no, geografías, pues con cada ejercicio propuesto se procuró reflexionar sobre el porqué de la obra o puesta en escena, buscando enhebrar la creación con la experiencia subjetiva de los sujetos. En esa misma línea, los talleres fueron vertebrados de manera tal que fueran abriendo un camino desde lo más íntimo hacia la apertura con los compañeros. Una suerte de bucle que principió la creación individual, la exploración simbólica, la memoria, el cuerpo, para dar paso a la improvisación, el trabajo en grupo y el juego.

Finalizado el proyecto a modo de registro se realizó una memoria que recopila las distintas actividades desarrolladas. Sin embargo, atendiendo las bases teóricas, históricas y metodológicas que guiaron esta experiencia de trabajo, se torna necesario reflexionar sobre aquellas prácticas que pueden contribuir al proceso terapéutico y la desinstitucionalización psiquiátrica, entendiendo por esto último no solo la externación y reinserción de las personas a la comunidad, sino ante todo un proceso de reflexión autocrítica que aspira a la toma de conciencia y la emancipación social.

Para dicho propósito, desde un enfoque etnográfico de la antropología, el presente manuscrito busca ante todo comprender a los actores sociales desde sus propias prácticas y percepciones, por ende, no se abordan aspectos eminentemente clínicos del campo de la biomedicina. Lejos de detenerse en el detalle de cada actividad, procura relevar algunas prácticas y procesos que, a través de la creación artística, contribuyeron al empoderamiento, la autonomía, el bienestar y autoestima de y entre las personas.

Antecedentes

El Hospital

El Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (HPPP) está ubicado a 3 kilómetros de la localidad de Putaendo de la provincia de San Felipe de Aconcagua, V región, emplazado entre cerros, casas coloniales y un singular paisaje cordillerano y agreste, depositario de un cielo rutilante que le otorgó la fama de un lugar de buenos aires. Esto último fue motivo para que su construcción original en 1940 estuviese destinada a la atención de personas con afecciones bronco-pulmonares. Años más tarde, ya controlada la epidemia de tuberculosis en Chile, en 1968 por mandato del Servicio Nacional de Salud pasa a convertirse en un sanatorio de tipo asilar para personas con enfermedades mentales. En esta primera etapa recibió pacientes del Hospital Psiquiátrico El Peral de Valparaíso y del entonces Manicomio Nacional, hoy Instituto Psiquiátrico José Dr. José Horwitz Barak ubicado en la capital. Recién, en 1977 nace el Hospital Psiquiátrico de Putaendo. Desde entonces, se irán creando una serie de servicios de atención especializada tales como el servicio clínico de psiquiatría infantil (cerrado en 1986), crónicos mujeres, crónicos hombres, agudos, medicina interna y de rehabilitación terapéutica. Recién en 1990 el hospital adquiere el nombre "Dr. Philippe Pinel" tal como se conoce actualmente.

Durante la década de los 90', el hospital promovió una serie de actividades recreativas dirigidas a pacientes y funcionarios con el fin de favorecer la convivencia, el bienestar y el clima laboral de su comunidad. A modo de ejemplo, se llevaron a cabo talleres de artesanía, baile y

pintura, dirigidos a funcionarios y paralelamente se desarrollaban actividades recreativas como paseos, talleres de manualidades y gimnasia, dirigidos a los usuarios. Fue de suma relevancia también el Proyecto de Desarrollo Silvoagropecuario implementado en 1993, que establece la agricultura como principal actividad ergoterapéutica dirigida a los usuarios del HPPP⁹².

A comienzos de la década del 2000, la mayoría de estas iniciativas de carácter terapéutico-recreativo fue decayendo como consecuencia de los nuevos focos de gestión y administración hospitalaria y las nuevas directrices de la Reforma de Salud. Pese a dichos cambios, en los últimos tres años, la dirección vigente del hospital ha impulsado numerosas iniciativas de participación, capacitación y vinculación con la comunidad. Ejemplo de lo señalado es el programa *Centro Diurno de Rehabilitación* desarrollado el año 2015. En este programa participaron alrededor de 20 usuarios del HPPP que fueron beneficiarios de actividades terapéuticas cuyo objetivo fue desarrollar habilidades sociales y artísticas. El programa que contó con el apoyo del Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS), culminó con la realización del *Primer Festival de la Amistad y la Inclusión Social* efectuado en la Plaza de Putaendo. Sin embargo, luego de la experiencia piloto, no hubo continuidad de las actividades por la no renovación de recursos financieros. Valga mencionar también entre los hitos de índole histórico que dan a conocer el hospital hacia la comunidad, el trabajo narrativo y fotográfico realizado por las artistas Diamela Eltit y Paz Errázuriz, quienes en 1994 publicaron el libro *El infarto del alma*, obra de carácter poético y visual, que intenta retratar el amor y la locura de las personas allí internas.

De acuerdo a los datos entregados por la dirección del HPPP la institución posee una población de 794 personas aproximadamente, de los cuales 440 son funcionarios y 354 corresponden a usuarios internos. El hospital además mantiene 4 dispositivos comunitarios en cada uno de los cuales viven en promedio 10 usuarios. Estos dispositivos son: el Hogar Protegido Los Ciruelos, la Residencia Protegida Los Aromos, la Residencia Protegida Los Naranjos y la Residencia Protegida Los Paltos, todos ubicados en los alrededores del recinto hospitalario en Putaendo.

El panorama general

Durante el siglo XX hasta la actualidad, diversos han sido los hitos que han trazado una trayectoria en la lucha por la desmanicomialización de los hospitales psiquiátricos de distintas regiones del mundo. Tenemos por ejemplo el modelo de trabajo de la “comunidad terapéutica” impulsada por Maxwell Jones en el Hospital de Belmont de Gran Bretaña a principios de la década de los años 50’ que, desde el enfoque de la psiquiatría social, incentivaba la reinserción social de los pacientes a partir de un proceso grupal de comunicación, participación y re-aprendizaje. También podemos nombrar el movimiento de desinstitucionalización liderado por Franco Basaglia en el Hospital San Giovanni de Trieste, Italia. Basaglia, apoyado por médicos y estudiantes, a partir de una serie de reformas terapéuticas e institucionales logró en 1980 que el Parlamento italiano aprobara la Ley 180 que propugnaba la progresiva desaparición de los hospitales psiquiátricos con el objetivo de superar “la realidad manicomial” excluida y excluyente de las personas con enfermedad mental.

92 Para mayor detalle, consultar www.psiquiatricoputaendo.cl

Ya en el continente americano tenemos como referente el trabajo de artes visuales desarrollado por la psiquiatra Nise da Silveira en el Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro de Río de Janeiro, Brasil. Un trabajo influido por el pensamiento jungiano, donde el arte, en tanto expresión creativa y catalizador por excelencia de la subjetividad, permitiría el encuentro del sujeto consigo mismo y con el mundo. Se trata de un trabajo que Nise prefiere denominar no “arteterapia” ni tampoco “terapia ocupacional”, sino “la emoção de lidar” aludiendo con ello a la experiencia que viven los pacientes durante el acto creativo. Con este concepto Nise da preferencia a la experiencia “do material a ser trabalhado, este poderá dizer muito sobre o estado psíquico de que o manipula” (1998, p.30) manifestando a través de ellos múltiples estados anímicos. De trayectoria más reciente, tenemos el Frente de Artistas del Borda del Hospital Psiquiátrico José Tiburcio Borda de Buenos Aires, Argentina, que desde la década de los 80’ viene realizando diversas acciones de arte en contra de la estigmatización social, invitando a la comunidad a presenciar obras de teatro, festivales de música, conferencias, entre otras actividades que buscan trascender los muros del hospital y desmanicomializar la institución.

Sin duda, hay muchos otros casos que podrían ilustrar cómo desde distintas trincheras se ha venido luchando por la humanización de la institución psiquiátrica, los Derechos Humanos, la dignidad, la libertad y el bienestar de las personas que viven con algún tipo de sufrimiento psíquico. No obstante, si bien se han logrado avances principalmente dentro del enfoque de la psiquiatría comunitaria, aún estamos en un terreno vasto de vicisitudes en el cual persisten muchos mecanismos políticos y biomédicos que afectan la libertad y derechos de los usuarios. Tal es el caso de la medicalización intensiva, la pérdida de autonomía, la agresividad ejercida para someter a los individuos a un sistema de clasificación, tratamiento, hábitos, relaciones y espacios, todo lo cual va conduciendo a un malestar subjetivo, a una pérdida de identidad que va tornando al sujeto en un cuerpo depositario de mecanismos de poder. Visto así, la institucionalización es justamente la pérdida de aquello que está fuera del establecimiento y que opera bajo la lógica de “institución total” como señala Goffman (2001), para describir una serie de instituciones donde hay una escisión total entre un gran grupo manejado, que adecuadamente se llama internos, y un pequeño grupo personal supervisor.

Los internos viven dentro de la institución y tienen limitados contactos con el mundo más allá de sus cuatro paredes el personal cumple generalmente una jornada de ocho horas, y está socialmente integrado con el mundo exterior. (...) El personal tiende a sentirse superior y justo; los internos a sentirse inferiores, débiles, censurables y culpables. (p.19)

El problema es material, ver reducida la vida a un mundo amurallado tras el cisma adentro/afuera, pero el problema es también simbólico debido a las relaciones asimétricas que allí se entablan. Ya en el año 2001 la OMS reconoce esta realidad haciendo un llamado a la desinstitucionalización como proceso que requiere rigurosos esfuerzos intersectoriales, económicos e interdisciplinarios.

La evidencia acumulada de las deficiencias del hospital psiquiátrico, unida a la aparición del “institucionalismo”, esto es, de discapacidades surgida como consecuencia del aislamiento social y la atención institucional en manicomios apartados, dio origen al movimiento de desinstitucionalización. (...) La desinstitucionalización es un proceso complejo que conduce al establecimiento de una red sólida de alternativas comunitarias. Cerrar hospitales

psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro deben hacerse a un tiempo, por etapas bien coordinadas. (p.50)

Sucesivamente, diversos informes sobre salud mental de la OMS (2005, 2006, 2013) insistirán en este punto enfatizando siempre que se trata de un proceso a largo plazo que requiere de servicios de salud comunitario y de recursos. En concordancia con estos planteamientos que han tenido distintos grados de éxito a nivel internacional, el actual Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 de Chile, plantea también entre sus metas avanzar hacia la desinstitucionalización de los usuarios, entendiendo la salud como un proceso continuo de equilibrio de factores tanto políticos, sociales, personales y ambientales, enfatizando el derecho a la participación social, el relevamiento de lo comunitario y el respeto por el ejercicio de la ciudadanía.

Algunas aproximaciones teóricas

Antropología médica crítica

La antropología médica, a grandes rasgos, nos suministra herramientas teóricas y metodológicas conjugando conocimientos del área de la biología y la cultura, para comprender un fenómeno social relacionado con la salud/enfermedad/atención de las poblaciones y/o individuos. Según describen Singer & Erickson (2011), la perspectiva crítica de la antropología médica abarca entre sus objetivos, ampliar el alcance histórico y geográfico de la comprensión de los problemas sociales para “to see the role of historical processes in shaping local environments, social relations, and hence human-environment relationships and health” (p.32). Aquí, por ejemplo, son relevantes los procesos de colonización y de migración, para entender las configuraciones geopolíticas que pueden afectar la salud de las personas. Un segundo foco de análisis son las relaciones de poder y las desigualdades estructurales “along the socio-political axes of race, class and, gender shape living conditions, exposure to pathogens, Access to health care and other resources and hence differentials in health” (p.33). Son claves aquí las intersecciones generadas entre diferentes factores de desigualdad económica y/o social.

En tercer lugar, esta perspectiva tiene entre sus cimientos la reflexión crítica sobre la producción de conocimiento. “A critical biocultural approach recognizes the inherent political dimensions of all research, whether explicit or implicit” (p.33). Por ende, la investigación requiere basarse en la comunicación, humildad, y aprendizaje, donde la experiencia compartida resulta clave para la generación de conocimiento colaborativo basado en relaciones de respeto. Un cuarto eje está centrado en ver cómo las acciones humanas generan y a la vez estructuran agencias, es decir, “to understand how inequalities constraints agency and thus create contexts where the costs inherent in social and behavioral responses to stress are likely to be amplified” (p.33). Por último, un quinto foco de análisis intenta ver cómo “the diseases that make up syndemics are often linked through pathways that connect in underlying conditions of poverty and structural inequalities” (p.34), es decir, procura relevar cómo nuestra cultura, las pequeñas actividades de la vida diaria, pueden crear biología.

La desinstitucionalización

Desde mediados del siglo XX en adelante, numerosos han sido los discursos, movimientos y organizaciones que se han articulado en búsqueda de la mejora o definitivamente del fin de la institución psiquiátrica. Esto surge como crítica al régimen de control que deviene la institución biomédica y que se ve exacerbado en aquellos pacientes que padecen algún trastorno o enfermedad mental y, por tanto, son sujetos de estigmas, estereotipos y exclusión social. A ello hay que agregar el exhaustivo control de las personas a través de sutiles mecanismos clínicos, prácticas terapéuticas, sociales, espaciales y corporales que dibujan la cotidianidad de los internos y que, van conduciendo a un malestar subjetivo a nivel individual y colectivo.

Como señalan Chow y Stefan, la "institutionalization is rather displayed in terms of policy and legal framework, in terms of clinical responsibility and paternalism or understood as patients' response to institutional care" (2013, p.10). En efecto, es crucial la noción de "paternalismo clínico" reforzado en el tratamiento y las relaciones entre los pacientes y funcionarios/profesionales de la institución. El paternalismo, aunque tenga buenas intenciones al cuidado de los pacientes, limita la autonomía e independencia de las personas. Por ende, no solo se trata de cambiar las condiciones materiales para abordar la salud mental, sino ante todo las prácticas culturales que se despliegan en ella. "While patients may prefer community-based care to institutional ones, there is still a risk of subjecting mental health patients to institutionalization on psychiatric acute wards in general hospital or new forms of residential facilities in community settings" (2013, p.11). De ahí la importancia de indagar en las diversas estrategias de des/institucionalización y cómo estas son percibidas por los usuarios y por el equipo de trabajo implicado en ello.

Pero qué entenderemos por "desinstitucionalización" de la atención médica-psiquiátrica. En primer lugar, el concepto alude a la necesidad de transformación del modelo manicomial de salud mental basado en aquello que Erving Goffman llama institución total. "Um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada" (1974, p.11). De ello se deriva un modelo asilar que establece una barrera entre el mundo cotidiano, establecido y normado allí adentro y el mundo de la vida. Una estructura que busca asilar a aquellas personas que padecen enfermedades mentales y, por tanto, supone una noción de enfermedad imbricada al cuerpo, a la mente individual, a una nosología que es preciso contener, excluir e incluso negar. Pero por sobre todo silenciar bajo un meticuloso sistema farmacéutico. He aquí pues un primer alcance de la desinstitucionalización que concibe "a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. O mal obscuro da psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício -a doença- da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade." (Rotelli, 1988, s/p). Precisamente en esa ficción se articulan una serie de dispositivos clínicos que construyen al sujeto "loco" depositario de una enfermedad mental que lo excluye y autoexcluye de la sociedad.

Como se apuntó al comienzo, hay varios movimientos de crítica a la institución psiquiátrica. Sin embargo, aquí nos guiaremos por la propuesta de la psiquiatría democrática italiana que si bien nace bajo un período socio-histórico específico cuyo contexto político favoreció ampliamente sus demandas, resulta al menos una guía inspiradora para pensar la desinstitucionalización

erigida en la praxis. Franco Rotelli, colaborador de la reforma psiquiátrica impulsada por Franco Basaglia, plantea que “a verdadeira desinstitucionalização será então o proceso práctico-crítico que reorienta instituições e serviços, energías e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto” (1988), refiriéndose con esto último, a la existencia-sufrimiento de los sujetos.

Se trata de un proceso que busca reivindicar al paciente y su subjetividad, en la medida que su biografía queda opacada y reducida a la gramática clínica y la nosología psiquiátrica. Proceso que, por cierto, no pretende alcanzar la cura sino la emancipación de las personas y así, “reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes” (1988).

Aterrizando estos antecedentes al escenario nacional, el Ministerio de Salud ha propuesto un nuevo *Plan de Salud Mental 2017-2025* atendiendo los diversos aspectos críticos de salud mental⁹³ y en correspondencia con las directrices internacionales en el ámbito legislativo. Dentro de sus estrategias se encuentra avanzar hacia el proceso de desinstitucionalización dando continuidad al compromiso esgrimido en *el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* del año 2000, a través de la “creación de numerosas plazas en dispositivos de apoyo residencial -Hogares Protegidos y Residencias Protegidas- para otorgar soporte social a estas personas en un entorno comunitario, promotor de la inclusión social” (Plan Nacional de Salud Mental, 2017, p.62).

Lo planteado por la política pública, deviene una noción de desinstitucionalización cuyo acento está puesto en el ámbito territorial. Esto, mediante la creación de dispositivos comunitarios desplegados bajo el modelo de atención primaria que busca descongestionar los hospitales psiquiátricos a través de Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) y Hogares y Residencias Protegidas que buscan reducir el número de personas internas en sectores de larga estadía en el hospital. No obstante, ambas estrategias han carecido de políticas intersectoriales; el desarrollo de los objetivos propuestos “no ha sido homogéneo a lo largo del país, constatándose importantes brechas e inconsistencias tanto en la oferta como en la coherencia de éstos con el modelo propuesto” (Plan Nacional de Salud Mental, 2017, p.19). Asimismo, se evidencia una baja cobertura de sistematización, monitoreo y evaluación de los procesos de externación, y más aún, no se evidencia la promoción de prácticas de desinstitucionalización al interior de los propios hospitales como tampoco en los espacios que buscan integrar a las personas a la comunidad. En ese sentido, surge una primera interrogante, ¿el cambio de contexto de atención psiquiátrica, implica necesariamente un cambio en las percepciones y prácticas de institucionalización? Dicho de otro modo, el hecho que las personas pasen del hospital a residir a un hogar o bien sean atendidas en un centro de salud mental, ¿supone un cambio sustantivo en las trayectorias de vida respecto a su reinserción social, autonomía y bienestar?

93 Según el segundo Estudio del Sistema de Salud Mental en Chile, se pesquisaron puntos críticos fundamentalmente en relación a los siguientes aspectos: cantidad deficiente de centros de salud mental comunitario (uno por cada 40 mil beneficiarios), aumento del tiempo de espera para la primera consulta en el nivel ambulatorio, falta de interdisciplinariedad en la atención de los servicios de corta estadía, permanencia de 441 personas en servicios de larga estadía (al menos al año 2014), inequidad de atención con pertinencia cultural y territorial, aumento de medidas de privación de libertad de personas con discapacidad mental con alto riesgo de transgresión de los Derechos Humanos, baja participación y organización de agrupaciones de usuarios y familiares y falta de un trabajo intersectorial que permita la promoción de la salud mental y favorezca a quienes ya están dentro del sistema. (World Health Organization, 2014).

Para aproximarnos a dichas interrogantes a partir de la experiencia basada en talleres de arte, remitimos nuestra atención principalmente hacia los usuarios/as que son atendidos por los servicios de mediana y larga estadía, pues el factor temporal es clave para que el lenguaje clínico se encarne en los sujetos y los vaya despojando de su singularidad. De hecho, el HPPP dentro de los hospitales de la red pública de salud mental, concentra el mayor número de camas de mediana (110) y larga estadía (109), lo que se traduce en una población residente por largos períodos de tiempo y, en consecuencia, está más susceptible a ser institucionalizada⁹⁴. Precisamente en esa sintaxis que opera “en la descripción que autoriza la transformación del síntoma en signo, el paso del enfermo a la enfermedad, el acceso de lo individual a lo conceptual” (Foucault, 2001, p.104), acontece un primer despojo de la subjetividad del individuo a través de la palabra críptica de la nosología psiquiátrica.

Teniendo como antesala estos antecedentes generales, reflexionar sobre la influencia del arte como práctica de desinstitucionalización psiquiátrica más que enfocarse en iniciativas externas que apunten hacia el proceso de externación y reinserción a la comunidad de los usuarios, aboga por el cambio de consciencia para movilizar desde allí el propio bienestar.

Para rehabilitar al institucionalizado que vegeta en nuestros asilos, lo más importante será que nos esforcemos -antes de edificar a su alrededor un nuevo espacio, acogedor y humano, del cual también tiene necesidad-, por despertar en él un sentimiento de oposición al poder que hasta aquí le ha determinado e institucionalizado. (Basaglia, 1972, p.149)

Una cita que nos invita a pensar en cómo el arte puede dismantelar las jerarquías de poder y las relaciones de paternalismo mantenidas también por los propios usuarios. Se trata pues de una propuesta eminentemente creativa y práctica que interpela a toda la comunidad hospitalaria, sacando a las personas de su espacio de confort, las cuestiona y moviliza desde la toma de conciencia. Se trata de una acción política, colectiva y emancipadora.

Marco metodológico

Gestado bajo el concepto de “biopoder” propuesto por M. Foucault (1984), el trabajo se plantea al alero del paradigma de la antropología médica crítica, que “emphasizes structures of power and inequality in health care systems and the contributions of health ideas and practices to reinforcing inequalities in the wider society” (Singer & Baer, 2012, p.39). Y, de la mano de la fenomenología, es posible comprender cómo aquellas inequidades van siendo encarnadas por los propios sujetos en las prácticas de des/institucionalización. En este sendero la corriente de la psiquiatría democrática italiana gestada a fines de 1960 de la mano de Franco Basaglia,

94 En términos históricos, el hospital psiquiátrico más antiguo del país es el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak fundado en 1852 como Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles en la ciudad de Santiago. Ya en el siglo XX parte de su población se trasladará al Hospital Psiquiátrico El Peral creado en 1927 en la misma ciudad. En el caso de los hospitales psiquiátricos El Peral y Dr. Philippe Pinel, ambos surgen a principios del siglo XX, como instituciones dedicadas originalmente al cuidado de personas con tuberculosis, cólera y viruela, dadas las epidemias y alta tasa de mortalidad que aquejaba al país por entonces. Recién en 1968 el HP. Dr. Philippe Pinel comienza a funcionar como establecimiento de salud mental, y en 1970 lo hace el HP El Peral.

es fundamental para comprender los posteriores discursos críticos que se han enarbolado en torno a la institución psiquiátrica. Ahora bien, bajo el entendido que la desinstitucionalización apunta entre sus objetivos, a humanizar el trato entre los profesionales de la salud y los usuarios, promoviendo la reinserción a la comunidad, nos guiamos también por la epistemología propuesta por Humberto Maturana quien plantea la idea de la “objetividad entre paréntesis” para repensar el conocimiento a partir de la experiencia, la corporalidad, las emociones y la intersubjetividad del lenguaje. Esto último sobre todo porque en la institución psiquiátrica es el lenguaje aquel lugar puesto en crisis. Voces, silencios, gestos, manías, oralidad y materia que amenazan los bordes de lo socialmente normado.

La ruta para dicho propósito es guiada por la observación participante, aquella vocación social de la antropología entendida como una disciplina que busca “estudiar con y aprender de; se despliega hacia adelante en un proceso de vida, y tiene como efecto transformaciones dentro de ese proceso” (Ingold, 2015, p.222). Es lo que Ingold denomina “el arte de la indagación”, conocer desde *dentro*. Ya no se trata de “describir el mundo o representarlo sino abrir nuestra percepción a lo que está sucediendo allí, de modo tal que, al mismo tiempo podamos responder a eso”, de ahí que la antropología “la necesitamos no para acumular más y más información *sobre* el mundo sino para corresponder mejor con él” (2015, p.228). Se trata de un despliegue comprometido que procura corresponderse con aquel espacio intersubjetivo del mundo percibido. Intersubjetividad cultivada a partir de entrevistas semi-estructuradas, cartografías participativas y notas de campo, en un afán de correspondencia y vínculo con quienes se compartieron los talleres artísticos.

A continuación, se abordan de manera sucinta algunas problemáticas y procesos que persistieron durante el desarrollo de los talleres de arte. El objetivo es reflexionar sobre cómo estas prácticas no sólo obedecen a la esfera clínica, sino ante todo al peso de la institución psiquiátrica, a las posibilidades y contradicciones que entraña por cuanto reflejan la exclusión y violencia que ejerce el sistema social sobre las personas con enfermedades mentales, a la vez que también deviene un refugio, una suerte de asilo que cobija a personas expulsadas ya de su entorno familiar y comunitario.

El acto creativo: hacia el bienestar y la emancipación social

*La normalidad es un camino pavimentado:
Es cómodo para caminar, pero no crecen flores en él.*
Vicente Van Gogh

Lo crucial en los talleres no fue adquirir conocimientos técnicos sino explorar mundos internos y simbólicos de cada uno a través de distintos lenguajes artísticos. Esta exploración fue desarrollada siguiendo dos ejes de acción: el trabajo individual que propició la reflexión sobre el lugar de origen, la familia, el padecimiento psíquico, la internación y la vida cotidiana en el hospital. Y en segundo lugar, el trabajo grupal que convocó la creación colectiva, la improvisación, la construcción de materiales, el juego, la intervención en espacios públicos del lugar. Senderos

que dialogaron constantemente para motivar el acto creativo de las personas en función de sus universos reales o imaginarios, pero ante todo dentro de sus propios campos significativos.

En este quehacer fueron surgiendo historias de violencia, abandono, nostalgia, muerte, abuso, situación de calle y pobreza, por nombrar algunos lugares comunes que se repitieron en los relatos. Historias que nos llevan a mirar la enfermedad mental y, en especial, la esquizofrenia, como la eclosión quizás no tanto de problemas fisiológicos, sino de un sufrimiento psíquico, de una experiencia subjetiva de dolor y miseria encarnada por los sujetos, experiencias marcadas también por una relación crítica con la sociedad. En este sentido, el arte, deja avizorar zonas que escapan al diagnóstico médico concentrado en los síntomas y en el presente del sujeto y no en su historia de vida, en sus experiencias pretéritas que ayudan a comprender su padecimiento.

Justamente en estos recovecos que muestra el acto creativo es posible profundizar algunos puntos que lejos de pretender una lectura científica, representan la sistematización de hechos que nos permiten pensar pequeños pasos hacia la desinstitucionalización en la cotidianeidad de las personas internas en la institución psiquiátrica.

La institucionalización de los usuarios: la cotidianeidad está fuertemente marcada por relaciones verticales y lingüísticamente estructuradas, donde los roles de “funcionario”, “médico” y “paciente” parecen transformarse en lugares insoslayables. Matriz que restringe y norma las relaciones interpersonales y lejos de aportar a la rehabilitación, estigmatiza y reproduce un sistema de jerarquías. Ejemplo claro de ello es la “infantilización” de los usuarios, quienes son tratados como “niños” a la vez que ellos se refieren a los funcionarios como “tíos”. Denominaciones ciertamente encarnadas por los sujetos a través de las cuales se percibe una pérdida de autonomía y un sometimiento inefable a los mandatos, reglas, horarios, espacios e incluso a las disposiciones del cuerpo. De ahí la necesidad de involucramiento surgido en los talleres, para no recibir a las personas como participantes pasivos, sino conocerse mutuamente. Un primer paso para ello fue aprender los nombres propios. Pues no son “los niños”, ni “pacientes”, ni “usuarios”. Allí cada uno es Jessica, Flor, Ester, Jorge. Son individuos con sus propias biografías y que están allí por su sufrimiento psíquico.

Unidades cerradas: el control de las unidades de Psiquiatría General (7) y de Psiquiatría Forense (4) restringe fuertemente la libertad y la posibilidad de entablar relaciones interpersonales entre los usuarios. Ciertamente es que la principal característica que define a la institución psiquiátrica es la estructura cerrada del espacio que marca una distinción adentro/afuera respecto a la sociedad. Pero además su interior traza recovecos estrictamente regulados por pasillos, murallas, rejas, sistemas eléctricos de vigilancia, entre otros mecanismos de control, división y separación de las personas según el tipo y grado de padecimiento que presentan. Ante dicho contexto, los talleres representaron una instancia de apertura y encuentro, difuminando los límites impuestos a través de la participación de usuarios de diferentes unidades médicas. Apertura que generó un espacio de comunicación, creación, vínculos afectivos y recreación, porque el simple hecho de realizar

algunas actividades al aire libre en los días más cálidos, era ocasión de alegría y distensión. Se trató de una instancia que, a través de la creación, generó también espacios simbólicos, imaginarios y biográficos. Particularmente los talleres de poesía y pintura fueron lugares privilegiados para evocar recuerdos de infancia, del terruño familiar, identificar lugares y prácticas cotidianas positivas de la estancia en el hospital, a partir de lo cual se pudo reflexionar sobre el lugar de origen, la vida presente, la añoranza y la enfermedad.

Cultura organizacional: Uno de los principales elementos manifestados a lo largo de los talleres fue la desconfianza expresada por parte de los profesionales, particularmente Terapeutas Ocupacionales, ante el desarrollo de una iniciativa realizada por un equipo ajeno al hospital pese a contar con el apoyo directivo. De manera similar un gran obstáculo fue el acompañamiento de los usuarios a los talleres. Pues debiendo acudir acompañados a cada actividad realizada fuera de su unidad, se dependía totalmente de la voluntad de los funcionarios y jefatura de turno. Esto significó que muchas veces los usuarios llegaran tarde al taller o se privilegiara la participación de aquellos usuarios más jóvenes en tareas propias de su unidad que requirieran fuerza física, negándoles la posibilidad de asistir a la actividad. En esta dinámica también llamó mucho la atención el uso del cigarro como técnica conductista para manejar el orden y acatamiento, a saber, “si se portan bien, le damos cigarros”. Durante los talleres nunca se ocupó ese recurso para motivar la participación de las personas, pues ante todo se apelaba al interés y compromiso personal. Pese a ello, no fueron pocas las ocasiones en que llegaron usuarios preguntando por un “puchito” como condición para participar.

Complicidad y horizontalidad: Talleristas y usuarios no son distintos. No hay relaciones de poder que marcan una distancia jerárquica. La única diferencia es la situación de confinamiento en que se encuentran algunos respecto a otros. De ahí que un elemento a favor de realizar los talleres como iniciativa externa, es que se evita entrar en las dinámicas institucionalizadas del hospital. Claramente esto puede ser un punto a favor o en contra. En este caso lo crucial fue procurar entablar relaciones horizontales, evitando el uso de “tío”, “tía”, “niños”. Promoviendo el empoderamiento de los participantes a través de actividades y espacios reflexivos que concedieran protagonismo a sus puntos de vista, ansias, sentires y recelos.

Heterogeneidad del grupo: En los talleres participaron usuarios de los servicios de Mediana Complejidad, Alta Complejidad y de Corta y Mediana Estadía. A sugerencia del equipo clínico, en un principio los talleres fueron divididos en dos grupos según el grado de agudeza de las enfermedades que presentaban las personas. Un grupo conformado por jóvenes en mejores condiciones físicas e intelectuales y un segundo grupo constituido por personas de edad más avanzada con mayores dificultades físicas y deterioro cognitivo. Sin embargo, a poco andar, se fue propiciando la participación mixturada de ambos grupos lo que lejos de dificultar los talleres propiciaron mayor participación, la emergencia de liderazgos positivos y espacios sinérgicos antes

inexistentes debido a la estricta delimitación de las unidades clínicas. Especialmente las actividades grupales posibilitaron la participación de todas las personas a través del juego, la danza y el teatro. Algo distinto fueron los talleres de pintura donde cada persona participaba según sus propias posibilidades en la medida en que algunas actividades requerían de un mayor esfuerzo físico.

Protagonismo y retroalimentación: Durante el transcurso del proyecto, se realizaron pequeños grupos focales para monitorear la recepción de los talleres por parte de los usuarios. Instancia en la cual cada uno daba su opinión respecto a los aspectos positivos, negativos y a mejorar por las actividades y que luego, eran incorporados a la metodología de trabajo. Se trató de un seguimiento crítico no solo con el objetivo de mejorar los talleres, sino ante todo de conceder voz y protagonismo a los participantes, validando su opinión e integrándola al curso de las actividades. Fue en estos espacios de conversación, por ejemplo, donde los usuarios valoraron la capacidad que habían desarrollado para realizar cosas que antes pensaban que eran incapaces de hacer o que simplemente ni siquiera imaginaban explorar. Precisamente, estas pequeñas posibilidades fueron labrando un clima de mayor autoestima, confianza y alegría en el grupo.

Plasticidad del lenguaje: una de las bases metodológicas de los talleres fue la escritura como herramienta que permite indagar en las historias de vida para desde allí construir y compartir relatos que valoren la propia subjetividad. La escritura es un ejercicio retrospectivo que invita al recuerdo, a volver a recorrer la juventud y la infancia, el territorio de origen, el hogar, los viejos juegos. Sin embargo, debe ser concebida como lugar pletórico de lenguajes, dando cabida al decir del cuerpo, de la pintura, las manualidades, la música, enhebrando así un relato plástico. Por lo demás, si nos ceñimos a su definición estricta, el acto de escribir resulta una limitante para muchas personas analfabetas, que presentan dificultades físicas o porque sienten desidia frente al ejercicio. Ante dicho escenario, la escritura fue pensada en su amplio espectro concibiendo diversos alfabetos que pueden darse en el dibujo, la danza, el cuerpo, la poética, el rap, las manualidades, la coreografía, todo lenguaje es válido. Lo importante fue dar cabida a la expresión subjetiva de la persona, generar un campo propicio para que ella pueda explorar su creatividad.

El caballo de Pinel: galopes de libertad

Un hito que marca el desarrollo del proyecto fue la recuperación y restauración de una estructura abandonada en los alrededores del recinto, que años atrás había personificado el “caballo de Troya” para una actividad festiva del aniversario del hospital. La recuperación de esta estructura significó varios días de trabajo entre la restauración, la pintura, el traslado, el hermooseamiento del lugar donde fue instalado. Lo importante es que fue un soporte material que convocó a usuarios de diferentes unidades no solo partícipes permanentes de los talleres, también se fueron sumando usuarios externos. Se trata de personas que bordean los 60 o 70 años, muchos de ellos conocidos por sus aparentes limitaciones y su escasa o nula participación en actividades similares.

Así, el trabajo en equipo fue poco a poco dando vida al caballo, que tomó colores libres, según quisiera pintar cada uno. Incluso quienes no podían participar por limitaciones físicas, pintaron piedras que se dispusieron alrededor de la estructura. En el transcurso de su creación se compusieron canciones de rap entre los propios usuarios quienes llevaban una bazuca para animar la jornada de trabajo. Finalmente, la inauguración del caballo convocó a toda la comunidad hospitalaria llevando a cabo la instalación de una placa que rinde homenaje a la autoría colectiva de la obra bautizada como “Caballo de Pinel” en alusión al nombre del hospital.

Sin duda, el desarrollo de este proyecto constó de muchos pasos intuitivos y hasta cierto punto, demasiado arriesgados. Más todos fueron intentos de reconocer, valorar y fortalecer diversas historias de vida que allí comparten memorias, sueños, secretos, viejas voces que a veces son inaudibles suspiros o estrepitosos gritos en el umbral de las ventanas. Subjetividades que por el silencio, el encierro, la monotonía, la pasividad, la institucionalización psiquiátrica se tornan silenciosas, tímidas, como reptando cautelosas por los fríos pasillos y murallas.

Ciertamente hubo equivocaciones, pero el pulso de ver el impacto del arte en los gestos, las sonrisas, el cariño gestado poco a poco, dio el suficiente tesón no solo para continuar las actividades llenas de vicisitudes y adversidades de la institución, sino también para tener la convicción de que el acto creativo constituye un aporte a los procesos terapéuticos de las personas y se inscribe dentro de las prácticas de desinstitucionalización por cuanto humaniza, dignifica, reconoce y valida a quienes están allí, con sus historias, sufrimientos, flaquezas, ilusiones e ideales.

Referencias bibliográficas

- Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona España: Barral Editores.
- Chow, W. & Stefan, P. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13(1), 169. doi:10.1186/1471-244X-13-169
- Da Silveira, N. (1998). *Gato, a emoção de lidar*. Río de Janeiro Brasil: Léo Christiano Editorial.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires Argentina: Siglo XXI Editores.
- Goffman, E. (1974). *Manicomios, prisões e conventos*. São Paulo Brasil: Editora Perspectiva.
- Goffman, E. (2001). *Internados ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires Argentina: Amorrortu Editores.
- Ingold, T. (2015). Conociendo desde dentro: reconfigurando las relaciones entre la antropología y la etnografía. *Etnografías Contemporáneas* 2(2), pp. 218-230. Conferencia pronunciada en la Universidad Nacional de San Martín el 25 de octubre de 2012, bajo los auspicios de la Licenciatura en Antropología Social y Cultural y del Centro de Estudios en Antropología (Instituto de Altos Estudios Sociales). Recuperado de <http://www.unsam.edu.ar/ojs/index.php/etnocontemp/article/view/96>
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2015*. Santiago de Chile: MINSAL. Recuperado de <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Página web Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel <http://www.psiquiatricoputaendo.cl>
- Rotelli, F. (1988). A instituição inventada. Publicado na Revista *Per la salute mentale/ For mental health* 1(88) do "Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia. Recuperado de <http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/19istinv.htm>
- Singer, M., Erickson, P. (2011). *A Companion to Medical Anthropology*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Singer, M. & Baer, H. (2012). *Introducing medical anthropology. A discipline in action*. Plymouth United Kingdom: AltaMira Press.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe WHO- AIMS*. Santiago de Chile: MINSAL. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf