

... MOVIMIENTOS SOCIALES · DESMANICOMIALIZACIÓN ...

El hombre no siempre se vale de barrotes para construir jaulas.

También las ideas pueden ser jaulas.

*Aquellos que no viven según las ideas de la mayoría,
 son los que han de ser puestos en jaulas especiales.*

Ronald Laing

LA LOCURA Y EL MANICOMIO

Contexto socio-histórico

La idea de internar pacientes con perturbaciones mentales en hospitales cerrados es una tradición sostenida a lo largo de los siglos. Idea que se comienza a cuestionar profundamente recién en 1960.

La representación social de la locura se asocia a peligrosidad y ha sido objeto de agresión y marginalidad durante siglos. También el manicomio se asocia con la enfermedad mental y su curación, y esta construcción ideacional se arraigó no solo con el pensamiento técnico -médico, sino también en el resto de la sociedad, constituyendo hasta el día de hoy parte de la sociocultura.

Michel Foucault señaló que históricamente el lugar que ocupa la locura es el terreno que dejó liberado la lepra como epidemia en la Edad Media. Los leprosarios se construyeron como lugares de reclusión de los leprosos, y mantuvieron su función de lugar destinado al aislamiento geográfico para cumplir con la tarea de mantener a buen recaudo los elementos marginales.

“Desaparecida la lepra, olvidado el leproso, estas estructuras permanecerán a menudo en los mismos lugres, los juegos de exclusión se repetirán, en forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde. Los pobres, los vagabundos, los jóvenes del correccional y las cabezas alienadas tomarán nuevamente el papel abandonado por el ladrón y veremos qué salvación se espera de esta exclusión, tanto para aquellos que la sufren, como para quienes los excluyen.” (Foucault, 1976, pág. 8)

Este lugar de horror, separación y marginalidad, circundado por lo impuro, es ocupado por el loco, y este fenómeno de la locura será apresado, siglos posteriores, por la observación médica.

Hasta la mitad del siglo XVIII, la historia de la locura se confunde con la historia de la marginación y la pobreza. Incluía a enfermos mentales, vagabundos, mendigos, etc. Es a partir del siglo XVI cuando el aislamiento de personas con afecciones mentales que producían disturbios sociales llevó a construir centros de reclusión en función de una sociedad cada vez más organizada.

Las raíces del desarrollo se encuentran entre los siglos XVI y XVII en Europa, en donde se transformaron las relaciones de producción e intercambio feudales en un sistema capitalista. Este profundo

proceso de revolución socioeconómica alcanzó otras áreas, intentando definir al hombre como ser social y, a partir de allí, se plantea un nuevo paradigma científico.

La elaboración de nuevas pautas de comportamiento social, llevó a la creación de asilos de alienados. Los orígenes de estos hábitos de selección social que apuntan a la marginación de los “desadaptados”, se encuentran en la organización socioeconómica de la burguesía que iba surgiendo con la urbanización concomitante. Los grandes flujos migratorios de personas que habían sido despojadas de sus estilos habituales de vida y trabajo, llevaron a construir nuevas formas de control social y reformar las existentes, en función de evitar crisis mayores.

Foucault (1976) asegura que desde un principio el hospital general tuvo como función evitar que la mendicidad y la vagabundería se pudieran convertir en fuentes de desórdenes. De esa forma se hace evidente el carácter explícitamente normativo del centro de exclusión. Puede observarse con claridad cuáles eran las principales funciones sociales que cumplía este proceso de marginación: el control represivo de aquellos factores humanos y sociales, potencialmente perturbadores, funciones de vital importancia para las nuevas estructuras sociales y de dominación.

En la época clásica comienza lo que se llamó El Gran Encierro, donde se aísla a los enfermos mentales en forma total y donde el racionalismo hace de la locura un error. A la vez, la certeza cartesiana produce la desaparición del riesgo que implicaba ser loco. De esta manera se confirma la diferencia entre cordura y locura, afincando cada vez más la necesidad de marginalidad a aquellos elementos sociales alejados de la razón que pueden subvertir el orden social.

En el siglo XVIII se construyen varios internados; Foucault señala que, como medida económica y de preocupación social, este hecho es un invento, puesto que no posee relación alguna con el tipo de encarcelamiento que se practicaba en la Edad Media. En la historia de la locura, este es el momento en que se la asocia con la pobreza, con la incapacidad de entrar en el aparato productivo a través del trabajo y con la posibilidad de integración social.

En la Revolución Industrial en la Europa del siglo XVIII, que el pobre no pueda insertarse en el aparato de producción dará como resultado pordioseros, mendigos y locos. El Estado centralista y burocrático tendrá como una de sus metas la organización social, y una de sus tareas será comenzar a alejar a todas aquellas personas que desestructuren la coherencia social, entre ellas, el *loco*.

Con el paso del tiempo la dimensión formada por el loco, el psiquiatra y el manicomio se pudo consolidar como una dimensión social firme. Aquí el espacio físico es determinante para comprender a los enfermos mentales y la función de la psiquiatría, ya que esas islas de la insensatez se van delimitando geográficamente de una manera muy clara y llegan a construir una especie de tierra de nadie.

A los ojos de la población, cristaliza el convencimiento de que la locura es doblemente peligrosa. Tanto el sufrimiento psíquico en sí mismo como el ostracismo y la pérdida de la personalidad subsiguiente conducen a percibir la locura como un flagelo de dimensiones avasalladoramente destructivas. En principio

afecta a los individuos, pero pende como una espada de Damocles¹ sobre cada uno de los miembros de la sociedad.

Es preciso aclarar que en esta exposición se habla de *manicomio*, pero también de *sistema manicomial* o *concepción manicomial*, para señalar que no se trata meramente del manicomio en tanto estructura edilicia, sino sobre todo de una serie de prácticas y discursos que se configuran en un modo particular de entender a las personas con padecimientos mentales, que conlleva un modelo de tratamiento y una serie de prácticas que -hoy en día- podrían calificarse de desubjetivantes, en la medida que desconocen al sujeto, sus determinaciones socio-culturales, sus necesidades psico-sociales, para concebirlo con un mero objeto de intervenciones médicas, de corte biologista u organicista. Como señala Wagner de Sousa Campos (2009),

“Para la medicina (y específicamente la psiquiatría), la esencia del Sujeto estaría vaciada por la dolencia, la cual ocupará su lugar a posteriori (...) Para la medicina ocurrirá un apagarse de todas las otras dimensiones existenciales o sociales del enfermo, la dolencia lo recubrirá como una segunda piel, como una nueva identidad” (p. 75).

LOS PRIMEROS MOVIMIENTOS RENOVADORES EN SALUD MENTAL DEL SIGLO XX

En el siglo XX, la posguerra, la década del 60, el Mayo Francés de '68, fueron algunos de los principales contextos que modelaron emergentes de ideas renovadoras en el área de salud mental.

De esta manera, bajo los principios de la *comunidad terapéutica* se desarticulan y se ponen en crisis las formas de tratamiento psiquiátrico. La *antipsiquiatría* arremete de una manera rotunda, dirigiéndose a una praxis concreta: la creación de experiencias institucionales que anulen la concepción manicomial. Las puertas abiertas simbolizan la cumbre de la no diferencia, la no opresión y la libertad.

La Comunidad terapéutica

La superación de la estructura manicomial tradicional en Europa, se produjo aproximadamente alrededor de los años cincuenta. Fundamentalmente en países anglosajones donde se trató de modificar las condiciones de encierro de los pacientes psiquiátricos, mediante las *comunidades terapéuticas*.

Estas, tenían por finalidad la reinserción del sujeto a la sociedad. Para este objetivo, recurrían a la destrucción de dos parámetros que eran condición de institución manicomial: permutar el encierro y el aislamiento por la libertad, y la rigidez de las reglas por la flexibilidad. El resultado fue una enorme distensión en el tratamiento y en los preceptos utilizados hasta entonces, que articulaban autoritariamente la vida de las personas asiladas al margen de la sociedad.

¹ Damocles fue al parecer un cortesano excesivamente adulator en la corte de Dionisio I, un tirano de Siracusa, Sicilia del siglo IV a. C. Propagó que Dionisio era realmente afortunado al disponer de tan gran poder y riqueza. Dionisio, deseoso de escarmentar al adulator, se ofreció a intercambiarse con él por un día, de forma que pudiera disfrutar de primera mano su suerte. Esa misma tarde se celebró un opíparo banquete donde Damocles gozó siendo servido como un rey. Sólo al final de la comida miró hacia arriba y reparó en la afilada espada que colgaba atada por un único pelo de crin de caballo directamente sobre su cabeza. Inmediatamente se le quitaron las ganas de los apetitosos manjares que le sirvieron y las hermosas mujeres que había pedido, y pidió al tirano abandonar su puesto, diciendo que ya no quería seguir siendo tan afortunado. La espada de Damocles es una frase acuñada en alusión a este cuento para ejemplificar el peligro que se instala en aquellos que ostentan un gran poder, pues no sólo pueden perderlo de golpe, sino todo lo demás, incluida la vida.

A consecuencia de la Segunda Guerra Mundial -como secuela de la crisis-, durante la fase de reestructuración, en Inglaterra se cuestionaron modelos políticos y culturales en cuya solución se trabajó de manera pragmática y sobre la base de las experiencias colectivas ganadas durante la guerra. Esta mecánica llevó a construir el Servicio de Salud, que incluyó el tratamiento terapéutico de los enfermos mentales a través de la introducción del *Disabled Person* [persona discapacitada]. Los pacientes psiquiátricos obtuvieron por primera vez un marco de condiciones legales de atención, en el cual también se hacía referencia explícita a programas de asistencia ambulatoria, que superaban el tradicional aislamiento.

Para comprender la situación sociocultural de la posguerra es importante señalar dos aspectos relevantes. En primer lugar, se llevaron a cabo estudios sobre micro universo del manicomio, preponderantemente aplicando el método de observación participante (Goffman, 1961). Estos estudios proporcionaron una sólida base testimonial para cuestionar, de manera pública y masiva, las condiciones de vida en el manicomio, tanto desde perspectivas éticas como terapéuticas.

En segundo lugar, se realizaron algunas experiencias de gestión en terapias psicosociales, teniendo a borrar en el trabajo terapéutico cotidiano las fronteras entre categorías de normalidad y desviación y, en consecuencia, las jerarquías entre paciente y terapeuta.

Los postulados principales de cambio que desarrolló la comunidad terapéutica fueron los siguientes:

- Su objetivo es la reinserción social, desenvolver una experiencia de transición que tendría por finalidad la recuperación de los vínculos sociales del paciente psiquiátrico.
- Suprimir cualquier modalidad restrictiva o de castigo.
- El trato con el internado es humanitario, el afecto y el contacto son elementos claves.
- Puertas abiertas y ventanas sin barrotes.
- Se modifican los juegos jerárquicos, para colocar a pacientes y profesionales en un mismo plano.
- Flexibilidad de roles, trabajando en forma interdisciplinaria y con conciencia de equipo.
- Las asambleas comunitarias, las cuales posibilitaron la participación de los pacientes, conjuntamente con los técnicos en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones.
- Actividades laborterapéuticas y ergoterapia, que permiten el aprendizaje de oficios y poder obtener una rentabilidad que favorezca la reinserción al aparato productivo y social.
- Actividades ludicoterapéuticas, tanto recreativas como artísticas. Las cuales permiten la posibilidad de reinserción, la interacción y la posibilidad de expresarse.

En resumen, la comunidad terapéutica se desarrolló en una atmósfera psicocultural de espíritu abierto. Transcurrió paralelamente a una multifacética renovación psiquiátrica. Puede concebirse -desde la perspectiva de la sociología y la psicología social- como un ensayo de transformación global y profunda del manicomio.

La antipsiquiatría

Para comprender con más claridad todos los eventos alternativos al mundo psiquiátrico clásico, es importante tener en cuenta el ámbito contextual en el que se desarrollan. En principio, los años sesenta

fueron claves en la ruptura de los parámetros conservadores sustentados hasta el momento. Los movimientos hippies se revelaron pacíficamente frente a la imperante formalidad estética, ética y filosófica de la época. El arte, las costumbres y la vida cotidiana, se vieron impregnadas de renovación y revisionismo. Por ende, esto también alcanzó al mundo científico.

El mundo de la psiquiatría sufrió los embates de estas nuevas constantes socioculturales que llevaron a reformular los sistemas de salud, el concepto de locura, la noción de prevención, el sistema manicomial, los psiquiatras y su rol, el personal de asistencia, etc. A su vez, se evidenciaron y explicitaron las contradicciones del sistema sanitario tradicional, como culminación del espacio de transición- de la década de 1950- cuando se elaboró una concepción diferente a la atención asilar.

Como reflejo de este contexto, David Cooper responde frente a la pregunta ¿qué es la enfermedad mental?

La humanidad alienada del loco es inseparable a la contra-humanidad alienante del médico, al igual que las figuras del amo y el esclavo que aparecen en la fenomenología del espíritu de Hegel -ambas se necesitan-, no son nada una sin la otra, y viceversa, el psiquiatra y el loco surgen históricamente como el tipo y el contratipo de la individualidad burguesa (Cooper, 1989).

En esta línea de pensamiento se posiciona el surgimiento del movimiento antipsiquiátrico inglés, a través de David Cooper, Ronald Laing y Aaron Esterson, con una posición crítica que expresa la modificación de la estructura dialéctica psiquiatra/loco/manicomio.

La antipsiquiatría abre al mundo psiquiátrico una serie de crudos interrogantes que desenmascaran el oscuro velo que revistió a lo largo de los siglos al alienado, su segregación social y el manicomio como vía de solución.

Las actitudes radicalizadas de este movimiento operaron como desencadenantes de renovación que llevaron, a través de experiencias alternativas, a evolucionar la anquilosada línea psiquiátrica. Muchos de sus postulados y afirmaciones fueron tildados de agresivos, incoherentes y faltos de lógica. Pero no debe dejarse de reconocer que estos planteos fueron enérgicos y demolidores. Es así como estas reflexiones llevaron a cuestionamientos cuyas respuestas denotaron muchos esfuerzos y auténticos cambios de actitud.

Se llamó *desmanicomialización* al movimiento de transformación de la atención en salud mental, que buscaba la abolición de los manicomios públicos y privados.

La desmanicomialización implica rehabilitar y resocializar a los pacientes que padecen enfermedades mentales encerrados en los viejos hospitales psiquiátricos, de manera que puedan reintegrarse a su comunidad y que la misma pueda tolerar y acompañar las eventuales limitaciones que ellos presentan, evitando así que permanezcan aislados en instituciones asilares de por vida o por largos períodos. Esto implica tanto el trabajo con los pacientes como con la comunidad.

Hay que tener en cuenta que desmanicomializar no consiste en cerrar intempestivamente los hospitales psiquiátricos y obligar impunemente a los pacientes a sobrevivir en la comunidad sin que cuenten con los medios necesarios. El mayor problema que plantea la externación es que el deterioro provocado por la enfermedad no les permite a los pacientes la vida en la comunidad, lo que se agrava porque, con frecuencia,

no tienen dónde alojarse, ni familiares a los que puedan recurrir. Sus lazos sociales se han roto, han perdido su lugar en la comunidad y no pueden procurarse uno nuevo. Para estos casos, tienen una enorme importancia las instituciones intermedias, que les permiten ir adquiriendo las destrezas necesarias para valerse por sí mismos.

En Italia, Franco Basaglia impulsó un movimiento social y político que logró en pocos años el cierre definitivo de los manicomios y la introducción de una estructura comunitaria en la atención de la salud mental. Este movimiento emancipador tuvo unas consecuencias decisivas en los setenta europeos.

Basaglia había trabajado anteriormente con M. Jones en Londres, donde había aprendido el funcionamiento de una comunidad terapéutica. En 1962 intentó desarrollar esos principios en el viejo hospital psiquiátrico de Gorizia, el cual dirigía.

La experiencia de Basaglia le hizo llegar a la conclusión de que el internamiento psiquiátrico únicamente agravaba la enfermedad mental. Consideraba al manicomio como un instrumento de rechazo y de encierro que debía ser destruido, por lo cual propuso liberar a los enfermos. Para Basaglia la ciencia está siempre al servicio de la clase dominante y el hospital psiquiátrico es una de las instituciones de violencia por medio de la cual se dirige y oprime a las masas.

La lucha que se desarrolló en Gorizia, abriendo las puertas del hospital psiquiátrico, fue ampliándose poco a poco, intentando implicar a otras instituciones sociales. Estas experiencias fueron agrupando a un conjunto de trabajadores de la salud mental que se planteaban el problema de la transformación del manicomio. De este germen surge en 1973 la *Psiquiatría Democrática*, que se definió a sí misma como un movimiento de trabajadores en salud mental (enfermeros, psicólogos, médicos, asistentes sociales, etc.) dispuestos a actuar en la transformación del manicomio y a luchar contra la marginación, tanto dentro como fuera de la institución.

“Comprendimos que un individuo enfermo tiene como primera necesidad, no sólo la cura de la enfermedad, sino muchas otras cosas: necesita una relación humana con quien lo atiende, necesita respuestas reales para su ser, necesita dinero, una familia y todo aquello que también nosotros, los médicos que lo atendemos, necesitamos. Este fue nuestro descubrimiento. El enfermo no es solamente un enfermo, sino un hombre con todas sus necesidades” (Basaglia, 1979, p. 29-30).

“Pienso que si alguien realiza algo es en la práctica que lo hace. Entonces yo propongo la siguiente alternativa: del pesimismo de la razón al optimismo de la práctica. Es solamente así como podemos cambiar el mundo, de otra manera nos mantendremos siempre esclavos de dictadores, de militares y de médicos” (Basaglia, 1979, p. 38).

En 1971, Basaglia y parte de sus colaboradores abandonaron el hospital de Gorizia por discrepancias con la administración local y se trasladaron al Hospital de Trieste (Ospedale Psichiatrico Provinciale de Trieste), donde realmente llegó a cristalizar la experiencia de negación del manicomio.

El objetivo prioritario en los primeros pasos de la transformación institucional era la reconstrucción de la persona y de su identidad social y jurídica. Se procedió a la apertura interna de los distintos pabellones, eliminándose las medidas de contención existentes (celdas de aislamiento, rejas de separación, etc.), se

suprimieron las terapias de shock, se crearon espacios internos de relación social (encuentros, asambleas, expresión artística, etc.), desaparecieron las separaciones entre hombres y mujeres, se sustituyeron los vestidos manicomiales por vestidos personales, y se estimuló la comunicación y exposición de las críticas hacia la institución, por medio de asambleas.

En 1973 comenzó a funcionar como hospital de día y se empezó a desarrollar un trabajo de prevención y detección de prácticas de exclusión social. A su vez, se llevó a cabo una tarea de sensibilización pública ante los problemas “psiquiátricos”, mediante debates, fiestas (tanto en el hospital como fuera de él), con participación en las actividades culturales de la ciudad. Al respecto, señala Basaglia:

“Descubrimos que nuestro trabajo no podía limitarse a la relación con los enfermos y con la locura, sino que debíamos trabajar sobre todo con la población. Nosotros debíamos confrontarnos con las ideas de la gente sobre la enfermedad mental. El pueblo en general, y en particular sus organizaciones, debían tomar las riendas de nuestra lucha” (1979, p. 104).

Se crearon departamentos autogestionados en el interior del hospital, y se estableció el trabajo organizado con posibilidad de derechos y deberes contractuales.

Parte del equipo de Franco Basaglia se repartió por diferentes instituciones asilares italianas con el fin de iniciar experiencias similares. Se comenzó a salir del manicomio, uniendo al trabajo realizado por los Centros de Salud Mental (que acogen a las personas en crisis y a las que quieren participar en las actividades que en ellos se desarrollan), la creación de los “comités para la casa”, cuya función consistía en buscar alojamiento para los pacientes que iban saliendo del hospital. Para que los pacientes pudieran alcanzar un nivel de autonomía compatible con la vida social normal, se buscaron puestos de trabajo acordes a sus posibilidades.

Del 13 al 18 de septiembre de 1977, se celebró en Trieste el III Réseau Internacional de Alternativa a la Psiquiatría. La principal finalidad del Réseau era mantener el contacto entre todos los participantes y poder intercambiar experiencias de trabajo e integrar las luchas de los trabajadores por la defensa de su salud. El éxito de estas jornadas (con más de 3500 asistentes) marcó un punto histórico en el desarrollo del movimiento antipsiquiátrico italiano.

El Parlamento italiano aprobó en 1978 la ley 180. Esta ley preveía el progresivo dismantelamiento de los manicomios y la creación de una serie de servicios descentralizados de acogida y apoyo, en estricta colaboración con la comunidad. Pretendía bloquear cualquier nuevo ingreso en los manicomios, la creación de unidades territoriales, la gradual reinserción de los ingresados en la comunidad y el cierre total de los manicomios antes de 1996.

La ley 180 de 1978 en Italia implicaba:

- El cierre progresivo (que ha llevado años) de los hospitales psiquiátricos, prohibiéndose la construcción de otros nuevos o la actuación de nuevas internaciones.
- La apertura de pequeños departamentos de hospitalización en los hospitales generales o en los Centros de Salud Mental diseminados por el territorio, considerados la base de la nueva red de asistencia.
- La creación de pequeñas estructuras protegidas (que ofrecen privacidad y autonomía en un clima acogedor) para personas con dificultades para vivir en familia o solas.

- El tratamiento es considerado terapéutico y voluntario; se sanciona el derecho del paciente a rechazar los cuidados, quedando firme el deber del Servicio Público de garantizárselos, en libertad, en la medida de lo posible.

Se logró una reducción de los pacientes institucionalizados, la mayoría de ellos ancianos o gente ya desarraigada, a quienes se les fue proporcionando otro alojamiento.

“La reforma italiana ataca en todos los aspectos el edificio psiquiátrico: se plantea las formas sociales de producción de la enfermedad; cuestiona la existencia de una disciplina para la atención de esta problemática humana (...) disuelve los saberes existentes y niega el valor de las teorías al denunciar su carácter de encubridoras de la situación real del enfermo; niega las terapéuticas al cuestionar las soluciones técnicas a un problema social; al cerrar los establecimientos psiquiátricos disuelve el lugar de realización concreta de la institución psiquiátrica y libera la articulación del poder al saber médico que las legitimaba” (Ferreira, 2011, p. 98).

Movimiento de Salud Colectiva en América Latina

Desde los años setenta, América Latina ha experimentado con muchos proyectos de reforma social, especialmente en lo referente al sistema de salud y de protección de la seguridad social. Para realizar una aproximación a cómo estas reformas en el campo de la salud mental fueron configurándose en América Latina, es preciso mencionar algunos movimientos y líneas de pensamiento que fueron tomando fuerza, sobre todo a partir de la década del '70.

En este contexto regional, resulta clave conocer la experiencia de Brasil, como uno de los principales países impulsores de la reforma en el campo de la salud. En este sentido, Fleury (2008) señala que en 1970 comenzó en Brasil un fuerte movimiento social en el sector salud, uniendo a profesores, parlamentarios, burócratas y usuarios, en torno a las luchas por la democratización del país. Un actor organizado emergió en la sociedad civil: el llamado *movimiento sanitario*, que apuntaba a una transformación radical de la asistencia de la salud, con el fin de unificar el sistema fragmentado existente, descentralizar la atención a la salud e introducir un proceso democrático de toma de decisiones. Las propuestas de la Reforma Sanitaria brasileña se incluyeron en la Constitución de 1988, en donde la salud se inscribió como un derecho de la ciudadanía y un deber del Estado, requiriendo que los servicios de salud se organizaran en un sistema único, público y universal de atención integral.

Haciendo un breve recorrido por los lineamientos del *pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericanos*, es preciso aclarar que esta corriente ha sido desarrollada desde los años setenta, habiendo adquirido formas institucionales diversas. Tal como señalan Stolkiner y Ardila Gómez (2012), dicha corriente ha sido sustento de la implementación de políticas (el caso de Brasil es un ejemplo) y ha funcionado como una red informal de personas, núcleos académicos y movimientos. Sus límites y fronteras no son nítidos, salvo en algunos postulados centrales. Se constituyó en el tumultuoso período que va desde la crisis global de esa época hasta la actual. Se fue generando en el transcurso de una transformación global de la economía y la geopolítica mundial durante la cual se sucedieron en América Latina dictaduras militares, movimientos de resistencia, una década perdida en el desarrollo de los '80, las reformas neoliberales con las

crisis del endeudamiento, la emergencia de nuevos movimientos sociales y la aparición de un reordenamiento regional junto con gobiernos de postulados neokeynesianos de diversa índole.

Coincidió, a nivel mundial, con la crisis de eficacia de la Salud Pública tradicional por su imposibilidad de dar respuesta a los problemas que se generaban en los colectivos humanos, con la mercantilización extrema de la salud tanto por la apropiación con fines financieros privados de los fondos sociales destinados a ella como por el desarrollo fenomenal de las industria químico farmacéutica y de aparatología médica, y con el avance y reformulación de la medicalización de la vida.

Resulta necesario señalar que no estamos hablando de una *escuela* de tipo académico sino de una corriente con diferencias y tendencias internas en proceso constante de construcción conceptual y práctica. Su configuración ha sido atravesada por tendencias contemporáneas en la producción de pensamiento como los marxismos de la época, la revisión de los principios de la modernidad y el debate sobre los posmodernismos, la crisis del paradigma científico objetivista, el pos-estructuralismo, el giro hermenéutico de las ciencias sociales, la semiótica, las diversas teorizaciones de la complejidad, y el debate sobre la cuestión del sujeto, por citar algunas.

Las distintas herramientas teóricas han confluído con una interlocución crítica constante con los discursos y propuestas de algunos organismos internacionales, tal el caso de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud [OMS/OPS] en las propuestas de Atención Primaria de la Salud, Promoción Social en Salud, Nueva Salud Pública o estudio de los Determinantes Sociales en Salud. Lo anterior da cuenta de que la corriente médico-social/salud colectiva amalgamó de manera sincrética o crítica muchos autores y postulados de Europa, Estados Unidos y de los discursos sobre la salud de la OMS/OPS. De ello resultaron diferencias epistemológicas y prácticas con el paradigma de la Salud Pública tecnocrática, con el Modelo Preventivista y con la Medicina Comunitaria, cuyos discursos también habían tenido presencia en las acciones en salud en el subcontinente y que a su vez se incorporaron al campo de la Salud Mental.

En Argentina

A partir de 1983, se inició en la provincia de Río Negro una experiencia de transformación en el campo de la salud mental. Hasta entonces los pacientes con alteraciones mentales eran derivados al único hospital dedicado a este tipo de padecimientos en la provincia: el Neuropsiquiátrico de Allen. Los pacientes provenían, en la mayor parte de los casos, de localidades alejadas, con el consecuente desarraigo de su medio habitual durante largos períodos.

Con la llegada de la democracia -luego de la dictadura militar de 1976- comenzó un proceso de cambio dentro de los lineamientos para el trabajo en salud mental y se empezó a tratar de mejorar la situación de abandono en que se encontraban los internados. Este proceso despertó gran resistencia en los sectores psiquiátricos tradicionales.

En agosto de 1984, se celebró en Allen el Primer Encuentro Provincial de Salud Mental, y en junio de 1985, el Primer Encuentro Patagónico. A partir de las conclusiones obtenidas en estos encuentros, se comenzó a construir la modalidad de trabajo en equipo.

Se decidió abrir camas en todos los hospitales generales de la provincia para la internación de la personas con sufrimiento mental. El hospital de Allen fue remodelado y paso a ser un Hospital General, en el cual el servicio de salud mental es uno entre tantos. Se empezó a realizar un trabajo de contención en crisis en el lugar de residencia habitual de las personas, para lo cual se conformaron patrullas, con la finalidad, no solo de contener al paciente, sino también de brindar a su entorno las pautas necesarias para su comprensión, apoyo y seguimiento.

Los precursores de este proceso de cambio, entienden que la recuperación de la persona es la recuperación de los vínculos sociales. Es por eso, que incorporaron a la práctica de salud: policías, vecinos, docentes y otros referentes comunitarios como recursos válidos para el seguimiento y la rehabilitación de la persona en su localidad de origen.

En 1991 se promulgó la ley 2440, la cual prohíbe la habilitación y el funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en dicha ley. De acuerdo a la misma, la internación es considerada como último recurso terapéutico y en caso de ser imprescindible, se realiza con el objetivo de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona, procurando en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible. Se trata de asegurar el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de las personas con sus familiares directos y amistades, salvo en caso de que terapéuticamente se requiriera un distanciamiento parcial y temporario, en beneficio de la persona involucrada. Se asegura también el acceso a vivienda, educación, salud y capacitación laboral, de las personas con sufrimiento mental. Conforme a esta ley, se desconoce como válido todo medio terapéutico destinado exclusivamente a obtener la estabilización, claustración o reclusión de las personas como fin en sí mismo.

Las estrategias de trabajo de la modalidad de salud mental comunitaria, en las que se basan estas transformaciones, se estructuran sobre 4 ejes:

- Descentralización: parte de la base de que el proceso terapéutico puede desarrollarse desde diversos lugares y con múltiples efectores que trascienden el ámbito del hospital.
- Trabajo comunitario e interdisciplinario: al dejar de concebir al manicomio como lugar único para la cura del enfermo mental, se descentraliza la responsabilidad sanitaria. Se trata de reconocer la capacidad de cada uno de los agentes abocados a esta tarea, de respetar y valorar sus saberes y de coordinarlos en una tarea común.
- Mantener vínculos: se privilegia el mantener, dentro de lo posible, al paciente en crisis dentro de su ámbito, en relación con sus familiares, amigos y vecinos.
- Reinsertar en el medio: se busca que el paciente vuelva a ser visualizado como un sujeto que puede ejercer una vida plena, desarrollando nuevamente sus capacidades.

En esta modalidad de trabajo, se atiende a las personas con sufrimiento mental a la vez que se capacita a las personas que están a cargo de esta atención.

Este movimiento y la ley a la que dio lugar, constituye uno de los antecedentes de la legislación actual en salud mental en la República Argentina: la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, promulgada en 2010 y reglamentada en 2013².

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Basaglia, F. (1979). *La Condena de Ser Loco y Pobre. Alternativas al Manicomio*. Buenos Aires: Topía.
- Benzo, M. J. (2013). *Hacia una transformación en salud mental: la desmanicomialización*. (Trabajo de Integración Final). Facultad de psicología UCSF: Santa Fe.
- Ceberio, M. (2010). *La nave de los locos: historia de la locura, su marginación social y alternativas de cambio*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Cohen, H. (1994) “El Proceso de Desmanicomialización en Río Negro”. En *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Ferreira, P., García., L., Llamas, J., Picciuto, I., Prieto, E., Reumann, A., Von der Becke, G. y Wais, M. (2011). Hacia una construcción crítica en el campo de la salud mental. En Kripper, A. y Lutereau, L. (comp.) *La palabra/La Escritura: Actas de las IX Jornadas de Psicología UCES* (pp. 97-107). Buenos Aires: Editorial de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Fleury, S. (2008). “Modelos de reforma de la salud en América Latina”. En Spinelli, H. (comp.) *Salud Colectiva* (pp. 171-199). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (1961). *Asylum*. New York: Editorial Doubleday.
- La Hoja, S. I. (2012). La psiquiatría como método de control social. *Periódico Solidaridad*, 10, 16.
- Laing, R. (1960). *El yo dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Notariani, M. (2000). Entrevista con Giorgio Basaglia (1980). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20: 91-100.
- Wagner De Sousa Campos, G. (2009). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

² Para profundizar acerca de la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental, consultar la ficha de cátedra Ficha de cátedra “Introducción al Enfoque de Derechos Humanos. Enfoque de Derechos en el Campo de la Salud Mental” (págs. 10 a 12).