



Salud Mental

¿Una deuda pendiente?

María Daniela Rennis

Paula Lanzoni



Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini

Departamento de Salud

Año 2011



Director del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini: Juan Carlos Junio

Director Editorial del CCC: Jorge C. Testero

Coordinador Departamento de Salud: Ricardo López

© Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini
Av. Corrientes 1543 (C1042AAB) - Ciudad de Buenos Aires - [011]-5077-8000 -
www.centrocultural.coop

© De los autores



Introducción

“El enfermo mental es el símbolo y depositario, en cada aquí y ahora, de la estructura social”. (Enrique Pichón-Riviere)

El siguiente trabajo es el resultado de la trayectoria que se realizó por diferentes instancias de aprendizaje. Es producto de una integración conceptual y práctica obtenida mediante un proceso de investigación y análisis.

Se ha considerado pertinente aludir que en el contexto de la crisis experimentada en la Argentina durante las últimas décadas, tanto en el orden económico como social, surge una nueva configuración social, que es el resultado de la aplicación de políticas neoliberales.

En este contexto, las prácticas en salud, y específicamente las de *Salud Mental*, están fuertemente atravesadas por los efectos de las políticas de ajuste que comprometieron seriamente el ámbito de la Salud Pública.

Los cambios culturales, que están produciendo rasgos subjetivos de nuevo tipo -violencia, indiferencia social, aislamiento, comportamientos sociales narcisistas, individualismo dominado por un traspaso de los valores sociales hacia el interés personal, etc.-, están a la vez modificando profundamente las modalidades de vínculos entre las personas -de familia, pareja, amistad, solidaridad comunitaria, etc.- y han ido llevando a formas nuevas de presentación de los trastornos mentales.

Es así que el deterioro constante de la calidad de vida incrementa la frecuencia de enfermedades, la desesperanza, el debilitamiento o ruptura de los vínculos de apoyo familiar y social, la violencia, el consumo abusivo de alcohol y drogas.

Esta investigación, inmersa en ese contexto, surge con el interrogante: *Salud Mental ¿Una deuda pendiente?* El propósito principal es analizar la situación en la que se encuentra la Salud Mental en la actualidad en el ámbito de la República Argentina. Para ello fue necesario visualizar aquellos factores -políticos, sociales, económicos, históricos, entre otros- que influyen y que hacen al ámbito de la Salud Mental.

A lo largo del trabajo, el lector se encontrará con una Primera Sección que abarca tres capítulos. En el primero de ellos se hace referencia al contexto socio-económico de las últimas décadas, para entender las consecuencias que provoca en aquellas personas que presentan rasgos de vulnerabilidad social.

En el segundo capítulo se analiza la realidad de la salud, y dentro de la misma la Salud Mental en la Argentina. En el Capítulo III se referencian las legislaciones vigentes en Salud Mental dentro del modelo neoliberal.

La Sección II, Capítulo IV, abarca el surgimiento de los hospitales psiquiátricos, haciendo un recorrido a nivel mundial que va desde la Edad Media hasta la Modernidad. También se describe cual fue la concepción y el contexto para la creación de los Hospitales psiquiátricos en Argentina.

A continuación, en el Capítulo V, se hace referencia a los distintos movimientos de la desmanicomialización que tuvieron origen en Italia con Basaglia, en Francia y en Inglaterra con Laing y Cooper; así como también a las políticas que surgieron en torno a este movimiento en Argentina, como son las de las provincias de Río Negro y San Luis, y las de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



En el último Capítulo de la Sección II, se alude a las tendencias mundiales que existen para la atención de la salud mental, haciendo hincapié en el Modelo Médico Hegemónico y en el auge de la medicalización.

En la Sección III, se analiza, en un primer capítulo, cuál es la situación de los hospitales psiquiátricos, la realidad de los recursos económicos, materiales y humanos. Allí también se consideran las circunstancias laborales de los profesionales de la salud y su implicancia en el abordaje de la misma.

El capítulo siguiente trata sobre la realidad de los pacientes, teniendo en cuenta las problemáticas sociales, familiares, psicológicas, económicas que ellos atraviesan durante el periodo de internación.

Por último, se mencionan las diversas formas actuales de intervención que existen en salud mental, señalando los distintos dispositivos de atención, como las casas de medio camino y los talleres -de arte, de microemprendimientos, de esparcimiento, entre otros-.

Para finalizar, se intenta reflejar una síntesis de los resultados, desde la perspectiva de los propósitos de la investigación.

Con lo expuesto no se pretende dar un cierre al presente trabajo, sino brindar una apertura que permita a cada lector elaborar desde una postura crítica interrogantes que lo movilicen a cuestionar la situación de la salud mental, y consecuentemente, a proponer acciones de cambio.



Sección I:

Un marco socioeconómico y político



Capítulo I

Contexto socioeconómico actual en la República Argentina

Para lograr una mayor comprensión de la investigación a abordar, se considera pertinente realizar una breve descripción del marco socioeconómico por el cual atravesó nuestro país, específicamente en las dos últimas décadas.

La Argentina experimentó profundas crisis, tanto en el orden económico como social, de las cuales surge una nueva configuración social, que es el resultado de la aplicación de políticas neoliberales en el país.

Se asiste a la consolidación de la lógica del mercado como principio eficiente e incuestionable de organización social. Este escenario es el resultado, entre otros factores, de la reformulación de las relaciones entre el Estado y el mercado -o entre lo público y lo privado-. En consecuencia todo el sistema de política social sufre un reacomodo de sus mecanismos de alcance y funcionamiento a la luz del reposicionamiento estatal en el contexto político nacional.

Durante la década del 90, la concentración económica, las políticas de privatización y de desregulación, la apertura irrestricta de los mercados, el abandono por parte del Estado de su rol social, trajeron aparejadas la precarización laboral, el aumento de desempleo, el crecimiento de la pobreza, la marginalidad y la ampliación de las desigualdades sociales. Esto acarrió como consecuencia la profundización de la polarización, de la brecha entre los sectores ricos y los sectores pobres, y la intensificación de los procesos de vulnerabilidad y exclusión social.

Se habla de una redefinición de las misiones del Estado: se retira de la arena económica en lo que hace a la redistribución del ingreso, pone el acento en el capital financiero, y afirma la necesidad de reducir su papel social.

La Argentina sufrió un gran estallido en el plano social, económico y político en diciembre de 2001. Durante ese año aumentó la fuga de capitales al exterior. La imposibilidad del sector financiero de devolver los depósitos en su moneda de origen condujo a un retiro masivo de depósitos del sector financiero local y su medida fue la instauración del llamado *corralito* bancario que congeló los depósitos de muchos argentinos. Fue la última quiebra del sistema. Sumado a esto, se dieron una serie de saqueos de negocios en todo el país y marchas multitudinarias reprimidas con violencia, lo que terminó con 32 muertos y la renuncia del presidente Fernando de la Rúa.

En el transcurso del año 2002, la alta inestabilidad económica determinó una sobrevaluación cambiaria. La fragilidad del sector financiero, como consecuencia de la crisis, llevó al Banco Central a tener una activa política de asistencia vía otorgamiento de redescuentos, redimensionamiento y concentración. El paulatino reestablecimiento de la confianza en las instituciones económicas llevó a que la medida del *corralito* se empezara a dismantelar.

A partir del año 2003, tanto el discurso como las políticas implementadas desde el Gobierno apuntan a producir un cambio de rumbo en el modelo económico impuesto



para recuperar el rol y la responsabilidad del Estado en cuanto al bienestar general de toda la población.

La recesión económica habría de causar un aumento de los niveles de pobreza e indigencia pese a los esfuerzos realizados por el Gobierno para el rediseño de políticas sociales. Dado que la metodología utilizada para la medición de la pobreza implica una monetarización de la canasta básica de bienes y servicios, el aumento de ésta, junto con una caída en el empleo inédita en la historia del país, habría de traducirse en el incremento de la población bajo la línea de pobreza. Frente a este contexto, el Gobierno orientó sus políticas sociales a la implementación del Plan Jefes y Jefas como primer parche para cubrir la emergencia social lo más rápido que fuese posible, incorporando luego la Asignación Universal por Hijo y el Plan Argentina Trabaja, entre otros.

De esta manera el aumento de la desigualdad social, la precarización de las condiciones de educación y empleo, la marginación de vastos sectores de población resultan componentes dominantes del malestar social actual.

En palabras del sociólogo Agustín Salvia:

La crisis del Estado y los profundos cambios económicos y tecnológicos de fines del siglo pasado han ocasionado una fuerte ruptura del “mundo del trabajo” y de los mecanismos de reproducción social, tanto familiares como institucionales, que tradicionalmente permitían el acceso a bienes y servicios públicos, sociales o comunales, a partir de lo cual el Estado garantizaba en forma masiva oportunidades efectivas de integración social.¹

En ese proceso de integración frágil o expulsión en el campo del trabajo y de no inserción en una red de protección cercana se reconocen las distintas situaciones de riesgo que pueden estar atravesando las personas. Es en el extremo de ese proceso en donde se ubican las situaciones en que la precariedad económica se convierte además en desamparo, fragilidad relacional y aislamiento.

Como plantea Rubén Lo Vuolo, “una de las consecuencias del modelo neoliberal refiere al hecho de que la identidad colectiva se halla en crisis”,² lo que significa que cada persona cargue con la responsabilidad de su situación laboral y social.

Estas personas están atravesando situaciones de incertidumbre, inseguridad y desprotección. Este problema causa impedimentos para instrumentar remedios colectivos. Las personas que se sienten inseguras, las personas preocupadas por lo que puede deparar el futuro y que temen por su seguridad, no son libres para enfrentar los riesgos que exige una acción colectiva.

La identidad colectiva ayuda a canalizar los conflictos sociales de forma democrática. La actual erosión de este espacio de lucha, atomiza estos conflictos. La responsabilidad y disfuncionalidad social pasan a ser vista como individuales.

Es decir, las consecuencias que producen estas crisis conducen, en mayor medida, a responsabilizar al individuo por su situación, lo que en muchos casos repercute en su salud mental -trastornos de angustia, depresión, soledad por el aislamiento, fobias,

¹ Salvia, Agustín: “Una generación perdida: los jóvenes excluidos en los noventa”, artículo publicado en el cuadernillo *Empleo joven*, Buenos Aires, 2000, p. 25.

² Lo Vuolo, Ruben: *Alternativas. La economía como cuestión social*, Buenos Aires, 1999.



pánico generado por los miedos, la falta de proyectos que impliquen una proyección hacia el futuro-. Muchos no pudieron interpretar el problema como algo que ocurría en todo el contexto social, sino que se les hizo sentir y así lo vivieron, como *responsables de su destino*, por lo tanto, inútiles, incapaces, desechables para su entorno. Es así que se asiste a lo que se ha dado en llamar *criminalización* de la pobreza, la cual aparece como complemento *necesario* de la generalización de la inseguridad salarial y social.

Además, se produce una crisis de las instituciones tradicionales de socialización, sin las cuales muchas personas no encuentran otro espacio de inserción social. Pasan a constituir un grupo social claramente afectado por el deterioro del mercado de trabajo y por la crisis de esas instituciones que tradicionalmente mediatizaban los mecanismos de integración social, como la escuela, el trabajo y el hospital.

Al mismo tiempo, el deterioro constante de la calidad de vida incrementa la frecuencia de enfermedades, la desesperanza, el debilitamiento o ruptura de los vínculos de apoyo familiar y social, la violencia, el consumo abusivo de alcohol y drogas.

Las personas afectadas por este fenómeno quedan sujetas a una situación de *vulnerabilidad*. Se entiende la misma como aquella de origen material, emocional o psicosocial que lleva a experimentar al sujeto una condición de indefensión, dada la fragilización de los soportes personales y/o comunitarios. En palabras de Manuel Franco:

Tal proceso debe enmarcarse en la fuerte fragmentación individual y/o socio-colectiva existente en el actual contexto. Es esta situación la que se enlaza dialécticamente con la condición de vulnerabilidad.³

De esta manera, tanto el sujeto como la familia de nuestros días experimentan crisis profundas que están relacionadas con el contexto socioeconómico de la Argentina de los últimos tiempos, con un Estado que ha tenido un rol ausente.

En este sentido, se reafirma que el modelo neoliberal hegemoniza y es el marco en el cual aparecen o se reproducen la pobreza, la desocupación, las situaciones de exclusión, discriminación, estigmatización y vulneración de los derechos en los sujetos sociales. Dicho modelo también apunta a la destrucción metodológica de los colectivos, pone en cuestión todas las estructuras colectivas capaces de obstaculizar la lógica del mercado puro. Nuestra realidad es totalmente contradictoria con el concepto de Maschall que afirma la ciudadanía como un status correspondiente a todos los miembros plenos de una comunidad, lo que les garantiza igualdad de derechos y obligaciones. Hoy ya no se puede hablar de ciudadanía, cuando más de la mitad de la población está en estado de exclusión social.

Las políticas sociales neoliberales que se implementaron para corregir los supuestos efectos *no esperados* de ese modelo económico están basadas en la atención individual. Las mismas no sólo no solucionan el problema, sino que agudizan las desigualdades en el ingreso de amplios sectores de la sociedad. El modelo de valores que está por detrás de las políticas sociales implementadas se nutre principalmente del concepto de *ciudadanía asistida*.

³ Franco, Mariel; Blanco, Laura: "El enfoque de riesgo" en Eroles, Carlos (Coordinador): *Familia y Trabajo Social*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 1998.



Las políticas sociales son creadas para compensar las desigualdades, y por esto, se hace necesario que éstas sean tan desiguales como lo es la distribución original desarrollada en el mercado, pero en el sentido inverso. Esta postura plantea que este mecanismo de compensación puede re-equilibrar las desigualdades y en consecuencia combatir las problemáticas de la pobreza y la exclusión.

En este contexto, resultan necesarias las políticas compensatorias y de asistencia, pero esto no debe ser el eje de una política social, porque no es adecuado para la integración. La asistencia sin transformaciones seguirá teniendo efectos estigmatizantes y paternalistas.

Estas políticas sociales se fundan en la idea de que el sentido de la vida para algunos grupos sociales se limita a la sobrevivencia, lo que no puede aceptarse desde la voluntad política democrática y las definiciones que guían las decisiones de ese orden.

La nueva situación social ha gestado nuevos pobres. Se trata de aquellos sectores de la población que, por el deterioro de sus ingresos, se encuentran ante la imposibilidad de acceder a los bienes y servicios básicos necesarios para vivir. La pobreza se extendió y el universo de pobres es ahora más heterogéneo.

Se puede decir que la pobreza, que afecta a una parte significativa de la población, es el resultado de un proceso complejo que reconoce causas estructurales y coyunturales. En la actualidad este fenómeno presenta tres aspectos claves: su *magnitud*, nunca hubo tantos pobres como en las últimas décadas; el *perfil de la población afectada*, a la pobreza estructural hay que agregarle una cantidad creciente de nuevos pobres con pautas culturales, valores, aspiraciones de vida marcadamente diferentes; y la *concentración territorial* en los cordones suburbanos de las grandes ciudades.

En décadas anteriores, los pobres eran personas que carecían de lazos o relaciones familiares y cuya atención estaba dada por instituciones especiales o la ayuda del barrio o la comunidad, atendiendo a la demanda puntual. La categorización de “pobres” estaba dada bajo el estereotipo del *loco* o el *linyera del barrio*.

Hoy en día aparecen nuevas formas de nombrar a la pobreza y lo que antes era el vagabundo hoy se transforma en *marginados* o *marginales* y se extiende a amplios sectores de la sociedad.

El aumento de los niveles de pobreza e indigencia es una de las causas más significativas del incremento del sufrimiento en la población. Ante la ausencia de políticas públicas orientadas a la integración de la población pauperizada, las cárceles, la calle y los hospitales neuropsiquiátricos terminan por transformarse en depósitos que albergan personas sin recursos y sin derechos. Verdaderos inexistentes sociales para los que la sociedad no parece reservar ningún lugar definido.

Si en las sociedades disciplinarias el modo de tratamiento de los *anormales* consistía en la reclusión en centros de encierro para su posterior reinserción social, Ignacio Lewkowicz dirá que en las llamadas *Sociedades de Control*⁴ se tratará de expulsar a quienes carecen de posibilidades de integrar el pequeño circuito del consumo. Ya no se trata de un tratamiento específico para una posterior reintegración. Están afuera, y se tenderá una red que garantice que lo sigan estando. Al Estado no sólo no le interesa la

⁴ Lewkowicz Ignacio; Cantarelli, Mariana y Grupo Doce: *Del fragmento a la situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea*, Buenos Aires, Altamira, 2003, p. 23.



integración social de las personas alojadas en las unidades psiquiátricas penales, o las personas que se encuentran en situación de calle, sino que la sociedad en su conjunto suele funcionar de manera cómplice con el ocultamiento del problema.

En este contexto, ante la emergencia de una nueva configuración social resultante de la aplicación de políticas neoliberales en la Argentina, las prácticas en Salud, y específicamente las de Salud Mental, están fuertemente atravesadas por los efectos de las políticas de ajuste que comprometieron seriamente el ámbito de la Salud Pública.



Capítulo II

¿Qué pasa con la Salud a nivel nacional? ¿Y con la Salud Mental?

A partir de lo expuesto en el capítulo anterior, se afirma que las políticas de salud se han encontrado fuertemente condicionadas por la privatización, la creciente tercerización, la precarización laboral y el desmantelamiento de los servicios hospitalarios.

Es decir, con la consolidación del modelo neoliberal, las funciones del Estado se han redefinido: se restringen aquellas ligadas a la protección social; se refuerzan las que hacen de soporte al desarrollo económico de las empresas; se descentraliza la atención de la salud; se promueve un incentivo de privatización y mercantilización de la misma.

Las políticas que se desarrollan con dicho modelo en el campo de la salud se inscriben en un contexto signado por una profunda crisis social y económica -desempleo, empobrecimiento y marginalidad-.

En el ámbito sanitario, esta situación se refleja en un aumento de la vulnerabilidad en los procesos de salud-enfermedad entre los grupos sociales menos favorecidos. Como respuesta, nuestros gobiernos aceptaron las propuestas planteadas desde Washington, traducidas en los proyectos de reforma sectorial -Invertir en salud 1993-. En el caso argentino un conjunto importante de normativas legales acompañó los cambios en el sector salud, los cuales fueron conformando una nueva lógica que se instaló desde el sentido común en la sociedad. La reformulación de los ejes prioritarios para el sector implicó que los proyectos se centraran en dos áreas. Una de ellas fue la reforma de las instituciones estatales, que a través del Decreto 578/93 instauró la figura del hospital público de autogestión, y propuso una nueva lógica, asimilable a la de una empresa social de atención médica. La otra fue la desregulación de la seguridad social médica, que se inició con el Decreto 9/93 y continuó con una serie importante de otros decretos orientadores de la desregulación que dieron lugar a la tercerización de los fondos y la gestión administrativa de las obras sociales.

Estos decretos facilitaron la operacionalización de nuevas lógicas en la política sanitaria y la aparición de nuevos actores representativos de capitales financieros multinacionales que, asociados o no con capitales nacionales, pugnaron por el ingreso al sector salud. Estos capitales operaban en el sector de seguros prepagos y como prestadores de servicios de salud, y funcionaban como administradores de fondos de la seguridad social médica y del sector estatal.

La aplicación de las propuestas del Consenso de Washington en el sector dio como resultado un cuadro de situación en el que la salud fue perdiendo el carácter de un derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir en forma particular. Conforme a la lógica propia del mercado, el acceso a la salud tiende a tornarse diferencial, y deja de ser un bien público para convertirse en un bien privado.

Paralelamente a esta transformación por la que la salud pasa de ser un derecho a ser una mercancía, el poder de decisión sobre los servicios médicos que se presentan a la población se desplaza del personal de salud, principalmente médico, a los



administradores o, en el peor de los casos, a los banqueros o los responsables de las instituciones de intermediación financiera, sobre todo aquellas que responden al gran capital de los países centrales. Desde una perspectiva complementaria, podemos decir que se verifica también un cambio en las prioridades:

Ya no se privilegia la eficacia, entendida como la utilidad que tienen las actividades de salud, en tanto valor de uso, sino la eficiencia, que expresa la relación de productividad en su versión más capitalista, basada en el valor de cambio.¹

Uno de los cambios más profundos radica en el hecho de que cada establecimiento hospitalario debe implementar sus propios mecanismos de recaudación, para lo cual debe constituirse en competidor, no sólo del subsector privado, sino también de otros establecimientos estatales, lo que da lugar a una desarticulación cada vez mayor del sistema.

Dentro de este marco, Emiliano Galende examina otras modificaciones producidas por la ofensiva neoliberal destacando el carácter regresivo para la construcción de procesos de reforma en la atención de salud mental, anulando los avances logrados en otros años, "...las políticas de privatización en salud han facilitado el crecimiento del sector de seguros de enfermedad, la cual puede ser adquirida de acuerdo al poder adquisitivo de las personas..."² Esta situación colabora en la agudización de los procesos de desigualdad social: sólo los sectores sociales con poder adquisitivo podrán acceder a una atención sanitaria adecuada, mientras que la mayoría de la población -sin cobertura social o con obra social restringida- tiene como único recurso las instituciones públicas.

Debido a esta situación, entre otros factores, los hospitales estatales vieron acrecentarse la demanda, mientras sus recursos físicos y financieros disminuían progresivamente. De esta manera,

(...) el aumento en número y complejidad de la demanda de atención en el sector público se modifica, incidiendo en la modalidad de atención. En estas condiciones se tiende a brindar respuestas asistencialistas, con el agravante de la primacía de que la respuesta asistencial lleva inexorablemente a la sobre indicación psicofarmacológica y a las internaciones evitables (...)³

El sector de salud pública no se encuentra entre las prioridades del Estado. Esto se refleja en que la población sin cobertura efectiva de salud asciende al 40%.⁴ A su vez, son innegables el continuo deterioro del hospital público, los problemas presupuestarios, la falta de personal de salud y administrativo, y la carencia de insumos, lo cual también se evidencia las ciudades centrales.⁵ También problemas estructurales

¹ Testa, Mario: *Pensar en salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997, p. 51.

² Galende, Emiliano: "Situación actual de la Salud Mental en Argentina" en revista *Salud, problemas y debate*, año IX, N° 17, Buenos Aires, 1997, p. 10.

³ *Ídem*.

⁴ Diario Clarín, Suplemento de Economía 13/07/08, p. 36.

⁵ Diario Clarín, 8/7/08.



referidos a las dificultades con los recursos humanos; falta de estructuras para el mejor aprovechamiento de los recursos y garantía para las prestaciones adecuadas; falta de planificación estratégica, en especial en tareas comunitarias, preventivas y de promoción de la salud mental; derivaciones obturadas y desarticulación de un sistema de red.

No se puede deslindar Salud Mental-Salud Pública de la economía. El sistema público de Salud es una de las áreas sensibles de las políticas sociales a la vez que un lugar desde donde observar las dimensiones de la situación social.

Si bien se ha incrementado el presupuesto en salud desde 2003, el mismo está lejos del 5% mínimo del Producto Bruto Interno que se estima necesario para brindar servicios a la población. Se calcula que más del 50% de los gastos de salud de la población son sufragados por los ciudadanos.

El presupuesto nacional del 2009 representa un 8,8% de disminución en términos reales sobre la asignación para Salud según la variación interanual.

El presupuesto de salud ocupa el 2,6% del presupuesto nacional, quedando evidenciado que la campaña electoral o la deuda externa ocupa una probabilidad 6 veces mayor que la Salud en la visión de quienes han confeccionado el presupuesto de la Nación. A nivel del gasto público consolidado, sólo es de 10 mil millones de pesos, para mantener 150 hospitales, 6000 unidades sanitarias este gasto consolidado a penas alcanza el 2% del producto interno.

Respecto a la Inversión el Ministerio de Planificación Nacional cuenta con un Presupuesto de 9.000 millones de pesos. Ninguno de los proyectos es para infraestructura de atención en Salud.

En lo que respecta específicamente a los hospitales psiquiátricos, esta situación agrava aun más el deterioro que estas instituciones ya venían sufriendo. En estos establecimientos, al igual que en las instituciones polivalentes, hay escasez de recursos junto con demanda creciente de atención por parte de la población. A su vez, en los hospitales monovalentes, hay un discurso oficial que plantea el achicamiento y/o cierre de estas instituciones. Las prácticas relacionadas con la población que está internada y/o que asiste a una institución psiquiátrica no representan, para el modelo neoliberal, una posibilidad concreta de recaudación extrapresupuestaria, sino, por el contrario, un importante gasto social. Los padecimientos mentales están entre las enfermedades más importantes por su alta prevalencia, costo económico y costo social.

En el año 1995 se otorgaron importantes créditos internacionales para políticas sociales deslindadas de Salud pero que la contemplaban subsidiariamente. En el caso específico de la Salud Mental, estuvo y está estigmatizada o eliminada de las partidas, ya que las causas encasilladas en Salud Mental no matan. Cuenta la tuberculosis, cuentan los accidentes de tránsito, cuenta la desnutrición infantil.

En Argentina, dos tercios del presupuesto de salud mental están destinados al sostenimiento de las instituciones psiquiátricas, cuyo tratamiento de base es el farmacológico, alimentando el enriquecimiento de la industria que abastece esas prácticas.

No se puede hablar de salud desde una sola visión, sino hay que entenderla como un proceso dinámico que va más allá de aspectos biológicos, ya que se conecta con fenómenos de orden social, cultural, económicos y políticos.



Además no debe centrarse sólo en lo curativo, sino que además se deben considerar aspectos tales como el entorno, los factores de riesgo, los estilos de vida, la educación sanitaria, la situación de clase, la situación económica y todo cuanto contribuya a su promoción, fomento y prevención.

No puede pensarse la Salud Mental como una entidad autónoma de la Salud y a ésta como una entequeia desligada de la realidad de un sujeto que vive en una casa o en la calle, con o sin agua potable, que come o tiene hambre, va a la escuela o es explotado en el trabajo infantil, disfruta o padece en una realidad económica determinada. La salud, que incluye la salud mental, es bio-psico-social.

En relación a lo expuesto, se retoma la definición de salud mental que propone La Organización Mundial de la Salud, que dice:

La salud mental se definió como aquel *estado* sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su *medio ambiente* físico y social.⁶

A partir de esta definición, se puede concluir que no es restrictiva a la atención disciplinaria psiquiátrico-psicológica, sino a la atención de los derechos al trabajo, a la seguridad social y a la educación, ya que toda forma de organización social condiciona la Salud Mental. Es pensar en un proceso de construcción social, una producción colectiva a través de la participación activa y responsable que implica el entrecruzamiento de saberes, disciplinas y prácticas. Cualquier enfoque debería contemplar necesariamente la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia y rehabilitación, la reinserción social y comunitaria de los enfermos, con prácticas que requieren transformaciones necesarias para dar respuesta a la situación actual.

La alternativa que se propone es la de un Estado que tome la responsabilidad de facilitar a su comunidad los espacios y herramientas para que sea protagonista a la hora de defender su derecho a una salud integral, donde lo mental sea igualmente importante que lo biológico.

Unicef asegura que si un chico no come bien hasta los primeros tres años de edad, su cerebro tendrá severos déficit que se reflejarán en retrasos cognitivos y en su conducta durante toda la vida. Un chico que no fue bien alimentado entre los seis y ocho años tendrá raquitismo. En este sentido, no se puede deslindar desnutrición de Salud Mental. Si se piensa que en la lactancia aparecen las primeras agresiones, la desnutrición necesariamente genera una patología del vínculo.

Bernardo Kliksberg aporta el dato de que en la Argentina del 2002, el 58% de la población estaba por debajo de la línea de pobreza, o sea que 23.200.000 eran pobres y que el 75% de los jóvenes eran pobres. Señala que en un corto plazo, cifras del 2008, la pobreza descendió a la mitad.

⁶ Organización Mundial de la Salud: “Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, derechos humanos y legislación”, 2006.



Claramente una cuarta parte de la población está en la pobreza y es una pobreza dura. Allí es muy difícil entrar con las estrategias convencionales de las políticas sociales. Se necesita “gerencia social” de primera calidad, una articulación de todos los actores. Hoy está excluido el 20% de los jóvenes argentinos y el 35% de los jóvenes latinoamericanos.⁷

A lo largo de lo expuesto se considera que uno de los factores fundamentales en el proceso salud-enfermedad es el ámbito de lo social. En este sentido, los síntomas de la desigualdad social y del abandono de persona realizado por el Estado se visualizan en los siguientes padecimientos sociales: Aumento en los suicidios adolescentes; aumento en el consumo de psicofármacos, con el agravante de que ha crecido el uso indebido de los mismos: los medios sostienen que el fenómeno ha sido bautizado como la *medicalización de la vida cotidiana*. El psicotrópico es consumido no como remedio, sino como una pastilla para el estilo de vida, para aliviar malestares de la vida actual. Actualmente se venden 1.200.000 unidades de tranquilizantes por mes y unos 450.000 antidepresivos; el segmento de estos últimos viene creciendo en los últimos años: a partir del 2004, la cantidad de pastillas vendidas creció un 14% según cifras de la Confederación Farmacéutica Argentina. Desde el estallido del 2001 -y sobre todo en 2003 y 2004-, las ventas de psicofármacos se multiplicaron. Esto también responde a la lógica del consumismo.

También han habido excesivos aumentos en el consumo de alcohol en la población juvenil; incidentes relacionados con el consumo de alcohol y drogas; aumento en los ataques de pánico; el aumento en el desinterés por el estudio y una grave cuota de escepticismo ante el valor del conocimiento por gran parte de la sociedad.

Hubo un significativo aumento en la presencia de bulimia y anorexia en la década de los 90. Por otro lado, la Argentina es la alarma de los cardiólogos. Hace ya un par de años que las enfermedades cardíacas son la primera causa de muerte y esto ha venido en ascenso en los últimos años.

Se observa además, desde los enfoques médicos, que la depresión es en sí misma un factor de riesgo, como la hipertensión o la diabetes. Además, la depresión, vinculada a la pérdida del trabajo o a situaciones económicas difíciles, incide en que la persona descuide factores de riesgo.

En Latinoamérica, durante los últimos 15 años, los casos de trastornos mentales crecieron alrededor de un 50%. Este aumento está vinculado a la crisis socioeconómica que sufre la región -al aumento de la pobreza, el desempleo, así como al desigual acceso a los servicios de salud-.

Estudios recientes de la OMC estiman:

El 25 % de la población mundial padece uno o más trastornos mentales o de comportamiento a lo largo de su vida; que una de cada cuatro familias tiene al menos uno de sus miembros con padecimientos mentales (...);⁸

⁷ Kliksberg, Bernardo: “La especulación con alimentos aumenta la pobreza” en diario *Página 12*, Suplemento *Cash*, 15 de junio, 2008.

⁸ Organización Mundial de la Salud: *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.



Se sostiene además que la carga que representa el familiar enfermo no es sólo emocional, sino económica y que el impacto de la enfermedad es, además de negativo, prolongado.

El padecimiento mental constituye un problema en incremento. Los desórdenes mentales son el 12% de la carga global de mortalidad a nivel mundial. Se calcula que en 2020, el 15% de los años de vida sin discapacidad perdidos serán atribuibles a problemas mentales.

Los costos sociales y económicos de ello son altos, particularmente porque afecta a personas jóvenes en edad productiva, y porque la situación suele implicar recursos y esfuerzos de las familias en forma prolongada. Las personas que padecen problemas tradicionalmente abordados por la psiquiatría son víctimas de exclusión y de falta de garantía de derechos.

Así mismo, los efectos de la pobreza, el resurgimiento de patologías que se consideraban desterradas, la indigencia y la llamada *situación de calle*, la desnutrición, el consumo de *paco* (que incluye muchas veces la muerte de niños y jóvenes), las violaciones y embarazos de niñas entre 10 y 14 años, la llamada prostitución infantil que es en realidad inducción a la prostitución infantil de ambos sexos, la trata y esclavitud de personas, la falta de agua potable, la falta de educación, los efectos de la violencia, habilitan una lectura social de los modos de enfermar de los sujetos. Sin embargo, no se responde preventivamente abordando la causa de los problemas, sino que se termina atendiendo a personas enfermas.

Salud y vida cotidiana es Salud Mental; salud y vivienda es Salud Mental; salud y trabajo es Salud Mental; salud y educación es Salud Mental; pero Salud Mental *no juega* en las políticas sociales.

Es así que no existirá un individuo sano, mucho menos una familia o sociedad sana, mientras no exista justicia social en las condiciones de vida y de trabajo de la población, en el acceso a la vivienda, a la educación, a productos de calidad para su alimentación, disposición del tiempo libre, y acceso a servicios de salud de calidad.

Lo manifestado justifica la importancia de planificar políticas homogéneas y universales con objetivos de integración social. No existe una política de salud mental cuando se trata de una acumulación de programas sin articulación ni coordinación conjunta.

Tal como expresa Ángel Fiasché:

Las políticas de salud mental, de una u otra manera, no son ajenas ni están divorciadas del desarrollo político social y económico de cada uno de los pueblos en juego. Intrínsecamente en cada país se elaboran y transforman esquemas de asistencia, atención y prevención disímiles en las diversas áreas que conforman.⁹

⁹ Fiasché, Ángel: "Políticas de Salud Mental", en Saidón O. y Troianovski (compiladores), *Políticas en Salud Mental*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1994.



Capítulo III

Legislación vigente de Salud Mental en la República Argentina

Resulta relevante recordar que toda política debe ser analizada en función del espacio, del tiempo y de la trama de interacciones en las que se genera, dado que son construcciones históricas.

De esta forma, las políticas sociales constituyen respuestas estructuradas que el Estado elabora, sea para enfrentar problemas coyunturales o para cumplir funciones que son consideradas de su responsabilidad.

Siguiendo a Alfredo Carballada, se entiende la Política Social:

(...) como mediadora entre las desigualdades sociales producidas por el sistema económico (...) -y que- (...) será “previsora” de inconvenientes y también estará asociada a una nueva manera de prevenir o frenar conflictos sociales.¹

Esto significa que serán orientadas a la disminución de los efectos producidos por la reforma del Estado en los sectores excluidos del sistema productivo o que se encuentran por debajo de los mínimos de consumo.

Como resultado de los procesos sociales y económicos que fueron desarrollándose en el transcurso de las últimas décadas, se ha configurado una nueva estructura social en la Argentina. Tal como expresa María del Carmen Feijoo,

(...) un nuevo país, una nueva pobreza, una mutación de los actores sociales históricos y del tipo de relaciones colectivas, individuales, macro y microcotidianas que configuran una sociedad muy distinta de aquella de los años treinta y cuarenta.²

Se da una persistencia y profundización de la pobreza de la población en general.

En consecuencia, las políticas sociales neoliberales se implementaron para corregir los supuestos efectos *no esperados* de ese modelo económico, y están basadas en la atención individual. Las mismas no sólo no solucionan el problema, sino que agudizan las desigualdades en el ingreso de amplios sectores de la sociedad.

El Modelo Neoliberal consolidó así un estilo político asistencialista cuyo rasgo distintivo fue la medida en que la concepción de programas focalizados en la población extremadamente pobre desplazó a la de política social, la que instrumenta sistemas de seguridad para frenar el aumento de la pobreza y las desigualdades sociales.

Sin embargo, la política social del estado neoliberal se funda en la presunción implícita de que el sentido de la vida para algunos grupos sociales puede limitarse a la

¹ Carballada, Alfredo: *Crisis del '30 y origen de las políticas sociales*, Apunte de Cátedra TS I. UNLP, La Plata, 1994, p. 25.

² Feijoo, M. del Carmen: *Nuevo País, Nueva pobreza*, Segunda reedición, Fondo de Cultura Económica, 2003, p. 10.



sobrevivencia. Son las políticas sociales las que definen qué necesidades van a ser reconocidas, para quiénes, en qué momento, en qué condiciones, etc.

Es necesario que las políticas sociales sean reparadoras actuando en las diferentes esferas del daño subjetivo y objetivo que se generó y se continúa generando. En los nuevos escenarios sociales y en la creciente complejidad de la cuestión social se deben generar una serie de interrogantes que interpelen a las formas típicas de intervención de las políticas sociales. Se deben generar políticas sociales que tengan como centro a la persona, sus vínculos y su contexto desde la práctica social. No deben quedar reducidas a las de la lucha contra la pobreza, ya que se restringe el concepto de política social como política pública generadora de condiciones para la inclusión social.

Desde esta perspectiva es que se plantea como necesario acordar en definir a las políticas sociales como políticas públicas de inclusión social, donde las acciones orientadas a los aspectos materiales de la vida cotidiana -acceso a la educación, salud, hábitat e ingresos- son solamente un aspecto vinculado a la dimensión económica -redistribución- en el análisis de las políticas de inclusión.

El Estado debe cumplir un rol fundamental en la contención social y en asegurar los derechos de los sectores más vulnerables de la sociedad. Para ello debe intervenir en la protección de las familias en riesgo social.

En relación a las políticas sociales referidas a la Salud Mental, la legislación tenía originariamente el propósito de proteger a la sociedad en general de pacientes considerados *peligrosos*, y de aislarlos, más que el de promover los derechos de las personas con trastornos mentales como personas y ciudadanos. Otra legislación permitía la internación por largos períodos de personas con trastornos mentales que no representaban ningún peligro para la sociedad, pero no podían cuidarse solas y esto también significaba una violación a los derechos humanos. En este aspecto, es interesante señalar que aunque alrededor del 75% de los países del mundo tienen legislación de salud mental, solamente la mitad -el 15%- tiene leyes aprobadas después de 1990 y casi un sexto -el 15%- tiene legislación que data de antes de la década de 1960. Por ende, la legislación de muchos países está desactualizada y, como se ha dicho antes, en muchas instancias priva a las personas con trastornos mentales de sus derechos, en lugar de protegerlos.

La necesidad de legislación de Salud Mental surge de la creciente comprensión de la carga personal, social y económica que significan los trastornos mentales en todo el mundo.

Las violaciones de los derechos humanos y libertades básicas, y la denegación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a aquellas personas que sufren de trastornos mentales son un suceso común alrededor del mundo, tanto en ámbitos institucionales como en la comunidad. Debido a esto, la legislación ofrece un importante mecanismo para asegurar cuidados y tratamiento adecuado y apropiado, la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y la promoción de la Salud Mental.

Hay diferentes maneras de abordar la legislación de Salud Mental. En algunos países no existe una ley separada de Salud Mental, sino que las disposiciones relativas a la Salud Mental están insertas en otra legislación relevante, como es el caso de Argentina. Algunos países han consolidado la legislación de Salud Mental, de modo que todas las cuestiones de relevancia en este campo se incorporen a una sola ley. Muchos países han



combinado estos abordajes, de modo que tienen tanto componentes integrados en otras leyes como una ley de Salud Mental específica.

Como resultado de la aplicación de políticas neoliberales en la Argentina, las prácticas en salud y específicamente las de Salud Mental, están fuertemente atravesadas por los efectos de las políticas de ajuste que comprometieron seriamente al ámbito de la Salud Pública.

Como ya se ha señalado, las políticas de salud se han encontrado fuertemente condicionadas por la privatización, la creciente tercerización, la precarización laboral y el desmantelamiento de los servicios hospitalarios.

Entendemos por Política de Salud a la declaración o directriz oficial dentro de las instituciones -incluido el Gobierno- que concede prioridad a la salud o que reconoce la importancia de los objetivos de salud. Comprende los servicios de salud y los sectores fuera del ámbito sanitario que afectan a la salud. Las políticas de salud normalmente comprenden una red de decisiones y medidas como respuesta a las necesidades y demandas en materia de salud, a los recursos disponibles y otras precisiones no relacionadas con la salud. La carencia de decisiones se debe considerar también como un componente de las políticas de salud que puede influir en el estado de salud de los individuos o las comunidades.

El propósito fundamental de la legislación de Salud Mental es el de proteger, promover y mejorar las vidas y el bienestar mental de los ciudadanos. Si es innegable que toda sociedad necesita leyes para lograr sus objetivos, la legislación de salud mental no es diferente a cualquier otra legislación.

Los antecedentes de legislaciones jurisdiccionales, como son la Ley 2.440³ del año 1991 de la Provincia de Río Negro o la Ley 448⁴ de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionada en el año 2000 constituyen modelos de avance en términos de reconocimiento del derecho de acceso a la salud y la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental.

Los Principios de Salud Mental establecen la necesidad de establecer mecanismos para “inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes”.⁵

Desde el Código Civil Argentino, se trata a las personas con problemas de Salud Mental con términos estigmatizantes y peyorativos. Esto se afirma porque contiene términos anacrónicos y discriminatorios para designar a las personas con diferentes padecimientos psicológicos. En este contexto se cree necesario un nuevo concepto, es decir, nombrar a los sujetos como *personas* y no como *dementes*.

A su vez, el Código Civil restringe las evaluaciones profesionales al campo de la medicina, eludiendo la interdisciplinariedad indispensable para una toma de decisión

³ Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental.

⁴ Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Anexo, Decreto N° 635/GCBA/2004.

⁵ Organización Mundial de la Salud: *Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, derechos humanos y legislación*, Principio 22, 2006, p. 177.



adecuada en un terreno tan delicado como la restricción de la libertad y autonomía de las personas. La redacción actual también desconoce la particularidad de cada caso y peca de establecer el mismo remedio para situaciones diferentes.

El artículo 482° del Código Civil refiere:

El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial. Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen del médico oficial.⁶

Según el Código Civil Argentino, el juez debe designar un defensor especial cuya labor será, en la medida de lo posible, evitar la internación o, si esta fuera necesaria, asegurar que no se prolongue más de lo necesario. Pero la ley no determina que el defensor especial necesariamente represente el interés del individuo, y tampoco garantiza el derecho del individuo a testificar o presentar pruebas en representación propia.

Según el Dr. Alejandro Molina, Defensor Público de Menores e Incapaces ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, en la práctica no existe verdadera representación legal para individuos internados en instituciones psiquiátricas. Sólo existe un defensor oficial ante la Cámara para todos los casos que se presenten y éste no está obligado a representar el punto de vista de la persona cuya internación está en juego. Por el contrario, este abogado produce *una síntesis adecuada* de los deseos del individuo y aquello que el abogado considera lo mejor para el individuo.

La legislación argentina establece lineamientos para una reforma del sistema de salud mental. La Ley 25.421, sancionada en 2001, determina que la persona tiene el derecho de recibir atención de Salud Mental dentro de los servicios de atención primarios y prevé que las personas con enfermedades mentales deben ser rehabilitadas y reinseridas socialmente. Sin embargo, su cumplimiento es prácticamente nulo.

La Ciudad de Buenos Aires dispone, en la Ley 448, la necesidad de encarar un proceso de desinstitucionalización progresiva, transformar el modelo asilar actual y promover servicios comunitarios de Salud Mental. Sin embargo, la atención continúa basándose casi exclusivamente en el modelo tradicional del manicomio.

Hay algunas excepciones, como las experiencias que desde hace ya varios años se vienen llevando a cabo en las provincias de San Luis y Río Negro. La primera comenzó en 1993, en el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, ex Hospital Psiquiátrico, y tras un profundo proceso de transformación, culminó con la sanción de una ley que prohíbe institucionalizar seres humanos en el territorio provincial y les garantiza el tratamiento necesario.

En Río Negro, en 1991 fue aprobada la Ley 2.440, de *Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental*, que establece la ilegalidad de los hospitales mentales públicos y define la estructura a seguir para la reinserción social de las personas con enfermedades mentales.

⁶ *Código Civil Argentino.*



La citada Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires pauta las siguientes disposiciones generales para la intervención:

(...) la intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental; la articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario (...).⁷

Pero también se limita a plantear que “la prevención tendrá como objetivo accionar sobre problemas específicos de salud y sobre la población en situación de riesgo”.⁸

Tres tipos de clasificaciones de internación establece la Ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires en su artículo 21°. La primera de ellas hace referencia a aquella *internación voluntaria*. La misma se produce si la persona es consciente a la indicación profesional o la solicita a instancia propia o por su representante legal.

La segunda hace alusión a la *internación involuntaria*, se genera cuando un equipo de profesionales detecta que la persona corre riesgos para sí o para terceros. Para que la misma se lleve adelante debe estar certificada por dos profesionales, los que no pueden pertenecer a la misma institución privada o de la seguridad social.

La última clasificación es la llevada a cabo por *orden judicial*. En este tipo de internación el juez competente en materia penal, civil y de familia tiene incumbencia para hospitalizar a los procesados, en el caso en que padezcan trastornos mentales, cuyo tratamiento demande esta medida extrema. En las situaciones que se produzca esta internación, el director del establecimiento debe elevar al juez interviniente, en forma mensual, las novedades producidas en la historia clínica.

Algunas personas podrían resultar internadas simplemente por serle así conveniente a vecinos o familiares, o debido al miedo irracional que las personas con discapacidades mentales generan en ciertos sectores de la población. De esta manera, sería posible internar a personas cuya discapacidad mental no les impide ser capaces de vivir en la comunidad. Es más, se permite la internación psiquiátrica de personas que padecen algún tipo de problemas por abuso de sustancias o alcohol, a quienes no se les ha diagnosticado una enfermedad mental, aun cuando el centro de salud mental al que se las remita no ofrezca ningún tratamiento apropiado para dichos problemas.

Es decir, en la práctica se siguen aplicando las causales generales y poco definidas del Código Civil en las internaciones psiquiátricas.

A su vez, dicha legislación contiene pocas disposiciones procesales para proteger los derechos de personas involucradas en procesos de internación coactiva. No garantiza el derecho a ser juzgado dentro de un plazo razonable, no concede el derecho a designar un defensor, y no ofrece un examen periódico por parte de un órgano de revisión de las internaciones involuntarias, tal y como lo requiere la Convención Internacional de Derechos Humanos.

⁷ Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Anexo, Decreto N° 635/GCBA/2004.

⁸ *Ídem*.



El Derecho Internacional establece que las personas detenidas tienen derecho a ser juzgadas por un tribunal independiente e imparcial dentro de un plazo razonable. Sin embargo, el Código Civil Argentino permite que una amplia gama de personas inicien procesos de internación por diversos motivos. La policía puede internar a una persona que padezca una enfermedad mental o sea alcohólica o toxicómana, siempre y cuando se dé cuenta de ello inmediatamente a un juez y la hospitalización esté basada en el dictamen del médico oficial. Un juez también puede ordenar la internación de un individuo en estas circunstancias en base a información sumaria, incluso sin que estas personas hayan sido declaradas dementes, alcohólicas o drogadictas. Familiares y vecinos incomodados pueden solicitar ante un juez la internación coactiva de un individuo.

Si bien la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires contiene sólidas garantías que abogan por los derechos de las personas con discapacidades mentales, no protege adecuadamente a las personas contra la detención arbitraria. El único requerimiento que, a modo de garantía, impone esta ley es que toda internación involuntaria “debe ser certificada por dos profesionales, los que no pueden pertenecer a la misma institución”.⁹ La ley no exige que las internaciones sean revisadas por un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial.

En la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, en el artículo 42° se propone:

(...) garantizar a las personas con necesidades especiales el derecho a su plena integración, a la información y a la equiparación de oportunidades. Ejecutar políticas de promoción y protección integral, tendientes a la prevención, rehabilitación, capacitación, educación e inserción social y laboral.¹⁰

Para llevar a la práctica lo legislado existen diferentes programas. Uno de ellos corresponde al Programa de Externación Asistida para la Integración Social -PREASIS-. Este programa tiene como principal objetivo lograr una salida articulada y planificada en el proceso de la reinserción social de las personas externadas de los sistemas hospitalarios de la Red de Salud Mental y propenden a estimular la autonomía en el desarrollo de la subjetividad, basando su eje en la reintegración del sujeto a la trama social, a través de un tratamiento social de lo convivencial y dialécticamente un tratamiento de los avatares comunitarios en relación a lo convivencial.

Para poder llevar adelante los objetivos propuestos, desde este programa se ofrecen becas para la capacitación educativa y laboral de las personas con necesidades especiales. A través de este programa se puede acceder a las herramientas necesarias para poder ingresar al mercado laboral a través del sistema de educación formal y no formal. Algunos de los cursos que dictan en el marco de dicho programa son: capacitación en oficios: panadería, taller de vivero, serigrafía, escenografía, plomería, electricidad; dibujo y pintura; artes escénicas; cerámica.

También existe el Programa de Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica y Talleres Terapéuticos de Rehabilitación en Salud Mental. El mismo brinda un tratamiento psiquiátrico a través de un abordaje interdisciplinario que opera sobre el

⁹ Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Anexo, Decreto N° 635/GCBA/2004.

¹⁰ Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.



área de la prevención terciaria. Su objetivo es promover la integración socio-relacional y la autonomía personal del paciente con padecimiento mental, con la finalidad de lograr su inclusión en la comunidad a través de la recuperación de sus redes sociales propiciando la estabilidad psicopatológica y evitando internaciones. Promueve y propicia la utilización de recursos comunitarios en el ámbito barrial -clubes, cursos dependientes de los CGP correspondientes- a fin de organizar actividades por la tarde. Todas estas acciones tienden a fomentar la inclusión real en la comunidad, promoviendo el potencial de salud.

Otro de los programas es el de Fortalecimiento a Familias con Personas con Necesidades Especiales que brinda becas de capacitación laboral y viáticos para fortalecer el ingreso de las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad social con integrantes con necesidades especiales.

El Programa de Orientación, Derivación y Rehabilitación Laboral atiende a la población de los servicios asignados, de acuerdo a los siguientes ejes de trabajo: movilización, resocialización y rehabilitación, a través de intervenciones comunitarias, grupales, individuales, con implementación de actividades de la vida diaria, pre-laborales, sociales, etc. Tiene el objetivo de asesorar, orientar, evaluar, y/o derivar a dispositivos de formación y/o capacitación laboral intra o extrahospitalaria.

El *Programa de Pre-Alta* se encuentra funcionando dentro del Hospital Borda. Su objetivo es la externación con solución habitacional y laboral, que procura reinsertarlos en la vida social y económica. Otro de sus propósitos es aliviar las dificultades que enfrentan los pacientes al salir del hospital, para que pueden reencontrarse con las actividades laborales, adaptarse a las obligaciones de un trabajo, horarios, responsabilidad, vincularse con los demás y, de esta manera, acortar el tiempo de internación.

Además se cuenta con los pases libres para los transportes, reglamentados por la Ley 24.314, que establece:

Las empresas de transporte colectivo terrestre sometidas al contralor de autoridad nacional deberán transportar gratuitamente a las personas con movilidad reducida en el trayecto que medie entre el domicilio de las mismas y el establecimiento educacional y/o de rehabilitación a los que deban concurrir (...) ¹¹

Este pase es para que las personas con discapacidad viajen gratuitamente en transporte público, y el mismo fue creado básicamente para que puedan concurrir a centros de rehabilitación o educacionales, como así también para que mantengan los vínculos sociales que poseen. Es decir, para que no queden sin la posibilidad de educarse, rehabilitarse y no pierdan el contacto con sus afectos por carecer de los recursos suficientes para el traslado.

La Ciudad de Buenos Aires además cuenta con el Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental -PIVESAM-. El mismo realiza un diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento entre la población atendida en forma ambulatoria a partir de un relevamiento en centros y servicios de salud mental hospitalarios, con el objetivo de brindar elementos para la toma de decisiones y el

¹¹ Ley 24.314 de Accesibilidad de Personas con Movilidad Reducida.



diseño de líneas estratégicas de acción para la promoción, prevención y atención de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires.

También posee el Programa de Violencia, que trabaja con la víctima y su familia en la creación de vínculos sociales a los efectos de cortar con el aislamiento, factor de riesgo negativo y de mal pronóstico. Y el Programa de Salud Mental y Desastres crea los medios y procedimientos necesarios para mitigar el riesgo y consecuentemente el impacto psíquico que puede sufrir la población al atravesar situaciones disruptivas.

A su vez, está el Programa de Salud Mental y SIDA que aporta a la construcción y aplicación del conocimiento de los problemas relacionados con el SIDA y la Salud Mental. Como así también el Programa de Salud Mental en Adultos Mayores que trabaja sobre los factores de riesgo a fin de prevenir la aparición de las diversas patologías que acosan a la vejez en estos momentos de crisis.

Más allá de las legislaciones y programas con los que se cuenta en el ámbito de la Salud Mental, nuestro país se encuentra muy atrasado en su sistema de salud mental respecto de los estándares recomendados a nivel mundial. La explicación de ese retraso es compleja; múltiples factores conspiran para que así sea. Pero el centro del asunto es político, se trata de un problema grave de política de salud que afecta en su mayor medida a los más desposeídos social y económicamente.

En la actualidad, en Argentina no existe ninguna ley nacional en Salud Mental, aunque está en proceso un Proyecto de Ley.¹² Uno de los puntos relevantes de este proyecto es modificar la modalidad de abordaje en la atención de la salud mental. A esto se refiere en el capítulo IV, el artículo 8° que trata sobre el trabajo interdisciplinario, planteando:

La atención de las personas con sufrimiento mental tenderá progresivamente a estar a cargo de un equipo interdisciplinario de salud mental de forma de ofrecer asistencia integral (...). Estos equipos deben incluir las áreas de enfermería, medicina, trabajo social, psicología, terapia ocupacional y otros recursos técnicos y profesionales no convencionales.¹³

Y en el capítulo V, el artículo 12° pauta que las diferentes profesiones tendrán los mismos deberes, obligaciones y derechos en cuanto a la organización de la tarea y del sistema de atención.

El artículo 10° del capítulo IV hace mención a los dispositivos necesarios:

(...) los diferentes efectores tenderán progresivamente a llevar a cabo la provisión de: consultas ambulatorias; servicios de rehabilitación para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y/o comunitarios; servicios para la promoción de la salud mental, así como otras prestaciones alternativas a la internación tales como casas de medio camino,

¹² Proyecto de ley Salud Mental -Exp. 0276-D-2007-. Diputado Nacional Leonardo Gorbacz-Diputado Nacional Juan H. Sylvestre Begnis.

¹³ *Ídem.*



talleres protegidos, centros de capacitación socio-laboral, hogares y familias sustitutas.¹⁴

Y el artículo 11° alude a las prescripciones de la medicación, la cual sólo se administrará con fines terapéuticos y nunca como castigo, conveniencia de terceros ni cuidados especiales.

El capítulo VI abarca la cuestión de la internación de las personas que presenten sufrimiento mental. Se propone que la internación sea el último recurso terapéutico en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios. La internación debe ser lo más breve posible, como también debe articularse con otros dispositivos de abordaje previos y posteriores a la misma favoreciendo el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares y su entorno laboral y social.

Otro punto significativo dentro de este Proyecto de Ley es que el juez en las internaciones involuntarias no podrá intervenir al momento del alta, internación o permisos de salida, que resulta una facultad exclusiva del equipo tratante. De esta manera se modificaría el Código Civil que, actualmente, habilita sólo a los jueces a decidir un alta. El artículo 34° del Código Penal decide quién es peligroso e inimputable y por eso puede ser recluido toda la vida sin derecho a juicio. Un criminal tiene derecho a juicio y a libertad condicional luego de haber cumplido las dos terceras partes de la condena, pero “el loco”, no.

Por último, en relación a las internaciones, el artículo 25° refiere:

La creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente queda prohibida por la presente ley. En el caso de los ya existentes se deberán adaptar a los objetivos y principios expuestos. Esta adaptación en ningún caso significará reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.¹⁵

Haciendo alusión a lo antes dicho, el diputado nacional Leonardo Gorbacz manifiesta que

(...) las internaciones deben estar integradas al resto de las especialidades en hospitales o clínicas generales, porque las instituciones monovalentes de internación terminan siendo segregatorias y terminan por sus condiciones de funcionamiento en dispositivos de encierro, de represión y no de rehabilitación, y además por su propia estructura terminan por alargar, más allá de lo necesario la internación.¹⁶

En el capítulo XI se propone modificar el título X, libro primero, sección primera, del Código Civil:

¹⁴ *Ídem.*

¹⁵ *Proyecto de ley Salud Mental -Exp. 0276-D-2007-*. Diputado Nacional Leonardo Gorbacz-Diputado Nacional Juan H. Sylvestre Begnis.

¹⁶ Entrevista al Diputado Nacional Leonardo Gorbacz.



Se declaran personas con incapacidad por razones de salud mental solamente aquellos que tengan graves limitaciones para dirigir su persona o administrar sus bienes en grado tal que ponga en riesgo su patrimonio, su salud o su vida de forma clara.¹⁷

También ordena que la declaración judicial por incapacidad debe realizarse por una evaluación interdisciplinaria en salud mental. La declaración de inhabilitación no podrá exceder un plazo de cinco años. Transcurrido el plazo se deberá realizar una nueva evaluación interdisciplinaria a partir de la cual se podrá renovar, cancelar o modificar la declaración de inhabilitación.

Varias de las políticas utilizadas y existentes actualmente, presentan rasgos de desarticulación, incongruencia y superposición. A su vez, no siempre se adecuan a la población con la cual intervienen las instituciones.

Si bien existen Leyes y políticas sociales vinculadas con la Salud Mental, es necesario remarcar que en la actualidad no existe en la Argentina una ley marco a nivel nacional que regule las prácticas vinculadas a dichas temáticas.

La formulación de políticas y una legislación marco son abordajes complementarios para la mejora de la atención y de los servicios de salud mental, pero si no son acompañadas por voluntad política, recursos adecuados, instituciones que funcionen adecuadamente, servicios de apoyo comunitario y personal bien entrenado, la mejor política y la mejor legislación tendrán escaso significado.

Coincidimos con la OMS en lo siguiente:

Una política de Salud Mental comprensiva y bien concebida debe abordar cuestiones críticas tales como: el establecimiento de instalaciones y servicios de Salud Mental de alta calidad; el acceso a atención de calidad en salud mental; la protección de los derechos humanos; el derecho de los pacientes a recibir tratamiento; el desarrollo de protecciones procedimentales sólidas; la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, y la promoción de la salud mental en la sociedad.¹⁸

¹⁷ *Proyecto de ley Salud Mental -Exp. 0276-D-2007-*. Diputado Nacional Leonardo Gorbacz-Diputado Nacional Juan H. Sylvestre Begnis.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud: *Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, derechos humanos y legislación*, Principio 22, 2006.



Sección II:

Un recorrido sobre las nociones de Salud Mental



Capítulo IV

Un breve recorrido histórico sobre el surgimiento de los hospitales psiquiátricos

Para poder comprender la situación en la que se encuentra la Salud Mental actualmente, consideramos necesario hacer un recorrido histórico sobre el surgimiento de los hospitales psiquiátricos, tanto a nivel mundial como en la República Argentina. Se pondrá énfasis en la finalidad por la que se crearon y sobreviven en la actualidad.

Michel Foucault sentó las bases de una historia política de la psiquiatría en su ya clásico estudio sobre la locura en la época clásica. Si bien existía en Egipto desde el siglo XII una atención médica de la locura, ésta no estaba constituida en Occidente. Hasta el siglo XVI, en Europa, la locura no estaba asociada al encierro, aunque sí diferenciada y separada de la vida social. El loco forma parte de la prosa del mundo, sobre todo durante el Renacimiento. Se incluye al loco en el arte, en el teatro constituía un personaje habitual, con frecuencia asociado al humor y a la expresión inadecuada de verdades que otros ocultan.

En el siglo XVI, las enfermedades venéreas y la lepra, que asolaron a Europa, generaron una conciencia social de exclusión y encierro, que captará más adelante en sus temores y en sus valores a los locos. Pero en el mismo siglo distintos hechos preparan el clima para lo que se llama *El Gran Encierro*. En 1625 una gran crisis económica que comenzó en España se extiende por toda Europa. Miles de mendigos, pobres y miserables, deambulan por las campiñas y se dirigen a las ciudades. En Francia, la gran hambruna del campo expulsó hacia las ciudades a los campesinos que buscaban colocarse en las industrias. Entre 1630 y 1650 se crean las primeras asociaciones obreras en Europa. En el plano político se refuerza la monarquía absoluta y en lo religioso se inicia con fuerza el movimiento de la Contrarreforma de la Iglesia.

El movimiento social, sus recomposiciones y la repercusión sobre las ideas son mayores aun en Inglaterra, donde la burguesía comienza a compartir el poder del rey a partir de la primera mitad del siglo XVI.

La Contrarreforma asume para la Iglesia, como inherente a su misión, la asistencia a los pobres. Esta relación de asistencia a los pobres compensadora de la función social de la Iglesia servirá de base dos siglos después a la medicina para establecer su propia práctica como *relación de asistencia*. La *asistencia al pobre* genera una conciencia social del pobre como *lo otro*, sin derechos, ni bienes, cuya causa no es terrena pero cuya responsabilidad es de la Iglesia y del Estado. Mientras que durante el Renacimiento se santificaba la pobreza -los santos hacían voto de pobreza- ya en el siglo XVII la Iglesia hace de la miseria y de la pobreza una relación de asistencia.

Tras el decreto del Rey de 1656 se crea el Hospital General que Foucault denomina *El gran encierro*. Ya la Iglesia con Saint-Lazare¹ y otras instituciones habían creado el

¹ El hospicio de Saint-Lazare se albergan pobres y mendigos detenidos fue cedido por la Iglesia en 1632 al rey de Francia.



clima de la exclusión y segregación del pobre a través de las *instituciones de asistencia*. Por este decreto se crearon en Francia un conjunto de instituciones bajo la misma denominación de *hospital general*, entre las cuales estaban Salpêtrière y Bicêtre, antiguos cuarteles militares, y varias casas que aportó la Iglesia. En ellos se encerró una multitud de vagabundos, pobres, homosexuales, ramera y locos. Sólo en París, uno de cada cien habitantes fue encerrado.

El *hospital general* no es un establecimiento médico, sino con funciones policiales y de caridad. La autoridad que impone el internamiento es absoluta sobre estos individuos, y todos sus derechos ciudadanos se pierden ante el edicto que los considera pobres y vagabundos.

Con anterioridad al siglo XVIII el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión. El pobre como tal necesitaba asistencia y, como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de éstas, por lo tanto, resultaba peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del hospital, tanto para recogerlo como para proteger a los demás contra el peligro que entrañaban. Hasta el siglo XVIII el personaje ideal del hospital no era el enfermo al que había que curar, sino el pobre que estaba ya moribundo. Se trataba de una persona que necesitaba asistencia material y espiritual.

Cuando se produce la Revolución Francesa, estos establecimientos estaban distribuidos en toda Francia y son los lugares en los que Philippe Pinel asociará su nombre a la fundación de la medicina mental. El decreto real estaba dirigido a todos aquellos que se negaban a trabajar, o que no tenían bienes, ni trabajo, lo que era considerado responsabilidad individual y causa de internamiento: por piedad y para reformar. Mientras duraba el internamiento se realizaban prácticas religiosas para su reimplantación en el mundo. El sujeto de esta práctica era un sujeto moral, ya que, dada su condición de indigente apresado en la relación de asistencia, sólo tenía opción de aceptar la ayuda de Dios o asumirse hijo del demonio si rechazaba aquellos preceptos.

En la sociedad feudal, la locura era percibida como una quimera del mundo, a la que sólo se la separaba, en sus formas extremas o peligrosas. Su lugar era la naturaleza: se recomendaba el viaje, el reposo, alejarse del mundo de la ciudad. El capitalismo naciente encierra y excluye la locura junto con todo lo que en los márgenes de la nueva relación social, se transforma en desecho inútil.

El período de manufactura en Europa, como forma propia del proceso capitalista de producción, abarca desde finales del siglo XVI hasta el último tercio del siglo XVIII. En ese tiempo, el del *Gran Encierro*, la división manufacturera del trabajo y la razón cartesiana construyen finalmente al hombre. El loco será junto con otros marginales, el desecho de esta operación. La utilidad, como categoría moral, ha entrado en la escena social. El loco y el pobre son inútiles. El trabajo humaniza. Entonces se entiende la doble operación del siglo XVIII: encerrar a los que no tienen trabajo, que promueven decadencia y rebeldía; segundo, intentar hacerlos trabajar, *para resocializarlos* como mano de obra barata, custodiados por la Iglesia y el Estado.

El hospital general es transformado en una fábrica. El proyecto no se logró totalmente, pero los valores que expresaba se impusieron.

Los locos fueron encerrados con los pobres y demás marginados por efecto de la ignorancia, por desconocimiento médico de la enfermedad que los aquejaba. No había aún una conciencia médica de la locura, pero no por ignorancia o por insuficiencia del



conocimiento, sino porque la conciencia histórica, las relaciones de poder de las nuevas clases aún no habían dado lugar al nuevo humanismo médico.

Se fue construyendo un espacio social diferenciado ocupado por enfermos venéreos, degenerados, disipadores, blasfemos, hechiceros, magos, prostitutas, homosexuales, delirantes, etc. Esta operación de diferenciación-institucionalización de un ámbito social es clave porque abre la posibilidad de convertirlo en un objeto de conocimiento, tarea que iniciará el médico Pinel. Apartado de la razón, el loco no puede juzgarse a sí mismo, ya que confundiría el juicio. Por lo tanto, la condición de loco es siempre un juicio de otro; éste es el origen del Certificado de Alienación, que en su comienzo extendía el intendente, la policía o un médico.

La idea de alienación, como la locura en el devenir del hombre, surge en la conciencia espontánea antes de finales del siglo XVIII. Se piensa que el medio social enloquece. El hombre se enajena de sus costumbres, de sus objetos, pierde su propia verdad, se hace extraño a sí mismo. Las ideas de enajenación, provenientes de la filosofía, son incorporadas en el siglo XIX por la psiquiatría y transformadas en equivalentes de locura denegando el sentido de la conciencia surgida con la nueva relación social del capitalismo naciente.

Con la llegada de la reivindicación de los derechos del hombre, la Revolución Francesa se encuentra respecto de la locura con una contradicción: la libertad del individuo, derecho inalienable, versus la protección de la sociedad y su razón.

El poder político siguió durante la Revolución tres etapas: primero se trataba de controlar y reducir los internamientos, cosa que se logró; segundo, se realizaban encuestas judiciales para conocer las causas verdaderas del internamiento; y tercero se produjeron un conjunto de leyes específicas. Así fue que en marzo de 1790 se decreta la libertad de todos los internados que se haya demostrado que no son delincuentes o locos. Se ordena a los jueces que en tres meses informen al gobierno sobre la situación de los locos encerrados. En agosto del mismo año se confía por ley a las autoridades de la Comuna el cuidado de los locos, internados.

En julio de 1791 otra ley asigna a la familia el cuidado de los locos y se ordena que sean internados en hospitales, que por entonces aún no existían. Se decide también que dado el desprestigio de las casas comprendidas en la denominación de hospital general, se llamen en adelante “asilos” a Bicêtre y Salpêtrière, el primero para hombres y el segundo para mujeres.

Este conjunto de medidas produce un reordenamiento del problema de la locura en tres direcciones: respecto de la libertad personal del loco, del reconocimiento de la locura y de la legislación.

Sólo puede ser libre quien reconoce y acepta la razón. El loco, en tanto ser irracional, no es libre. Dada su situación de ser irresponsable, la sociedad debe disponer de él para su cuidado y asistencia. Como medidas precautorias y humanistas, se crea el chaleco de fuerza por ley y la triple certificación -médico, juez y policía- para la internación. El chaleco de fuerza, medida más política que médica, permitía que el enfermo deambulara por el asilo sin peligro de atacar a otros. En el plano jurídico se legisla la pérdida de los derechos civiles; propiedad, libertad, voto y herencia, y se crea la figura legal del curador. En cuanto al conocimiento se piensa a la locura con una objetividad propia, por lo tanto, puede ser observada y descripta. La alienación será depuesta como verdad secreta en el corazón de todo conocimiento objetivo del hombre.



Durante el primer año de la Revolución Francesa, la población de París vive agitada de rumores y mitos políticos. Corren versiones de que en la población multiplicada de los asilos hay internados ciudadanos burgueses que el rey había hecho encerrar por locos. También hay enemigos de la Revolución que simulan ser locos para escapar de la justicia revolucionaria. El Gobierno decide intervenir nombrando a Pinel, prestigioso médico revolucionario, para que se haga cargo de Bicêtre. Su tarea es la de reestablecer la verdad sobre la situación de los asilos: diferenciar a los locos de los simuladores en primer lugar, llevar la moral política revolucionaria para hacer justicia con los ciudadanos que pudieran estar internados, vigilar la internación de los verdaderamente locos.

En 1793, Pinel se hace cargo de Bicêtre y emprende una reforma de las condiciones de internamiento. Libera a algunos internados, elimina las cadenas con las que se sujetaban a los internados a un muro, reforma las celdas. Muy pronto es acusado por algunos sectores de ocultar enemigos de la Revolución en Bicêtre. Cuando comienza el período de la pacificación, se lo separa del cargo y se lo envía al asilo de mujeres, la Salpêtrière.

El tratamiento moral de los enfermos, quizás su aporte más valioso a la psiquiatría, está sustentado en las grandes figuras de la moral burguesa en ascenso: familia, relaciones entre padres e hijos, la relación con la ley, reconocimiento de la falta, aceptación del castigo. La psiquiatría no abandonó esta indicación moral de Pinel.

El aislamiento es curativo, para apartarlos de lo que los enferma, pero esencialmente porque refuerza la autoridad del médico, que puede controlar todos los aspectos de la vida de su paciente, sometiendo al enfermo a una disciplina severa que Pinel llama *paternal*.

Con Pinel surge una propuesta de reformar la política de la naciente medicina mental: abordar la locura desde una perspectiva ética y social. En una sociedad sana y reglada por el nuevo orden burgués, alejado de los momentos tumultuosos de la Revolución, la situación de los locos podía cambiar integrándolos moral y socialmente a la nueva sociedad.

La locura que la época clásica separó, diferenció y excluyó, sin dominarla en el conocimiento, con la entrada del médico al asilo ha de ser unida a la problemática de la naturaleza y sus causas, hecha objeto del saber positivo y dominada por el tratamiento médico.

Esquirol desarrolla los fundamentos médicos de la psiquiatría. No porque haya descubierto las causas orgánicas de la locura, sino porque las supone. Desarrolla la fórmula según la cual la locura es una enfermedad, caracterizada por una afección cerebral crónica, sin fiebre y que se expresa en desórdenes de la voluntad, la inteligencia y las emociones.

Esquirol es citado habitualmente como fundador de la clínica psiquiátrica y de la medicina mental científica. Discípulo de Pinel, dejó atrás el tratamiento moral para dedicarse a tratamientos menos paternalistas. Con Esquirol, la locura adquiere, de modo institucional, la forma del asilo médico de los nuevos hospitales psiquiátricos. De acuerdo con su teoría de las enfermedades mentales, el aislamiento se legitima ya no como segregación y custodia, sino como tratamiento médico.

Se dedica en pocos años a definir los requisitos que debe reunir un asilo: construcción, equipamiento, espacios higiénicos, climas, etc. Esquirol planteaba que



una casa de alienados es un instrumento de curación; en las manos de un médico hábil, es el agente terapéutico más potente contra las enfermedades mentales.

La ley de 1838, que durante más de cien años reglamentó el dispositivo de Salud Mental en Francia, recogió gran parte de los desarrollos que iniciara Esquirol. Esta ley organizó en toda Francia la psiquiatría como disciplina de lo mental, ya que hasta entonces había en el país alienistas a cargo de los enfermos que poblaban las instituciones asilares, en su gran mayoría herederos de la tradición de Pinel, pero no existía aún una organización, una disciplina, como conjunto organizado de prácticas médico-psiquiátricas.

El período que va desde finales del siglo XVIII hasta la sanción de la ley de 1838, en gran parte ligado a las figuras de Pinel y Esquirol, puede ser considerado como el momento histórico de constitución de un nuevo sector social, el de la medicina mental, hegemonizado por una nueva disciplina: la psiquiatría, como especialidad de la medicina. Se produce una nueva concepción del daño subjetivo: la locura, como otras alteraciones menores de la vida psíquica, pasa a tener estatuto de *enfermedad*, quedando relegadas las concepciones sociales, religiosas, populares de este trastorno.

El gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con legitimación de la Iglesia, a un tratamiento obligatorio de los enfermos. La vida de los asilos se tiñó en sus rituales cotidianos del mito del tratamiento, ya que se está en esos lugares para ello. También comienzan prácticas que resocializan la enfermedad, pero son efímeras y no logran imponerse en la ideología médica, que a partir de Esquirol identifica tratamiento con aislamiento del enfermo.

Si el hospital general era una institución policial-religiosa, el asilo es la gran figura institucional de la psiquiatría. El *asilo* es el lugar de realización de las relaciones de poder que el discurso psiquiátrico instituye. El encierro es de responsabilidad de la enfermedad, no del médico; el aislamiento compulsivo es por bien del enfermo, ya que es para su tratamiento; la pérdida de sus derechos civiles es por su bien, como lo mostrará la figura del curador, ya que se trata de proteger los bienes materiales y la libertad de quien ha perdido el juicio y la razón para administrarlos adecuadamente.

La construcción del hombre moderno está atravesada por la demarcación social que la frontera de la normalidad instituye. Según Foucault,² la forma histórica de lo normal se desarrolla en las sociedades occidentales con el inicio del capitalismo y el surgimiento de los Estados Nación a finales del siglo XVIII. Esta forma desarrolló un estatus patológico con respecto a lo normal, y un estatus de irregularidad, con respecto a una norma. Esta división entre normal y patológico será crucial en tanto articulación de poder-saber que ordena y clasifica la sensibilidad moderna y construye subjetividades acordes a las exigencias de las sociedades disciplinarias.

Al sujeto moderno le subyace la construcción de la figura del hombre normal: el hombre normal es primero hombre, luego occidental, blanco, heterosexual, sano, católico, racional, alfabetizado, educado, responsable, obediente, eficiente, productivo, etc. Los sujetos comenzarán a ser medidos según esta vara. Y si se alejan de este centro ordenador constituirán casos de desviación a la norma, casos de anormalidad.

² Foucault, Michel: *Los anormales*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999.



Se puede destacar que desde el origen histórico y las actuales justificaciones de la existencia de los manicomios, estos tienen por objetivo la rehabilitación de la persona que presenta algún cuadro diagnosticado como enfermedad mental. Sin embargo, conjuntamente, aparece desde la práctica institucional otro objetivo que se constituye en aislar a personas que representan algún tipo de problemática social.

La locura en la Argentina

El surgimiento de la institución manicomial que tenía como finalidad encerrar, ocultar, proteger a la sociedad del *loco*, del *peligroso*, que se da en Europa, también puede evidenciarse como objetivo prioritario en los inicios de los hospitales psiquiátricos en nuestro país.

Las epidemias y otras cuestiones de orden sanitario exigían la organización de un dispositivo técnico y la conformación de una capa profesional.

Cabe destacar en ese dispositivo sanitario -que se organiza y consolida entre la creación de la Facultad de Medicina en 1852 y la creación de asilos y hospitales regionales- su lógica y su eficacia específicamente médicas.

Rivadavia profundiza la organización de la medicina pública iniciada por el Virrey Vértiz, pero reduciendo drásticamente la intervención religiosa. Así los hospitales pasan a ser dependencias de una administración civil, dirigido por los profesores de la Escuela de Medicina. Por entonces, la presencia de locos crónicos en los hospitales generales y en las cárceles se hace más visible, y se proyecta la creación de un asilo de dementes, que no llega a hacerse realidad.

Las reformas de Vértiz anticipaban ya la lógica elemental de la primera intervención del poder estatal sobre la marginalidad, en la que la locura y otras formas de la ociosidad comienzan a ser definidas como un desorden público. La represión de la mendicidad y la vagancia forman parte integral de una intervención sobre el cuerpo como productor.

La lógica de la reclusión va a juntar progresivamente a los locos, inválidos y mendigos. Desde el origen mismo de las instituciones públicas de asistencia, los proyectos reformadores y las iniciativas filantrópicas aparecen invadidos por la inercia de la segregación y el abandono de los asilos.

La beneficencia aparece atravesada por esa contradicción entre un proyecto de asistencia y reforma del sujeto y la presión hacia la exclusión lisa y llana del destinatario de la acción médico-social, y con ello los ideales humanistas se cruzan permanentemente con las formas históricas de la segregación. Del pasaje de la caridad privada a la constitución de un enorme aparato estatal de la salud, entre el proyecto de medicina rivadaviano y el dispositivo que se conforma cincuenta años después, la filantropía marca con fuerza las concepciones del higienismo.

La experiencia médica amplía su jurisdicción y su punto de mira: la medicina debe ligarse al Estado y asumirse como una tarea nacional.

La figura del pobre aparece como la justificación del despliegue higienista y como una amenaza latente contra la estabilidad del proyecto de *orden y progreso*.

La filantropía se constituyó en un banco de pruebas de las técnicas de sujeción de las masas. Pero, al mismo tiempo, estableció una lógica paradójica y perdurable de la asistencia pública: el necesitado tiene acceso a la asistencia en la medida en que



renuncie a considerarlo como un derecho. En tanto el marginal no puede pagar con dinero o trabajo, al menos con su agradecimiento ante la caridad de los que pueden dar, devuelve la imagen tranquilizadora de un relación de tutela, en la que el asistido - enfermo, mendigo o loco- es asimilado a un estatuto de minoridad jurídica.

La constitución de un dispositivo público de salud, que llevará a la creación de asistencias públicas, a los hospicios manicomiales, la ampliación de los hospitales y asilos, introduce una modificación sustancial en los usos y la tradiciones de esa dependencia personalizada, que, si se sostiene en la fascinación instituida por el personaje médico, va a alcanzar su expresión más pura en el manicomio con la institución del tratamiento moral.

Durante mucho tiempo, los establecimientos de mujeres y niños -entre ellos hospicios de alienados- seguirán dependiendo administrativamente de la Sociedad de Beneficencia y asistido por hermanas de caridad, aun cuando desde la creación de la Municipalidad de Buenos Aires, en 1856 y de la Comisión de Higiene Pública, el manicomio de hombres creado en 1863, depende de ella. El criterio y la organización de la asistencia de hombres por un lado, y de mujeres y niños por otro, tienden a diferenciarse netamente, en un sentido que hace que la Sociedad de Beneficencia choque a menudo con los valores del positivismo médico que se imponen en el gobierno sanitario, particularmente cuando José M. Ramos Mejía crea y dirige la Asistencia Pública en 1883.

La reforma de la medicina, ya desde Rivadavia, establece una colaboración específica con la autoridad policial, a través de la creación de los médicos de policía; a quienes se debería confiar el examen de las personas sometidas a la justicia, de acuerdo a los criterios de la naciente tecnología médico legal.

En 1856 se crea el Asilo de Mendigos para suprimir el escándalo de la mendicidad en la vía pública; pero al poco tiempo queda sin recursos y debe mantenerse apelando a las donaciones y la caridad pública.

Dos lógicas chocan en la conformación de la medicina pública: por un lado, ese proyecto de reforma del sujeto social y de alumbramiento de una población en la que la condición *salubre* sea la prueba directa de la entrada de una nueva etapa histórica. Pero, junto a ella, la lógica perdurable de la exclusión, de la desviación, del encierro y la segregación del diferente. Con cada nuevo hospital nacen a la vez las construcciones de grandes depósitos y el hacinamiento en un espacio que, de modelo de la organización soñada, se contamina con la propia marginalidad que contiene. A la vez, una distinción de los internados tranquilos y capaces de trabajar va a instaurar una categorización valorativa del internado colaborador, que sirve a una jerarquización interna del espacio del asilo. Antes de cualquier consideración terapéutica, el trabajo en los asilos es una exigencia de sobrevivencia institucional, después, el tratamiento moral va a imponer a ese loco colaborador como modelo de salud y a revestir al trabajo más o menos forzado.

Una verdadera utopía médica se construye en torno a la expansión del higienismo y su sólida apoyatura en el aparato del Estado. Por una parte, la figura del sacerdocio médico, por otra, la ilusión de la desaparición de la enfermedad en una sociedad armónica y equilibrada.

En esa pretensión, siempre excesiva y fallida de vigilar y perseguir a toda condición desfavorable para la salud, la moral, el orden y el acatamiento de la ley, los valores de la familia y el progreso y el discurso médico van dibujando un verdadero friso de la felicidad y el bienestar. Ese ideal de una sociedad sin enfermedades coincide con la



exaltación de una posibilidad de ilimitado perfeccionamiento del ser humano. De allí, que el humanismo asuma la matriz de esa figura del médico filántropo, que a su competencia sobre el cuerpo aúna su vocación por una pedagogía social de las costumbres.

El médico como personaje social es una criatura del siglo XVIII y el XIX. Ese nuevo personaje desmesurado en sus atributos científicos y morales, que condensa al sabio y al prudente, al juez y al gobernante, deviene un modelo, a la vez que se construyen en su derredor hospitales, dispensarios, reglamentos y una red de prácticas anudadas alrededor de su presencia vigilante y normativa.

La medicina moral preanuncia la tecnificación del influjo de la persona del médico mediante una atención más cuidadosa de sus efectos sugestivos. Tiene como base este binomio intransferible: médico-enfermo, donde se establece una transfusión de simpatía humana en que uno es receptor -el enfermo- y el otro sujeto irradiante.

Muchos son los problemas que la higiene encara en ese vasto campo social del último cuarto del siglo XIX, aunque aquí sólo se busca situar esa perspectiva para introducir las cuestiones de la medicina mental. Ante todo, porque el marco de las preocupaciones médico higiénicas es una de las raíces, la otra es el alienismo, no sólo de la construcción de los primeros manicomios en Buenos Aires, sino de la percepción de los síntomas de la locura bajo el marco de ese ideario de la asistencia pública, que ve al desviado recortado sobre el telón de fondo de los conflictos de la ciudad.

La higiene, para Rawson, se opone ya a la concepción privada y limosnera de la caridad; lo que la impulsa no es tanto el amor al prójimo como el ideal de salud de la comunidad.

La higiene es la primera necesidad en efecto de los pueblos; su conservación y fomento el principal deber de los gobiernos; es también la mejor prueba del estado de adelanto e ilustración a que ese país ha llegado.

La presencia periódica de las epidemias contribuye a imponer la necesidad de medidas higiénicas de prevención.

La función del médico social encuentra su garantía en el futuro. La prevención no es sólo la anticipación de las enfermedades que deben evitarse; a la vez, en cuanto implica un sobrepasamiento de la mirada médica hacia la previsión, es la condición misma de ese sueño de salvación que envuelve a la higiene: un mundo del que hayan desaparecido todas las figuras del mal.

La intención de separar a los locos respecto de la población de enfermos internados en hospitales generales responde a objetivos que son a la vez ordenamiento administrativo y de intención ejemplarizadora. La figura del loco va requiriendo una distancia que está hecha tanto por la discriminación que aporta la nosología francesa como por un ajuste en la noción misma de locura, cada vez más amasada con los temas morales de la improductividad y la rebeldía. En los hospitales generales, las dos terceras partes de los internados eran locos crónicos y su reubicación era antes que nada una exigencia para la reforma de la asistencia a los enfermos orgánicos.

Recién en 1886, a tres décadas de la creación de la Facultad, existe una cátedra específica de enfermedades mentales, a cargo de Lucio Meléndez.

La creación de los manicomios de la capital responde a iniciativas y jurisdicciones distintas en cuanto a hombres y mujeres, y ese será el comienzo de una separación que se mantendrá por varias décadas.



La disciplina laboral y las cualidades morales definen un modelo de inmigrante del que ya no se esperan las luces de su cultura europea; más aun resalta la paradoja de esperar que esa mansa animalidad traiga un resultado de moralización y no de embrutecimiento, corporizada en ese niño idealizado: el hijo del inmigrante.

La asociación de la condición migratoria con una predisposición mental patológica comienza apelando al registro de la pasión y las causas morales. Meléndez brinda el testimonio de una presencia expansiva e inquietante de extranjeros en el recinto del manicomio. A la vez se consigna el predominio de inmigrantes en las entradas policiales por ebriedad. La imagen soñada del inmigrante manso y trabajador estalla frente a esta forma compacta del vicio y el desequilibrio que inunda el espacio urbano.

Meléndez, quien pretendía romper ciertos usos institucionales negando a los borrachos, mayormente inmigrantes, la entrada al manicomio, define al mismo como la representación misma de un país ordenado.

El alienista se empeña en poner en orden las relaciones conflictivas entre trabajo y dinero, ante todo instalando un corte: en el manicomio, como en la cárcel y la milicia, no se trabaja por el dinero, sino por una pura retribución moral.

Para la medicina mental, la locura es antes que nada una perturbación del orden social “todo lo que no se consigue con el tratamiento moral y el trabajo material no se consigue con otro cualquier tratamiento por mejor dirigido que sea”.

Hacia comienzos de nuestro siglo la explosión demográfica y el incremento de cierta fenomenología de la miseria -alcoholismo, tuberculosis, infancia abandonada- exigen una extensión y modernización del sistema sanitario. Y es Domingo Cabred, quien había reemplazado a Meléndez en el hospicio en 1892 y en la cátedra de Clínica Psiquiátrica un año después, la figura protagónica de esa empresa, como creador y gestor de la Comisión de Hospitales y Asilos Regionales.

Buenos Aires es una ciudad casi extranjera, lo extraño amenaza bajo las figuras de lo falso, lo desviado, lo agitado y desequilibrado.

Si la locura es uno de los resultados de la agitación y la intranquilidad propias de la civilización en el espacio urbano, esa valoración retroactiva de la vida equilibrada del campo no deja de tener su influencia sobre la concepción del tratamiento.

Domingo Cabred, hacia fines de siglo, crea las primeras colonias.

Si el aislamiento es un recurso fundamental del tratamiento moral, no lo es sólo respecto a la familia, sino al propio ámbito de la ciudad, continente inmediato de la locura. “Las ciudades son el teatro de las pasiones políticas y sociales, de acontecimientos trágicos de todo género y por consecuencia medios completamente incompatibles con el estado de los enfermos”. La extrema organicidad de una tal continuidad entre el loco y el espacio urbano que lo produce como efecto funda ese énfasis en la separación.

Entre los hospicios urbanos y las colonias de la campaña se buscó establecer un verdadero sistema de repartición de la locura y las derivaciones consiguientes: los agitados en la ciudad, los crónicos a la campaña.

El propio dispositivo de la locura aparece afectado por esa distinción que tiende a superponer las categorías clínicas de lo agudo y lo crónico a las propuestas terapéuticas urbanas o rurales.



Esa imagen ideal de sociedad homogénea y orgánica, cuyo paradigma es la colonia-asilo, se ve confrontada con la percepción de un escenario urbano escindido.

En Buenos Aires, desde los comienzos de la organización alienista, se denuncian las fallas en esa función familiar respecto del loco. Va estableciéndose un discurso médico moral que asocia el equilibrio psíquico colectivo al destino de la familia argentina.

Ese déficit de un ámbito familiar, privado y doméstico hace que el escenario del conflicto, y aun de la locura, sea inmediatamente social, como formando parte inmediata de los desórdenes de la ciudad.

La obra de Ameghino se sitúa en una etapa posterior que va a extenderse hacia la comunidad con el movimiento de la higiene mental. Junto con la precaria asistencia social del alienado, la falta de vigilancia de los extranjeros que llegan al país serían, para Ameghino, los factores determinantes del incremento de la locura.

La medicina social durante décadas se orientó a proteger a la sociedad existente, y con ello se propuso ayudar a los enfermos y los disminuidos físicos y psíquicos. Pero cuando prevalece la consigna de la protección de la raza, con miras a la sociedad futura, los temas de la eugenesia, de un modo u otro, proclaman que los débiles deben ser sacrificados. Ameghino recoge así esa tradición que José Hualde y el profesor Estévez habían expresado con sus ideas de esterilización de los alienados.

En la medida en que cierto discurso sobre la locura, asociada al vicio y el delito, abarcaba directamente el espacio de la ciudad, en el dispositivo psiquiátrico tiende a diferenciarse un desarrollo que en los hospicios y en la cátedra se repliega sobre la investigación neuropsiquiátrica de la patología mental.

Para hacer referencia sólo a la psicología, los profesores de fisiología médica se reúnen con los criminólogos para fundar las primeras cátedras de psicología experimental.

Desde los comienzos de la psiquiatría en la Argentina se afirmaba que los inmigrantes enloquecen con más facilidad; sobre ello Ameghino arriesga una hipótesis etiológica: el abandono del medio habitual opera como predisposición y las influencias del nuevo medio, extrañas al sujeto, como causas provocadoras de la locura: el inmigrante enloquece más porque es extranjero.

Por lo tanto, frente a los que consideran que el Estado se recarga de responsabilidades económicas y administrativas por el aumento del número de alienados a su cargo, la propuesta apunta en la dirección opuesta, esto es, a propender que se aumente la cantidad de internados. El proyecto en el que Ameghino insistió durante muchos años no apuntaba a los locos, sino a restringir el ingreso de elementos mentalmente malos aunque no sean alienados.

Esta versión psiquiátrica del racismo retoma la vieja cuestión de la relación de la locura con la civilización. No es la relación de causalidad entre progreso cultural e incidencia de patología mental lo que preocupa a ese discurso, sino solamente la comprobación estadística que demuestra una correlación entre desarrollo social y pacientes internados, aun cuando se deba simplemente a que las sociedades modernas envían al asilo a personas que antes no pasaban por locas: cuanto más civilizado sea un país, menor cantidad de alienados dejará en libertad. Siguiendo ese razonamiento afirma que el avance de la civilización de la Argentina exige aumentar el número relativamente bajo de las internaciones psiquiátricas. La propuesta profiláctica se preocupa menos por la restitución de la razón -paradigma del alienismo- que por el control de la sexualidad y



la reproducción. En ese sentido, no es la locura el objeto propio de la cruzada preventiva, sino el riesgo de un descenso general del nivel mental de la población a consecuencia de la descendencia degenerativa.

Ameghino propone *una vigilancia estricta y apropiada de la inmigración*. Hace responsable a los extranjeros de los males de la Nación. Si el Estado debe intervenir con todos sus recursos es porque la capacidad mental es concebida como una cosa pública, integrante del patrimonio nacional. La calidad de población como riqueza material es algo que en el siglo XIX se descubrió junto con la valorización del trabajo humano. Ameghino llega en 1934 a proponer que deben construirse asilos públicos y recluir a los 45.000 oligofrénicos que hay en el país para evitar su potencial transmisión degenerativa.³

Explorar el discurso de la profilaxis mental en las formulaciones de Ameghino permite rastrear cierto origen de la noción moderna y familiar de salud mental, y advertir lo que debe a ese paradigma racial de un tipo humano normalizado. Llevada al límite, la propuesta profiláctica y eugenésica marca un viraje importante respecto del higienismo médico tradicional, el cual aun encubriendo las verdaderas causas no dejaba de señalar el peso de los factores económicos y sociales -miseria, desocupación, déficit habitacional y nutricional- en los problemas sanitarios de la población. El desplazamiento que acentúa la profilaxis en desmedro de la higiene y la terapia coincide con un énfasis en el sustrato biológico concentrado en esa noción de raza.

El papel de la medicina social ya no se concibe como una acción sobre el presente de la sociedad, sino que se privilegia la empresa de construir una sociedad futura mediante el recurso del mejoramiento de la raza.

Las ideas de Arturo Ameghino parecen ocupar un lugar de bisagra entre cierta culminación de la correlación, que va estableciéndose entre locura e inmigración, a lo largo de la conformación del dispositivo psiquiátrico y criminológico, y esa incorporación del discurso de la higiene mental, que pronto va a dejar de ocuparse de la figura denigrada del inmigrante para desplazar su atención a las áreas del trabajo, la escuela, la familia y la sexualidad.

El movimiento de la higiene mental nace en Estados Unidos en la primera década del siglo XX.

La Liga Argentina de Higiene Mental se crea en 1929 por determinación de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría que presidía el Doctor Obarrio. Entre las secciones permanentes que se propone crear están las siguientes: asistencia de psicópatas; inmigración, higiene industrial y profesional; sífilis, alcoholismo y toxicomanías; psiquiatría infantil; sociología; antisociales: vagabundaje y delincuencia; higiene militar; higiene sexual; propaganda.

Precisamente, el que fuera asilo *De San Buenaventura* desde 1863 se demolió en 1904 y en su lugar se construyó lo que en 1905 se declaró Hospicio Nacional. En él se crearon los consultorios externos de psiquiatría y neurología en 1931, a instancias de la Liga Argentina de Higiene Mental.

³ Hay que tener en cuenta que el total de internados en instituciones psiquiátricas públicas por entonces no pasaba de 15.000.



La importancia de esta institución no reside sólo en la acción que desarrolla a través de consultorios, servicio social, instituto neuropsiquiátrico infantil y escuela de visitadoras, sino en que nuclea a un conjunto de personajes. Y no sólo médicos -Veiga, Mouchet-, sino socios no médicos que apoyan el movimiento -Alfredo Palacios, Juan A. García y Enrique Navarro Viola-.



Capítulo V

La desmanicomialización

La sociedad moderna inventa y necesita el manicomio, y los psiquiatras le otorgan legitimidad, rodeándolo de una imagen de racionalidad científica. Las imágenes de desagrado y degradación sostienen, y sostenían los temores de que lo de *adentro* irrumpa en el *afuera*; en el adentro de cada uno: su vida. El manicomio es un producto de la acción humana y su esencia es la relación social que lo produce e instituye; relación compleja en la que se ve la estructura asimétrica el poder del especialista y la sumisión del enfermo. El poder se encarna en el especialista que tiene la palabra, la capacidad de nombrar; esto es el poder que le otorga el saber; en tanto el enfermo - sujeto del enunciado- es *hablado* significado por el saber del otro. A este individuo institucionalizado no se le permite conservar nada como propiedad, reconocida ésta como jerarquización.

El manicomio fue desde un principio *la torre de los pobres*. Esta cultura que gira en torno del desarrollo personal, en la afirmación de sí mismo, no se preocupa por los individuos marginados, ni por aquellos cuya marginalidad ayuda a producir. Aquí, el *loco*, que perturbaba la vida familiar y social, que era una amenaza para su persona como para terceros -como marca la ley-, adquiere otro estatuto con respecto a la marginalidad. La marginalidad, que fuera causal de internación compulsiva, en la actualidad, y desde la perspectiva del muro del manicomio y del espacio que cerca -límite interior-exterior-, se encuentra cuestionada argumentando su alto costo, sumado a la ineficacia y aislamiento, y esto ha hecho que se haya perdido su sentido terapéutico.

El *muro* restablece la polaridad de los espacios públicos y privados, el manicomio es un espacio, pero privado, en tanto oculto a las miradas, su interior está asegurado. También es una masificación del individuo, una abolición de su intimidad, donde lo privado significa *privación*, debiendo entenderse como *privación de lo privado*.

No hace falta construir más manicomios, no hay que internar el sufrimiento en un asilo. Destruir el manicomio significa destruir, concretamente, un código y un lenguaje que han surgido en el manicomio y para el manicomio. Esquizofrénico, paranoico y las mil una formas de la taxonomía manicomial.

El movimiento antimanicomial tiene una larga historia, rastreadable por lo menos desde los años 60, cuando el cuestionamiento de la sociedad capitalista alcanzó también a los espacios de encierro como el manicomio.

El movimiento antimanicomial tiene dos vertientes: por un lado, es un movimiento social que busca deshacer los prejuicios contra los locos. Y, por otro lado, tiene una vertiente científica que cuestiona el saber médico y el discurso psiquiátrico con base en la epistemología positivista.

La lucha antimanicomial se relaciona con otras luchas sociales. Esto porque se entiende que la salud mental está ligada a un cambio social hacia una sociedad más libre e igualitaria. Se asume que la forma manicomial está en todas las opresiones: exclusión, preconcepción, abandono, violencia, etc.



Es así que surge un desafío cuando se piensa en nuevas prácticas en Salud Mental, dado que es un proceso complejo, en tanto se propone asegurar la vigencia y respeto de los derechos humanos y civiles de las personas.

La desinstitucionalización, como una nueva práctica en Salud Mental ha venido imponiéndose de manera constante a lo largo del tiempo, tanto en el campo en el que se desarrollan cotidianamente las prácticas como en los ámbitos en los que se toman las decisiones políticas relativas al área de la Salud Mental.

Corresponde remarcar la distinción entre las dos orientaciones históricas preponderantes a propósito de las praxis relacionadas con la *desinstitucionalización*.

En una de estas orientaciones, la que promueve una política de deshospitización, la desinstitucionalización es expresión de programas de reducción económico-administrativa, sinónimo de reducción de camas hospitalarias. Ésta es una de las primeras operaciones que surgen en el área de la Salud Mental como consecuencia de la denominada *crisis financiera* en el sector salud.

La deshospitización se refleja en políticas de altas, reducción de camas, y en algunas instancias más o menos frecuentes, cierre abrupto de las instituciones. Todas estas acciones se desarrollan a través de mecanismos de transinstitucionalización y propuestas de control extra muros.¹

La otra orientación histórica, la desinstitucionalización como política de desmanicomialización incluye experiencias llevadas a cabo por grupos políticos y técnicos cuyos objetivos implican una

(...) redefinición de prácticas en el área de la Salud Mental que se oponen y sustituyen a la institución psiquiátrica como instancia de internamiento crónico, y se basa principalmente en el cierre definitivo de la institución manicomial y en la construcción de modelos de atención alternativos extramuros.²

Se considera que en el contexto actual, tanto en el plano del discurso como en el de las acciones, los límites entre una y otra concepción política-teórica no están claros. Se parte de la hipótesis de que las experiencias desarrolladas tienen componentes de desmanicomialización y de deshospitización.

Las políticas de Salud Mental centradas en la desinstitucionalización se instalan bajo la forma de innecesariedad de la institución total para el control de la población que históricamente se encontraba internada en ella. Los mecanismos de control social -a través de los procesos de descentralización- encuentran otros dispositivos para la *inhabilitación social*.

El control social blando convive y se interrelaciona con el control social duro. De hecho los manicomios, las cárceles, los institutos de menores no desaparecen totalmente. Estas instituciones se redimensionan cumpliendo una nueva función social

¹ Meuri, D.; Rotelli, F.: "Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados" en revista de la *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Volumen VII, Nº 21, 1987.

² *Ídem*.



que implica un nuevo rol institucional: la instancia de secuestro para las problemáticas extremas.

El control social que antes aparecía claramente establecido por los muros: o sea un orden que lo daba el límite, cada uno en su lugar de institucionalización, hoy aparece sin necesidad de ello. Ahora existen otros muros, distintos de aquellos a través de los cuales se mantenían las diferencias llamadas peligrosas.

Ese orden, ese control social hoy no se produce de la misma manera. Hoy se construyen los muros pero para otras situaciones, para defenderse del diferente, aunque no sea peligroso.

En el contexto actual, las respuestas de *control social* a la problemática de la locura se implementan desde modalidades *comunitarias* con el objetivo de crear formas institucionales diseminadas en el conjunto social que configuran las acciones directamente represivas a fin de delimitar los síntomas de la desagregación social “manteniéndolos en los límites de las barreras urbanísticas definidas”.³

En este espacio aparecen las políticas de descentralización-desinstitucionalización en dos sentidos: como movimiento necesario para implementar políticas de ajuste -reducción del gasto-, pero también como políticas que apuntan a la creación de nuevos dispositivos de control social. En el caso específico de la Salud Mental, estas transformaciones se dan a través de los procesos de desinstitucionalización-deshospitalización, lo cual lleva a tomar la emergencia del sistema manicomial fuera de los muros institucionales. Se trata de un fenómeno complejo y contradictorio en el cual la lógica manicomial de abandono, represión, control, se traslada a otros espacios sociales e institucionales -diferentes a la institución total-, fortaleciéndose nuevos dispositivos manicomiales extramuros:

Se tiende a externar al paciente buscando soporte en comunidades precarizadas y familias con escasa posibilidad de continencia. Dirigidos a disminuir costos, no crean los recursos necesarios para una real externación, que tenga en cuenta las condiciones actuales.⁴

Los cambios vinculados a los dispositivos de *patologización de los problemas sociales*, tanto en las políticas sanitarias como en la forma de control social, buscan los intersticios y formas nuevas de operar sin modificar el *modelo disciplinar* que se sostuvo históricamente en las instituciones de secuestro. Esto significa que estos cambios actúan produciendo efectos de sentido que reconfiguran estructural e ideológicamente las formas en que opera el dispositivo de la salud mental. Desmanicomializar no es sólo dejar de internar. Un trato manicomial puede darse también por fuera del hospicio. Un trato manicomial es pensar en seres y no en sujetos: ser psicótico, ser esquizofrénico, ser histérico, ser depresivo.

La *rehabilitación psicosocial* es un concepto y un campo de trabajo relativamente nuevo, debe ser entendido dentro del contexto propiciado por los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica.

³ Stolkiner, Alicia: *Políticas en Salud Mental*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1993, p. 52.

⁴ *Ídem*, p. 50.



Este modelo se considera necesario para ayudar a los pacientes reclusos en hospitales psiquiátricos a los cuales se les dificulta su vuelta a la sociedad. Se necesita también para apoyar al enfermo mental en su mantenimiento en la comunidad y posibilitar que se desenvuelva y maneje en ella con la mayor autonomía y mejor calidad de vida posible. Resulta indispensable el desarrollo de una adecuada red de servicios comunitarios que permita avanzar en la plena integración del enfermo mental en la sociedad como ciudadano de pleno derecho. Se entiende por esta red de servicios comunitarios al conjunto de servicios y personas para asistir y apoyar a los individuos con enfermedades mentales en la cobertura de sus diferentes necesidades y en el desarrollo de sus potencialidades, evitando que se produzca su aislamiento y exclusión de la comunidad.

La manera de combatir la hospitalización del sujeto que puede llegar a externarse es generando en ellos deseos, proyectos, responsabilidades que deberán desempeñar cuando salgan al cruce con la realidad.

El término 'rehabilitación' apunta a reparar la discapacidad y desventaja del enfermo mental. Los síntomas del enfermo mental deben ser continuamente monitoreados, controlados y tratados. En otras palabras,

(...) la rehabilitación del enfermo mental se dirige a desarrollar habilidades que permitan al paciente incrementar su manejo de la cotidianeidad y su competencia; con ello se tiende no sólo a disminuir las respuestas a los factores estresantes, sino también a reforzar, en cualquier momento de su curso vital, la capacidades de un individuo episódico y cíclicamente vulnerable (...)⁵

Las estrategias utilizadas en la rehabilitación se centran básicamente en el desarrollo de habilidades sociales y vocacionales, pero su impacto es mucho mayor, dado que los logros que el paciente realice en su actuación social y vocacional repercutirá en sus procesos de recuperación.

Otra meta de la rehabilitación "(...) es apoyar al enfermo en transitar el camino entre la lamentación del *yo perdido* y el desarrollo de un *nuevo yo*, enseñándole nuevas habilidades para adquirir nuevos roles y obtener satisfacción de ellos (...)"⁶

La rehabilitación psicosocial apunta a que los enfermos mentales aprendan o recuperen aquellas habilidades que necesitan para desenvolverse normalmente en la comunidad y funcionar lo más activa y autónomamente en su medio social.

También la rehabilitación ofrece apoyo y asesoramiento a la familia de los enfermos mentales, información, educación, estrategias de comunicación que le sirvan para mejorar la convivencia con su familiar enfermo, favoreciendo de este modo su proceso de rehabilitación.

Los principios básicos sobre los que toda práctica de rehabilitación se basa o debería basarse son desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud que indica que la rehabilitación tiene como objetivo preparar a una persona para vivir en su entorno socio comunitario, se basa en el principio de autonomía e independencia, se orienta también en el principio de normalización; debe propiciar el desarrollo de pautas de vida

⁵ Organización Panamericana de la Salud: *Temas de Salud Mental en la Comunidad*, 1992.

⁶ *Ídem*.



lo más normales posibles a través del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y su entorno.

La rehabilitación toma como punto de partida el reconocimiento de que lo que define a un enfermo mental no es ese problema o diagnóstico, sino el hecho de que es una persona con capacidades, historia, características orgánicas y circunstancias sociales únicas. Por ello se fundamenta en el principio de individualización, entendiendo que el proceso es también único.

Se trata de promover los modelos de abordaje alternativos al orden psiquiátrico hegemónico, centrándose en el trabajo comunitario y en la defensa por los derechos a la salud y a la libertad como encuadre ético político. Construir una psiquiatría sin manicomios involucra a todos los actores sociales implicados en la problemática y no sólo a la instancia institucional.

Es necesario que el Estado promueva políticas sociales orientadas a la rehabilitación psicosocial, aportando mayores recursos materiales y humanos, y desarrollando además una red de sostén armada por fuera del hospital para la contención adecuada de los pacientes externados.

La desmanicomialización en el mundo...

A lo largo de la historia fueron surgiendo diversas reacciones contra la manicomialización. Siguiendo a Meuri y Rotelli, se definen teóricamente las propuestas alternativas al orden psiquiátrico hegemónico con el concepto de *desmanicomialización*,⁷ haciendo referencia a las experiencias políticas cuyas estrategias en salud mental se sostienen en la oposición de las prácticas de psiquiatrización -etiquetamiento, rotulación, estigmatización- y en la sustitución de la institución manicomial. En este punto se revisan las propuestas que desarrollaron *grupos opuestos al orden manicomial*, desde una mirada de la historia para comprender los aspectos ideológicos, culturales, económicos y sociales, que a la luz de las precedentes conceptualizaciones, se ponen en juego y nos indican las contradicciones, en tanto intereses y conflictos, de las experiencias de desmanicomialización.

La integración de conceptualizaciones de *patología social y enfermedad mental* a las teorías de la desviación y el etiquetamiento generan, en gran medida, transformaciones en las estrategias de abordaje. La incorporación de orientaciones psicoanalíticas y de las influencias de las experiencias de Elton Mayo, Moreno y Kurt Lewin dieron lugar al desarrollo de la corriente psicosocial de las relaciones humanas.

La situación de posguerra marca un cambio significativo en la implementación de acciones en el campo de las instituciones psiquiátricas, principalmente en Inglaterra, Francia y EEUU.

Al volver de los campos de prisioneros y de concentración, un cierto número de enfermos y psiquiatras abordaron los problemas del hospital psiquiátrico con una visión completamente nueva. No pudieron soportar las instituciones

⁷ Meuri, D.; Rotelli, F.: *op. cit.*



concentracionarias, se dedicaron a transformar colectivamente los servicios, derrumbando rejas y organizando la lucha contra el hambre.⁸

En ese contexto político, se incorporan programas de rehabilitación y reimplantación social de enfermos mentales internados, los cuales se desarrollan partir de los modelos comunitarios, con un éxito importante en los objetivos propuestos. Fue este un momento importante de redefinición en el campo psiquiátrico.

El principal desarrollo de este modelo se logra en Inglaterra a partir de Bion y Maxwell Jones en la aplicación de técnicas grupales para el tratamiento de personas internadas en instituciones psiquiátricas, surge la creación del modelo llamado *Comunidad Terapéutica*. Este modelo instala un dispositivo que intenta romper con la modalidad del *individualismo y la segregación*.

Si bien la comunidad terapéutica permite un cambio en el panorama asilar y un avance hacia la mirada de un abordaje extrahospitalario, convirtiéndose en una nueva cara de la institución psiquiátrica, sus objetivos se limitan a la reestructuración del espacio manicomial para potenciar sus funciones terapéuticas. En este sentido, este modelo no logra avanzar en la construcción de políticas que transformarán el modelo psiquiátrico asilar. A pesar de esto, los nuevos dispositivos que incorpora permiten un avance considerable en nuevas conceptualizaciones de la problemática salud-enfermedad-atención en lo mental.

A fines de la década del 50, este desarrollo fue profundizado en algunos países de Europa y en EEUU con el surgimiento de nuevas experiencias. Por sus implicancias teórico-metodológicas, se destacan la antipsiquiatría inglesa, la política del sector en Francia y la psiquiatría democrática en italiana.

En ese contexto, la *medicina social* como modelo político en salud asume un papel protagónico. La Salud Mental se convierte en uno de los ejes prioritarios de análisis para el desarrollo de acciones transformadoras.

Las diferentes tendencias en el abordaje de la problemática de la atención en el campo psiquiátrico tienen sin embargo dos características comunes que las limitan y las diferencian de otras experiencias: la *crítica al sistema asilar - manicomial*, y la *construcción de un nuevo modelo de atención basado en la incorporación de los aspectos sociales*. Construir o reconstruir un espacio de abordaje alternativo supone, para todas estas experiencias, la deconstrucción del manicomio, como así también la posibilidad de deconstrucción de toda práctica de etiquetamiento. Esto implica la apropiación de *lo social*, tanto en su fase etiológica como en los procesos de curación, generando como consecuencia el desplazamiento paulatino de las prácticas individuales a las prácticas grupales, comunitarias, institucionales y sociales.

Se debe remarcar que, si bien a excepción de la reforma italiana estas experiencias no logran la sustitución total del manicomio, producen modificaciones sustanciales en la política del sector, realizando avances considerables en relación a la instalación de *nuevas prácticas* que impactan en el conjunto social produciendo importantes transformaciones en las representaciones colectivas acerca de la producción de la problemática salud - enfermedad mental.

⁸ Bauleo, A.: "Desalambrar. Notas para un debate sobre la desmanicomialización" en revista *Zona*, N° 12, Buenos Aires, 1992, p. 5.



La antipsiquiatría inglesa

El movimiento denominado *antipsiquiatría*, surgió en Inglaterra de la mano de Laing, de Cooper, entre otros, quienes reformularon el modelo de comunidad terapéutica.

La antipsiquiatría partió de la premisa de la no existencia de posibilidad de cura dentro de una institución total, dado que definió la institucionalización como producto de la ruptura con las relaciones familiares y sociales y por lo tanto como la imposibilidad de la reconstrucción de lazos sociales. El eje del análisis para esta corriente estuvo dado por la introducción de cambios en su accionar terapéutico a través de la modificación en el contexto relacional. Esta posición teórica llevó a los antipsiquiatras ingleses a una fuerte crítica a la institución psiquiátrica y a un posterior alejamiento fundado en la imposibilidad de su *transformación* y en la necesidad de creación de espacios alternativos a todo sistema represivo.

La antipsiquiatría propuso que era imposible trabajar dentro de los hospitales psiquiátricos debido a la lógica que en su interior se mantiene en la relación médico - paciente.

Desde esta perspectiva su acción se transfirió a nuevos ámbitos institucionales, *microgrupos* que se conocieron con el nombre de *Network*. A través de este modelo comunitario intentaron una intervención tendiente a “acortar las distancias” entre el terreno institucional, la familia y la sociedad global.

El modelo de microgrupos, al igual que las comunidades terapéuticas, no logró constituirse en una alternativa que sustituyera completamente las prácticas manicomiales. Sin embargo, los microgrupos tuvieron características propias que los diferencian de los sistemas anteriores.

La diferencia esencial entre el nuevo modelo y los anteriores, particularmente la comunidad terapéutica, se basó en que los microgrupos sostuvieron la idea de que *no existe un sistema binario en la atención* -sistema binario entendido como un *nosotros* y un *ellos profesional y paciente*-. En este sentido, las experiencias comunitarias procuraron la ruptura entre el vínculo *enfermedad mental-encierro*, lográndose, a partir de la implementación de este modelo, la incorporación de nuevas variables en el tratamiento.

El modelo comunitario desarrollado por la antipsiquiatría permitió un avance en la relación *psiquiatría - problemas sociales - abordaje comunitario*, estableciéndose a partir de allí la relación dialéctica existente entre la problemática de salud mental y las problemáticas sociales. No es posible, según esta corriente, una interpretación de las primeras fuera del contexto social-relacional.

La experiencia del sector en Francia

Con la asunción al poder del Frente Popular, en la Francia de la posguerra, se dio impulso a políticas en salud que permitieron implementar acciones tendientes a incorporar la medicina social. Su concreción se dio a partir de lo que se denominó *Política del Sector*. Esta política rápidamente fue extendida hacia el área de la Salud Mental, encontrando sus orígenes en el Hospital de Saint Alban. Allí un grupo de



intelectuales y psiquiatras institucionalistas conocido como *Gevaudan* plantearon la idea de expandir por toda Francia la política de Sector en el área. Esta se llevó a cabo con la conversión a un sistema médico de atención a la problemática de Salud Mental en la comunidad, estatizando los servicios privados y, con la idea de que el *Sector*, como metodología, suplantara totalmente la modalidad de los hospitales psiquiátricos.

Este enfoque se propuso trascender el ámbito de la institución psiquiátrica y pasar a considerar las cuestiones de la salud-enfermedad-atención en lo mental, como cuestiones no internas a la psiquiatría, incorporando elementos que trascendieran los límites propios del espacio intrapsiquiátrico. El principal referente teórico que encuadró esta experiencia lo constituyó el psicoanálisis.

Si bien es difícil realizar una síntesis sobre los principios que configuraron la política del Sector, ya que se trató de un conjunto de ideas plasmadas en luchas y experiencias concretas, los aportes de Emiliano Galende⁹ permiten visualizar las ideas principales que configuraron el nuevo dispositivo social de salud mental en Francia a principios de los 60.

Los principales ejes destacados por este autor son:

-Se rechazó toda forma de *segregación de los enfermos*. Se opuso a la política de segregación y exclusión una de *integración* en los diferentes niveles de la vida: integración del enfermo al ámbito familiar-social del cual emerge; subordinación del hospital psiquiátrico a la totalidad de la red de instituciones y equipamiento del sector, de modo de ser siempre los *equipos de Salud Mental comunitarios* la primera instancia de atención; implantación del equipo del sector en el medio social donde vive el enfermo.

-Se aseguró la unidad e indivisibilidad de las tareas terapéuticas: integración a una sola red o cadena de todos los equipos del sector; responsabilidad de cada equipo en la totalidad de las fases del tratamiento o intervención preventiva; unificación y coherencia de todas las operaciones terapéuticas implicadas, de manera de tener un control homogéneo del plan terapéutico.

-El equipo del sector se constituyó en la *célula productiva* de cuidados en salud mental, alrededor del cual se ordenó el conjunto de dispositivos materiales e institucionales. Se apuntó a garantizar que las divisiones jerárquicas y burocráticas no obstaculizaran la eficiencia en la aplicación de estrategias terapéuticas.

-El equipo del sector se constituyó en el agente de programación, capaz por sí mismo de formular en términos cuantitativos y cualitativos las necesidades de equipamiento, establecer las demandas de la población, diseñar programas específicos e implementarlos.

Según Emiliano Galende, las mayores problemáticas que surgieron frente a la política del sector se circunscribieron: por un lado,

(...) al aparato administrativo, que no permitió una estructura horizontal y no jerarquizada de decisiones; y por otro lado, a la presión que ejerció la burocracia para

⁹ Galende, Emiliano: *Psicoanálisis y Salud Mental para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires, Paidós, 1990, pp. 151-152.



convertir los hospitales en los centros administrativos de todas las decisiones presupuestarias, y por lo tanto, en supervisor de las acciones.¹⁰

El psicoanálisis permitió que la psiquiatría francesa constituyera su momento de mayor apertura, tanto a factores socio-culturales como a determinados cuestionamientos. Fue a partir de los aportes de este nuevo emergente teórico que el panorama de la salud mental ya no tuvo su referente principal en la institución manicomial.

La psiquiatría democrática en Italia

En Italia la transformación del modelo manicomial estuvo muy ligada a la llegada de Basaglia a la Dirección del Hospital de Gorizia -1961-1968-¹¹ En ese hospital, Basaglia formó un amplio equipo con enfermeros, médicos, practicantes y usuarios. El objetivo se centró en la búsqueda de nuevas respuestas a la problemática de la hospitalización. Operó

(...) un modelo de transformación institucional, donde se implementó un proyecto de comunidad terapéutica, que llevó a madurar un proceso crítico sobre la naturaleza de las instituciones psiquiátricas y sobre la inviabilidad de su reorganización -ya sea técnica, administrativa, humanizadora o simplemente política (...)¹²

Luego de un profundo análisis de la situación social de los internos de Gorizia, se comenzó con las primeras manifestaciones contra la institución total, basadas en la idea de que el denominador común de los usuarios del manicomio no era la enfermedad mental, sino las carencias económicas. También se constató que la institución psiquiátrica existe, al contrario de lo que pregona, para conservar y hasta fomentar la enfermedad mental y que pocas o ninguna oportunidad curativa ofrece a los pacientes.

Se modificó radicalmente la vida dentro del hospital. Se suprimieron las terapias castigo. Se eliminó el uso de camisa de fuerza, las ligaduras, ataduras y las celdas castigo. No más electrochoques, ni medicamentos otorgados masiva e indiscriminadamente. Se otorgó especial atención a la alimentación de los pacientes y condiciones en las que ésta tenía lugar. Se buscó eliminar el poder, a todos los niveles y en todos los sentidos.

El pasaje de la modalidad intrahospitalaria a un abordaje en y con la comunidad encontró, en el modelo de Gorizia, su límite. Las condiciones específicas y el momento político en que esto sucedió no permitió el desarrollo de la experiencia extramuros. Esto condujo, posteriormente, a una fuerte crítica de Basaglia a la utilización de un modelo de transformación intrahospitalario como finalidad y no como medio: la transformación intrahospitalaria puede ser considerada como una etapa necesaria en la evolución del hospital psiquiátrico.

En palabras de Basaglia:

¹⁰ *Ídem.*

¹¹ El manicomio de esta ciudad contaba entonces con una población de alrededor de 650 pacientes.

¹² Meuri, D.; Rotelli, F.: *op. cit.*, p. 43.



El significado de una experiencia realizada en una institución psiquiátrica italiana (Gorizia) fue la comprensión por medio de la acción práctica de la imposibilidad de una intervención técnica que, si por una parte, no puede realizarse al ser bloqueada por la estructura social general que la niega, por otra parte, no puede más que destruirse en la representación estereotipada de la dinámica que fue el origen de su valor terapéutico. En estos términos, el problema de la rehabilitación de la enfermedad mental se relaciona menos con la enfermedad como hecho morboso que con la mayor o menor demanda por parte del mercado. Hasta que no exista la necesidad económica de absorber en la producción a las minorías marginadas, la intervención que haría posible la rehabilitación seguirá siendo una posibilidad irrealizable en el plano práctico.¹³

Esta conceptualización marcó el eje de las acciones que se llevaron a cabo en el modelo italiano. Basaglia no concibió ninguna posibilidad transformadora de las prácticas en salud mental en el marco de sociedades que no estuvieran dispuestas a transformaciones estructurales en sus modelos económicos-sociales. Esta situación puede ser vista como un fuerte límite en la experiencia italiana, ya que se sostuvo que, mientras no cambiara la estructura global de la sociedad, no sería factible el cambio en las instituciones, en este caso de las instituciones manicomiales.

Luego de Gorizia, el grupo de trabajadores de Salud Mental se distribuyó en distintas ciudades formando una red de trabajo por la psiquiatría Democrática. Este grupo conformó un movimiento con apoyo político y social, que dio paso a lo que posteriormente fue la reforma psiquiátrica.

Con la llegada de Basaglia a Trieste comenzó la etapa de demolición del hospital psiquiátrico. Esta etapa fue de mucha complejidad y de grandes producciones teóricas acerca del modelo de transformación de abordaje. Esta corriente destacó que el eje motor de todo el movimiento de la psiquiatría democrática se centró en la *negación de la institución manicomial* y en la necesidad de incorporar elementos que permitieran el análisis del problema de la construcción social de los procesos de salud-enfermedad-atención en lo mental. Por tal motivo la reforma italiana se caracterizó por una fuerte crítica al modelo manicomial que la llevó a la producción de prácticas nuevas que permitieron la sustitución total de este modelo como instancia terapéutica.

La sanción de la Ley 180 de Salud Mental, en 1978, fue el resultado político más elocuente del camino recorrido por el movimiento de la psiquiatría democrática.¹⁴

Los puntos centrales de la Ley 180, también conocida como Ley Basaglia, pueden sintetizarse en tres ejes principales:

1. Se prohibió la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y el internamiento en ellos de nuevos paciente psiquiátricos.
2. Los servicios territoriales fueron considerados como los responsables de la salud mental de una población determinada y coordinan el conjunto de las estructuras

¹³ Basaglia, F. 1975, 178/179. Citado por Menéndez, E.: *op. cit.*, p. 73.

¹⁴ Esta ley se inscribió en un momento histórico particular de Italia, la misma fue promulgada por el Parlamento italiano pocos meses antes que la Ley de Reforma Sanitaria General (ley 833). Esta última implicó una reorganización radical de los poderes sanitarios, orientándose hacia la descentralización de la asistencia.



necesarias. Entre ellas pueden estar secciones psiquiátricas en hospitales generales de zona, pero que no dispongan de más de 15 camas.

3. Se abolió el estatuto social del enfermo mental, la tutela jurídica, el internamiento forzoso y el tratamiento forzoso.

Emiliano Galende¹⁵ realiza una síntesis sobre el recorrido que tuvo lugar en la reforma italiana en Trieste:

-Se generó un movimiento social y político para lograr en una primera etapa la apertura de los hospitales psiquiátricos, y posteriormente su cierre definitivo.

-Se emprendió la tarea en el hospital psiquiátrico, para incluir a los pacientes internados en el proceso de apertura, haciéndolos protagonistas de su propia externación.

-Se agruparon a los pacientes dentro y fuera de la institución para organizar *colectivos de externación*, es decir, un espacio grupal de elaboración de todas las vicisitudes del proceso de externación.

-Los pacientes externados que requerían atención psiquiátrica -en general tratamiento con psicofármacos- fueron asistidos en los centros de higiene mental zonales.

-Algunos pacientes que no pudieron ser desinstitucionalizados por incapacidades diversas -oligofrenias severas, demencias, epilepsias, etc.- fueron conducidos a hogares especiales para vivir, en general sin tratamiento psiquiátrico, es decir, en una forma no psiquiátrica de institucionalización.

Lo que se advierte en todas estas experiencias es la *necesidad* de transformación de la hegemonía de control disciplinar dado a través de las instituciones manicomiales, lo que conllevó a la problematización de las prácticas terapéuticas. En este sentido, estas experiencias se ocuparon de las condiciones de opresión en las cuales se encontraban las personas internadas en los manicomios, ubicando a esta institución en el rol disciplinar de control y de castigo. Se instituyeron respuestas a la problemática de la *locura* que cuestionaron y sustituyeron el dispositivo manicomial -intra/extra muros-. Se cuestionó la trama social que dio existencia a las instituciones manicomiales y se crearon espacios políticos posibilitadores del *cambio*. Este fue el pilar fundamental sobre el cual se construyó *una ética y una política* de la desmanicomialización.

Se procuró una ruptura sustantiva de la concepción del *loco*, del *enfermo* ubicado hasta el momento como *víctima*, como objeto sobre el cual labora el proceso de enfermedad y del cual los técnicos se ocuparon, dando lugar al surgimiento de la construcción de un *sujeto social*. Bajo estas concepciones *deja de haber víctimas, pasa a haber sujetos*.

Movimiento antimanicomial brasileño

El movimiento antimanicomial brasileño tiene dos vertientes, por un lado es un movimiento social que busca deshacer los prejuicios contra los locos. La psiquiatría encierra a los locos, los animaliza con drogas y otras intervenciones brutales sobre sus

¹⁵ Galende, Emiliano, *Psicoanálisis y Salud Mental...*, ed. cit., pp. 162-163.



cuerpos. La segunda vertiente es científica y consiste en el cuestionamiento del saber médico, del discurso psiquiátrico, su epistemología positivista, exterior e insostenible.

Brasil pasó por muchos sistemas de Salud Mental. En los años 1980, se privatizan muchos espacios de salud, entre ellos los psiquiátricos: el Estado pagaba a los empresarios por pacientes generando el interés capitalista de mantener a los internos sin darles de alta.

El movimiento en esa época aspiraba a la humanización de los manicomios, hasta que se toma conciencia de su inviabilidad en tanto espacios incapaces de promover la salud mental, y se cambia el objetivo por la disolución de los manicomios, y su sustitución por clínicas abiertas, formativas, artísticas, vinculadas con las familias y la comunidad.

Se ganan espacios en la opinión pública, al punto que en Brasil hoy se acepta la posibilidad de una sociedad sin manicomios.

La desmanicomialización en Argentina

Nuestro país tiene una larga historia de transformaciones en el ámbito de la atención a la problemática de la *Salud - Enfermedad Mental*, con experiencias alternativas al manicomio que estuvieron acompañadas por *movimientos reivindicadores* de los derechos de los enfermos mentales internados.

La creación de servicios de psicopatología en hospitales generales fue, en el segundo período de los años 70, un avance técnico-político para el área de la Salud Mental y significó una aceptación de la insuficiencia del modelo asilar tal como se lo desarrollaba en los hospitales monovalentes. Una experiencia relevante en este sentido fue la que se desarrolló en el Hospital Evita de Lanús, bajo la dirección de Mauricio Goldemberg. Las transformaciones allí realizadas y las concepciones innovadoras en lo relativo al tratamiento del problema de la salud mental permitieron la constitución de un marco teórico-técnico y político-sanitario que trascendió el ámbito médico para incorporar y legitimar, por primera vez, la presencia de otras disciplinas, y por lo tanto de otros encuadres terapéuticos.

Ya a mediados de los años 70, el Instituto Nacional de Salud Mental propone la redefinición de las políticas a partir de las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud. Entre sus lineamientos generales se menciona la incorporación de los aspectos sociales en la planificación de las políticas del área.

A partir de la apertura democrática que viviera nuestro país desde 1983, la Salud Mental fue caracterizada como una de las prioridades del sector salud. Sobre la base de un informe OPS/OMS se pudo llegar a la conclusión de que dicha prioridad se debía al deterioro del área con un marcado menoscabo de las instituciones monovalentes, un elevado costo del cuidado de la Salud Mental y, por lo tanto, una alta carga financiera para el subsector público.

En este periodo se puso en marcha rápidamente un proyecto de organización nacional del área. Así fue como se crearon los denominados *Programas Participativos Nacionales*, que instalaron la cuestión de la desinstitucionalización. La propuesta fue acompañada por grupos de profesionales que intentaban poner en el primer plano del escenario político sanitario la discusión acerca de la institución manicomial. En ese momento se planteó la democratización de las relaciones de poder institucional, a través de la generación de cambios sustantivos en los modelos de abordaje. Esta iniciativa



posibilitó la creación de propuestas alternativas en los servicios, y una fuerte tendencia a la disminución de las internaciones en los manicomios.

En distintos lugares se iniciaron experiencias puntuales de modificaciones en las prácticas cotidianas, principalmente en salas de pacientes crónicos, intentando modelos más abiertos en el seno de la institución -asambleas, trabajos grupales, talleres, entre otros- e implementando estrategias extra muros -trabajo con familias, articulación interinstitucional, etc.-.

Los avances que se lograron en ese contexto fueron interesantes. En primer lugar, se consolidó un *acuerdo político-técnico* que posibilitó la creación de direcciones y/o programas de Salud Mental en el 90% de las jurisdicciones, además de la construcción de un *Foro Federal Interpartidario, Interdisciplinario e Intersectorial* y la organización de una *Red de Servicios Asistenciales Estatales*. Así mismo se avanzó en la capacitación de equipos de conducción de las direcciones y/o programas provinciales y en la capacitación de funcionarios del área metropolitana y Provincia de Buenos Aires. También se desarrollaron seminarios para los trabajadores -profesionales y no profesionales-, tanto desde la Nación, como desde las provincias y/o regiones. Un hecho importante en la capacitación lo constituyó la creación de la Residencia Nacional Interdisciplinaria en Salud Mental, dirigida a médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros con inserción en los centros de salud y los hospitales generales.

A partir de la década del 90, este proceso comenzó a desarticularse. La Dirección Nacional no volvió a tener relevancia en la generación de acciones políticas en el área y los programas pasaron a ser responsabilidad de cada provincia. En ese contexto en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, esta Dirección pierde jerarquía y pasa a ser Instituto de Salud Mental, para posteriormente convertirse en Unidad Coordinadora y Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable.

A pesar de esto, en las distintas jurisdicciones se comenzaron a desarrollar experiencias -algunas muy incipientes, otras con mayor grado de consolidación- que realizaron prácticas alternativas a la internación psiquiátrica; los ejemplos más acabados de este modelo son la provincia de Río Negro y la de San Luis.

En relación a la práctica llevada a cabo en *Río Negro*, con el advenimiento de la democracia se inicia un proceso de transformación del sistema de salud mental vigente -asilar, manicomial-, cuando comenzaron a humanizar el neuropsiquiátrico de la ciudad de Alem, único manicomio de la provincia a partir de 1984, logrando su cierre en el año 1988, y la posterior sanción -1991- de la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental.

Los principios de este proceso se pueden resumir en:

-Rescate de los recursos de salud presentes en las personas: la función de los técnicos, en lugar de la apropiación de la identidad de la persona a través de técnicas de sometimiento abiertas o encubiertas desde la dimensión biológica o psicológica -electroshock, chaleco químico, psicoterapeutización de la vida cotidiana-, es procurar apoyar al individuo para que pueda retomar su circulación social habitual donde se producen los verdaderos fenómenos de enfermar o curar. Así, el profesional o técnico, debe ayudar al enfermo, marginado de sus pares, a recuperar sus posibilidades de vivir con ellos, aun desde la diferencia, rescatando sus capacidades, energías y talentos.



-El vínculo terapéutico: será todo aquello que permita, en el mejor tiempo posible, potencializar las habilidades del individuo para que pueda desarrollarse y construirse en sociedad, respetando las modalidades propias de cada cultura como factor de identidad.

-Noción de crisis: Todos, en tanto humanos, necesitamos aportes o suministros para vivir, sean físicos, psicológicos o culturales. Cuando cualquiera de ellos falta o se modifica bruscamente, sobreviene una crisis. Se trata de cambiar no sólo la comprensión del mismo sufrimiento, sino también desde dónde se cura, operando en el mismo lugar donde se constituye su identidad. Se trata de establecer cuáles son los suministros y aportes necesarios para ese momento vital que ayuden a la recuperación.

-Socializar los conocimientos: Dar información clara a la familia y al enfermo cuando la soliciten, porque sólo cuando el intercambio es real hay aprendizaje para ambas partes.

-La propia comunidad se va organizando para afrontar, en mejores condiciones, las crisis que se produzcan en el medio cotidiano de la persona, evitando el deterioro que significa la marginación.

-Derechos y necesidades de las personas: La concepción de ser humano busca un enfoque integrador, resaltando el carácter de ser social, de la relación hombre con hombre, compartiendo un proyecto que les permita trascender.

Se entiende que el objetivo central de la labor terapéutica es procurar la defensa de los derechos y necesidades de las personas. Se deben devolver los derechos civiles a los pacientes, reconstituir a la persona en sujeto, y esto impone la construcción de un nuevo saber, cambiando el lugar de la cura.

En la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental se encuentran tres aportes fundamentales: a) ofrece nuevas herramientas procesales actualizadas al momento de desarrollo de la tarea; b) establece la necesidad de nuevos recursos humanos, físicos y financieros y su consecuente provisión; y, c) consolida las transformaciones, favoreciendo la toma de conciencia por parte de la población respecto a las nuevas posibilidades de atención y recuperación de las personas con sufrimiento mental.

Además, la Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental establece:

-La prohibición de la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o equivalentes públicos o privados.

-La dignificación de la persona, al reconocerle todos los derechos que, como ciudadano, le corresponden.

-La no marginación del sufrimiento, reconociendo al amigo, vecino o familiar como un recurso terapéutico.

-La prohibición de producir su extrañamiento.

-El reconocimiento del trabajo como un recurso terapéutico de importancia.

-El derecho a ser atendido y recuperado en su lugar de vida habitual.

-El derecho de toda persona con causa judicial a la estrategia terapéutica previa.

-La obligatoriedad de volver a traer al territorio provincial a todos los rionegrinos que hayan sido derivados a diferentes lugares del país.



-Y, la prohibición de la utilización de todo método represivo -electroshock u otros-.

En relación a la experiencia de transformación institucional en *San Luis*, en noviembre de 1993 -cuando el Dr. Pellegrini fue nombrado director por el Ministerio de Salud de la Provincia-, el Hospital Psiquiátrico tenía entre 100 y 120 camas, con un 100% de ocupación y un tiempo promedio de internación de siete años y medio. En 1998 había once camas, con un 65% de ocupación y un tiempo promedio de internación de ocho días. El Hospital era un manicomio clásico.

Se tomaron dos decisiones concretas: no internar a pacientes cronicados y sacar el hospital a la calle. Pero el desafío principal fue transformar esta institución con las mismas personas que habían sostenido el manicomio durante veinticinco años: los profesionales, los trabajadores, los enfermos y los familiares.

Había cuatro calabozos de tres paredes con placa de chapa, como en la cárcel, por lo tanto oscuros. Hubo un paciente un año y medio en esas condiciones. En enero de 1994, Pellegrini planteó cerrarlos. Estaba en absoluta minoría. Los enfermeros los defendían y desde otro ángulo muchos profesionales decían que era necesario establecer un sistema de premios y castigos.

Se evidenció la necesidad de ampliar los espacios de participación democrática y de habilitar un nuevo programa que comenzó en febrero del 94, *Ocupándonos de la salud de los trabajadores de la salud*. Los profesionales de la salud fueron aprendiendo a contener una crisis con el contacto, sin la medicación y los pacientes empezaban a hablar de lo que sentían.

Para reinsertar socialmente hay que ir construyendo un sistema de puntos de apoyo social, la visita periódica del equipo del hospital se debe articular con alguna forma de contención social.

Muchos pacientes que están en crisis tienen una familia continente y son internados en la casa. Otros se van de alta, pero necesitan apoyo domiciliario.

El 25% de los pacientes de larga estadía necesitó reinternación. Se reinternaron por ocho o diez días y volvieron a salir. Pero los períodos entre una y otra se fueron prolongando porque empezaron a recibir apoyo en la comunidad. En agosto de 1997 quedaban 10 pacientes para los que no se encontraba ningún apoyo, ningún referente familiar, institucional o barrial. Entonces se generó el sistema de familias sustitutas subsidiadas, no casas de medio camino. Se firmó un decreto en cuyos fundamentos el estado provincial reconoció haber generado este daño y tener la obligación ética, institucional de reparar a estas diez personas.

En el viejo modelo, el hospital era un embudo, todo paciente que se enfermaba en la provincia era enviado allí. Con la transformación se desarrolló el trabajo con la comunidad, los talleres de SIDA y los Grupos Institucionales de Alcoholismo en el hospital, en las escuelas y aumentó el número de consultas.

Hubo otras modificaciones que cambiaron definitivamente la vida del hospital. En 1997 se transformó de un hospital monovalente en un hospital polivalente.

Desde 1998 los pacientes en crisis se internan con su familia, para lo cual hubo que transformar parte del hospital. Comen ahí, se inicia la terapia familiar en plena crisis, los familiares saben lo que es estar internado, no dejan el problema y se van, quedan involucrados.



También la provincia de *Tierra del Fuego* ha sostenido un modelo de atención no manicomial, en base a servicios de salud mental en los hospitales generales con un dispositivo de internación compartido y de carácter breve. La muy escasa tasa de derivaciones que se generan desde el Hospital Regional de Ushuaia demuestra cómo, en un contexto de relativo buen funcionamiento de los distintos dispositivos estatales, es posible sostener un modelo sin instituciones cerradas.

En la *Ciudad de Buenos*, desde el inicio de su gestión como Jefe de Gobierno, Mauricio Macri propone el cierre de los hospitales psiquiátricos -Moyano y Borda-, lo cual produce un debate y duras críticas desde diferentes sectores implicados en la salud. Aunque a la fecha esto no ha sucedido, es parte de la lucha permanente de los sectores que se oponen a las políticas macristas en salud.

Como contrapartida a los principios normativos establecidos en la ley, el Gobierno de la Ciudad, a través del Ministerio de Desarrollo Urbano, propicia la licitación para la construcción de nuevos espacios de atención y en los predios ocupados actualmente por los Hospitales Borda, Moyano y Talleres Protegidos, la construcción de un Parque Cívico.

En su formulación no se ha tomado en cuenta el diagnóstico de situación que contemple un relevamiento del estado actual de los pacientes que permita establecer el número y grado de los crónicos y el criterio para determinar el cambio de dispositivo, como la atención en hospitales de día, talleres protegidos o consultorios externos, entre otros. Tampoco se establecieron los parámetros para medir el grado de dependencia social, económica, familiar y la situación de los pacientes judicializados.

Los criterios diagnósticos y terapéuticos que propone este *Plan de Salud Mental* responden al modelo médico-hegemónico y prácticas de control social. Bajo el sintagma de *desmanicomializar* a los pacientes, se propone la creación de centros a puertas cerradas, en claro enfrentamiento a los criterios y prácticas del Hospital Borda que en la actualidad funciona como hospital de puertas abiertas. El modelo propuesto responde a viejos paradigmas de atención y tratamiento de los pacientes, se manifiesta como un sistema organicista, sustentado en la contención física, mecánica y farmacológica de los pacientes, en detrimento del modelo psicodinámico-histórico y comunitario, que fundamenta su práctica en el lazo social generado a partir de la palabra como principal recurso terapéutico y sostén de diferentes dispositivos psicoterapéuticos, que promuevan la recuperación y la reinserción comunitaria de los pacientes.

En este *nuevo plan* no está contemplada la formación académica de grado y postgrado en psiquiatría, psicología y otras especialidades relacionadas con la Salud Mental, que desde hace años se desarrollan en los hospitales Borda y Moyano, a pesar de que éstos funcionan como hospitales-escuela de reconocido desempeño y prestigio académico. Del mismo modo, tampoco está contemplada la rehabilitación por medio de la reinserción social y comunitaria de los pacientes, a través de una decidida tarea que se desarrolle en *Talleres Protegidos*.

Además se cuestiona el cierre de dichos establecimientos por no tener un sustento científico, de rehabilitación e inserción social de los pacientes. Dicho plan deja a más de 2000 pacientes en la calle y a más de 3000 trabajadores sin su fuente de trabajo.

Uno de los problemas que presenta el proyecto de Macri es la inexistencia de una política de rehabilitación de personas, disfrazada de modernización del sistema de salud mental. Se podría prever que si este proyecto avanza, muchas personas quedarían en la calle sin alternativas y otras personas irían a parar a otros hospitales psiquiátricos más



chicos, pero con las mismas condiciones y con la misma lógica que el hospital actual. Con lo cual no hay ninguna reformulación del sistema.

En conclusión, el sistema de Salud Mental atraviesa un momento de incertidumbre nacido en la discrecionalidad de las decisiones gubernamentales que se pretenden instrumentar en esta materia. El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires propone un supuesto *nuevo plan de salud mental* desconocido e inconsulto, situación que está en flagrante contradicción con los términos de la Ley N° 448, que determina la participación e intervención de todos los actores del sistema, como paso previo a las decisiones en la materia.

En la actualidad continúa pendiente una transformación de fondo que cumpla con la legislación vigente, para poder brindar un sistema de atención digno que abarque a todo el sector: pacientes, profesionales y trabajadores que intervienen en las distintas instancias de atención.



Capítulo VI

Tendencias mundiales en Salud Mental

La tendencia mundial con mayor apogeo y con perdurabilidad en el tiempo es el *Modelo Médico Hegemónico*, una construcción del mundo capitalista avanzado.

Si bien este modelo tiene una relación activa con la problemática de salud-enfermedad, la misma operó predominantemente en el plano curativo y secundarizó las políticas preventivas.

Los caracteres dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, etc., que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente natural.

El Modelo Médico cumple cuatro funciones básicas: curativo-preventiva; normatizadora; de control; y de legitimación. La función curativa-preventiva aparece como la más importante y relevante; las otras son parte implícita del trabajo médico. Este necesita normatizar para actuar y requiere controlar para ser eficaz.

A mediados de la década del 60, este modelo entra en crisis. El Modelo Médico Hegemónico debe ser vinculado con la crisis económico-política, y con las alternativas que el sector salud se plantea a partir de seguir manteniendo la estructura y funciones de dicho modelo. Necesita readecuarse, sobre todo abaratar costos.

El *Modelo Médico Corporativo Estatal*, que constituye una variante del Modelo Médico Hegemónico fue construyendo un tipo de práctica que podemos caracterizar de la siguiente manera: ha tratado de extender las coberturas basado en instituciones de seguridad social. No obstante esta extensión, se ha dado en forma diferencial, lo cual implica una atención desigual a la población económicamente activa. En el sector salud domina un modelo curativo.

La notable cantidad de médicos que involucra indica de hecho un predominio de las actividades curativas respecto de las preventivas, así como el potencial incremento de los costos de la atención a la salud. Las prácticas curativas sólo pueden operar limitadamente sobre nuestros principales problemas de salud física y mental.

La revisión de las estrategias actuales implica su lectura en dos dimensiones, la de la continuidad de las acciones y la de las posibles alternativas gestadas por el sistema. Se observa que continúa la hegemonía del Modelo Médico; que la práctica médica dominante es la curativa; que sigue dominando la tendencia a incorporar profesionales médicos con énfasis en lo curativo; que persiste la atención desigual; que la inversión en controles preventivos es reducida y muy inferior a las inversiones en la dimensión curativa; que trata de desarrollarse la fusión organizativa del sector salud; son los criterios biológicos los que operan predominantemente, si bien son tomados en cuenta algunos criterios de tipo económico, social y cultural.

En los últimos años se vienen propugnando algunas medidas que aparentemente cuestionarían el modelo dominante. Las dos medidas básicas son las referidas al énfasis en la atención primaria y en la participación comunitaria por una parte, y las propuestas de descentralización de las funciones y actividades aplicativas desde los servicios centrados a unidades municipales o jurisdiccionales.



La segunda mitad del siglo XX registró cambios profundos en la concepción de los tratamientos que se apoyaron, por un lado, en la aparición de los psicofármacos y por otro en el análisis y la utilización de los factores institucionales como productores o inhibidores del progreso terapéutico. Se reconoció que la asistencia psiquiátrica podía ser mejorada y que el tema constituía una deuda con la salud pública de las poblaciones. Hubo significativos adelantos en la concepción de la asistencia y en la planificación del cuidado continuo, sobre todo en Inglaterra y Francia. Posteriormente en los EEUU se avanzaría creando los Centros Comunitarios de Salud Mental.

Por su parte, durante la década del 60 surgió un movimiento autodenominado de anti-psiquiatría, el que se caracterizó por generar una crítica adecuada de los aspectos negativos de las prácticas tradicionales de corte represivo, pero no llegó a sugerir caminos de abordaje que produjeran un mejor cuidado del paciente mental en las diferentes etapas de la evolución de su enfermedad. Se centró sobre todo en las manifestaciones de los casos agudos proponiendo una mayor tolerancia cultural, pero sin ocuparse en especial de los casos en que se ha producido un deterioro progresivo y una consecuente cronicidad.

Los *movimientos alternativos* en el marco de las prácticas de Salud Mental surgidos en esa década fueron ganando terreno ante las prácticas tradicionales. De esta forma fue legitimado, a partir de reivindicaciones y movimientos sociopolíticos, un modo de conceptualizar y concebir las prácticas y los vínculos sociales con las personas que padecen sufrimiento psíquico.

Este proceso tuvo como protagonista al Mayo Francés y las políticas de Sector en Francia; en Italia toma forma el concepto de Empresa Social de la mano de Franco Basaglia; en Latinoamérica se dio un proceso similar a través de reformas psiquiátricas y el surgimiento de la Psicología Comunitaria a partir de su propia realidad de opresión y de exclusión social.

La legitimación de esta tendencia derivó en la *Declaración de Caracas*,¹ que critica la centralización de la atención en hospitales psiquiátricos, dado que la misma produce efectos negativos en la atención de pacientes, respecto a la garantía de derechos humanos y civiles, en la capacitación y distribución de recursos humanos y en la asignación presupuestaria, ya que el hospital psiquiátrico consume la mayor parte de recursos financieros destinados a Salud Mental. Además señala que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar objetivos compatibles con la atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

Alfredo Kraut señala que la *Declaración de Caracas* estableció que los programas de actualización de los modos de asistencia tradicional en psiquiatría no habían sido consistentemente modificados de modo de alcanzar una vinculación más directa con la comunidad, y que el Hospital Psiquiátrico, cuando permanece como principal modalidad asistencial, obstruye estos avances. Puntualiza que “la mayor parte de los pacientes que no obtienen una rápida externación permanecen encerrados, apagados por efecto de medicamentos potentes, en medio de la violencia institucional”.² Y agrega que

¹ Caracas, Venezuela, 1990.

² Kraut, J. A.: “Tendencias. Una ley para la Salud Mental” en diario *Clarín*, 15 de agosto de 2000.



(...) la reestructuración que se intenta es un proyecto nada sencillo. Por un lado, por el entrecruzamiento interdisciplinario y por el otro por cuanto el modelo institucional es fuente de gran poder y una suerte de gran negocio, siempre en detrimento del usuario.³

Se refiere más adelante al documento denominado *Principios para la Atención de Personas que Padecen Enfermedades Mentales* que produjo la ONU -1991-, donde se declara que las personas que padecen enfermedades mentales son especialmente vulnerables y exigen protección especial.

La *Declaración de Caracas* significó una inflexión en la reglamentación e implementación de prácticas en el área de salud mental. Es ejemplo de esto en nuestro país la Ley de Promoción Sanitaria y Social de Personas que Padecen Sufrimiento Mental, N° 2440, de la Provincia de Río Negro.

La clasificación tradicional psiquiátrica centrada en melancolía, manía, demencia, idiotez, neurosis, psicosis, con respuestas históricas asociadas a estas categorías, encuentra ciertos límites. Esta afirmación se funda en una hipótesis múltiple: a) que la crisis estructural que se vive en las últimas décadas crea nuevas formas de sufrimiento, b) que estos padecimientos producen demandas asistenciales que hasta el momento no existían en el campo de la salud mental, al menos con la prevalencia actual, y c) que los trabajadores del campo de la salud mental ven ampliado su campo de observación e intervención.

La problemática de la Salud Mental ya no puede ser aprehendida de una manera reduccionista, sino que deviene en problemáticas complejas, es decir, se modelizan nuevas categorías que patologizan ciertas prácticas sociales. Entre ellas pueden señalarse problemáticas referidas a la sexualidad, la depresión por pérdida del trabajo, la inestabilidad económica, la violencia microsocial, el alcoholismo y el abuso de otras sustancias psicoactivas, el abandono, entre otras muchas categorías.

Surge así un supuesto según el cual podría plantearse que las transformaciones en las problemáticas que demandan asistencia en el campo de la salud mental encuentran un obstáculo en las respuestas conocidas, generándose en consecuencia la imposibilidad de encontrar respuestas dentro de los modelos de atención tradicionales, a los nuevos modos que asume el padecimiento.

En este sentido podría asistirse a un escenario de *construcción de enfermedad* en procesos que mostrarían tendencias en dos sentidos: la medicalización de los conflictos sociales y la fragmentación de la atención por problemas específicos.

Las prácticas y procesos manicomiales se reproducen en la actualidad, pero sus objetivos sufren también una movilización doble. Por un lado, la necesidad de legitimar un orden asilar diferente del instituido en la institución manicomial, sobre todo en el caso de problemas específicos, por ejemplo, las comunidades terapéuticas para adictos. Por otro lado, la pérdida de sentido disciplinario en dos niveles: el de los trastornos sociales que derivan en trastornos mentales como objetos de atención, y el del avance de

³ *Ídem.*



los quimioterapéuticos,⁴ que implica, en consecuencia, la *medicalización* de dichas problemáticas sociales.

El manicomio es la forma que la lógica manicomial toma en un determinado momento de la historia, cuando no había psicofármacos la forma de *control* de los pacientes mentales era el uso de chalecos, cadenas, acceso de fijación. Entonces, hoy en día, el control psiquiátrico del sujeto se hace de otra manera, a través de la farmacología. La lógica manicomial es el control psiquiátrico, es la *medicalización* del sufrimiento.

En general, las tendencias actuales a nivel mundial son dos, una sostener lo ambulatorio y la segunda sostener la cronicidad. En la medida en que la Salud Mental, en realidad toda la salud, está básicamente sostenida desde criterios biologistsas y farmacológicos, sostener al paciente ambulatorio pero crónico es, de alguna manera, el reaseguro de la maquinaria farmacológica.

La industria farmacéutica tiene un fuerte peso en la práctica manicomial y en el hospital o centros de salud: subsidian formación de psiquiatras, gestionan congresos y viajes al exterior, también protocolos de investigación de fármacos que se hacen a expensas del Hospital Público, usando su estructura edilicia, los horarios de trabajo y los sueldos que paga el Estado.

Si bien la aparición de la psicofarmacología constituyó un avance científico importante en el tratamiento de las enfermedades mentales, la presión de los laboratorios que buscan colocar sus productos a como dé lugar, sumada a una falta de regulación efectiva de los medicamentos, en nuestro país, se ha generado un aumento del consumo indebido, a veces bajo prescripción médica innecesaria y a veces sin indicación profesional. Esto en un contexto social donde se visualiza a cualquier estado de displacer como anormal y a los medicamentos como soluciones mágicas. Cabe aclarar que, lejos de mejorar el estado de salud mental de nuestros ciudadanos, agrega un problema extra y para nada menor, como es la adicción a los psicofármacos.

Tan es así que en este momento la tendencia mundial es que la medicación sea consumida incluso por los *sanos*. Sumado a esto, los pacientes se automedican, no pasan por el especialista y, de esta manera, va en incremento el consumo de medicamentos.

Este grave problema que enfrenta el campo de la salud mental es la tendencia cada vez más marcada a la *medicalización*. Recientes informes de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes -JIFE- de Naciones Unidas demuestran un incremento en el uso de *drogas lícitas*, en particular ansiolíticos y antidepresivos, que estarían a punto de superar al de las ilícitas en el mundo. Si bien esto se explica en buena medida por la falta de control en la venta de medicamentos, también es cierto que en muchos casos, tales consumos, que a veces se convierten en adictivos, comienzan a desarrollarse a partir de prescripciones médicas y constituyen el resultado exitoso de una estrategia de marketing de los laboratorios que los fabrican.

⁴ Se calcula que el 70% de los pacientes que visitaban a los médicos por depresión terminaban con una terapia con drogas para contrarrestar sus problemas químicos. Las ventas mundiales de antidepresivos alcanzan cifras récord. "De pacientes a consumidores". Diario *Página 12*, Buenos Aires, 29 de junio de 1996.



Con el avance de la industria farmacológica parecería que la lógica del aislamiento -manicomio- como forma de control deja de ser una estrategia primordial. La persona está aislada aunque esté en su casa. Ya no hace falta el encierro institucional.

El modelo actual en la atención de la Salud Mental se basa en el *asistencialismo*, con el sentido de reducir todo a la prevención secundaria, o sea, eliminando el síntoma sin atacar las causas que lo producen.

Es así que la tendencia a actuar ante la enfermedad mental declarada, con intervenciones de tinte asistencialista, poniendo el acento en la enfermedad más que en la salud integral, hace que no opere la prevención y la promoción de la salud, con una visión integral. De este modo se siguen ignorando las recomendaciones de instituciones internacionales como la OMS y las experiencias históricas y actuales que se han mencionado, cuyo acento está puesto en la defensa de los derechos de todas las personas bajo la responsabilidad del Estado y con el sostén articulado de redes sociales en una acción mancomunada, preventiva, participativa y solidaria.



Sección III:

Una mirada hacia adentro de las instituciones en Salud Mental



Capítulo VII

¿Cuál es hoy la situación de los hospitales psiquiátricos en la Argentina?

En nuestro país, el aparato sanitario y de higiene pública fue modelado según los cánones europeos. Desde la época de Rivadavia, se plantea la organización de las instituciones asistenciales. En el período que va desde 1880 a 1940 se plasman líneas de ideas políticas, económicas y culturales que modifican las estrategias médico asistenciales. Una de ellas fue presentada a través de un Proyecto al Poder Ejecutivo Nacional para la creación de Asilos y Hospitales Regionales.

La asistencia pública fue uno de los medios más nítidos, a través de los cuales el Estado finisecular intentó solucionar los males de la sociedad: enfermedades pestilentes, como la fiebre amarilla, tuberculosis y, por supuesto, la locura.

La necesidad de dar un espacio propio a la locura, que era vista como la barbarie, el desorden y el retraso civilizatorio, llevó a la creación de hospicios.

El Estado se encargó de marcar las pautas para la *beneficencia pública*, y estableció con la elite médica un conjunto de disposiciones prácticas, jurídicas, penales y pedagógicas, con la intención de armonizar la problemática social urbana -marginalidad, locura y delito-.

Con el paso de los años, cambió la fundamentación filosófica asociada con la asistencia de los carenciados y/o enfermos. La ecuación *beneficencia-caridad-filantropía* aparece explícitamente en la obra político-asistencial, que deja de lado el marco privado que antes distinguía a la salud. A lo largo de este proceso de transformaciones, la elite médica fue acercándose al aparato estatal y a los sectores populares.

La locura, revelada hacia 1880 en *La Neurosis de los hombres célebres*¹ con el objetivo de someterla a control y producir una conciencia pública, evidenció toda una forma discursiva e institucional de la alienación mental. Esos elementos sirvieron a la constitución de ideales y valores morales, y justificaron la creación de instituciones monumentales de encierro.

La creación de asilos y hospitales regionales significó un problema, por falta de organización, espacio, medidas de higiene y profesionales capacitados.

Serán los primeros: el Hospital Nacional de Alienadas -1854- y el Hospicio de Las Mercedes² -1863-. Luego se agregaron los siguientes: Asilo de alienadas de Lomas -1908-, Hospital Melchor Romero -1884-, Asilo Colonia Open-Door -1899-, Asilo de Retardados de Torres -1908-, y el Asilo de Oliva -1908-. La causa de la creación de estos últimos radica en el hacinamiento continuo de los asilos de la capital, que utilizaban a los rurales para aliviar la superpoblación de enfermos mentales.

¹ José María Ramos Mejía, 1878-1882.

² Actual Hospital Borda.



Para solucionar el tema de los desbordes hospitalarios, los médicos diferenciaron a los enfermos de acuerdo a su curabilidad y adaptabilidad al trabajo.

Aunque se dividió entre crónicos y agudos, el hacinamiento fue uno de los problemas centrales que con el tiempo también se trasladó a los asilos rurales. El ejemplo más preciso lo constituyó el Asilo Colonia de Oliva -Córdoba-. Para el año 1934, ya habitaban en él 14.966 personas adultas de ambos sexos, que llegaban de diversos puntos del país, sobre todo de Buenos Aires.

Se puede llegar a la conclusión que aunque se trató de llegar a descentralizar los manicomios de Capital con los asilos rurales, esto no se logró y la solución que se brindó a través del Estado fue ineficiente. Los sucesivos gobiernos no lograron una política asistencial coherente con los problemas existentes.

En un principio, una de las causas del hacinamiento fue la llegada de inmigrantes -1878- que hizo crecer significativamente la población de los asilos. Pero no fue la única. A pesar de los continuos ensanchamientos de pabellones y construcciones nuevas, la figura del enfermo mental seguiría visible en una sociedad que no les brindó ninguna salida, sólo los internó bajo la normativa y las estrategias de moralización vigente.

El hospicio brindó una imagen estructural de precariedad y marginalidad. Fue una forma de indigencia, que legitimó las posturas de la tecnología alienista, que buscó la organización en el más absoluto *desorden*, donde se reproducen las fracturas de la sociedad.

Lo esencial de la tecnología de la locura se presentó a partir de los procedimientos de la internación y el desarrollo de una práctica asilar.

La concentración de enfermos mentales en nuestro país deriva del concepto equivocado que dirigió la función social en la asistencia manicomial. Tal es así que todos los establecimientos psiquiátricos gravitan sobre el presupuesto nacional, excepción hecha del Hospital Melchor Romero, que sostenía el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, por lo que el Estado pagó los gastos que necesitaba la asistencia psiquiátrica. Pero el Estado no alcanzó con sus recursos a organizar en las provincias una política hospitalaria que permitiese el normal funcionamiento asistencial.

Así como las provincias y las municipalidades se ocuparon de proporcionar a sus habitantes pobres que tenían la desventura de enfermarse una cama en un hospital o un especialista en un consultorio externo, por las mismas razones tenían el deber de suministrar una cama y organizar consultorios externos, con especialistas apropiados, para los enfermos mentales. No hubo causa apreciable que motivara la separación entre los enfermos mentales y el resto, pero igualmente los locos iban a perder el derecho a la asistencia en su propia provincia.

Se puede pensar que si las provincias y municipalidades hubieran podido crear sus propios hospitales psiquiátricos o contribuido a pagar los gastos que requiere la asistencia de los alienados, como se hizo con los enfermos pobres, quizás en poco tiempo desaparecerían todas o las principales deficiencias que expusimos anteriormente. Los únicos antecedentes que hay son propuestas por ejemplo del Dr. Juan Obarrio.

Este médico envió al Congreso un proyecto que ordenaba las fuentes de recursos para la creación de establecimientos. Obligaba a las provincias al cuidado de sus alienados; establecía las normas directrices de su organización y creaba una



Comisión de vigilancia de parte del Estado sobre las instituciones nacionales, provinciales y privadas.

Se puede decir sin exageración que la asistencia social del alienado deja mucho que desear en nuestro país. Las plazas disponibles, que aproximadamente para 1914, eran ya notoriamente escasas, apenas aumentaron luego; y en cambio la población del país había crecido casi el 40% sin que hubieran sido habilitados nuevos establecimientos y sin que los existentes hubieran aumentado en forma sensible sus instalaciones. Esta situación se agravó por el aumento de los alienados reclusos, hasta 1915 la proporción se había mantenido entre 0.82 y 0.97 para cada mil habitantes del país; pero entre los años 1916 y 1922, esas cifras subieron a 1.21 por mil. Fácil es advertir que a través de esta circunstancia y de aquellos números, que la falta de hospitales o de plazas no sólo redundan en el menoscabo directo de los enfermos, sino que dan la nota de gravedad que para el país reviste el aumento de las internaciones.

Los hechos son más elocuentes y más importantes: la capacidad de los hospitales de la capital resultará por razones obvias cada vez más insuficiente, y de ello provino el amontonamiento de enfermos con perjuicio de la más elemental higiene hospitalaria, o el rechazo -algo negativo a la profilaxis social- o la abstención de internarlos por parte de las familias, en definitiva perjudicial para ellos mismos.

Más allá de los discursos y los proyectos promisorios por arreglar esa situación, la misma se repitió varios años, sin cambios por los menos en la ciudad capital. Los directores de hospitales enviaban cartas a las autoridades gubernamentales respectivas, y el Estado se mostró diligente para realizar obras de ensanchamiento de hospitales comunes, pero a nadie preocupó en definitiva que, no obstante haber sido construidos los hospitales para 1000 alienados, contenían 2000 y seguían recibiendo nuevos.

Esa indiferencia se debe en cierto modo al sistema de descentralización implantado por la Comisión Asesora. La descentralización, por otra parte, no está sino en el nombre, porque los hospitales y asilos regionales forman otros tantos centros a veces muy distantes, si bien menos que de la capital, del asiento del enfermo; y tienen el defecto de evitar que las provincias o las municipalidades cuiden de sus alienados y aprendan con ello el modo de disminuir su número. La indiferencia tiene sin duda por base principal la falta de cultura psiquiátrica así como la escasa difusión de las transformaciones de las técnicas psiquiátricas modernas.

En la actualidad en la Republica Argentina, según datos preliminares del PROSAM-MSN -Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud-, existen 54 instituciones con internación de pacientes crónicos: 1 colonia nacional, 11 colonias y 42 hospitales psiquiátricos provinciales. Sólo en la Ciudad de Buenos Aires hay 4 hospitales psiquiátricos.

A continuación se incluye un listado de los hospitales de salud mental públicos que funcionan en el país:

➤ Jujuy:

-*Hospital Psiquiátrico Dr. Néstor M. Sequeiros*. Se atiende a personas a partir de los 18 años. Cuenta con una capacidad de 50 camas, 20 para varones y 30 para mujeres. Es el único de la provincia que trabaja con patologías mentales (monovalente). Su zona de influencia abarca Jujuy, Salta y zonas de Bolivia.

➤ Salta:

-*Hospital Psiquiátrico Miguel Ragone*. Existe una sobrepoblación de internados. 20 camas destinadas al tratamiento de ciudadanos salteños adictos a la pasta base (en su mayoría jóvenes).



➤ Tucumán:

-*Hospital Obarrio*. Más de la mitad de la población de los pacientes internados constituyen internaciones sumamente prolongadas que pueden ubicarse de 5 a 30 años. Es exclusivo para varones.

-*Hospital de Salud Mental Nuestra Señora del Carmen*. Atiende a mujeres específicamente.

➤ Córdoba:

-*Hospital Neuropsiquiátrico Provincial*. Tiene 80 camas de corta estadía -30 días-, adultos, hombres y mujeres, cuya patología psiquiátrica aguda indique como recurso terapéutico la internación. No se internan personas con diagnóstico de retraso mental o demencia, salvo que presenten una crisis que requiera una internación breve para ser controlada.

-*Hospital de Día de Promoción, Prevención y Psicoasistencia*. Tiene características de semi-internación -sin camas-. Cuenta con un dispositivo de tratamiento diurno para pacientes psiquiátricos que requieren una atención más amplia que la proporcionada por los servicios ambulatorios, pero que no necesitan hospitalización a tiempo completo. Posee como eje la desmanicomialización y descentralización de las Instituciones, apuntando a una política de humanización, jerarquizando al hombre como activo participante de sus propios cambios.

-*Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción*. El internado cuenta con 58 camas. La internación tiene un máximo de 30 días y es un recurso terapéutico para lograr la abstinencia inicial o continuarla. Se asiste a pacientes mayores de 18 años de ambos sexos que padecen trastornos por consumo de sustancias -drogas y alcohol-.

-*Hospital Colonia Dr. Emilio Vidal Abal de Oliva*. Una tercera parte de los internados procede de distintas provincias del país, en su mayoría de Buenos Aires y Chaco. Contiene a 980 internos y es uno de los hospitales neuropsiquiátricos más grandes de Sudamérica. En él trabajan casi 500 personas, entre médicos, enfermeros y personal de mantenimiento. Cuenta con catorce Pabellones denominados con números, un Portal inaugurado en 1994; conjuntamente con cuatro Hogares Alternativos y un pabellón donde convive un grupo de pacientes dados de alta. Dos años más tarde se transformaron seis Pabellones en Geriátricos. En 1998 se cerró el Hospital Psiquiátrico de Santa María de Punilla, y por este motivo llegaron los pacientes a la Colonia, se hospedaron en el pabellón condicionado N° 520, "Caleidoscopio", que lleva ese nombre porque alberga 520 pacientes.

➤ San Juan:

-*Hospital Psiquiátrico Zonda*. En el hospital psiquiátrico hay 77 pacientes y la mitad de ellos no tendría que estar internado. El 34% de ellos fue abandonado por sus familiares y no tiene adónde ir. El resto son los internos judiciales. Hay tres salas para pacientes, dos de ellas son para hombres y la otra es para las 25 mujeres internadas.

➤ San Luis:

-*Hospital Escuela de Salud Mental*. Es un Hospital de agudos, característica que lo diferencia de otras instituciones dedicadas a la atención de patologías psíquicas netamente manicomiales. Tiene dedicadas sus tareas a consultorios externos, internándose solo los casos críticos por descompensación, con acompañante. Superada la misma, se otorga el alta. Cuando el paciente concurre por primera vez o ha transcurrido más de 2 meses sin concurrencia a su médico psiquiatra, se trata como la primera vez y es atendido en consultorios de admisión de pacientes.

➤ Mendoza:

-*Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Carlos Pereyra*

-*Hospital Psiquiátrico el Sauce*. Fue habilitado en 1951, con el objetivo de brindar tratamiento a enfermos mentales graves de sexo masculino. En la actualidad el hospital recibe para internación a pacientes de ambos sexos de todo el territorio provincial. Cuenta con una dotación de 200 camas para internación, a las que se suman diversos programas de atención como Consultorios Externos, Programa Infante Juvenil, Programa Hogares de Externación, Programa de Seguimiento Domiciliario, entre otros. Los pacientes crónicos ocupan en la actualidad 110 camas de las 200 disponibles.

➤ Santiago del Estero:

-*Hospital Neuropsiquiátrico Diego Alcorta*



➤ Corrientes:

-Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís

-Hospital Psiquiátrico E. P. Ramírez. Está ubicado en San Luis del Palmar.

➤ Misiones:

-Hospital Psiquiátrico Ramón Carrillo de la Ciudad de Posadas

➤ Santa Fe:

-Hospital Psiquiátrico Dr. E. Mira y López

-Colonia de Alienados. Ubicado en Oliveiros.

-Hospital Psiquiátrico Agudo Ávila. Se encuentra en la ciudad de Rosario. Tiene una población de unos 80 internos, con un porcentaje importante de crónicos y de adictos. Unos 30 internos están en condiciones de des-internarse, pero la falta de reglamentación de la Ley de Salud Mental impide asignar recursos presupuestarios para comprar o alquilar viviendas destinadas a “casas de medio camino” hacia su reinserción social.

➤ Entre Ríos:³

-Roballos. Se encuentra en la ciudad de Paraná.

-Liniers. Es el más antiguo de la provincia de Entre Ríos, ubicado en Rosario del Tala. Cuenta, en la actualidad, con 2 pabellones de pacientes “crónicos”, y un tercero para pacientes “agudos”, llamado de “corta estada”. Los pacientes -crónicos- internados son 43, la mayoría de los cuales fueron depositados en el hospital por sus familiares u otras instituciones -Justicia, Policía, hospitales, etc.-.

-Colonia de Salud Mental. Está ubicado en Diamantes y es exclusivo para varones.

-Dr. Caminos. Se encuentra en Federal.

➤ Buenos Aires:⁴

-Hospital “Dr. Alejandro Korn” o Asilo Melchor Romero. Está ubicado en la ciudad de La Plata. Cuenta con 24 salas de internación psiquiátrica, distribuidas en 164 hectáreas, con 260 camas para corta y media estancia, y 1.200 plazas para el Área de Rehabilitación. En los últimos años, las nuevas tendencias en la asistencia de los desórdenes psiquiátricos acentuaron los procesos de apertura institucional, con la creación de servicios especiales para la reinserción de los pacientes, acortando las internaciones prolongadas y mejorando la calidad de vida de los 1.500 pacientes internados.

-Hospital psiquiátrico Colonia “Dr. Domingo Cabred”. Se encuentra en Open Door, municipio de la ciudad de Luján. Open Door quiere decir “puerta abierta”. Alberga a 1.250 pacientes con distintas afecciones mentales, más otros 900 que lo hacen a través de los consultorios externos. Entre los 1.250 no sólo hay pacientes con necesidades de atención psiquiátrica, sino que también los hay que son portadores del virus VIH-Sida, e incluso enfermos con pronuntarios y causas penales.

-Colonia Nacional Montes de Oca. Es una institución dedicada a la asistencia y rehabilitación de pacientes que padecen distintos grados de discapacidad mental o diversos tipos de trastornos psiquiátricos. La zona de influencia de la institución alcanza todo el territorio nacional; si bien predomina la atención a

³ Hay pacientes crónicos y agudos. Están tipificados distintos pero no lo son en la realidad. Es distinta la capacidad, los agudos tienen capacidad para 70 y alojan 100; los crónicos están alojando 160 pacientes aproximadamente.

⁴ La provincia tiene tres hospitales interzonales psiquiátricos, que suman en total 3.460 camas y sólo el 5% de sus camas de internación psiquiátrica están en hospitales generales. También hay un establecimiento nacional de internación para pacientes con debilidad mental, la Colonia Montes de Oca. Buena parte de esas camas psiquiátricas son ocupadas por pacientes de larga estada, cuya permanencia en la institución tiende a volverlos crónicos, y que podrían reinsertarse socialmente.



pobladores residentes en el conurbano bonaerense. Desde el año 1997 existe el Servicio de Terapia a Corto Plazo para pacientes mujeres con descompensación aguda psiquiátrica, que satisface demandas regionales.

-*Hospital Estévez*. Está ubicado en Lomas de Zamora.

➤ Capital Federal:

-*Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear*. Se constituye en el único Efector Monovalente de Urgencias Psiquiátricas del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Atiende pacientes a partir de 15 años. El modelo de intervención no supone largas internaciones y la intención es que el paciente supere el momento crítico, mejore y continúe su atención ambulatoria. Entre 1998 y 2000, la demanda de asistencia en emergencia psiquiátrica se incrementó al doble. La mitad de los pacientes es consumidor de psicofármacos; el 34% toma alcohol y el 25% es adicto a drogas prohibidas.

-*Hospital de Salud Mental "Braulio Moyano"*. Ofrece atención a mujeres. Tiene internadas actualmente 1050 pacientes.

-*Hospital de Salud Mental "J. T. Borda"*. Atiende varones y tiene internados en la actualidad 850 pacientes -el 60% de los cuales son derivados por orden judicial-, con una rotación anual de 1100 personas y más de 12.000 consultas ambulatorias por año.

-*Hospital Infanto Juvenil "C. Tobar García"*

Las provincias de Chaco, Formosa, Neuquén, Chubut, Catamarca, La Rioja, La Pampa, Santa Cruz no disponen de hospitales de Salud Mental. En las provincias de *Río Negro*⁵ y *Tierra del Fuego* por disposiciones legislativas actualmente no existen instituciones psiquiátricas y está prohibida la creación de los mismos.

En lo que respecta a la cantidad de personas internadas, en instituciones públicas estatales es de alrededor de 21.000; 14.000 en colonias, 7.000 en hospitales neuropsiquiátricos. Con los internados en instituciones privadas la cifra total es de 25.000 personas institucionalizadas.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en más del 50% de los países en desarrollo, la comunidad en su conjunto y la atención primaria de la salud no están preparadas para prestarles la atención necesaria a las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental. Los derechos humanos de parte de los 25.000 pacientes recluidos en establecimientos psiquiátricos argentinos son violados de distintas formas.

Existe en nuestros hospitales psiquiátricos una cantidad de pacientes deteriorados por malos tratamientos, por la des-socialización y en algunos casos por el avance de su propia enfermedad, que no son posibles de externación ni traslado. Un porcentaje de los mismos, tratados por técnicas de Comunidad Terapéutica, se recuperan por vía de la socialización de su existencia. Lo cual en muchos casos, pero no siempre, puede conducir a su externación.

Los tiempos de internación van desde 3 hasta 66 meses -no se consideran las sumatorias de reinternaciones-. Una minoría de los pacientes llevan entre 25 y 66 años de asilo; siendo en mayor porcentaje el promedio de residencia entre 10 y 25 años.

Lo más notorio es que es muy alto el nivel de reinternación de los pacientes, lo que está hablando de un fuerte fracaso de los dispositivos institucionales y terapéuticos, en la medida que es muy habitual que un mismo paciente se interne de cinco a diez veces al año.

⁵ Existe una ley de desmanicomialización, sancionada en 1991, que prohíbe la internación de cualquier persona con problemas mentales.



La política de salud mental está lejos de ser una política de inclusión que tienda a la reinserción en la sociedad de los pacientes recuperados. Muy por el contrario, son muchos los que aún gozando de alta médica, permanecen en estos lugares sin otra opción, carentes de casa y trabajo y sin ninguna proyección a futuro.

La ausencia de dispositivos genuinos y aptos para la efectiva reinserción social demuestra el desconocimiento de la necesidad de implementar políticas que pongan énfasis en la asistencia ambulatoria, en los sistemas de internación parcial, la atención domiciliaria que preserve los vínculos sociales y familiares y la reinserción social y laboral. En este mismo sentido, se nota que resulta difícil articular el proceso de externación, ya que no se cuenta con granjas terapéuticas, hogares o familias sustitutas, hospitales de día, de noche y casas de medio camino, lo que implica que lejos se está de poder satisfacer la demanda requerida.

Existe una desarticulación con áreas como Trabajo, Educación, Desarrollo Social, indispensables para la recuperación, rehabilitación y reinserción social de las personas que se asisten en el sistema. Es así que hay mucha población con posibilidades de externarse y escasos dispositivos de *reinserción*. Hay personas que tienen interés en insertarse laboralmente pero el mercado laboral es restrictivo para ingresar, más aun cuando esa persona presenta problemáticas en su salud mental.

De esta manera, se infiere que hay una ausencia de programas que den respuestas, contengan, alberguen a las personas con sufrimiento mental que se encuentran en situaciones intermedias. Así como la falta de conocimiento generalizado en lo que hace a las diferentes formas que adquiere el padecimiento mental.

No existe un Plan de Salud Mental que refleje la participación de los efectores y las necesidades de la comunidad, privilegiando la salud en lugar de la enfermedad y priorizando la prevención y promoción de la salud.

Uno de los problemas que aparecen como significativos en las instituciones de salud es el de la accesibilidad, lo que implica suspensión de tratamientos, estudios complementarios, etc. En el campo de la salud mental, la no continuidad de los tratamientos en determinados pacientes puede implicar una nueva internación o el inicio de una secuencia de internaciones.

Lo que se debe crear es una red de servicios asistenciales de diferente nivel en que el papel central no sea ocupado por el hospital psiquiátrico. Esto lleva naturalmente a la jerarquización del servicio de Salud Mental del Hospital General como brújula y conducción de las derivaciones. La Salud Mental se desarrolla en medio de las prácticas de salud general a las que naturalmente aporta. Por eso deben existir Centros de Salud Mental que se correlacionan con los hospitales generales. Y acciones complementarias de promoción y cuidado de la salud mental a nivel de centros de salud.

Otros de los problemas que presentan actualmente los hospitales de salud mental son las condiciones insalubres de alojamiento -baños inutilizables, caños y vidrios rotos, cables sueltos, techos a medio derrumbarse- son una constante en las descripciones de varios hospitales.⁶

⁶ Un ejemplo de lo expuesto se visualiza en el Hospital Borda y Moyano de la Ciudad de Buenos Aires. Con graves problemas referidos a la planta física: obsolescencia edilicia y del equipamiento, goteras y filtraciones de los techos, humedad de cimientos y cañerías rotas, falta de vidrios en los ventanales y falta de sistemas de calefacción y de ventilación adecuados. Alto grado de hacinamiento en las salas dormitorios, cielorrasos a punto de colapsar y lozas con estructuras vencidas. Ascensores



La situación estructural y edilicia de los distintos establecimientos condiciona todo el sistema de atención, especialmente los tratamientos ambulatorios y las internaciones. Existen deficiencias en los servicios de electricidad y gas, las que en su mayoría, obedecen a la falta de planificación o mantenimiento.

En lo que respecta a la atención de los pacientes se encuentran con la falta de insumos básicos. También hay desarticulación entre los *centros de atención* y el sistema de *redes*, lo que incide en las derivaciones y las distintas modalidades de atención y tratamiento.

Las deficiencias estructurales y falta de personal impiden la adopción de medidas que permitan recuperar el bienestar psíquico, la autonomía, calidad de vida, la rehabilitación y plena vigencia de los derechos de los pacientes.

Específicamente, en cuanto a la dotación de personal profesional y no profesional, falta regularización de sus situaciones laborales, básicamente a través de la titularización del personal que resultó designado por concurso. En este sentido es particularmente preocupante la falta de concreción de los nombramientos de profesionales concursados para las guardias interdisciplinarias en hospitales generales. A ello debe sumarse la inexistencia de estructuras orgánicas que reflejen las funciones y la atención brindada.

En lo que respecta a los recursos humanos, los mismos no tienen un reconocimiento adecuado a su labor. Esto se infiere de las bajas remuneraciones que perciben -sueldos por debajo de la canasta familiar- y los contratos inestables que poseen, trabajando 14 o 16 horas diarias. Además existen escasas políticas activas para la actualización y capacitación permanente del personal. A pesar de esto, los profesionales demuestran un fuerte compromiso para intervenir sobre las problemáticas que atraviesan las personas, ya que aportan sus propios recursos económicos, sus invenciones y el propio cuerpo. Cabe destacar que un alto porcentaje de los profesionales que se desempeñan dentro del sistema lo hace *ad honorem*.

Se infiere que la escasez y la inadecuación de los recursos, tanto económicos, materiales como humanos, se debe a que el propio Estado es indiferente a las demandas de esta población vulnerada, ya que son problemáticas e instituciones que poco importan y parecen estar al margen del interés general de la sociedad.

Las condiciones de salud de la población y la de los equipos de salud han sido muy perjudicadas por la aguda crisis social que aún atraviesa nuestro país. Gran parte de la población pasó a formar parte de la larga fila de demanda al sistema público de salud y dentro de estos, un gran número de excluidos se hacen visibles con la crudeza de su desamparo, en los hospitales y centros de salud. Esta nueva realidad desembarca abruptamente en las salas de espera de guardias y consultorios, y se suma a las fuertes, pero conocidas, presiones a que se ven expuestos los integrantes de los equipos de salud, reflejadas en el empeoramiento de las condiciones laborales, la caída salarial, el aumento de las exigencias por parte de las instituciones y la falta de expectativas de solución.

Se genera así en muchos trabajadores, un verdadero estado de agobio y desprotección, donde el oponerse a las condiciones impuestas por el sistema, a su vez

inutilizados por falta de mantenimiento, falta de rampas para acceso de camillas y/o sillas de rueda en los pabellones, falta de prevención y salidas de emergencia por incendios e instalaciones eléctricas obsoletas.



sobredeterminadas, provoca frustraciones que van debilitando al individuo en su capacidad de acción y reacción, ante condiciones de trabajo muy desfavorables.

En relación a otras profesiones, los honorarios de los profesionales de la salud han quedado relegados. “Uno de cada tres profesionales padece cuadros agudos de estrés laboral”,⁷ según un estudio de especialistas de la UBA y de la Asociación Psicoanalítica Argentina de Personas.

Muchos profesionales del equipo de salud desempeñan tareas en condiciones adversas, con horarios excesivos, pluriempleo, inseguridad en el cargo, remuneración insuficiente, carencia de recursos materiales o humanos, a lo que debe agregarse la demanda, cada vez mayor, de una población en condiciones de alta vulnerabilidad social con nuevas exigencias para las cuales, en muchos casos, los equipos no tienen respuestas. En este contexto, han pasado a integrar el universo de personas en riesgo de contraer el síndrome de *burn out*, cuya traducción significa *estar quemados*. El mismo es un cuadro compuesto de diversos síntomas de cansancio mental y físico producidos por una pesada carga laboral.

El síndrome de *burn out* puede expresarse de diversas maneras como agotamiento emocional, fatigabilidad aumentada, angustia o equivalentes somáticos, trastornos del sueño, abuso de alcohol o drogas, evasión de las actividades clínicas, aparición o agravamiento de trastornos psicósomáticos, fallas en la relación con el paciente -cinismo, desinterés, despersonalización-, tendencia a los olvidos y accidentes, alteraciones en el funcionamiento del equipo de salud o en la vida familiar y social, sentimientos de fracaso por parte del trabajador en las tareas que está realizando.

Uno de los factores que permiten la predisposición a desarrollar el síndrome es la sobrecarga de trabajo, exponiéndose a accidentes laborales que podrían evitarse.

Cuanto menos perturbados emocionalmente estén los profesionales sanitarios, menos errores cometerán, estarán menos expuestos a accidentes laborales y serán más eficaces en su tarea. Los profesionales de la salud deben elaborar y a veces combatir su propia angustia, reconociendo que influye negativamente en sus vidas, y que puede repercutir negativamente en la calidad de su quehacer profesional.

Resulta de importancia fundamental detectar y elaborar el malestar que provoca la asistencia. Trabajar con intensas ansiedades relacionadas con vivencias de enfermedad y muerte, y la imposibilidad de elaborarlas adecuadamente pueden desembocar en prácticas caracteropáticas, sobreadaptadas, perversas o alienadas del ejercicio profesional. Aunque muchos agentes de salud mental lo creen importante, resulta casi impensable, en la práctica, que todos los integrantes de un equipo de salud realicen o hayan realizado un tratamiento psicoanalítico, u otra psicoterapia individual, que facilite la elaboración de las dificultades de la práctica cotidiana. Resultaría posible y necesario organizar instancias grupales de reflexión y análisis dinámico del trabajo asistencial, donde sea factible proporcionar formación psicológica a los miembros del equipo de salud.

Se coloca este síndrome en el plano individual responsabilizando al sujeto tanto de la causa como de la cura, dando explicaciones en el orden de lo biológico y psíquico, medicándolo, e imposibilitándole descubrir e intervenir para transformar las condiciones

⁷ Mauro, Federico: “Médicos quemados a un paso del shock” en diario *Crítica*, 15/3/08.



y determinantes sociales. Desde esta perspectiva, el síndrome del *Burn out* se convierte en una herramienta más de control social, a partir de un creciente proceso de medicalización de los individuos. Se trata de una estrategia para resolver -a través de su ocultamiento- el problema de las consecuencias de condiciones laborales deficientes, injustas, agobiantes, etc., canalizándolo a través de consultas, medicalización y tratamientos individuales.

Esta mirada tiende a fragmentar aun más las redes sociales en contextos laborales como espacios destinados al intercambio y a la transformación, en la búsqueda de canales adecuados para el ejercicio de los derechos, expresados en este caso, como mejores condiciones de trabajo asociadas también a mejores condiciones de vida de la población.

El síndrome de *Burn out* es una patología que afecta a individuos pero con importantes orígenes institucionales, por lo cual se piensa que el foco no debe estar puesto en el tratamiento de la enfermedad una vez instalado el síndrome, sino en la prevención que sólo puede realizarse con cambios en las instituciones que se ocupan de la salud de la gente -y que también deberían preservar la salud de sus trabajadores-.

La Organización Mundial de la Salud, en una declaración del año 2000, afirmó:

Los recursos humanos son vitales para el funcionamiento, la eficacia y la calidad del sistema de salud. Invertir en una gestión de recursos humanos que considere la satisfacción laboral, las oportunidades de capacitación y desarrollo y las condiciones de trabajo tendrán significativa influencia en su calidad laboral y en la asistencia que brindan.⁸

⁸ Organización Mundial de la Salud: *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.*



Capítulo VIII

La realidad de los pacientes internados

Salud Mental y enfermedades mentales no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido *desorden mental* no indica necesariamente que se tenga *salud mental*.

La *Salud Mental* es mucho más que la ausencia de trastorno mental. Es decir, la Salud Mental tiene que ver con el desarrollo de la vida cotidiana de todos. Se refiere a la manera como cada uno de nosotros nos relacionamos con otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con nuestros iguales y, en general, en la comunidad. Comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud establecen que no existe una definición *oficial* sobre lo que es *Salud Mental* y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.

El concepto *enfermedad mental* aglutina un buen número de patologías de muy diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno en forma particular e incluso individualizada, ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas algo diferentes.

Debido a su naturaleza única y diferenciada de otras enfermedades, están determinadas multifactorialmente, integrando elementos de origen biológico -genético, neurológico-, ambiental -relacional, familiar, psicosocial- y psicológico -cognitivo, emocional-, teniendo todos estos factores un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su fenomenología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

La enfermedad mental suele generar aislamiento social, inactividad, abulia, desorden del ritmo de vida en general y, en ciertos casos y circunstancias, comportamientos violentos e intentos suicidas.

Muchos de estos síntomas son las causantes de la internación de una persona en una institución de salud mental, excluyéndola de su cotidianeidad.

Se habla de exclusión en su sentido más amplio y entendiéndola en un proceso dialéctico de exclusión-inclusión. En primera instancia los sujetos son excluidos y estigmatizados por la sociedad, dada su condición de *locos* y *enfermos*, que representan un *riesgo social* perturbando el orden. Los mecanismos vigentes de control de esta *enfermedad* son básicamente, el aislamiento y el encierro de estos sujetos portadores en instituciones correctoras. Para tal fin, fueron creados los asilos y, posteriormente, hospitales psiquiátricos que contienen a los pacientes con el objetivo de curarlos, produciéndose el efecto contrario, su institucionalización. Al mismo tiempo que se excluye al *enfermo* del conjunto social, se lo incluye dentro de un nuevo sistema:

(...) la institución manicomial es doblemente un lugar diferencial en el cual se sanciona de modo práctico la pérdida de la capacidad de sociabilidad, a la vez que



provee al sufriente de una identidad y un modo de vida institucional que reemplazará todo aquello que ha perdido con el encierro y la enfermedad¹.

Es decir, se los incluye en una institución “frecuentemente estigmatizante, aislada geográfica y socialmente”,² en donde

(...) todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar, bajo la misma autoridad y en la compañía inmediata de un gran número de otros (...) todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas (...) se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales y explícitas.³

Es dentro de la institución asilar que el individuo debe encontrar la ocupación de su tiempo, la amistad de otros internos, la familia que conforma con sus nuevos compañeros, formas de arreglo y vestimentas, adecuados y uniformados a su nueva identidad.

Es que los *enfermos mentales* que se encuentran internados padecen situaciones de pobreza, pero sobre todo de manifiesta exclusión. Este proceso de exclusión se va dando a partir de situaciones de emergencia habitacional prolongada, pernocte en la calle, puertas de hospitales, circuito por los diferentes vehículos asistenciales. De este modo, la gente se va instalando en esta suerte de anillo de exclusión urbana.

Se produce entonces la separación de estos individuos, fuertemente marcada por los muros institucionales. A esta situación de exclusión se le suman la discriminación y la estigmatización por su condición de *locos* y *enfermos*.

Es así que esta población se encuentra *integrada* a un sistema apartado, construido especialmente para ellos, donde paradójicamente también se viola su intimidad. Son evaluados y analizados constantemente para lo cual es necesario que relaten su vida, la cual queda registrada en la historia clínica.

Los manicomios van despojando a las personas de todo lo que pueden decidir libremente, los internos no deciden el horario en que se levantan o se acuestan, la ropa que usan, el largo del pelo que tienen, no deciden nada. Se van volviendo dependientes, se van institucionalizando fuertemente, de modo que cada día que pasa suma dificultades para la reinserción social.

De esta manera, los pacientes internos sufren de lo que podría llamarse una *institucionalización de la exclusión* debido a que la misma se reproduce una y otra vez en los diferentes ámbitos donde la persona habita.

Al respecto, Galende explica que

(...) el tratamiento de personas que padecen algún tipo de discapacidad mental no solo conlleva frecuentemente restricciones de la libertad ambulatoria de estos pacientes, sino que se suelen vulnerar, de manera sistemática, sus derechos

¹ Galende, Emiliano; Kraut, Alfredo Jorge: *El sufrimiento mental -El poder, la ley y los derechos-*, Lugar Editorial, 2006.

² Amico, Lucía del Carmen: *La institucionalización de la locura: La intervención del trabajo social en alternativas de acción*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 2005, p. 72.

³ Goffman, Erving: *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 1973, p. 28.



fundamentales, especialmente los derechos de ciudadanía (...) Son las únicas personas privadas, de hecho, de todos sus derechos constitucionales.⁴

Las violaciones de los derechos humanos y libertades básicas, y la denegación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a aquellas personas que sufren de trastornos mentales son un suceso común alrededor del mundo, tanto en ámbitos institucionales como en la comunidad.

Unas de las razones más importantes que hacen vital la legislación de salud mental orientada por los derechos humanos es la violación pasada y presente de estos derechos. En diferentes momentos y lugares han violado y siguen violando los derechos de las personas con trastornos mentales de manera flagrante y abusiva. En muchas sociedades, la vida de las personas con trastornos mentales es extremadamente dura. La marginación económica y la ausencia de protección legal contra el tratamiento impropio y abusivo son importantes factores concurrentes. Las personas con trastornos mentales son frecuentemente privadas de su libertad por periodos de tiempos prolongados. Se las somete a trabajos forzados, se las abandona en instituciones en pésimas condiciones o se las priva de atención médica básica. También están expuestas a la tortura y otros tratos crueles que incluyen la explotación sexual y el abuso físico.

El eje principal que atraviesan los sujetos es la enfermedad mental; pero a su vez, se encuentran afectados por múltiples problemas sociales como la drogadicción, el alcoholismo, el abandono físico y emocional, la situación de calle y la desvinculación familiar. Estas cuestiones devienen de un contexto marcado por problemáticas estructurales como la falta de trabajo, la pobreza, y la consecuente exclusión social.

Para Javier Rubio Arribas:

(...) la exclusión es el resultado de un grave proceso de desigualdad en la satisfacción de las necesidades humanas, especialmente en la distribución de la renta y la participación social. Por lo tanto, está relacionada con otros conceptos como pobreza, marginación, injusticia, privación, falta de oportunidades, no reconocimiento de derechos, dificultades graves, desatendidas y vulnerabilidad.⁵

Por lo expuesto se puede plantear que esta población vive en una situación de extrema pobreza, se quedan sin empleo o tienen empleos inestables, insalubres, precarios, y a esto se le suma, muchas veces, el no ser reconocidos por parte del Estado en sus derechos sociales, como ciudadanos de nuestro país.

Es así que la gran mayoría está en una institución psiquiátrica por el impacto que producen en su Salud Mental problemas de índole socio-económico. Las “formas custodiales diferenciadas por clase social, los manicomios están poblados de pobres, marginales y sujetos de sectores discriminados”.⁶

⁴ Galende, E.; Kraut, A. J.: *op. cit.*, p. 45.

⁵ Rubio Arribas, Javier: “Ciudadanos y ciudadanos altamente estigmatizados y/o excluidos: las personas ‘sin hogar’” en *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, enero de 2007, p. 2.

⁶ Faraone, Silvia: *La transformación en salud mental. Una mirada desde los ejes cura y control*, Ponencia Hospital Borda, Buenos Aires, 2001, p. 11.



Lo expuesto concuerda con que la locura estuvo asociada a la pobreza y a la imposibilidad de integrarse y trabajar.

Las nuevas significaciones que se atribuyen a la pobreza, la importancia dada a la obligación de trabajar y todos los valores éticos que le son agregados, determinan la experiencia que se tiene de la locura, y la forma como se ha modificado su antiguo significado.⁷

En relación a esto último, en las instituciones se encuentran personas que simultáneamente atraviesan situaciones de *locura* y de pobreza. En cuanto a la situación de pobreza, las problemáticas más frecuentemente visualizadas están vinculadas con lo habitacional, ya que hay mucha gente en situación de calle. También en lo que hace al acceso a los alimentos, a la contención familiar, a la vinculación a familias expulsivas y/o desinteresadas de la situación del paciente.

Pichón Rivière caracteriza a la psiquiatría como la consumación de una expulsión que se puso en marcha en el grupo familiar. Explica que cuando alguien enferma, la familia tiende a la exclusión. Actúa como organismo cohesionado que activa un mecanismo de segregación. Se margina al enfermo para conjurar angustias que conciernen a todos. El loco designado es portavoz de cosas acalladas en la familia. Secretos sucios, cuentas generacionales, ideales de sus padres. El enfermo hace oír una voz que da un testimonio que él mismo no entiende del todo. Es el depositario de un fantasma. Un estereotipo loco que tranquiliza y protege a los otros. Los depositantes, dice Pichón, se hacen los desentendidos, esconden la mano, niegan lo adjudicado. La segregación es sutil, invisible, continuamente desmentida.

La familia puede funcionar como un grupo cerrado y favorecer en sus miembros de proyecciones instroyectivas y de identificaciones recíprocas. Entonces se produce un equilibrio al precio de la enfermedad de uno de los miembros de la familia. El *enfermo* asume las tensiones del grupo para salvar al conjunto.

La situación más corriente que presentan las personas que están internadas es la carencia de recursos económicos concretos con los que manejarse cotidianamente.

Los pacientes se caracterizan por haber perdido una ocupación laboral estable, y hoy tienen muy pocas probabilidades de obtener un trabajo de las mismas características. Por este motivo han perdido también el sentido de pertenencia social, y en muchos casos presentan lazos sociales deteriorados.

A la vez, algunos pacientes manifiestan desequilibrios personales, apatía, falta de motivación, pasividad, producto de su baja autoestima y/o por las rupturas familiares. Sus problemas de depresión y ansiedad se ven acompañados de estructuras psicopatológicas definidas. Algunos de los pacientes de estas instituciones también tienen trastornos asociados al consumo de sustancias -abuso y dependencia del alcohol y drogas-.

Muchos de los pacientes no reconocen la situación en que se encuentran, lo que hace que no puedan reflexionar y analizar su condición para poder pensar una alternativa de salida. Se culpabilizan por su situación, adjudicándola a una responsabilidad totalmente

⁷ Foucault, Michel: "El gran encierro" en *Historia de la locura en la Época Clásica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1990, p. 124.



individual, y no pueden ver que también existen causas estructurales, es decir, propias del sistema vigente en nuestro país, que lo llevaron a esa situación.

Por el hecho de hallar las causas de su situación socioeconómica en lo individual, algunos de los internos se sienten impotentes por no poder ocupar el lugar que antes tenían, sus funciones y roles dentro de la familia y en la sociedad, como ser el encargado de sustentar económicamente a los integrantes del grupo familiar, el “jefe de familia”, o ser empleado, todo ello generador de identidad.

Esto conlleva a que se produzca una *desubjetivación* en los pacientes. Se entiende al mismo como “el modo que despoja al sujeto la posibilidad de decisión y de la responsabilización. Imposibilidad de instalar alguna condición subjetiva”.⁸

Es así como las personas que están en las instituciones de Salud Mental no son lo que eran desde la perspectiva de su subjetividad. De este modo, se percibe en ellas una falta de identidad, un deterioro personal por el retiro de su identificación, falta de intimidad -dormitorios colectivos, nunca están solos-, y se da un cierto grado de pérdida de su autonomía, pues hay un despojo de los efectos personales que ayudan a construir su personalidad.

A partir de la crisis del 2001, la población de los neuropsiquiátricos comenzó a cambiar su morfología. Es decir, ya no sólo se asiste al pobre pauperizado, sino que con mayor magnitud se da el ingreso de la clase media deteriorada o el fin de la clase media. Este cambio se debe no sólo a la crisis experimentada en la Argentina en el comienzo de este siglo, lo que trajo aparejadas grandes situaciones de angustia y depresión, sino también en que hay un retroceso en las formas de acceso a las diferentes instancias de asistencia de la gente, donde mucha población pobre casi no llega al hospital debido que ni siquiera cuenta con los recursos para acercarse al mismo.

Entonces, la población de estas instituciones está compuesta tanto por el pobre histórico, que además se pauperizó, como así también por los “nuevos pobres”, la clase media empobrecida. Esa que perdió su trabajo que era el principal organizador de las prestaciones sociales o asistenciales en Argentina, hecho que entre otros factores, produjo su internación. De esta manera, se reafirma que desde el 2001 mucha gente quedó excluida totalmente del sistema de salud, y pasó de perder un trabajo hasta la pérdida del alimento cotidiano. Es una nueva población que se incorporó al sufrimiento de la exclusión.

De este modo queda plasmado cómo la pérdida de trabajo trajo aparejadas nuevas formas de subsistencia, que llevan a abordar de diferentes maneras la realidad económica y coyuntural, y traen como consecuencia diferentes formas de afrontar el problema de la salud mental. Así es que se encuentran diferentes casos de alcoholismo, y otras adicciones como ludopatías, patologías que antes no se veían con tanta frecuencia.

Este cambio de población y sus respectivas patologías van de la mano de todo lo que va ocurriendo en la sociedad, en la familia, en las pérdidas fundamentales del hombre. El conjunto de factores citados hace perder la salud mental, hace perder todo lo que se necesita para vivir dignamente.

⁸ Duschatzky, Silvia; Corea, Cristina: *Chicos en banda: Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*, Buenos Aires, Paidós, 2002, p. 73.



Al analizar la situación del internado en un hospital psiquiátrico, enfermo estigmatizado, se puede decir que, antes que nada, aparece como un hombre sin derechos. Sometido al poder de la institución, y a merced de los delegados de la sociedad, los médicos, que lo han alejado y excluido. Esta exclusión y expulsión por parte de la sociedad están en relación con la falta de poder contractual del enfermo, dada su condición social y económica, con la enfermedad en sí, ya que un esquizofrénico rico, hospitalizado en una clínica privada, no tiene el mismo pronóstico que un esquizofrénico pobre, internado de oficio en un hospital neuropsiquiátrico. En el primer caso, no es etiquetado como enfermo mental peligroso, ni para sí ni para terceros, objeto de escándalo público, sino que el tipo de hospitalización lo protege de ser deshistorizado, y arrancado de su realidad; generalmente la hospitalización privada no interrumpe la continuidad de la existencia del enfermo, ni llega a reducir o abolir de forma irreversible su papel social, pudiendo reintegrarse a la sociedad una vez superado el período crítico.

El poder deshistorizante e institucionalizante, a todos los niveles, propio de la organización asilar, se ejerce sobre los que no tienen más elección posible que el hospital psiquiátrico.

Estos enfermos, social e institucionalmente inferiores, son objeto de una violencia original -violencia del sistema social- que los arroja fuera de la producción y, por ende, de la sociedad, llevándolos a los *muros* del hospital.

El manicomio no responde a las necesidades del enfermo, sino a las de su organización. Segregación, exclusión, pésimas condiciones de vida del interno, falta de medios, pocas actividades terapéuticas o de rehabilitación son características que definen a este tipo de instituciones, que se traducen en los padecimientos que sufre la población internada: deterioro, pérdida de identidad, cronificación desinstitucional, pérdida de autonomía y marginación.

La reclusión en una institución neuropsiquiátrica constituye una forma de exclusión, por lo tanto, independientemente de los supuestos fines proteccionales. La institución también detiene, obstaculiza y distorsiona los procesos constitutivos y de reconstrucción de la sociabilidad de la persona. Si bien la institución manifiesta trabajar para la cura del paciente, su mayor esfuerzo está puesto al servicio de la custodia.

Se puede destacar que desde su origen histórico a las actuales justificaciones de su existencia, los manicomios tienen por objetivo la rehabilitación de la persona que presenta algún cuadro diagnosticado como enfermedad mental. Sin embargo, conjuntamente, aparece desde la práctica institucional otro objetivo que se constituye en asilar a personas que representan algún tipo de problemática social.

Así lo que se dice y lo que se hace juegan roles importantes en el adentro y en el afuera de la institución. La vida del paciente dentro de ella pone de manifiesto que la función de rehabilitación se va desmoronando, dando paso a la única función asilar de custodia.

Ser pacientes institucionalizados significa estar cautivos en una relación. Confinados a un modo ser. Embargados en sus deseos. Convencionados a rutinas impuestas. Compelidos a responder a una expectativa que se les impone como condición única. Asignados a ciertos atributos que los representan. Entreverados con la idea de una autoridad superior que los protege y somete a la vez. Limitados por un poder ilimitado. Institucionalizados quiere decir entregados a la falsa seguridad que ofrece pertenecer a un gigante.



Algunos pacientes piensan la internación como amparo. Como retiro para protegerse del derrumbe. Las personas no se internan sólo en un establecimiento, sino también en un símbolo, en un fantasma, en una historia.

Tal vez se deba hablar de la psicosis hospitalaria como secuestros y restituciones de identidad. Como sugerencias a un nombre. Como caída en una interioridad cierta. Una conciencia que se pone en manos de una promesa institucional: el gobierno de los días, de las noches interminables. La conjuración del pasado y del futuro en un presente sin memoria ni proyecto. Vidas administradas, existencias sin temporalidad.

Quizá el hospital sea una impostura identitaria que funciona. Una fachada reconocible. El aplazamiento de nombres golpeados por recuerdos, historias, voces. El hospital como reducción de una vida a un conjunto de problemas. El hospital como desconexión: de sus familias, de sus amigos, de sus vecinos, de sí mismo.

¿Qué se intenta suspender con una internación? Las sensibilidades, las palabras evocantes, los arrebatos de deseo, los estallidos de furia. El vivir arrojados en el equívoco social que supone hablar. La internación suspende el revoltijo viviente de preguntas infinitas. Una mujer dice: “en el hospital tengo cama, comida, drogas; me cuidan; me llaman con otro nombre, pero me reconocen”.

Una persona, después de años de estar en un hospital psiquiátrico no se quiera ir, no habla bien del mismo, habla muy mal, porque demuestra hasta qué punto arrasa la subjetividad de las personas, al punto de no querer ser libres, porque tienen miedo de la libertad, porque no tienen herramientas, porque lejos de rehabilitarse quedaron pegados a una institución. La peor foto de la institucionalización en salud mental es una persona diciendo “yo me quiero quedar”.



Capítulo IX

Formas actuales de la intervención en Salud Mental

El punto de partida para el diseño de toda estrategia de intervención profesional es la elaboración de un diagnóstico y los problemas a abordar. De esta manera se realiza una caracterización de la persona, estableciendo su composición y su historia que rescata la singularidad de la misma.

Las intervenciones intentan partir de lo que demanda el sujeto. Lo primero que se trata de abarcar es el problema principal para esa persona. Es así que lo inicial a hacer es fortalecerlos en aquellos factores que vienen padeciendo desde hace muchísimo tiempo y después sí brindarle el resto de herramientas para que pueda sostenerse él solo, con la idea de que se pueda independizar.

Las personas con las cuales se interviene se encuentran sin techo, sin hogar, sin protección, sin comida, sin palabras, sin otro. El recurso es el *con*: el techo, la cama, la vestimenta adecuada, la ducha caliente, el plato de comida, la contención. O algo que cubriera ese *sin*. Es así que es necesario brindarles herramientas para que puedan revertir su presente a través de contención, acompañamiento, orientación.

Las intervenciones que se realizan desde las instituciones son principalmente individuales y asistenciales. Hay un predominio de la medicina que lleva a concebir a la problemática como *enfermedad* en oposición a la salud -como normalidad-. Como consecuencia, se relegan a un segundo plano las problemáticas sociales, ocultándose la doble exclusión que sufren estos sujetos *enfermos*.

Es recomendable que cada uno de los profesionales pueda intervenir desde su área en coordinación con los demás y no quedar supeditado al Modelo Médico Hegemónico. No sirve que sólo intervenga un profesional, sino que es necesario tener comunicación con las demás profesiones donde cada uno aporte diversos abordajes.

Es fundamental el trabajo interdisciplinario, porque permite que se pueda resolver la complejidad de los casos que se presentan con diversas miradas y formas de actuar, ya que es imposible intervenir positivamente en los problemas bajo una sola disciplina.

Sin embargo, si bien se considera fundamental trabajar con este tipo de abordaje, cabe reconocer que existen limitaciones en cuanto a los recursos técnicos disponibles, y por otro lado, las intervenciones en salud mental aún se encuentran influenciadas por la forma de proceder del Modelo Médico Hegemónico, donde quedan subsumidas todas las disciplinas a las concepciones de la medicina.

En lo que respecta al trabajo interdisciplinario, las instituciones manifiestan la importancia del mismo para el abordaje integral de la persona, pero esto en la práctica se torna dificultoso, entre otros factores, por la concepción hegemónica que sustenta un accionar individualizado y por la escasez de recursos humanos y las pocas oportunidades de comunicación que hay entre los mismos.

Con respecto a la visión que se tiene del sujeto, mayormente se tiende a una mirada desde el *caso social individual*, donde se lo considera como un individuo, como un ser atómico, donde su *caso* será visto como un problema de personalidad. Es así que se percibe que todo aquel que no cumpla con ciertos parámetros de *normalidad*,



elaborados según un modelo instituido de la sociedad, deberá ser reajustado para de esta forma seguir manteniendo el statu quo.

Esta visión se orienta en una concepción *positivista*, la cual retoma la dicotomía entre lo normal y patológico del Modelo Médico Hegemónico, considerando al individuo como un sujeto aislado que debe ser capaz de su autodesarrollo.

Muchas de las intervenciones que se llevan adelante en los hospitales de salud mental se vinculan con la función que cumplían los hospitales hasta el siglo XVIII, que funcionaban como una asistencia para pobres, que a su vez, hacía una separación y excluía a aquellos que eran peligrosos, “el pobre, como tal, necesitaba asistencia y, como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de éstas”.¹

Cabe aclarar que, si bien continúan operando elementos propios de las Instituciones Totales, en los hospitales existen intentos de fomentar algunos dispositivos para incluir nuevamente a sus pacientes en la sociedad.

Es en este sentido que el trabajo profesional apuntaría a lograr la reinserción social, cultural y laboral de estos individuos. La función del profesional es ocuparse de todos los aspectos: de sus afectos, de su aptitud para el trabajo, de su educación física, de su conducta cotidiana, de su actitud moral, de sus disposiciones y necesidades; en suma lograr la rehabilitación de las capacidades sociales.

Se trata de buscar la resocialización, es decir, salir de la calle, volver a trabajar, volver a tener las posibilidades que perdió. Se trata de recuperar la mayor cantidad de hábitos perdidos posibles, de manera tal que se encuentre en las mejores condiciones para iniciar su rehabilitación. Intentando trabajar todo lo que la persona perdió a causa de su internación, o por la propia enfermedad y/o situación social que está transitando.

Se deben entender las acciones en salud mental como los modos de intervención y cuidados específicos que pueden aplicarse tanto a la promoción de la salud mental como a la prevención, asistencia y rehabilitación de las personas con sufrimiento psíquico y/o trastorno mental.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud y las redes comunitarias son una herramienta privilegiada para afrontar la problemática de la comunidad. Pueden confluir y construir con conjuntos poblacionales un modo de vivir donde puedan converger la creatividad y la participación popular, si ella es concebida desde la planificación, ejecución y evaluación por parte de los integrantes como actores sociales, lo que puede permitir avanzar en alternativas de atención psicoterapéuticas y en defensa de la salud mental comunitaria.

Los dispositivos que disponen las instituciones en salud mental públicas en Argentina son servicios de clínica médica, oftalmología, odontología, laboratorios de análisis clínicos, kinesiología y fisioterapia, ginecología, cirugía, neurología, radiología, infectología y farmacia. En ellos se asiste a los pacientes cuando se descompensan por cualquier enfermedad, más allá del cuadro psicopatológico.

También se cuenta con áreas de atención ambulatoria. En ellas se brindan diversas prestaciones, como:

¹ Foucault, Michel: “Incorporación del hospital a la tecnología moderna” en *La vida de los hombres infames*, Buenos Aires, Altamira, 1996, p. 109.



-*Consultorios Externos*: Atención ambulatoria de pacientes externos y ex-internados que padezcan trastornos psiquiátricos y psicológicos. Psicoterapias individuales y familiares, y suministro de psicofármacos cuando los pacientes están medicados.

-*Hospital de Día*: El objetivo básico de este servicio consiste en la recuperación, rehabilitación y reinserción social del enfermo mental, sin apartarlo de su núcleo familiar en el cual sigue incluido y que se considera su grupo de pertenencia básico. Está destinado a pacientes internados en situación de pre-alta y externos; algunas de las actividades que se realizan son terapia Grupal, Familiar, Deportes, Juegos, Jardinería, Taller de Pintura, Terapia Ocupacional, Salidas Extra-hospitalarias, Talleres Protegidos.

-*Hospital de Noche*: Es una residencia terapéutica para rehabilitar y resocializar a personas dadas de alta del establecimiento.

-*Terapia Ocupacional*: Su función es atender a la población de acuerdo a los siguientes ejes de trabajo: movilización, resocialización y rehabilitación, a través de intervenciones comunitarias, grupales, individuales, con implementación de actividades de la vida diaria, pre-laborales, sociales, etc. En el área de rehabilitación laboral y situaciones de externación, la función es asesorar, orientar, evaluar, y/o derivar a dispositivos de formación y/o capacitación laboral intra o extrahospitalaria.

-*Casa de Medio Camino*: Es un resorte intermedio entre el hospital y la comunidad, para pacientes con largos períodos de internación y que carezcan de solución habitacional. Ofrece acompañamiento terapéutico, orientación habitacional y laboral, favoreciendo la reinserción en la comunidad.

-*Psicología Clínica*: Ofrece atención psicológica y psicoanalítica en las crisis vitales, sean circunstanciales o propias del desarrollo vital, como episodios de violencia cotidiana, trastornos de alimentación, dificultades escolares y laborales, consumo de drogas y sustancias tóxicas, etc.

-*Servicio Social*: Su función es la elaboración de estrategias de intervención y orientación en la problemática social. Planificación de proyectos de prevención en Salud mental.

En lo que respecta al área de Internación, las prestaciones que se ofrecen son:

-*Guardia*: Es el encargado de las emergencias psiquiátricas tanto intrahospitalarias como extrahospitalarias.

-*Admisión*: La finalidad del Servicio de Admisión es atender los casos agudos así como situaciones de recaída de los pacientes ambulatorios externados.

-*Emergencia*.

-*Atención Psicosocial*: Su objetivo es brindar a toda la población internada actividades de tipo lúdicas, de libre expresión, recreativas, en forma intra y extrahospitalaria, a fin de propender a la integración grupal e intergrupal.

-*Trabajo Corporal*: Su propósito es realizar actividades deportivas, recreativas, excursiones rehabilitadoras, como parte del tratamiento.

El equipo de atención es multidisciplinario, lo que impide la interrelación disciplinar que se requeriría. Está conformado por psicólogos, musicoterapeutas, trabajadores sociales, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, terapeutas ocupacionales, médicos, enfermeros, entre otros.



Brinda diversas prestaciones, tanto a los internos y a los externados como a sus respectivos familiares. Asiste a individuos, familias, grupos y comunidades desde la especialidad y el abordaje multidisciplinario en instituciones y domicilios. Desarrolla actividades extramurales, visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales, etc. Así mismo se realiza psicoterapia familiar, psicoterapia grupal y psicoterapia individual.

Para trabajar las redes vinculares de la persona se tiene en cuenta a su familia, a vecinos, amigos, compañeros del trabajo. Cuando la propia familia no puede ocuparse del seguimiento de la persona, se realizan conexiones con las demás redes, quienes son los que acompañan en el proceso de internación.

Estas redes sociales pueden ser tan importantes como las redes familiares, ya que colaboran en la gestión de subsidios, el acompañamiento cotidiano de la persona y pueden ser un vehículo para que salgan de la situación de desamparo en la que se encuentran.

Generalmente se analiza la situación de cada caso para no caer en generalizaciones y realizar planteos que lleguen a ver a la familia como desinteresada, abandonada, cuando en realidad, al estar la mayoría de la población en una franja de vulnerabilidad, hace que existan problemáticas económicas que dificultan el contacto con la persona internada.

Se trabaja con los vínculos primero, escuchando a la persona, caso por caso. En cada caso, no se piensa sólo en el sujeto; se trata de pensar en cada familia, en cada barrio, en los distintos actores de esa comunidad. Una de las estrategias posibles incluye el relevamiento de qué instituciones o espacios existen en el barrio donde pudiera haber un lugar o un posible vínculo para la persona.

Los hospitales psiquiátricos ofrecen asistencia a aquellos pacientes que se encuentran en situación de riesgo social. Promueve la participación del paciente y su familia sobre los efectos sociales del diagnóstico y pronóstico médico, así como en la programación del alta. En los casos en que se traslade a los pacientes a hospitales e instituciones especializados se orienta a la familia. Brindan atención psicológica a las familias que lo requieran, porque consideran que tener un ser querido internado en un Hospital neuropsiquiátrico genera angustia y desolación, al no saber cómo acompañarlo.

La revinculación es necesaria para -en palabras de Amico- “re-crear vínculos con la comunidad para evitar la cronicidad, el aislamiento del portador del trastorno mental con respecto a su ambiente social (...) de-construir aquello que fue institucionalmente creado”.² Con este fin se busca la posibilidad tanto de revinculación familiar como de reinserción social, ambas como vías para evitar la cronicidad del paciente, para reivindicarlo como sujeto de derechos, y permitir así que no pierda sus lazos sociales primarios.

Resultaría necesario profundizar el trabajo con las redes sociales, ya que es un recurso que permite incrementar las comunicaciones y lazos humanos e institucionales, y aumentar la cooperación y las posibilidades que brinda la participación comunitaria. La aplicación del concepto de red vigoriza el alcance de la promoción, prevención y asistencia, y establece un contexto propicio para la inclusión sociolaboral.

² Amico, L. del C.: *op. cit.*, p. 24.



En los casos que lo requieran se realizan diversas derivaciones, como por ejemplo a comunidades terapéuticas de adictos. A esto se le suma que trabajan con los juzgados, defensorías y curadurías, con los que se sostiene el contacto para visualizar cómo se mantiene la situación del paciente.

También se recurre a los diversos talleres existentes dentro de los hospitales, que tienen como objetivo en común buscar la integración social y laboral de la persona mediante la realización de actividades manuales, laborales, artísticas, lúdicas, etc. En estos talleres, habitualmente, la persona cumple un horario que se repite diariamente. Algunos de estos talleres son: de musicoterapia, que está destinado a la rehabilitación de la salud mental, a partir de la realización de talleres con el uso de la música con fines terapéuticos para facilitar la comunicación, el desarrollo y el aprendizaje, tanto individual como grupal; laborterapia, de teatro, radio, fotografía, periodismo, gimnasia, literarios, murga, microemprendimientos, entre los cuales se encuentran huerta, panadería, carpintería, talabartería, manicuría, peluquería, tejido, tapicería, imprenta, electricidad, plomería, pintura, herrería, costura, entre otros.

Se debe destacar por su popularidad y sus logros el *Frente de artistas del Borda*: En el mismo funcionan en la actualidad los talleres artísticos de teatro, música, mimo, plástica, letras, percusión y fotografía. A ellos se les agrega uno de *Desmanicomialización*, taller teórico donde se debate acerca de este tema considerado eje de aquella ideología.

Otro de los dispositivos con los que cuentan las instituciones en salud mental en el ámbito nacional es *La Red Nacional de Arte y Salud Mental* -ahora Asociación Red Argentina de Arte y Salud Mental-, la cual se conformó orgánicamente durante los días 19 y 20 de mayo de 1995. Su propósito principal es convocar y reunir a todas las instituciones, grupos e individuos que tengan como dirección fundamental de su pensamiento y su práctica el proceso de desmanicomialización, y la defensa del Hospital y la Salud Pública y gratuita, en el marco de una sociedad más justa. Que tengan al arte y la creatividad como sostén ineludible de su práctica, entendiéndolos como instrumentos válidos en el abordaje de las problemáticas en salud mental.

A su vez plantea: promover y organizar eventos, jornadas y festivales y toda aquella actividad artística y/o científica que permita la extensión, reflexión y presentación de las implicancias sociales, institucionales y subjetivas de estas prácticas; incentivar la investigación y el desarrollo teórico de estas experiencias; contribuir a la formación, transmisión y difusión de las mismas; insertar en la comunidad esta problemática para una resolución en conjunto con la misma.

Además de hacer un trabajo con las redes y los distintos talleres, los profesionales de las instituciones también recurren a las diversas políticas que hay tanto a nivel nacional como de la Ciudad de Buenos Aires.³

Se considera relevante mencionar a los *Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica*. Es una Institución de Salud Mental, de prestación gratuita que brinda el G.C.B.A., haciendo un trabajo de rehabilitación desde la capacidad remanente del paciente, donde concurren personas con discapacidades psíquicas, a las que se ayuda a reinsertarse en la Sociedad.

³ Véase Capítulo III, Sección I.



Dichos talleres tienen las siguientes finalidades:

-Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicológico, social, marginalización o institucionalización -reinternaciones- del paciente con trastorno mental severo.

-Potenciar la autonomía del paciente a fin de incrementar la autodeterminación y participación social.

-Promover el potencial de salud de cada paciente tendiendo a lograr el acceso a una ciudadanía plena, digna y en igualdad de condiciones.

-Conformar una red interinstitucional a fin de generar fluidos canales de derivación en el área de la prevención terciaria.

-Disminuir la concepción estigmatizada de la Salud Mental en el ámbito social.

Existen en la actualidad algunas intervenciones para la reinserción social mediante acciones desarrolladas en conjunto con las áreas de Trabajo, Educación, Promoción Social y aquellas que fuesen necesarias para efectivizar la recuperación y rehabilitación del asistido. La existencia de estos convenios es un avance aunque aún son insuficientes e ineficaces.

Para el éxito de estas intervenciones en salud mental se requiere del compromiso conjunto del gobierno, los trabajadores del sector, las familias de los pacientes, la sociedad y, especialmente que se cuente con los necesarios recursos sociales y económicos.

De lo expuesto se desprende que se abren caminos y se realizan esfuerzos tendientes a reconsiderar lo que significa la Salud Mental y sus modos de abordaje, aún con todas las dificultades y falencias que caracterizan las formas actuales de intervención.



Consideraciones finales

Este trabajo de investigación se titula “*Salud Mental, ¿Una deuda pendiente?*”, ya que fue el interrogante que se nos presentó durante nuestras experiencias profesionales, en la búsqueda de bibliografía y también expresado por diversos trabajadores de la salud mental que fueron entrevistados a lo largo de este recorrido.

La orientación principal que dirigió nuestra investigación fue conocer la situación de la salud mental en nuestro país. Para poder dilucidar dicho objetivo, dirigimos nuestra investigación hacia distintas temáticas que hacen a la situación de la salud mental en la Argentina de hoy. Se intentó analizar, primordialmente, la legislación vigente en salud mental y la situación de los hospitales psiquiátricos -tanto de los profesionales como de los pacientes-.

Se ha evidenciado que el aumento de los niveles de pobreza e indigencia es una de las causas más significativas del incremento del sufrimiento en la población. Ante la ausencia de políticas públicas orientadas a la integración de la población pauperizada, las cárceles, la calle y los hospitales neuropsiquiátricos terminan por transformarse en depósitos que albergan personas sin recursos y sin derechos. Verdaderos inexistentes sociales para los que la sociedad no parece reservar ningún lugar definido.

Ante este contexto, al Estado parece no interesarle la integración social de las personas alojadas en los hospitales psiquiátricos y la sociedad en su conjunto suele funcionar de manera cómplice con el ocultamiento del problema.

El Estado debe cumplir un rol fundamental en la contención social y en asegurar los derechos de los sectores más vulnerables de la sociedad. Para ello debe intervenir en la protección de las familias en riesgo social.

Se encuentran mayoritariamente políticas compensatorias y de asistencia. Se entiende que el eje de una política social no se puede limitar a esto, ya que no resulta adecuado para la integración social. La asistencia sin transformaciones seguirá teniendo efectos estigmatizantes y paternalistas.

Lo que se visualizó es que la heterogeneidad y la particularidad de situaciones justifica, en el caso de las personas que presentan vulnerabilidad social, la existencia de políticas diferenciales. Pero, de este modo, se oculta la necesidad de abordar la problemática que los una como colectivo. Y se justifica la falta de planificación de políticas homogéneas y universales con objetivos de integración social. No existe una política de salud mental a nivel nacional, sino que aparece una acumulación de programas sin articulación ni coordinación conjunta.

Necesariamente tiene que haber políticas sociales para ayudar a la reinserción social. Se trata también de ampliar la red de servicios de atención primaria con cobertura en salud mental, integrarlos a los cuidados generales de la salud, desarrollar redes comunitarias que participen en los cuidados de salud mental, integrando a usuarios, familias y organizaciones.

Proponemos generar mayor participación y autogestión de esos cuidados por parte de la comunidad, junto con las propuestas de desinstitutionalización y reintegración social de los pacientes que permanecen en los hospitales psiquiátricos. Para esto se necesita voluntad política y presupuesto. Para ello debemos sostener el debate e instalar una agenda donde la construcción de una política en salud mental colabore con el empoderamiento de la población para el cuidado de su salud mental, es decir, para



afirmar su derecho a condiciones de existencia dignas, de ciudadanía plena, de preservación de sus valores sociales y culturales.

La ausencia de una política de Salud Mental representa la no atención y por lo tanto el agravamiento en la cronificación de los pacientes afectados por estos trastornos mentales graves en términos de deterioro, marginación y abandono social.

Habiendo realizado un recorrido histórico de cómo surgen los hospitales en Salud Mental, tanto a nivel mundial como nacional, consideramos que aún hoy siguen vigentes ciertas características de las instituciones de aquella época. Sigue existiendo un gran porcentaje de población internados por causas sociales. Las condiciones edilicias continúan siendo no adecuadas y precarias, agravado esto por la superpoblación de internados -insuficiencia de camas, de insumos, de elementos de higiene, de personal-.

En los hospitales de Salud Mental en Argentina existe una población que está atravesada por una situación de vulnerabilidad social, que es excluida y expulsada desde todos los ámbitos que hacen a la persona, con redes sociales frágiles e inestables, trabajos precarios, y fundamentalmente con exigencias desde el mercado y la sociedad que no quieren aceptar a personas con *discapacidad*. ¿Es la dolencia mental la que discapacita? ¿o es el tratamiento manicomial que los despoja a los pacientes de la dignidad humana y no les permite tener herramientas de superación?

Para lograr que las personas no carguen con estos rótulos estigmatizantes de *discapacitados, anormales, desviados, pobres, locos, vagos*, los hospitales psiquiátricos deberían reconstruir esos lazos sociales que de a poco se fueron sesgando, recuperar su autonomía, su identidad, sin necesidad de sufrir esa doble exclusión, tanto por parte de la sociedad como del Estado, intentando que logren reestablecer la condición de ciudadanos plenos en el ejercicio de todos sus derechos. Este debería ser el propósito de estas instituciones para que la debilidad mental no sea agravada por el encierro institucional.

Desde estas premisas, se aboga por una intervención profesional que trabaje para la promoción y defensa de los derechos de las personas excluidas desde el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad social por la que atraviesan y por la promoción de adecuadas políticas sociales que se ajusten a su condición de ciudadanos porque no son concebibles como ciudadanos aquellos a quienes no se les considera su derecho a la inserción social. Dicha inserción social contempla la participación de los sujetos en los planos económico, político y social, tanto a nivel de decisiones como de acciones.

De esta manera, el principal objetivo de la institución deberá consistir en la externación de sus pacientes, intentando transformar algunas de las características instituidas dentro de la institución total, poniendo énfasis en la recuperación de las subjetividades, la privacidad, la individualidad y la resocialización de sus pacientes.

En este sentido se deben reforzar las *casas de medio camino, familias sustitutas, granjas terapéuticas, talleres protegidos* y demás modalidades que favorezcan la reinserción social de los pacientes del sistema de salud mental. Deberá necesariamente ir acompañado de una conciencia de salud en el sentido integral, para que en definitiva se supere el actual paradigma asistencialista, hospitalocéntrico o manicomial existente.

El manicomio no debe ser más *el manicomio*, debe ser *el hospital*, institución de *cura*, donde lejos de perder el contacto con los suyos y consigo-mismo, la persona encuentre un espacio íntimo, despojado de preconceptos, de censura y formalidades apesantadas, que encuentre un espacio libre donde pueda ir despojándose de los temores, imprimiendo su sello personal, donde pueda liberarse de inhibiciones, y ponerse en



movimiento sin temor a ser reprimido. Este hospital desmanicomializado es un paso en el camino hacia una sociedad desmanicomializada.

La desmanicomialización es un proceso en el que se ven comprometidos todos los sectores: pacientes, agentes de salud, profesionales, familia, sociedad, funcionarios gubernamentales.

Para pensar los procesos de transformación en las prácticas en salud mental, no hay una sola mirada, no existen respuestas absolutas, sino como en todo problema social, respuestas históricas, sociales y contextuales. La forma en que se desarrolle un proceso de transformación, dependerá de muchas situaciones, ya que “lo alternativo no se define por las formas o establecimientos, sino por las bases éticas, ideológicas y conceptuales en las que se asientan”.¹ Pensar las prácticas en salud mental, significa pensar colectivamente la libertad.

El cambio implica reducir en forma progresiva los dispositivos de la internación e integrar la atención de salud mental en los servicios de salud generales tal como dice el informe de la OMS 2001. El hospital psiquiátrico ha sido creado desde sus orígenes como un proyecto orientado a ocultar todo lo que la sociedad rechaza y no tolera, por atender contra su cotidianeidad. Lugar de control social, de marginalidad, donde se intenta mantener bajo clausura la diversidad y lo heterogéneo. Estas instituciones, a causa de su misión social, están asignadas a una posición transicional y de articulación entre la patología y el orden social.

Coincidimos con Franco Basaglia en que hasta que no exista la necesidad económica de absorber en la producción a las minorías marginadas, la intervención que haría posible la rehabilitación seguirá siendo una posibilidad irrealizable en el plano práctico. Es así cómo este mismo autor considera que no hay “ninguna posibilidad transformadora de las prácticas en salud mental en el marco de sociedades que no estuvieran dispuestas a transformaciones estructurales en sus modelos económicos-sociales”.²

Debemos alertar sobre el compromiso y la responsabilidad indelegable del Estado con la situación de las personas internadas; jamás el mercado, el sector privado de la salud, podrá atender las necesidades sociales de estas personas.

El compromiso no se limita a la externación y retorno eventual a sus familias: el gobierno es responsable de la continuidad de los cuidados de salud y salud mental en el lugar donde residan; es responsable de atender su incapacidad -en parte provocada por la larga institucionalización- y sus necesidades de rehabilitación al mayor nivel posible; es responsable de atender sus necesidades económicas para asegurar la mayor integración a la vida social.

No se trata en muchos casos de curarlas, sino de restablecer su dignidad de persona y sus derechos como ciudadanos, de vivir en la comunidad, atendiendo a la rehabilitación de las capacidades perdidas durante su prolongada internación. Para muchas de estas personas, esa ayuda será de por vida, y es imprescindible asegurar que la reciban. Está claro que la inutilidad del gasto aplicado a su sola internación y custodia se debe

¹ Stolkiner, A.: *op. cit.*, p. 54.

² Faraone, Silvia: *Hacia la construcción de modalidades alternativas al orden psiquiátrico hegemónico*, p. 9.



convertir en un aporte real del Estado al cuidado y al mejoramiento de su calidad de vida en el seno de la comunidad.

Creemos haber contribuido a lo largo de la investigación a responder nuestro interrogante: “*Salud Mental es realmente una deuda pendiente*”. Se cree que existen diversos obstáculos -políticos, ideológicos, económicos, culturales, sociales, conyunturales, estructurales, dispositivos de abordaje- que hacen que la Salud Mental sea un ámbito relegado. Por tal motivo creemos con convicción que, desde los distintos espacios de la comunidad, hay que seguir trabajando, investigando y comprometiéndose para que la salud mental deje de ser una deuda pendiente y pase a ser una cuestión de todos.



Bibliografía

Amico, Lucía del Carmen: *La institucionalización de la locura: La intervención del Trabajo social en alternativas de acción*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 2005.

Aria, Roxana; Comas, Corina: “La clínica de lo social” en revista *Margen*, N° 25, 2002.

Basaglia, Franco: “La institucionalización psiquiátrica de la violencia” en *Razón, locura y sociedad*, Siglo Veintiuno Editores, México, 1999.

----- . “La institución de la violencia” en *Institución negada, informe de un hospital psiquiátrico*, Barral Editores, 1972.

Bauleo, A.: “Desalambrar. Notas para un debate sobre la desmanicomialización” en revista *Zona*, N° 12, Buenos Aires, 1992.

Becker, Howard S.: *Los extraños. Sociología de la desviación*, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1971.

Benedetto, Sarraceno: *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*, México DF, Editorial Pax México, 2003.

Carballeda, Alfredo: *Crisis del '30 y origen de las políticas sociales*, Apunte de Cátedra TS I, UNLP, La Plata.1994.

----- . *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*, Buenos Aires, Paidós, 2002.

Castel, Robert: “Los desafiados. Precariedad del trabajo y vulnerabilidad relacional” en revista *Topia*, Año I, N° 3, Buenos Aires, noviembre de 1991.

Castoriadis, Cornelius: *La institución imaginaria de la sociedad*, Barcelona, Tusquets Editores, 1975.

Correa, Violeta: “Integración o desintegración social. La intervención del Trabajo Social en las Políticas Sociales” en *Integración o Desintegración Social en el Mundo del Siglo XXI*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 1998.

De Bonafini, Hebe: *Tenemos esa hermosa y sana locura que no queremos curar: esta Plaza*, expuesto en el 3° Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos, 11 de noviembre de 2004.

Duschatzky, Silvia; Corea, Cristina: *Chicos en banda: Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*, Buenos Aires, Paidós, 2002.

Faraone, Silvia: *La transformación en salud mental. Una mirada desde los ejes cura y control*, Ponencia Hospital Borda, Buenos Aires, 2001.

----- . “Políticas en Salud Mental” en revista *Margen*, edición N° 7/8, abril, 1995.

----- . *Hacia la construcción de modalidades alternativas al orden psiquiátrico hegemónico*.

Feijoo, M. del Carmen: *Nuevo País, Nueva pobreza*, segunda reedición, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2003.



Fiasché, Ángel: “Políticas de Salud Mental”, en Saidón O. y Troianovski (compiladores), *Políticas en Salud Mental*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1994.

Foucault, Michel: “El gran encierro” en *Historia de la locura en la Época Clásica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1990.

-----. *Los anormales*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999.

-----. “Incorporación del hospital a la tecnología moderna” en *La vida de los hombres infames*, Buenos Aires, Altamira, 1996.

Franco, Mariel; Blanco, Laura: “El enfoque de riesgo” en Eroles, Carlos (Coordinador): *Familia y Trabajo Social*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 1998.

Galende, Emiliano: “Situación actual de la Salud Mental en Argentina” en revista *Salud, problemas y debate*”, año IX, N°17, Buenos Aires, 1997.

-----. *Psicoanálisis y Salud Mental para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires, Paidós, 1990.

Galende, Emiliano; Kraut, Alfredo Jorge: *El sufrimiento mental -El poder, la ley y los derechos-*, Lugar Editorial, 2006.

Gershanik, A.; Mercer, H.: “El dolor de la marginación” en revista *La Encrucijada*, UBA, Buenos Aires, año 2, mayo de 1996.

Goffman, Erving: *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

-----. *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1995.

Kliksberg, Bernardo: “La especulación con alimentos aumenta la pobreza” en diario *Página 12*, Suplemento *Cash*, 15 de junio, 2008.

Kraut, Alfredo Jorge.: “Tendencias. Una ley para la Salud Mental” en diario *Clarín*, 15 de agosto de 2000.

Laurell, Ana Cristina: “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”, *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 37, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, 1986.

Lewkowicz Ignacio; Cantarelli, Mariana y Grupo Doce: *Del fragmento a la situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea*, Buenos Aires, Altamira, 2003.

Lo Voulo, Rubén: *Alternativas. La economía como una cuestión social*, Buenos Aires, Altamira, 1999.

Lucchini, Cristina; Minguez, Roberto; Ferrante, Juan: *Los procesos de estructuración capitalista*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2001.

Mauro, Federico: “Médicos quemados a un paso del shock” en diario *Crítica*, 15 de marzo del 2008.

Menéndez, Eduardo: “Modelo médico hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”, *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 33, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, 1999.

Meuri, D.; Rotelli, F.: “Desinstitucionalización otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados” en revista de *Asociación española de Neuropsiquiatría*, Volumen VII, N° 21, 1987.



Offe, Claus: “Un Diseño no productivista para las Políticas Sociales”, artículo en Lo Vuolo, Rubén (comp.), *Contra la exclusión: la propuesta del ingreso ciudadano*, Buenos Aires, Miño y Dávila/CIEPP, 1995.

Pegoraro, Juan: “Teoría social, control social y seguridad. El nuevo escenario de los 90”, *Cuaderno de Posgrado: El control social en el fin de siglo*, Secretaría de Posgrado Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires, 1994.

Requiere, Marisa: “Algunas consideraciones acerca de la política manicomial en Buenos Aires, 1880-1940” en revista *Hermes*, Instituto de Formación Docente Continua San Luis, N° 2, 12 de julio de 2006.

Rojas Soriano, Raúl: *Capitalismo y Enfermedad*, México, Plaza y Valdes Editores, 1995.

Rubio Arribas, Javier: “Ciudadanos y ciudadanos altamente estigmatizados y/o excluidos: las personas ‘sin hogar’” en revista *Nómadas*, enero de 2007.

Salvia, Agustín: “Una generación perdida: los jóvenes excluidos en los noventa”, artículo publicado en el cuadernillo *Empleo joven*, Buenos Aires, 2000.

Stolkiner, Alicia: *Políticas en Salud Mental*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1993.

Szasz, Thomas: “El mito de la enfermedad mental” en *Razón, locura y sociedad*, México, Siglo Veinte Editores, 1999.

Testa, Mario: *Pensar en salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.

Vezzetti, Hugo: *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 1985.

Villamil, Sergio: “Ley de Salud Mental: En lugar del Borda, un hotel cinco estrellas” en *Prensa Obrera*, 10 de agosto del 2000.

Documentos y leyes

Código Civil Argentino.

Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.

Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Anexo, Decreto N° 635/GCBA/2004.

Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental.

Ley 24.314 de Accesibilidad de Personas con Movilidad Reducida.

Ley 180 de Salud Mental-Italia.

Proyecto de Ley Salud Mental -Exp. 0276-D-2007-. Diputado Nacional Leonardo Gorbacz - Diputado Nacional Juan H. Sylvestre Begnis.

Organización Mundial de la Salud: *Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, derechos humanos y legislación*, Principio 22, 2006.

Organización Mundial de la Salud: *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

Organización Panamericana de la Salud: *Temas de salud mental en la comunidad*, 1992.