



Biblioteca del C.E. Ps
U. N. M. d. P.

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
X-83	
A	N° INVENTARIO:
	11613

BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA
C E Ps

PINTURA DE TAPA:
El Bosco, detalle de Cristo con la cruz auestas
(Museo de Bellas Artes, Gante)
Realizada por el pintor holandés, Jerónimo Bosch
(1450-1516)

Biblioteca del C. E. P.
U. N. M. d. P.

*Agradecemos al Lic. Horacio Martínez,
por brindarnos sus conocimientos y su tiempo*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE
PRE-GRADO

Requisito curricular del plan de estudios conforme O.C.S. 143/89

TITULO DEL PROYECTO:

*“Nacimiento y desarrollo del Movimiento Antipsiquiátrico,
Alcance e Influencia en las Instituciones Manicomiales
en Nuestro País”*

Nombre y Apellido:

<i>Pablo Jorge Fernández</i>	<i>Mat. N° 2477/92</i>
<i>Jorge Gabriel Lucero</i>	<i>Mat. N° 4209/96</i>
<i>Sandra Taja</i>	<i>Mat. N° 1931/91</i>

Supervisor:

Licenciado Horacio Martínez

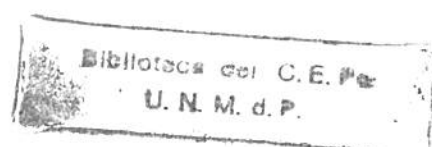
Cátedra de Radicación:

Modelos en Psicopatología

Fecha de Presentación:

Octubre de 2004

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Pablo Jorge Fernández (Mat. N° 2477/92), Jorge Gabriel Lucero (Mat. N° 4209/96) y Sandra Taja (Mat. N° 1931/91), de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus parte o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”.



Aprobación del Informe Final

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Pablo Jorge Fernández (Mat. N° 2477/92), Jorge Gabriel Lucero (Mat. N° 4209/96) y Sandra Taja (Mat. N° 1931/91), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 6 días del mes de Octubre del año 2004”.

Firma del Supervisor:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'AFJL', written in a cursive style.

Informe de Evaluación del Supervisor

Investigación: Nacimiento y desarrollo del Movimiento Antipsiquiátrico. Alcance e influencia en las instituciones manicomiales en nuestro país.

Autores: Fernández Pablo, Lucero Jorge y Sandra Taja.

La presente investigación toma como punto de partida uno de los temas que el programa de la asignatura Modelos en Psicopatología deja abierto, en tanto se trata de aquella frontera que se establece entre el campo propio de la disciplina, y un discurso que, surgido de su interior, viene a cuestionar los principios mismos de la psicopatología, en un intento por desbaratar dicho campo.

El trabajo llevado a cabo, como podrá apreciar el lector, ha sido exhaustivo, pues no sólo han recorrido la bibliografía de referencia que la asignatura releva, sino que, partiendo de las consideraciones de Foucault, han seguido la huella de algunos de sus discípulos (Donzelot, Castel), para ir luego a revisar detalladamente las fuentes originales que dieron vida al movimiento antipsiquiátrico.

En esa misma línea, cabe destacar el intento por rastrear el impacto de ese movimiento en nuestro país, relevando no sólo lo acontecido en las décadas del '60 y '70, sino retomando el hilo de lo sucedido a partir de la reinstalación de la democracia, aportando una lectura propia acerca del acontecer profesional y de las marcas que en él dejaron tanto aquella historia de renovación teórica y replanteos prácticos, como aquella otra época de terror, represión y replegamiento.


Lucero Martínez

1.-“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Pablo Jorge Fernández (Mat. N° 2477/92), Jorge Gabriel Lucero (Mat. N° 4209/96) y Sandra Taja (Mat. N° 1931/91).

2.- Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión
Asesora:

3.- Fecha de aprobación:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – REQUISITO CIRCULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. N° 586/85 – O.C.S. N° 143/89

NOMBRE y APELLIDO:

- ❖ FERNÁNDEZ, PABLO JORGE MAT. N° 2477/92
- ❖ LUCERO, JORGE GABRIEL MAT. N° 4209/96
- ❖ TAJA, SANDRA MAT. N° 1931/91

CÁTEDRA: **MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA**

SUPERVISOR: **Lic. HORACIO MARTÍNEZ**

CONSIGNAR SI EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR
EN DESARROLLO SI NO ...X.....

TÍTULO DEL PROYECTO

**"Nacimiento y Desarrollo del
Movimiento Antisiquiátrico,
Alcance e Influencia en las
Instituciones Manicomiales
en nuestro país"**

PALABRAS CLAVES:

ORDEN PSIQUIÁRICO – PSICOPATOLOGÍA – ANTIPSIQUIATRÍA - DESMANICOMIALIZACIÓN.

ANTEPROYECTO

El desarrollo de esta investigación tiene por objetivo general realizar una descripción de las circunstancias histórico-político-sociales que dieron lugar al surgimiento del movimiento antipsiquiátrico en Europa y EE.UU. y la consecuente influencia en las transformaciones producidas en el campo institucional abocado a los trastornos mentales en nuestro país. A partir de entonces, como objetivo particular se procederá a un análisis de la llamada desmanicomialización, como un alternativa que incluye nuevos abordajes, prácticas y experiencias en relación al tratamiento del sufrimiento mental.

Objetivos generales y particulares

La propuesta de esta investigación tiene por objetivo general realizar una descripción que de cuenta del complejo entramado de las circunstancias histórico-político-sociales, que dieron lugar al nacimiento del movimiento antipsiquiátrico tanto en Europa como en EE.UU. y la consecuente influencia en los procesos de transformación realizados en la dimensión institucional abocado a los trastornos mentales en nuestro país. Atento a esto, como objetivo particular se realizará un análisis de la llamada desmanicomialización, como una alternativa que incluye nuevos abordajes, prácticas y experiencias referidas al tratamiento del sufrimiento mental. El alcance de la investigación es de tipo exploratoria histórica.

Métodos y técnicas

Se llevará a cabo un análisis de fuentes bibliográficas primarias en función de una metodología que toma en consideración los procedimientos de selección y análisis realizados por investigadores pertenecientes al campo disciplinar específico (Bercherie, Lanteri Laura, Galende Emiliano, Szasz), así como otros investigadores del campo de la epistemología de la ciencia (Bachelard,

Canguilhen, Foucault) como así también información procedente de Internet, de publicaciones y congresos, relacionados con la temática tratadas en esta investigación. La propuesta de la misma consistirá en pensar en problemáticas y miradas multireferenciales para una mejor comprensión y análisis. Se llevará a cabo entonces, un abordaje poniendo énfasis en las tensiones, las discontinuidades, las fragmentaciones, rupturas y complejidades en el análisis de las dimensiones histórico-político-social del movimiento antipsiquiátrico y su influencia y efectos en el contexto de nuestro país.

OBJETIVOS	NOV.	DIC.	ENERO	FEBR.	MARZO
Búsqueda de información en la bibliografía detallada sobre el surgimiento del mov. antipsiquiátrico. Consecuencia y efectos en el campo institucional dedicado a los trastornos mentales en nuestro país. (desmanicomialización – desinstitucionalización).	■				
Análisis de enunciados vueltos prácticas discursivas y transformados luego en saberes (Foucault).		■	■		
Análisis de las experiencias antipsiquiátricas en Argentina (nuevos abordajes, prácticas y experiencias).			■	■	
Convalidación de datos y postulación de conclusiones.					■

TAREAS A DESARROLLAR EN EL TRANCURSO DE LA INVESTIGACIÓN	NOV.	DIC.	ENERO	FEBR.	MARZO
Encuentro y consulta con el supervisor de la investigación	■	■	■	■	■
Elaboración, finalización y entrega del anteproyecto.	■				
Informe final. Entrega					■

El Supervisor Lic. Horacio Martínez, da por aprobados los contenidos del presente trabajo, perteneciente a los alumnos Pablo Jorge Fernández (Mat. 2477/92), Jorge Gabriel Lucero (Mat. 4209/96), Sandra Taja (Mat. 1931/91).

Firma del Supervisor

Pablo Jorge Fernández

Jorge Gabriel Lucero

Sandra Taja

El Comité de Investigación aprueba los aspectos metodológicos de la presente investigación.



Patricia Weissmann

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

FECHA DE CONFORMIDAD: 17/12/03

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPITULO I

Los Movimientos de la Antipsiquiatría	7
<i>Reforma de la Psiquiatría Comunitaria en E.E.U.U.</i>	8
<i>Teorizaciones de Erving Goffman</i>	16
<i>Política del Sector</i>	21
<i>Psicoanálisis Institucional Francés</i>	25
<i>Comunidad Terapéutica</i>	30
Teorizaciones de Cooper y Laing	33
<i>Work Houses</i>	39
<i>La Política de Desinstitutionalización en Italia</i>	41

CAPITULO II

Influencias de la Antipsiquiatría en Argentina	48
<i>Una Mirada Sobre lo Grupal. Contexto Histórico y Social</i>	49
<i>A.P.A.: Tiempos de Ruptura</i>	53
<i>Hernán Kesselman</i>	55
<i>Pichón Riviere</i>	56
<i>Fernando Ulloa</i>	65
<i>Eduardo Pavlovsky</i>	67
<i>José Bleger</i>	72
<i>Armando Bauleo</i>	76
<i>Emilio Rodríguez</i>	80
<i>Marie Langer</i>	83
<i>Ricardo Grimson</i>	84
<i>Descripciones de Algunas Prácticas Alternativas</i>	92

CAPITULO III

Ruptura y Discontinuidad Constitucional. Alcance y Efectos (1976- 1983)	99
--	----

CAPITULO IV

Prácticas Desarrolladas en las Principales Instituciones Hospitalarias a Partir del Año 1983	102
<i>Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario</i> "Dr. José Tiburcio Borda"	103
<i>Hospital Neuropsiquiátrico</i> "Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero"	106
<i>Hospital Nacional Colonia</i> "Dr. Manuel Augusto Montes de Oca"	108
<i>Hospital Psiquiátrico</i> "Dr Braulio A. Moyano"	109
<i>Hospital Interzonal Psiquiátrico</i> "Colonia Dr. Domingo Cabred"	111
<i>Hospital Neuropsiquiátrico</i> "Dr. Domingo Taraborelli" (Necochea)	114
<i>Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA)</i> "Dr. Oscar Allende"	115
<i>Centro de Promoción Social</i>	118
<i>Red Nacional de Arte y Salud Mental. Festivales de Artistas Internados y Externados en Instituciones Neuropsiquiátricas</i>	120
<i>La Ley de Desmanicomialización de Río Negro</i>	121
<i>Hospital Psiquiátrico de San Luis. El Movimiento Hacia su Reforma</i>	125

CONCLUSIÓN	129
------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	133
--------------------	-----

INTRODUCCION

INTRODUCCION

A partir de la idea de Foucault¹, respecto de que cada período histórico adopta su propia forma de concebir la locura, y que cada uno tiene un determinado valor de verdad, puede entenderse cómo surge el Orden Psiquiátrico en el Siglo XIX, coincidiendo con la consolidación del orden burgués en Occidente.

Castel afirma que “sobre el telón de fondo de la sociedad contractual que instaaura la Revolución Francesa, el loco desentona. Carente de razón, no es sujeto de derecho, irresponsable, no puede ser objeto de sanción, incapaz de trabajar, no entra en el circuito reglamentado de los intercambios, en la libre circulación de hombres y mercancías a la que sirve de matriz la nueva legalidad burguesa. Foco de desórdenes, hay que aislarlo, reprimirlo, pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para aquellos que han transgredido las leyes voluntariamente. Islote de irracionalidad, debe ser administrado, pero según normas distintas de las que asignan a los sujetos normales de una sociedad racional su sitio y la sujeción a sus derechos y obligaciones”².

Una evaluación fundada en la competencia técnica de los médicos va a imponer a ciertos grupos marginales, entre ellos los “locos”, un estatuto que tendrá valor legal, estando constituido a partir de criterios científico-técnicos, y no de las prescripciones jurídicas inscriptas en los códigos. La medicina mental se constituyó en un motor esencial de esta transformación. Como gran éxito de su edad dorada la medicina mental produjo el estatuto médico-jurídico-administrativo del alienado, sancionado en Francia a través de la Ley

¹ Foucault, Michel : Historia de la Locura en la Epoca Clásica, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1990, Pág. 257

² Castel, Robert : El orden psiquiátrico. Ediciones de la Piqueta, Madrid, España, 1980, Pág. 25

del 30 de junio de 1838³.

Así se convirtió en un aparato centralizado de poder, que dió respuestas a un problema de gobierno, permitiendo "administrar" la locura a través de una estrategia de control social: no ya la imposición de un aparato coactivo, sino el remodelamiento de dispositivos prácticos implementados por profesionales médicos. De esta manera, varios miles de locos debidamente etiquetados fueron entregados a varios cientos de profesionales especializados. El orden manicomial se basó en la aplicación de técnicas disciplinarias y en la exclusión, bajo la supremacía de la dirección médica. Tutelaje completo, mediante el secuestro de una minoría marginal y la ruptura total entre lo normal y lo patológico. "Los otros partícipes, sobre todo la policía y el juez, supervisan este proceso un poco en la sombra. También ellos han llegado a ser marginales: en la medida en que la administración y la medicina conectan sus maquinarias, mientras funcionan bien, ellos no son competentes. Por lo que respecta al loco, realmente él no tiene nada que decir y se le deja decir todavía menos."⁴

Con el advenimiento de la sociedad burguesa, algunos grupos de individuos plantean problemas, entre ellos, los vagos, los mendigos, los criminales y los locos. En el caso de éstos últimos, ningún vínculo racional une directamente la transgresión que ejecutan y la represión que sufren. No se les puede sancionar, pero deben ser tratados, aunque el tratamiento es con frecuencia una especie de sanción, aunque enmascarada, justificada por la racionalización terapéutica. En el sistema social burgués la represión del loco tuvo que construir un fundamento médico. Se valió para ello del diagnóstico, de la clasificación. Desde una psiquiatría iluminada por la razón se estableció así una relación de tutela, una política de dominación.

La locura, sobre todo cuando iba asociada a la indigencia, presentaba inconvenientes en el orden público, por lo cual su represión debió organizarse de un modo homogéneo a través de las tareas prácticas del secuestro de los perturbados. Se trataba esencialmente de tomar medidas de precaución

³ Castel, Robert : Op. Cit., Pág. 25

⁴ Castel, Robert, Op. Cit., Pág. 24

mediante el aislamiento y el internamiento de aquellos. Para ello se propiciaron los dispositivos institucionales necesarios, se afinaron las tecnologías disciplinarias y se constituyeron nuevos papeles técnicos y profesionales.

La constitución de estas prácticas instauró los poderes de una nueva relación de dominio que coexistió con el orden legal previo, detectando en cada sujeto una distancia respecto a las normas médicas e intentando anularla mediante el encierro.

A partir de la ley de 1838, surge un elemento determinante en relación al alienado, que es el internamiento en un "establecimiento especial". Lo esencial de la medicalización de la locura no es la relación médico-enfermo, sino la relación medicina-hospitalización, el desarrollo de una tecnología hospitalaria, el despliegue de un nuevo tipo de poder en la institución, la adquisición de un nuevo mandato social a partir de prácticas centradas en principio sobre el bastión manicomial. La especificidad institucional del hospital está dada por la función de represión, de reclusión, asumiendo un rol de salvaguarda del orden público. En un primer momento es absorbida la masa de los desviados para neutralizarla, aislándolos y, en un segundo momento, disciplinarlos desplegando en el seno de la institución cerrada un abanico de técnicas correctivas en base a trabajos exigentes, actividades diversas y reglamentaciones morales.

El saber sobre el que va a constituirse la psiquiatría alienista funda una ciencia a partir del momento en que se clasifica la población de los enfermos, en base a la observación de los síntomas que muestran.

El saber y la praxis, el conocimiento de la naturaleza de las enfermedades mentales y su tratamiento, son dos vertientes de una misma racionalidad hospitalaria conquistada por la clasificación.

El hospital es un observatorio ideal y un centro de acción privilegiado y ordenado: en él se instituye un saber y se aplica un tratamiento médico.

La estrategia del orden fundamenta toda la práctica en el hospital. La ideología de base es que el orden contribuye al restablecimiento de los alienados.

Entre sus principales operaciones encontramos:

1) Aislamiento terapéutico: Aislar del mundo exterior, romper con ese foco de influencias no controladas del cual el enfermo extraería los contenidos para mantener su propio desorden.

2) Constitución del orden asilar: Mediante una rigurosa disposición de los sitios, las ocupaciones, la utilización del tiempo, las jerarquías, que entreteje la vida cotidiana del enfermo en una red de reglas inmutables.

3) La relación de autoridad: Ligada al médico y a sus auxiliares, ejerciendo sobre el enfermo un poder sin reciprocidad y constantemente aplicado. La vuelta a la razón no puede hacerse más que mediante la interiorización por parte del alienado de una voluntad racional que, en principio, le es ajena porque él no es razonable. Desde ese momento, todo tratamiento es una lucha, una relación de fuerza entre un polo "razón" y otro "sinrazón". El trato entre el médico y el enfermo es una relación asimétrica, donde el primero se ofrece como un modelo acorde a los valores de la racionalidad burguesa. El loco no puede reconquistar su humanidad más que con un acto de vasallaje al mismo.

Los lugares de internamiento, el manicomio, ponían en juego una doble función: reinsertar a los reclusos en el circuito de la normalidad, si las técnicas disciplinarias tenían éxito, y si no, segregarlos definitivamente, lo que ocurría en la mayoría de los casos. El médico alienista tomaba a su cargo a los enfermos "por su propio bien". El secuestro aparecía como una medida natural, en todo caso humana, porque la necesidad del aislamiento se basaba en la naturaleza de la enfermedad.

El monopolio del poder por los representantes oficiales de la institución (los médicos) estaba justificado por razones internas a la ideología médica: siendo el infortunio del loco haber perdido la razón, lo que se le imponía en realidad no venía de afuera, sino que se hacía en nombre de lo que él mismo haría si tuviera uso de razón.

En este sentido, Cooper afirma que "la psiquiatría, por tanto, históricamente, ha venido a cubrir con un espeso velo ideológico esa realidad del otro extrañado que es el enfermo mental. Sin contar que, en sí misma, ha

sido motor de elaboración de brutales mecanismos represivos como el electro-shock. Esta cobertura ideológica, la psiquiatría la encontró en la formulación de que la locura es una enfermedad mental.”⁵

Justamente en la impugnación de esta noción de enfermedad mental se encuentra el origen o punto de partida del movimiento antipsiquiátrico inglés, así como de otras corrientes como la inspirada en Italia por Franco Basaglia.

Frente al orden psiquiátrico instaurado en el siglo XIX surgen, a mediados del siglo XX, tanto en Europa como en EEUU, una serie de movimientos de crítica al mismo, que puede englobarse bajo la denominación de la anti-psiquiatría. Proponen formas de atención alternativas al viejo modelo del Hospicio, proponiendo, además de la desaparición física de los establecimientos, el desvanecimiento de la idea del manicomio como el depósito de personas que no encajan en el modelo social. Si se busca el origen del vocablo manicomio, puede verse que la misma proviene del griego manía: locura y Komeo: cuidar, lo que significa “cuidar la locura”, esto es coherente con la ideología sostenida por el alienismo, cuyas prácticas estaban más orientadas a “cuidar” al loco y a separarlo de la sociedad, que a restituirlo a su núcleo familiar y social.

A lo largo del siglo XIX pueden observarse, dentro del modelo médico, tres cuestiones importantes.

-La primera es que crea claramente como objeto de estudio a la enfermedad mental, y a su vez, la circunscribe como un objeto propio de la medicina, siendo la primera vez que una disciplina científica se apropia de la misma.

-A su vez, durante todo el período va a existir una fuerte tendencia a pensar la enfermedad mental en general vinculada con causas orgánicas.

-Por último, y a consecuencia de lo anterior, se va a pensar la enfermedad mental siempre como algo individual, como algo que le acontece a un individuo en particular.

⁵ Cooper, David : La muerte de la familia. Ed. Planeta-Agostini, Barcelona, España, 1986. Pág. 4

Al llegar a principios del siglo XX, pueden encontrarse una serie de reacciones contra este modelo médico, que buscan construir algún tipo de teorización psicológica acerca del problema de las enfermedades mentales.

Foucault descubre indicios de cuestionamientos en éste sentido, en lo que él da en llamar “formas de despsiquiatrización”, con Babinsky y Freud. En éste movimiento de despsiquiatrización, “se trata no tanto de anular el poder del médico cuanto de desplazarlo en nombre de un saber más exacto”⁶

En la década de 1960 “con la antipsiquiatría se trata más de una salida del espacio manicomial, de su destrucción sistemática, mediante un trabajo interno, se trata de transferir al enfermo mismo el poder de producir su locura, más que de intentar reducirlo a cero”.⁷

Lo que está en juego en la antipsiquiatría no es el valor de verdad de la psiquiatría en términos de conocimientos, de exactitud diagnóstica o de eficacia terapéutica, en el corazón de la antipsiquiatría está la lucha con, en y en contra de la institución.

⁶ Foucault, Michel: *La vida de los hombres infames*, La Plata, Argentina, Ed. Altamira, 1996, Pág.55

⁷ Foucault, Michel, Op.cit. Pág. 57

CAPITULO I

LOS MOVIMIENTOS DE LA ANTIPSIQUIATRIA

LOS MOVIMIENTOS DE LA ANTIPSIQUIATRIA

Basándonos en la perspectiva de Galende⁸ podemos partir en relación a dos teorizaciones:

1) Intervenciones comunitarias e institucionales que marcan el pasaje de la psiquiatría clásica hegemónica desde la segunda guerra mundial, hasta la conformación del campo de la salud mental actual.

La mayoría de las teorías a las que se harán referencia surgen de reformas profundas de la psiquiatría por parte de diversos movimientos sociales y políticos de posguerra, entre los cuales encontramos:

- la psiquiatría comunitaria en EEUU y los aportes de Goffman,
- la creación del sector en Francia,
- las comunidades terapéuticas de Maxwell Jones y Bion,
- el psicoanálisis institucional francés, desarrollado a partir de las experiencias de Saint Alban.

2) Las teorizaciones desarrolladas por los movimientos de desinstitucionalización, que son esencialmente:

- la antipsiquiatría inglesa de Cooper y Laing,
- el movimiento de psiquiatría democrática que desarrolló Basaglia en Italia,
- movimientos de reforma de principios del siglo XX (Open Door).

Estas corrientes no deben pensarse sólo en valores de negación de la psiquiatría clásica, sino en la fundamentación de valores positivos que aportan a una nueva comprensión de las problemáticas de salud mental.

⁸ Galende, E.: *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Bs. As. Paidós, 1990, Pág. 99

Reforma de la Psiquiatría Comunitaria en E.E.U.U.

Los movimientos de reforma psiquiátrica en E.E.U.U. se dirigieron fundamentalmente a lograr un cambio en la situación de los enfermos internados cuestionando en alguna medida los procedimientos terapéuticos, pero sobre todo las instituciones asilares. Ya en 1908 se crea el primer servicio diagnóstico en un hospital general, donde los enfermos eran estudiados y tratados antes de ser derivados a un hospital psiquiátrico. En 1912 en EEUU, existían ya varios de estos servicios, que atendían patología considerada más leve, pero sobre todo se había creado un ámbito no asilar donde los enfermos eran observados y escuchados.

Adolph Meyer es la figura principal en la que se identifica la reforma norteamericana de la primera mitad del siglo XX, pretendía una asistencia integral de los problemas mentales. En el año 1913 pasó a dirigir en Baltimore el Phipps Psychiatric, uno de los hospitales psiquiátricos que más influencia ejerció a principios de siglo en dicha reforma. A. Meyer también participó del movimiento de higiene mental y fue el primero en fundar desde la psiquiatría un trabajo con la comunidad. En la figura de Meyer se plasma en EEUU una convergencia que habrá de caracterizar la psiquiatría norteamericana hasta el presente: psiquiatría, psicoanálisis, y trabajo social con la comunidad.

En el año 1910 se inicia en EEUU un movimiento social de denuncia del tratamiento inhumano que sufren los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos, a la vez que propone la búsqueda de otras formas de atención en instituciones asistenciales abiertas con mayor énfasis en la prevención. Dicho movimiento se autodenominó de higiene mental y fue impulsado por un ex internado en el hospital psiquiátrico, Clifford Beer, quien recibió el apoyo de Meyer, logrando que el mismo fuese abarcando un campo mucho más amplio que el que cubría la psiquiatría asistencial, ya que se propuso generar las condiciones para la promoción de valores psíquicos positivos, no mera ausencia de enfermedad, generando toda una ideología social sobre las condiciones del bienestar. Este movimiento puede decirse, inicia la crítica y

liquidación de los manicomios y genera a partir de 1910 alternativas posibles de asistencia, hace pensables las tareas de prevención y promoción de salud mental, constituyéndose en el antecedente más importante de la gran reforma que a partir de 1945 han de llevar a las nuevas políticas de salud mental.

Luego de la segunda guerra mundial todos los problemas ligados a lo mental se habían agravado. Los exámenes para la incorporación a las fuerzas armadas mostraban altos índices de rechazos por causas mentales, el regreso de los veteranos aumentó considerablemente las necesidades de asistencia. En esos años, impulsado por la fundación Meninger, se creó el "grupo para el desarrollo de la psiquiatría", que nucleaba a jóvenes psiquiatras y psicoanalistas. William Meninger, líder del grupo había sido jefe del servicio psiquiátrico del ejército durante la guerra, y su prestigio como psicoanalista unió rápidamente las inquietudes reformadoras de la institución psiquiátrica, que expresaba el grupo, con el psicoanálisis fue tejiendo relaciones políticas a partir de diversos proyectos de reforma de la psiquiatría.

También estaba en el grupo Robert Félix, uno de los líderes de la higiene mental, que fue el primer director del Instituto Nacional de Salud Mental a partir de su fundación en 1946. En ese mismo año se aprueba la Ley Nacional de Salud Mental. Este paso, la creación de un organismo nacional (federal) es esencial para el comienzo de la reforma. Por el peso que en EEUU tenían los estados que son los que sostienen el grueso de los establecimientos psiquiátricos, la centralización era condición esencial para establecer un programa nacional de reforma institucional con posibilidades de implementación. En el período que va desde la creación del instituto hasta 1961, las medidas que se tomaron fueron más bien de humanización de algunos servicios y sobre todo la promoción, apoyo y financiamiento de una formación profesional más ligada al psicoanálisis que, a partir del sesenta hará surgir con Alexander la figura del psiquiatra dinámico. El instituto también avaló el desarrollo de investigaciones en esta misma línea; terapias de familia, algunas comunidades terapéuticas más experimentales, psicoterapias con pacientes psicóticos, etc. En pocos años se multiplicó en tres o cuatro veces

más el número de estas profesiones y se alentó un trabajo de investigación más psicológico, psicoanalítico y social de las psicosis. El nombre de Félix es clave para comprender este verdadero proceso de acumulación de fuerzas y creación de recursos que harán posible emprender el proyecto de psiquiatría comunitaria en la década del sesenta. Un hecho fundamental hará factible en el año 1955 este proceso; el congreso de los EEUU, decide formar una comisión especial para que le informe sobre la situación de la salud mental en el país y proponga las medidas que considere necesarias. Esta comisión se conoce con el nombre de Joint Commission on Mental Illness and Health, y se conforma con la participación de las asociaciones de psiquiatras y trabajadores sociales ligados a la salud mental, asociaciones de usuarios y de enfermeros.

El criterio es que estén representados en ella todos los sectores involucrados en los problemas de salud mental. Esta comisión, luego de cuatro años de estudios y relevamientos en toda la Nación, elevó su informe al Congreso en 1960. En él se realiza un diagnóstico y se efectúan una serie de recomendaciones sobre la necesidad de una modernización y apertura de los hospitales psiquiátricos del Estado hacia la comunidad, y de creación de servicios más dinámicos que pudieran asegurar el tratamiento de los enfermos mentales en las proximidades de sus domicilios. Asimismo recomienda un tipo de servicios, los Community Mental Health Clinics, que pueden funcionar en hospitales generales, hospitales psiquiátricos, centros periféricos de salud, como servicios independientes, abarcando una población de 50.000 habitantes. Se esperaba de estos servicios una disminución de las hospitalizaciones y de las perspectivas de cronificación de los enfermos.

Este informe de la Comisión ha de encontrarse a partir de los años sesenta con nuevas condiciones políticas en EEUU, la elección de J.F. Kennedy como presidente estuvo muy ligada a la defensa de una política social de protección de las minorías, de asistencia a los pobres y a los desamparados, etc. El problema de los enfermos mentales fue incluido en la plataforma de gobierno proponiendo la apertura de los hospitales psiquiátricos y la creación de centros de salud mental. Poco después de asumir Kennedy la presidencia

de EEUU, estaban dadas las condiciones para el desarrollo de la reforma bajo la confección de un programa federal de psiquiatría comunitaria.

La Ley Kennedy

En el mes de febrero de 1963 Kennedy habla ante el Congreso de los EEUU, planteando la doble necesidad de un nuevo tipo de servicios para atender los problemas de la salud mental y enfermedad mental y proceder a democratizar las viejas instituciones psiquiátricas. Reclama fondos para la aplicación de un programa federal de salud mental, basado en la creación de centros comunitarios. En octubre de 1963 el congreso aprueba su propuesta, conocida como la Ley Kennedy, pese a la oposición explícita del partido republicano y la asociación médica de EEUU. Esta ley encontró muchas dificultades para su implementación y fue recién en 1965, asesinado ya Kennedy que se implantó en todo el territorio nacional. Los estados en muchos casos no aceptaban el control federal y también muchos profesionales resistían la idea de una función más ligada a la comunidad, que alteraba los beneficios de la atención en consultorios privados. La propuesta de la reforma era sobre todo sustituir las instituciones asilares por centros terapéuticos insertos en la comunidad. Se trataba de pasar de una concepción de aislamiento a una terapéutica en la comunidad, en libertad, con la asunción por los individuos mismos de su responsabilidad sobre sus problemas mentales.

Pero la reforma psiquiátrica supone el reconocimiento de un cambio en la composición de las poblaciones asistidas y la extensión a nuevos problemas de la vida social, drogadictos, desocupados carenciados con problemas de adaptación social, menores delincuentes, alcohólicos, etc. No sólo se desinstitucionalizó la enfermedad mental, sino que iguales soluciones se procuran para otras formas de institucionalización represiva (hogares de menores, cárceles, etc.).

El Centro Comunitario de Salud Mental, institución madre del nuevo dispositivo, debía estar abierto a todos los individuos de la comunidad. En po-

cos años se abrieron en todo el territorio de EEUU, unos 400 de estos centros. Los centros debían contar mínimamente con cinco servicios básicos:

a) consultorios externos: para atención ambulatoria de pacientes y seguimiento de ex-pacientes de hospitales psiquiátricos.

b) servicios de urgencias psiquiátricas, para intervenciones en crisis.

c) servicios de admisión

d) servicios de consulta y educación, para coordinar las actividades de prevención primaria y promoción de salud mental en las organizaciones de la comunidad.

e) servicios de internación total o parcial (hospitales de día, hospitales de noche)

Los centros lograron en gran medida modificar la relación institucional de la psiquiatría asilar. Al momento de la ley, el 70 % de las intervenciones totales en psiquiatría se cumplían en hospitales psiquiátricos y sólo el 30 %, era cumplido en consultorios externos. Al cabo de diez años la proporción se invirtió: los centros cubrían el 70 % de las demandas, solo un 12% se cubría en hospitales psiquiátricos y el resto era atendido en instituciones privadas.

La política que pone en marcha el Plan Federal de 1963 tiene dos basamentos; creación de centros comunitarios y la desinstitucionalización de los enfermos psiquiátricos, es decir, disminuir las intervenciones y cerrar progresivamente los hospitales.

La sociedad norteamericana no se mostró receptiva a esta reforma. No se desligaba fácilmente al enfermo mental del asilo, ni se aceptaba una responsabilidad compartida sobre los problemas de salud y enfermedad mental. Muchas familias de enfermos psiquiatrizados demandaron legalmente a los hospitales psiquiátricos para que admitieran a sus enfermos.

La desinstitucionalización se basaba en una especie de dispersión del asilo, creando una serie de instituciones intermedias, más económicas para la recolocación de los enfermos y su reubicación en la sociedad. Al cabo de unos años estos hogares para enfermos externados se fueron convirtiendo en nuevos depósitos de personas, ya que no se resocializaban, sino que se los mantenía allí a un costo más bajo, que el estado compartía con organis-

mos privados. Esto significó desconcentrar el hospital psiquiátrico en múltiples casas, modificó la imagen asilar de la psiquiatría, pero no pudo fundar una real alternativa de vida para las personas internadas. Al cabo de un tiempo estos nuevos establecimientos se fueron convirtiendo en “minimanicomios”.

El hospital psiquiátrico sobrevivió a la reforma de la psiquiatría comunitaria. No hubo en EEUU un cierre de hospitales como en Italia: Algunos que se cerraron fueron al poco tiempo sustituidos por otros. En la actualidad sigue ocupando un lugar central en la organización de los cuidados de la Salud Mental, concentrando un 50% de las internaciones psiquiátricas.

No obstante, hay algunas consecuencias positivas de la reforma emprendida a partir de la ley Kennedy:

a) Se rompió la hegemonía de la institución psiquiátrica, que comenzó a convivir con otras formas institucionales más próximas a las poblaciones que tratan y más abiertas a la comunidad.

b) Se debilitó el poder que ejercía la figura del psiquiatra sobre la enfermedad mental, pues la participación de otros profesionales ligados a una perspectiva psicológica y social puso en crisis el modelo médico imperante.

c) Se modificó la población asistida, sobre todo por la llegada de problemas más leves vinculados a las dificultades de la vida, lo que cambia la cualidad de la locura, como imagen preponderante de la enfermedad de representar todo lo psiquiátrico.

d) La expansión producida por la política comunitaria multiplicó en varias veces la capacidad de penetración de las técnicas psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas, en el tejido social. La ampliación del conjunto de tratamientos que hoy se ofrecen incluso ya no estrictamente ligados a la enfermedad sino al deseo de un vivir psíquicamente más realizado, modificó el rostro oscuro de la psiquiatría.

La Psiquiatría Comunitaria

Sus Propuestas:

Durante la segunda guerra mundial fue desarrollado un enfoque de intervención psiquiátrica preventiva al que Erich Lindemar, su precursor, dio en llamar "intervención en crisis". Ésta, a diferencia de la intervención clásica psiquiátrica que opera sobre la patología constituida en una persona, consiste en actuar sobre la familia, el grupo social, la escuela, etc., en el momento en que ha surgido una situación difícil, que afecta a los individuos y provoca en ellos reacciones que pueden llegar a ser patológicas. Se revaloriza de esta manera la situación de crisis, que puede ser positiva para el desarrollo de un grupo humano si se aprovechan los elementos afectivos desatados, encauzándolos hacia un enriquecimiento de la experiencia. La intervención en crisis ayudaría a impedir que ésta pueda resolverse espontáneamente, afectando a algún miembro del grupo, el que luego se transforma en emergente patológico y lugar de las intervenciones psiquiátricas reparadoras.

Un tiempo después, Gerald Caplan, psiquiatra norteamericano cuestionador de las estructuras psiquiátricas, propuso enfrentar los problemas de la salud mental con una actitud preventiva generalizada, que logre implicar a la comunidad en cada uno de los niveles de intervención preventiva que propone:

1) *Prevención primaria:* implica una tarea inmersa en la vida del grupo, el barrio, para poder estimar las necesidades del grupo en cuanto a valores de salud mental, detectar las poblaciones que presentan mayor fragilidad psíquica y riesgo de enfermedades. Consiste en aplicar un conjunto de acciones sobre los factores que hacen que una comunidad o grupo humano funcione de modo patológico o tenga capacidad de provocar patologías mentales en sus miembros.

2) *Prevención secundaria:* incluye las acciones asistenciales clásicas sobre personas detectadas enfermas o con alto riesgo de enfermar. Se trata de

no aislar al enfermo de su comunidad y operar en ésta con los miembros vulnerables.

3) Prevención terciaria: es el tratamiento a desarrollar sobre las consecuencias de la enfermedad, las condiciones de rehabilitación, las instituciones de internamiento y re-educación, los hogares intermedios, la reubicación en la sociedad. Este nivel de acción fue muy importante durante la reforma ya que el proceso de desinstitucionalización exigía una intervención amplia, sobre los enfermos para ayudarlos a la reintegración en sociedad, sobre los poderes políticos, administrativos, para crear las estructuras de rehabilitación, sobre la sociedad para hacerla más permisiva y tolerante con los externos, con los profesionales para insertarlos en las nuevas políticas de salud mental y en los nuevos modos de asistencia.

La intervención en crisis y la psiquiatría preventiva componen la ideología básica de la psiquiatría comunitaria. El proyecto era ambicioso ya que intentaba una reformulación total del campo de la salud mental, cambiando la conformación de los saberes y técnicas profesionales, la conciencia y actitud social frente a las problemáticas de salud y enfermedad mental y las instituciones asistenciales.

En cuanto a estas últimas, tuvieron que adecuarse a nuevos criterios para que admitieran a sus enfermos:

a) cuestionamiento de la noción de "aislamiento terapéutico", mostrando los efectos iatrogénicos de las instituciones psiquiátricas.

b) importante participación de los psicoanalistas en los centros de salud mental y en las nuevas instituciones que se abrieron.

c) uso masivo de los psicofármacos, que permitieron atenuar el carácter represivo del tratamiento de los enfermos agitados, violentos o agresivos. La expansión de lo psiquiátrico tuvo así dos puntas, la de las psicoterapias y la de los psicofármacos.

d) surgimiento de prácticas terapéuticas alternativas tales como musicoterapia, psicodrama, expresión corporal, terapias ocupacionales, grupos de encuentro, etc.

Teorizaciones de Erving Goffman

La constitución de un discurso social específico, instituyente de una norma psicológica, permite pensar a la psiquiatría como una institución social. Esta institución genera formas básicas de organización de esa norma, como formas particulares de relación de los que participan en ella, instituyendo diferencias y funciones, enfermos / sanos, curadores / enfermos, etc. Estas organizaciones se desarrollan en un establecimiento en el que la institución realiza éstas relaciones y determina el abordaje de prácticas.

Goffman⁹ inicia su estudio del análisis de la condición social de los enfermos mentales en una clínica psiquiátrica. Partiendo de ella lleva a establecer un cierto número de rasgos constitutivos de la vida social en las instituciones divergentes en cuanto a sus fines oficiales se refiere. El manicomio, la prisión, el cuartel o el campo de concentración se organizan según los mismos lugares generales:

- a) El aislamiento respecto al mundo exterior;
- b) Promiscuidad de los reclusos;
- c) Programación del conjunto de la vida cotidiana;
- d) Observación de un mismo reglamento;
- e) Ruptura entre gobernados y gobernantes.

Las conclusiones de sus estudios lo lleva a dos resultados esenciales:

- La puesta en evidencia de una dimensión social constitutiva de la estructura del asilo y ruptura entre el interior y exterior.

- La demostración de que existe una unidad profunda de una serie de instituciones. La misma institución genera formas de organización, formas específicas de relación de los que participan en ella, desarrollando funciones, dependencias como también determinadas prácticas.

Goffman habla de instituciones totales, ellas absorben el tiempo, el interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio. Es-

⁹ Goffman, Erving: Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Bs.As., Amorortu,

tas tienen una tendencia absorbente o totalizadora simbolizada por la oponibilidad a la interacción social con el exterior, al éxodo de sus miembros. También adquieren una forma material: puertas cerradas, altos muros, acantilados, alambre de púa, etc.

Las instituciones totales de nuestra sociedad pueden clasificarse a grandes rasgos, en cinco grupos:

1) Hay instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: son los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos, e indigentes.

2) Los erigidos para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria hacia la comunidad: son los hospitales de enfermos infecciosos, los hospitales psiquiátricos.

3) Aquella organización para proteger a la comunidad de quienes constituyen intencionalmente un peligro para ella, no se propone como finalidad inmediata el bienestar de los reclusos; pertenecen a este tipo: las cárceles, los presidios, los campos de trabajo y de concentración.

4) Las instituciones deliberadamente destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral, y que sólo se justifica por estos fundamentos instrumentales. Estas son: los cuarteles, los bancos, las escuelas de internos, los campos de trabajo, diversos tipos de colonia.

5) Establecimientos concebidos como refugios del mundo, aunque con frecuencia sirven también para la formación de religiosos: abadías, monasterios, conventos y claustros. "La institución total es un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal".¹⁰

El autor hace referencia a la importancia, a la dimensión del espacio cerrado en el manicomio, ya que éste no está en relación directa con el conjunto de los fines de la institución, en este caso es síntesis concreta de fines distintos.

¹⁰ Goffman, E. Op. Cit., Pág. 25

Es una estructura compleja que debe articular fines divergentes (castigos, resocializar, convertir en inofensivo y curar).

El manicomio es un espacio donde reinan absolutamente los valores dominantes y en donde se efectúa un control de los elementos refractarios de las clases dominadas.

Constituye la reproducción del orden socio-cultural, donde la ideología médica juega un papel auxiliador del orden social.

Según Galende¹¹ entre las manifestaciones centrales de las instituciones totales pueden describirse la ruptura de las barreras que separan tres ámbitos de la vida: A) todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una autoridad única. B) cada etapa de la actividad diaria de los miembros se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. C) Todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo de funcionarios. Las diversas actividades obligatorias se entregan a un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución.

En las instituciones totales hay una división esencial de un gran conjunto de personas manejadas y controladas llamadas internos y un pequeño grupo de supervisores. Los internos viven en las instituciones y tienen prácticamente nulos los contactos con el mundo exterior, su actividad es planificada hasta los más pequeños detalles. En su internación a la persona se la degrada, humilla, produciendo la mortificación del yo, atacando así su autonomía y la libertad de acción. Es común en los hospitales psiquiátricos la implementación de privilegios y castigos para lograr así la cooperación del interno. Entre los castigos aplicados se pueden nombrar: 1) castigos corporales moderados y severos, 2) negar o dificultar el acceso al personal médico, 3) encerrar-

¹¹ Galende, E. Op. Cit., Pág. 109

lo en una habitación aislada, 4) incluir su nombre en la lista de aquellas personas que van a ser tratadas con electroshock, 5) trasladarlo a salas indeseables, 6) asignarle tareas repugnantes, 7) suspender todos sus privilegios, 8) maltrato psíquico, sometiéndolo a humillaciones innecesarias enfrente de otras personas.

El concepto de paciente mental utilizado por la psiquiatría sólo cobra significación en cuanto altera su destino social, esta alteración es significativa sólo cuando la persona es sometida al proceso de hospitalización. Se puede observar que en un hospital psiquiátrico la atribución de un comportamiento enfermo atribuido a un paciente mental es muchas veces producto de la distancia social desde la cual se mira la situación. Cuando el paciente se asienta en el espacio cerrado del hospital psiquiátrico recorre disciplinariamente la rutina reglamentaria. El conjunto normativo y el ambiente del hospital psiquiátrico presionan al paciente para que se sienta un caso patológico. Los pacientes mentales son aquellas personas que han producido en el mundo exterior algún tipo de desorden que indujo a otros a categorizarlos como insanos, a causa de una conducta inadecuada al medio.

Se espera que el paciente deba conducirse en un modo manejable y mostrar respeto por los psiquiatras, pero los internos crean entonces mundos de evasión internos.

SZASZ¹² sostiene que "la diferencia entre dos nociones (inconformismo social o desviación y la enfermedad mental) -según se expresan por ejemplo, al decir está en un error y está loco- no radica necesariamente en los hechos observables a que apunten, sean estos cuales fueren, sino que puede ser solo una diferente actitud nuestra hacia el sujeto. Si consideramos que tiene derechos y méritos humanos, y lo miramos en cierta medida como un igual, hablaremos de discrepancias, desviaciones, luchas, tal vez hasta traición. Si nos pareciera, en cambio, que no podemos comunicarnos con él, que él es de algún modo básicamente diferente a nosotros, nos inclinamos a

¹² Szasz, T.: *Politics and mental health American journal of psychiatry*, 1958, Pág. 509

considerarlo, no ya un igual, sino un inferior, y diríamos entonces que es un loco, un enfermo mental, un psicótico, etc.”.

Goffman en su análisis determina también que la sociedad establece diferentes medios para hacer una categorización de personas como también de sus atributos.

Al encontrarnos con un extraño las primeras impresiones nos hacen prever en qué categoría se halla y cuál es su identidad. Puede ser entonces que tenga un atributo que lo diferencie de los demás y lo convierta en un sujeto verdaderamente despreciable, un atributo de esa índole es llamado estigma. Se construye una dimensión ideológica para expresar así su enfermedad y dar cuenta del peligro que reviste. Define el estigma “ como un atributo profundamente desacreditador. Un atributo que estigmatiza a su poseedor y que confirma la normalidad del otro.”¹³

La estigmatización consistirá en la implicación de una serie de prejuicios que son dirigidos o proyectados por las personas denominadas normales.

Funcionaría como un medio de control social. La estigmatización de las personas se asocia a su ingreso a una institución de vigilancia, ya sea hospital psiquiátrico, asilo, etc., donde se desarrollará una experiencia de aislamiento y de inhabilitación.

Goffman se centra en clasificar el vínculo entre el estigma y el problema de la desviación, “el estigmatizado y el normal no son personas, sino más bien perspectivas”.¹⁴ Estas son generadas en situaciones sociales durante contactos mixtos. Los atributos que son duraderos de un sujeto pueden convertirlo en un estereotipo que representará el papel de un estigmatizado en las situaciones sociales que le toca vivir y se lo ubicará en contraste con los normales.

¹³ Goffman, E.: *Estigma. La identidad deteriorada*, Bs. As., Amorortu, 1998, Pág.13

¹⁴ Goffman, E. Op. Cit. Pág.31

Política del Sector

La política de sectorización designa la llamada organización de conjunto de la política de la salud mental en Francia. Uno de sus objetivos era el de romper con el aislamiento manicomial produciendo una nueva inscripción de los servicios psiquiátricos en la comunidad en función de un cuerpo de médicos, de ideas progresistas que desarrollaban sus tareas en los hospitales psiquiátricos. En la política de sector se proponía la integración de la problemática de la salud mental, los intereses no solamente médicos, sino también de las poblaciones concernientes. Se trata de buscar un nuevo acuerdo general para buscar la solución médica y social del problema de la locura en un desencierro generalizado que integraría nuevamente los lazos entre la intervención terapéutica y la vida comunitaria.

Se debe definir una nueva configuración, buscando una institución más flexible, más diversificada, más ágil y en estrecha relación con la vida social, desarrollando y creando nuevos papeles profesionales que implican nuevas relaciones de poder. El paso del manicomio tradicional al sector o a la comunidad no solamente produce un cambio en los cuadros sintomatológicos, sino también en las características sociales, culturales, familiares de los pacientes. También el ejercicio de la actividad terapéutica se abre al exterior y se transforma su modo de actuar y sobre todo el material humano sobre el que se ejerce al encargarse de poblaciones en parte diferentes de las anexionadas por el antiguo manicomio. La política de sector propone pensar que las problemáticas de salud mental y psiquiatría deben ser resueltas en una dimensión más extensa que el espacio del hospital psiquiátrico. Paradójicamente es en el campo de la medicina manicomial donde hay que buscar el impulso primario del que derivan los cambios institucionales, al mismo tiempo que circunstancias históricas particulares. El sistema manicomial desarrollado en el siglo XIX y aplicado como una educación progresista para el problema de la locura se había instalado en Francia, más que en otros lugares, mostrando posteriormente una capacidad de resistencia al cambio.

Aproximadamente al comienzo de los años cuarenta la situación de los hospitales psiquiátricos franceses era de verdadera precariedad. La influencia más importante sobre la psiquiatría francesa es la experiencia de Saint Alban, nombre de un pequeño hospital situado en una región de Dozère, donde se desarrolló una resistencia contra Alemania y que fue impulsada por un médico llamado Lucien Bomafé y Francisco Tosquelles. El hospital era dirigido por Babet entre 1936 -1939 quien sustentaba una posición reformista. Tosquelles con Sauret y Morín crean el consejo psiquiátrico de Cataluña que es considerado como una política de sector, donde desarrollan una comunidad de tipo autogestionada. Preocupados por los problemas organizacionales y funcionales, se aplican intervenciones en el lugar donde estaba el enfermo, donde concurría el médico. En 1943 se produce el congreso de Alienistas franceses con el desarrollo de un manifiesto que tendrá gran influencia entre los jóvenes médicos. Además de la experiencia de Saint-Alban se inician algunas tentativas de liberación del manicomio como la de George Daumezón en Fleury, cerca de Orleáns donde se realizan prácticas que serán denominadas más tarde con el nombre de psicoterapia institucional.

Desde marzo de 1945 se celebran en París las jornadas de Saint Anne que es una forma de concilio de una nueva psiquiatría. Las conclusiones de estas jornadas forman los principios de la idea de sector. Luego de terminada la guerra se plantea la necesidad de conformar un sistema médico de atención mental de la comunidad estatizando todos los servicios privados y con la orientación de poder abrir los hospitales psiquiátricos. La reforma del sistema ha sido pensada en un principio por un grupo de profesionales formados en la práctica manicomial, su primera inquietud fue reformar el hospital, abrirlo, aligerar la jerarquía interna, multiplicar las actividades terapéuticas (clínicas de la actividad).

Pero al mismo tiempo hay otra orientación que se dirige a superar al hospital, pero no suprimirlo y que apunta a una psiquiatría comunitaria. La preocupación preponderante es en un principio la reforma del hospital, pero que va cediendo cada vez más a la intención de centrar la práctica psiquiátrica en el exterior, Esta orientación prevalece en 1960 cuando la idea de

Sectorización es aceptada por el Ministerio de la Salud pública y se convierte en la política oficial de la Salud Mental en Francia, donde el conjunto del territorio nacional es redistribuido en sectores geográficos correspondientes a una población de setenta mil habitantes. La responsabilidad de la Salud Mental es asumida por un equipo psiquiátrico completo y diversificado, dotado no solamente de un lugar de hospitalización sino también de una gama ágil de nuevas instituciones (hospital de día, hospital de noche, talleres protegidos, dispensarios, etc). Plantea también continuidad de cuidados, prevención, rehabilitación pasando por la hospitalización cuando sea necesaria. El hecho de que el sector haya sido pensado y desarrollado a partir del hospital explica su lentitud en su aplicación en relación al nuevo dispositivo.

La Sectorización es la política oficial de Francia desde 1960, pero no tendría su implementación a gran escala hasta 1971-1972, donde aparecen nuevas circulares para su aplicación, como también la reforma de la profesión y de la enseñanza psiquiátrica (1970). El hecho de que la psiquiatría, el equipo y la administración hayan permanecido centrados en el hospital han frenado ciertas tendencias innovadoras, pero sin embargo la prolongación del hospital tuvo consecuencias de otro orden que pueden ser progresistas, la posibilidad de una continuidad de tratamiento por un mismo equipo, la idea de una indisociabilidad de la prevención, de la cura y la post-cura es uno de los principios mayores promovidos por el sector. Actualmente en Francia, se habla de un centralismo psiquiátrico, donde las decisiones del sector que está a cargo del psiquiatra no tiene que rendir cuentas a nadie, más que a la administración que es la Dirección de acción Sanitaria y Social.

Galende¹⁵ desarrolla los principios que configuran la política de sector de la siguiente manera:

- 1) Crítica al asilo como imagen institucional de la psiquiatría, heredero del "gran encierro". Toda la política en Salud Mental se basa en el rechazo de toda forma de segregación de los enfermos.

¹⁵ Galende, E. Op. Cit., Pág. 151

- 2) Oposición a la política de segregación y exclusión. Propuesta de integración en todos los niveles: a) integración del enfermo mental en el conjunto social que emerge, b) subordinación del hospital psiquiátrico a la totalidad de la red de instituciones y equipamiento de higiene mental del sector, c) implantación del equipo del sector en el medio social donde vive el enfermo (atención e intervención domiciliaria, asistencia en y con la comunidad etc.), d) entender al sector, en tanto circunscripción de Salud Mental, como un territorio, es decir, como una unidad de integración y dimensionado de acuerdo con la capacidad del equipo médico-social.
- 3) Asegurar la unidad e indivisibilidad de las tareas terapéuticas : a) integrando en una sola red a todos los equipos del sector, b) haciéndose responsable cada equipo de la totalidad de las fases del tratamiento o intervención preventiva: prevención, detección, pre-cura, hospitalización parcial o total, externación, seguimiento, post cura, c) asegurando la unificación y coherencia por el equipo de Salud Mental de todas las operaciones terapéuticas implicadas desde la consulta, de manera de tener un control homogéneo de todo el plan terapéutico.
- 4) El equipo de sectores es "la célula productiva" de cuidados en Salud Mental. Alrededor de él se ordena el conjunto del dispositivo material e institucional; como núcleo de la red de cuidados de Salud Mental, cuida la fluidez de las relaciones internas, concentra la información que supervisa y distribuye por todo el sector, garantiza que las divisiones jerárquicas y burocráticas no obstaculicen la eficiencia en la aplicación de las estrategias terapéuticas.
- 5) El equipo del sector es 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.

Psicoanálisis Institucional Francés

La psiquiatría Francesa, de acuerdo a la opinión de Robert Castel.¹⁶, ha resistido por mucho tiempo a los prestigios específicos del psicoanálisis especialmente por estar apoyada en una tradición médica manicomial muy importante, también por el prestigio de Pierre Janet, rival de Freud, y una cierta hostilidad hacia Alemania. En las facultades de medicina de orientación neurológica y en los hospitales psiquiátricos donde se llevaba a cabo el aprendizaje de la práctica hospitalaria, había un pequeño espacio para la enseñanza psicoanalítica.

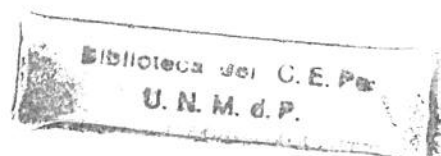
Hasta los años cincuenta, los psiquiatras que buscaban soportes teóricos para cambiar el sentido de las prácticas psiquiátricas se inclinaban más bien hacia el marxismo o la fenomenología que hacia el psicoanálisis.

Sin embargo se comienza a producir, en la década del setenta, un cambio progresivo en el seno de la psiquiatría pública, a través de la presencia de una corriente psicoanalítica dinámica. "La paradoja es tanto más admirable si se tiene en cuenta que, a diferencia de lo que se observa en la mayoría de otros países en lo que respecta a la evolución histórica del psicoanálisis, la escuela más activa llamada psicoterapia institucional analítica se confiesa freudiana ortodoxa, e incluso hiperortodoxa en la medida en que se refiere a las enseñanzas de Jacques Lacan, cuyo retorno a Freud va a contra pelo de toda la evolución del psicoanálisis de los países anglosajones denunciando la ruptura del orden inconsciente y de los elementos de la realidad que podrían aflorar, ya sea del análisis del yo en la línea Sullivan-Erikson, ya sea de un análisis cultural en la línea Karen Horney-Erich Fromm : el culturalismo."¹⁷

Una de las razones de este cambio se debe a la conversión al lacanismo, en la década del cincuenta, de personajes importantes "de la experiencia de Saint Alban". Con la prédica del psicoanálisis de algunos de sus

¹⁶ Castel, Robert. Génesis y ambigüedades de la noción del Sector en psiquiatría. Ediciones de la Piqueta, Madrid, 1981. Pág. 143.

¹⁷ Castel, Robert. Op. Cit., Pág. 155.



líderes como Francisco Tosquelles, el sentido del modelo de Saint-Alban se desplaza. Hay una nueva generación de psiquiatras progresistas, que ejercen sus funciones en los hospitales psiquiátricos con una actitud psicoanalítica rigurosa. “El psicoanálisis se encontraba así libre de la sospecha de estar indicado para privilegiados, acantonado en el marco estrecho de la relación dual de la práctica privada”.¹⁸

El psicoanálisis empezó a trabajar en el campo teórico-práctico para adaptar sus conceptos a la práctica hospitalaria (transferencia-contratransferencia institucional). La escuela Lacaniana desarrolla una concepción de la no adaptación, del descubrimiento de la verdad en el inconciente del sujeto, que fue bien recibida por psiquiatras imaginativos e innovadores que pensaron que bastaba con la toma de las categorías del discurso inconciente para cambiar el sentido de la práctica psiquiátrica.

El psicoanálisis cambia las racionalizaciones de las prácticas más que las prácticas mismas y monopoliza en Francia la mayor parte de los debates sobre medicina mental en sectores de profesionales progresistas.

En opinión de Castel, “mientras que el psiquiatra es un especialista dotado de técnicas médicas y encargado del paciente dentro de una relación de dependencia definida por lo social, el psicoanálisis intentaba mostrar que la función histórica del mismo en el campo de la medicina mental ha sido poner sus extraordinarios recursos al servicio de la salud mental”¹⁹. En este sentido, también cobraba importancia el método psicoanalítico, por su radicalidad, indivisibilidad, siendo capaz de dar puntos de vistas y criterios ante cualquier situación, no solo de orden psicológico sino de orden social y político.

Se establecen, siguiendo el análisis de Castel, dos tendencias : una tecnicista, acentuada en los adeptos a la Sociedad Francesa de Psicoanálisis cuyos miembros han dirigido desde un comienzo “la experiencia del distrito 13”, modelo del sector, y otra formada por los adeptos de la Escuela Freudiana de París (lacanianos) predominantemente animados por una ideología

¹⁸ Castel, Robert. Op. Cit., Pág. 156.

¹⁹ Castel, R. : Op. Cit, Pág. 160.

más proclive al cambio. La primera escuela se comprometió rápidamente a la experiencia comunitaria, mientras que los partidarios de la escuela lacaniana han sido reticentes respecto al sector, por motivos políticos. Su realización más acabada es la clínica del Laborde en Cour-Cheverny, que está más cercana a la comunidad terapéutica en el sentido anglosajón del término.

Roudinesco opina que Lacan "no sólo se negaba a integrar al psicoanálisis y a la psiquiatría sino que mostraba la necesidad absoluta de dar prioridad al inconciente freudiano en toda elaboración nosográfica brotada de la psiquiatría"²⁰.

Maud Mannoni²¹ contribuyó también a la difusión en Francia de los temas de psicoanálisis y de la antipsiquiatría. Hace referencia a la oposición entre un psicoanálisis puro y justo y una psiquiatría cómplice de la administración para poner una política represiva de la asistencia. Se alimenta así la dicotomía entre un buen psicoanálisis (subversivo) y la mala psiquiatría (post-represiva).

Opina que el psicoanalista corre el riesgo de convertirse en un superpsiquiatra a partir del momento que ingresa al servicio público, y que, llegado el momento el psicoanálisis está llamado a plantear un problema político.

La autora considera que la práctica psicoanalítica, se mantiene bastante al margen de una integración con el aparato estatal. La psiquiatría, en cambio, se relaciona al ámbito administrativo político ligada al poder del estado y es ejecutora de una acción esencialmente coercitiva. En el plano institucional, el psicoanálisis se ha liberado de la tentación de colaborar con la administración pública, se desarrolla en forma libre, sin restricciones administrativas y médicas y su objeto es ayudar al sujeto a descubrir su verdad sobre sí mismo y sobre las relaciones con los demás.

²⁰ Roudinesco, E.: Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento. Fondo de cultura económica de Argentina, S.A., 1993, Pág 85.

²¹ Mannoni Maud: El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis, México, Siglo XXI, 1976, Pág. 163.

Sostiene que el discurso lacaniano es extremadamente crítico respecto a la psiquiatría y las prácticas que realizan algunos psicoanalistas en las instituciones psiquiátricas.

Así mismo, estima que éste ha sido persistente en su influencia y penetración en diferentes tipos de instituciones, algunas más permeables, otras más resistentes. Su influencia se manifiesta en todos aquellos profesionales que aprecian una psiquiatría moderna donde no pueden dejar de lado la prioridad dada a la relación de tipo terapéutico, la historia infantil, problemas familiares, transferencia, contratransferencia etc.

El psicoanálisis : “¿es una amenaza para la psiquiatría?”, se preguntará Mannoni²². Opina que en el plano práctico, en un servicio que quiera funcionar con los principios del psicoanálisis, la referencia al esquema médico desaparece. La capacidad de insight, el dominio de la transferencia, la pertenencia a las interpretaciones no implican en absoluto una posición médica. El papel del psiquiatra se reduce a asumir funciones administrativas con el complemento y responsabilidad de un cierto número de actos propiamente médicos y por ello desvalorizados por el psicoanálisis (Ej., la administración de medicamentos). Considera que las ideas psicoanalíticas deberían convertirse en ideas reguladoras de la práctica psiquiátrica moderna, y que todos los psiquiatras con una tendencia psicoanalítica se consideran insatisfechos de sus realizaciones pero viven esa decepción como parte del trabajo que le es propio. Estima que existe una especie de desnivel estructural, donde una intervención realista se cumpliría mejor adaptando el cuerpo teórico psicoanalítico, liberándose entonces de la referencia del polo médico, que se abandonaría definitivamente.

La psiquiatría psicoanalítica ha intentado un plan ambicioso, codificar el conjunto de la práctica psiquiátrica en el marco de una rigurosa técnica dirigida por los principios del psicoanálisis, pero hay en el hecho psiquiátrico y sobre todo en la organización de la psiquiatría una profesión, donde se pudo creer que el psicoanálisis encontraría su lugar, pero esta relación fue relativa

²² Castel, Robert : La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al post-análisis. Ed. Anagrama, Barcelona, 1981, Pág. 26.

porque la psiquiatría pretendía todo para ella, en dirección de una vocación hegemónica, preparando una contraofensiva del positivismo médico.

El psicoanálisis ha realizado dentro de la psiquiatría una primera profundización que constituyó una ampliación respecto a las condiciones técnicas de las prácticas, tal como Freud las había elaborado; el psicoanálisis al salir del marco de la exploración de la neurosis acentuaba su inscripción en el campo de lo patológico. Especialmente el psicoanálisis se convirtió en un elemento esencial de la estrategia de numerosos profesionales de la salud, dio garantía teórica y conocimiento técnico.

Castel opina que "la vocación propia del psicoanálisis lo predispone a asumir las dos exigencias principales de una política de la salud mental moderna: negar el carácter absoluto de la diferencia entre lo normal y lo patológico, como lo concebía la vieja sintomatología psiquiátrica, para atacar las zonas fronterizas donde los límites de la anormalidad y de la inadaptación social se confunden; y, correlativamente, dominar el largo plazo, prevenir la eventualidad de una patología, aunque ésta permanezca latente".²³

Freud, en relación a la psiquiatría manifiesta que "el psicoanálisis no se opone a la psiquiatría como se podría creer por la actitud casi unánime de los psiquiatras. Al contrario, la psicología de las profundidades, es decir, la psicología de los procesos de la vida psíquica inconciente, es más bien llamada a proveer a la psiquiatría de la indispensable infraestructura y ayudarla en sus actuales limitaciones. Seguramente el porvenir producirá una psiquiatría científica a la que el psicoanálisis habrá servido de introducción"²⁴.

²³ Castel, Robert : El psicoanálisis, el orden psicoanalítico y el poder, Siglo XXI, México, 1980, Pág. 155

²⁴ Castel, Robert. Op. Cit, Pág. 96

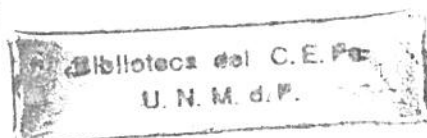
Comunidad Terapéutica

Según Galende²⁵, las llamadas “comunidades terapéuticas” son oficializadas con Maxwell Jones, pero ya Bion en 1943 había realizado experiencias con grupos como psiquiatra militar inglés durante la segunda guerra mundial. Estaba encargado de un hospital (Northfield) de unos 400 hombres donde había serias dificultades para realizar abordajes psicoterapéuticos de forma individual y en donde había problemas disciplinarios y anarquía. Bion estableció un objetivo que era que esa colectividad tome conciencia de sus dificultades, constituir un grupo propiamente dicho y poder ser capaz de organizarse a sí mismo.

Se organizó un reglamento para la conformación de grupos y cada uno de ellos tenía una actividad diferente, cada grupo era libre de desarrollar o abandonar su actividad. La situación del conjunto se examinaba todos los días. Bion organizaba grupos de enfermos para realizar discusiones sobre sus problemas, como también la búsqueda de actividades nuevas, elevación del sentimiento de dignidad personal y participación en el gobierno del pabellón. Luego de terminada la guerra Bion se ocupará de la readaptación de aquellas personas que combatieron en la guerra, para insertarlos en la vida civil, utilizando un método de psicoterapia de grupo que tenía por objetivo tratar de comprender las tensiones que se manifiestan en las sesiones entre sus integrantes. Estas primeras experiencias fueron base para la construcción teórica de Bion. Enuncia que el comportamiento de un grupo se efectúa en dos niveles: a) tarea común, racional y conciente. Todo grupo se da una tarea, su éxito o logro depende de su relación correcta con la realidad exterior, como también de los roles y coordinación de los mismos; b) emociones comunes.

Bion pensó que la cooperación conciente entre los miembros de un grupo es necesaria para el éxito de sus actividades, requiriendo una circulación emocional y fantasmática inconciente (predominancia de los procesos psí-

²⁵ Galende, E. Op. Cit., Pág. 143.



quicos primarios). También vió que los individuos que conforman un grupo se combinan en forma instantánea e involuntaria para actuar según unos estados afectivos, que los llamó supuestos básicos. Estos estados afectivos son arcaicos, pregenitales (supuesto básico de dependencia, de ataque y fuga y de apareamiento). Los supuestos básicos son organizadores grupales, es decir, reguladores implícitos de los comportamientos grupales que permiten pensar el accionar de los individuos en el grupo.

Para Bion los grupos son espacios de producción colectiva y constituyen un campo de descubrimiento y de producción teórica.

Se plantea entonces a qué demanda social respondía la aplicación de los dispositivos grupales con fines terapéuticos. La psiquiatría inglesa tenía que encontrar un sistema adecuado, un soporte para reabsorber las angustias y solidaridades de grupos, había que restituir a innumerables personas que se incorporaron en los hospitales británicos en 1940. Además de Bion también actuaron otros psiquiatras como Rees, Rickman y Foulkes.

El trabajo del grupo de Northfield, donde se originó una corriente de psicoanálisis grupal es conocida como comunidad terapéutica.

Es interesante hacer referencia que la actuación de psicoanalistas ingleses armonizó una contraposición entre psiquiatría pública-psicoanálisis privado. Lacan muestra en una exposición sobre la experiencia inglesa que uno de los caminos más importantes de una psiquiatría organicista a una psiquiatría social surgió a partir de la instrumentación de herramientas conceptuales y técnicas de origen psicoanalítico.

Maxwell Jones en Mill Hill, luego de finalizada la guerra va a dar una definición más taxativa de comunidad terapéutica. Desarrolló sus actividades en el hospital Hendersen y fue asociado a los tratamientos llamados socioterapias, base importante para una nueva psiquiatría institucional, con presupuestos sociológicos.

Surgen principios esenciales para el buen funcionamiento de la comunidad terapéutica, entre ellos:

- 1) La importancia de una utilización racional y eficiente de todos los recursos de la institución.

2) Establecimiento de libertad de comunicación en todos los sentidos y niveles, evitando la organización jerárquica de la comunicación.

3) Producir una dimensión analítica en relación a los intercambios institucionales en términos de dinámicas grupales, interpersonales.

4) Desarrollar espacios terapéuticos grupales, de forma de que todos intervengan en el proceso terapéutico, la reunión en asamblea comunitaria es privilegiada como instancia terapéutica.

5) Desaparición de las estructuras jerárquicas tradicionales de carácter piramidal, para establecer y desarrollar relaciones más horizontales, que aseguren la comunidad de intereses y objetivos.

6) Creación de un espacio social de reconocimientos recíprocos, para desarrollar y fomentar la sociabilidad del grupo.

7) Proponer que la asamblea comunitaria sea un órgano de gestión, organización y evaluación de todas las actividades.

Se define a la institución como un conjunto orgánico, no jerarquizado de médicos, pacientes y personal donde se incluyen enfermeros, administradores, etc. Se trata de una propuesta de democratización donde la opinión de cada persona (médicos, enfermeros, enfermos) tiene el mismo valor. Se trata de construir un ámbito de permeabilidad e intereses y objetivos que determinen una mayor consolidación del grupo en las tareas a realizar, también canales de interacción de la comunidad en el exterior para asegurar confrontar con la realidad social. El personal es participante activo en la terapéutica de sí mismos y de otros pacientes, como también en el espectro de otras actividades y labores del hospital, en oposición a la función pasiva y receptora de los tratamientos convencionales.

Todas estas propuestas corren con un alto grado de no poder ser implementadas, son como un ideal a seguir, ya que la institución hospitalaria se estructura de una forma que imposibilita su concreción (reglas, no desarrolla climas de permisibilidad, no participan todos por igual, jerarquización, preferencial médico como figura invertida de poder, etc).

Teorizaciones de Cooper y Laing

*David Cooper*²⁶

El autor hace referencia a una conciencia crítica sobre los procesos institucionalizantes, sobre el entrenamiento formal y el adoctrinamiento cotidiano en la vida del hospital psiquiátrico. Sus cuestionamientos abarcan las dimensiones teóricas y las operaciones cotidianas en el trabajo. Un cuestionamiento de gran profundidad lo ha llevado a realizar y proponer abordajes, construcciones teóricas y procedimientos que parecen la antítesis total de los llamados convencionales.

Cuestiona la psiquiatría y especialmente el área problema que es lo que se denomina esquizofrenia, indaga su categorización, cuáles son sus pasos y qué efectos significativos tiene tanto para el rotulador como para el rotulante.

Manifiesta la importancia que denota en nuestra sociedad la multiplicidad de técnicas que permiten señalar a ciertas minorías para luego tratarlas mediante un conjunto de operaciones que revisten gravedad, y que van desde la exclusión, el menosprecio hasta la invalidación total como ser humano. Pero estas técnicas de invalidación aparecen como respetables ya que fueron aprobadas por la ciencia médica donde se supone que convergen con el ideal comunitario. Esto lo lleva a cuestionar determinados enfoques y los modos del actuar médico en el campo del comportamiento humano que concierne al campo de la psiquiatría, por el cual esta última produce una acción o actividad cooperativa con la invalidación sistemática de una gran cantidad de personas.

Tomará un tema acuciante que es el problema de la violencia en la psiquiatría donde llega a la conclusión que la más notable violencia, es la violencia de la psiquiatría, porque refracta y dirige a pacientes identificados, la

²⁶ Cooper, D.: *Psiquiatría- Antipsiquiatría*. Ed. Ariel, Argentina, 1971, Pág. 79.

violencia sutil de la sociedad, en muchos casos la psiquiatría representa a la sociedad contra los pacientes.

La nosología médica postula que la esquizofrenia es una enfermedad donde hay síntomas y signos observables en una persona que implícita o explícitamente puede ser abstraída de su ambiente humano con la finalidad de realizar tales observaciones. Se acepta entonces que los síntomas y signos designan o indican un diagnóstico el cual determina pronóstico y tratamiento. Tomando a Szasz, utiliza el término panchreston, algo que explica todo, se sugiere que la palabra esquizofrenia ha servido para oscurecer, ocultar el problema real y no hay una prueba inequívoca que justifique la inclusión de la esquizofrenia como una enfermedad más en el campo de la nosografía médica. Cooper la define en estos términos: " la esquizofrenia es una situación de crisis microsocia en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros en virtud de razones culturales y microculturales, por lo general familiares, inteligibles, hasta el punto de que aquella es elegida e identificada de paciente esquizofrénico, es luego confirmada por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario por agentes médicos o cuasimédicos".²⁷

Los síntomas esquizofrénicos son prácticamente todo aquello provocado por la familia. El paciente es apartado de su familia con la intervención de diversos agentes médico sociales. El paciente mental una vez rotulado es obligado de diferentes formas a asumir y ocupar el rol de enfermo. La enfermedad es algo que le ocurre a la persona como portador de síntomas que son el producto de un proceso, el paciente es prescindible como persona y por lo tanto se predice de él. El modo de pensar en términos de enfermedad o enfermo esta basado en la tradición médica donde ha quedado enlazado al trabajo psiquiátrico. En el pabellón no sólo se lo guarda al internado en un hospital psiquiátrico sino también en los preconceptos del personal. Se prolonga así la violencia que empieza con la familia, los llamados progresos psiquiátricos sirven para ocultar ese espacio o área más esencial en el cual

²⁷ Cooper, D. Op. Cit., Pág. 127.

el hospital psiquiátrico no ha avanzado desde la época de Kraepelin. La problemática surge no en dirección hacia la persona enferma sino en el interactuar de personas, particularmente la familia, entonces la llamada locura no está en una persona, sino en el sistema de relaciones en la que esta integrado y en la cual forma parte. La relación entre la familia y los agentes de la sociedad es la base fundamental de la violencia psiquiátrica. En el hospital psiquiátrico y en la sociedad aparecen dos procesos que son concretados, la persona en un principio es expelida de su familia y de la sociedad, para luego ser entregada, absorbida por el hospital y posteriormente digerida y metabolizada hasta que desaparece como persona identificable. Esto es la violencia, y tomando a Levi Strauss, la llamada sociedad antropológica moderna que expelle todo aquello que no se somete a sus artificiosas reglas de juego.

Los que están implicados en esta acción producen una negación que trata de desembarazarse de alguna persona, esta negación incluye la sociedad y la familia. El proceso está constituido por pasos que son la invalidación de una persona por otras, la rotulación diagnóstica, la segregación física de esa persona de su contexto social. La expulsión de la persona rotulada como loca mantiene entonces una homeostasis segura y cómoda de las personas denominadas como sanas y buenas gracias a esa mentira. Se podría afirmar que con mucha frecuencia las personas que ingresan al hospital empiezan de algún modo a ver la verdad.

La sociedad ve que hay algo de peligroso en la locura, para la psiquiatría el peligro funciona de dos maneras simples, peligroso para los demás o peligroso para sí mismo, se puede tachar un término y dejar otro. Fundamenta las formas de detención que pueden ser cortas pero también si es necesario renovadas.

Cooper hace referencia a que las personas son seres humanos y no objetos, donde el peligro de la locura reside en lo inesperado, lo espontáneo. El loco no sorprende a los demás, es en nuestras palabras donde lo hace, en este sentido todos los locos son disidentes políticos, en cada delirio o pre-

sunto delirio se pueden encontrar declaraciones políticas. La paranoia es una forma de hipernormalidad, una forma fascista de existencia.

Cooper habla también de un estadio de propuesta, que es el de superar la situación de la psiquiatría, productora de la violencia, reconociendo la complejidad dialéctica de la realidad humana, el centro intencional de cada existencia humana, sus experiencias, el proyecto por el cual cada persona se define en el mundo.

La experiencia que propone establece la conformación de una comunidad pequeña entre treinta y cuarenta personas sin los preconceptos ni prejuicios clínicos, sin jerarquías personal-pacientes, relaciones de horizontalidad y no una rigidez y verticalidad impuesta desde el exterior, donde debe incluirse fundamentalmente en forma total y activa la implicación de los familiares de los integrantes de la comunidad. En estas comunidades experimentales las personas no tendrán que luchar contra los deseos alienados de otros que lo quieren moldear. También hace una crítica a la familia, que la considera una pequeña organización social y política fundada en la opresión de una clase social por otra, esta debe ser destruída y restaurada sobre nuevas premisas. Conformar también un cuadro del complejo juego de introyecciones y proyecciones que se manifiesta en el falso sí mismo del grupo familiar y en cada uno de sus miembros.

Cooper se pregunta ¿cuál es la función de la psiquiatría en las instituciones psiquiátricas? La psiquiatría es como un brazo más del sistema opresor y la institución un lugar donde la sociedad opresora encierra su propia locura, negada y condensada en algunas víctimas propiciatorias: los rotulados de psicóticos, tal vez porque son el modo privilegiado que sirven y testimonian la inhumanidad del sistema.

Ronald Laing

Su trabajo en el Tavistock Institute for Human Relations, constituye uno de los primeros andamiajes para el desarrollo del movimiento antipsiquiátrico. Laing toma una direccionalidad verdaderamente crítica en relación a las ideas imperantes y sobre el status de la enfermedad mental, especialmente sobre la esquizofrenia, nunca acepta que dicha enfermedad sea un hecho bioquímico, neurofisiológico ni psicológico. Para el autor, la esquizofrenia es una enfermedad que aflige a las personas a quienes los psiquiatras atribuyen la condición de esquizofrénicos, manifestando en resumen que la esquizofrenia es el nombre dado a un estado que la mayoría de los psiquiatras adscriben a los pacientes a quienes llaman esquizofrénicos. La institucionalización de atribución a la esquizofrenia, es un conjunto de conductas organizadas, observadas por psiquiatras, enfermeros, asistentes sociales, familia.

Laing parte de la hipótesis que el atribuir la enfermedad a una persona y el inducirla a desempeñar el papel correspondiente genera buena parte de las formas conductuales que se consideran sintomáticas de la esquizofrenia, preocupándose por la búsqueda de nuevas vías investigativas referentes a la atribución social, estableciendo el porqué en ciertas situaciones sociales es conveniente prescribirla.

Para Laing la familia es un verdadero sistema que se va a caracterizar por su alto nivel de complejidad. Considera que la familia puede ser imaginada como una trama, una flor, una tumba, una cárcel. Realiza un análisis exhaustivo para comprender su estructura como nexo dinámico de las interacciones que moldean la personalidad de sus integrantes y las consecuencias de sus eventuales patologías.

Laing se preguntará "¿cómo es la textura de la verdadera experiencia vivida de la vida familiar, cómo es la dramática, el producto social? ¿qué se pide de nosotros? ¿Que los comprendamos?. Pero la comprensión, en cuanto esfuerzo para captarla en su significado, mientras permanecemos en nuestro propio mundo y los juzgamos por nuestras propias categorías que,

inevitablemente no valen para él, no es lo que el esquizofrénico desea o necesita. Se debe reconocer su carácter distintivo, su diferencia, su separación, su soledad y su desesperación. ¿Cómo puede uno demostrar la pertinencia y significación humanas generales de la condición de los pacientes si las palabras que tiene que emplear están específicamente designadas para aislar y circunscribir el significado de la vida del paciente a una determinada entidad clínica?"²⁸. Crítica a los psiquiatras por la utilización de un modelo estático, no recíproco proponiendo un diagnóstico social.

Su pensamiento va evolucionando hacia un posicionamiento crítico radical que aborde la sociedad toda, desarrollando una verdadera revolución por medio de la construcción del conocimiento que tiene el hombre de sí mismo y de la sociedad.

Jean Paul Sartre manifiesta la importancia del pensamiento de Laing por la preocupación por llegar a un enfoque existencial de los enfermos mentales, donde no es posible entender las dolencias psíquicas desde afuera, a partir de un determinismo positivista ni reconstruirlas mediante la combinación de conceptos que se mantengan exteriores a la enfermedad vivida; es fundamental el respeto por la persona del paciente y el esfuerzo constante de encontrar la respuesta de la persona en esa situación, donde la enfermedad es la salida que el organismo libre en su unidad total inventa para poder vivir una situación no vivible.

²⁸ Laing R.: *El yo dividido*. Fondo de cultura económica, Bs. As. 1964, Pág. 14

Work Houses

Puede decirse, siguiendo a Jacques Donzelot²⁹, que la creación en Inglaterra de las Work Houses corresponde a una condena de la indigencia y es a su vez una tentativa para delimitarla y suprimirla. Hasta el año 1834 la asistencia en Inglaterra descansaba en la tasa para pobres, impuestos percibidos en las parroquias sobre los propietarios agrícolas y manufactureros, redistribuída a las familias en forma de un salario de apoyo, o de una subvención caritativa. La ley de 1834, al suprimir la asistencia a los pobres produce un desequilibrio en el orden económico. En las encuestas exigidas por el Parlamento en 1832, para preparar una nueva ley sobre los pobres, las categorías de análisis se reagrupan bajo una misma rúbrica constituída por la oposición individuo-sociedad, donde la pobreza queda integrada a una dimensión puramente moral, definida como anclamiento en la pereza, elección espontánea de ociosidad y exceso. Dicho posicionamiento se refiere entonces a que la situación trágica del pobre, es consecuencia de una actividad moral del individuo.

El proletario no es concebido en términos de familia, sino tomado aisladamente. No se duda en separar a los niños de sus padres, el marido de la mujer, en la Work House existen talleres y dormitorios separados para hombres y mujeres, además de otras para niños.

Lo que define a la Work House es el proyecto de reducir las malas inclinaciones del hombre, de corregir su naturaleza viciosa, pone en práctica entonces un sistema coercitivo que se despliega en tres vertientes esenciales: 1) Instauración de coacciones disciplinarias que regularizan la existencia según el empleo muy estricto del tiempo, no dejando huecos de ociosidad. 2) Separación total de los individuos, ignorancia de la familia, pero sobre todo de las formas de reunión; en líneas generales se puede decir que las formas religiosas y espontáneas de reunión son reemplazadas por otras segmentarias o abstractas que no reciben su unidad más que de un sistema de tran-

²⁹ Donzelot, Jacques : Espacio cerrado, trabajo y moralización. Revista Topique, núm. 3, Mayo de 1970, Pág. 44

sacción (sociedades de socorro – cajas de ahorro) en tanto que condición de adaptación a la sociedad real. Es decir, formas de unidad impuestas del exterior sustituyen las formas espontáneas y por lo tanto peligrosas de reunión. La Work House es un espacio reductor mediante una acción coercitiva donde pretende la disociación de los grupos contruídos y la desindividualización de cada uno mediante la uniformación de todos bajo la misma ley de un trabajo mecánico, monótono, regularizado, su función es puramente adaptadora. Es interesante hacer referencia que una de sus funciones es relevar la práctica económica por prácticas médicas y morales. Se empieza a leer en términos de inmoralidad y o degeneración, conformándose la indigencia en ilegalidad, al mismo tiempo que el delito y la enfermedad mental son psicologizados y patologizados. Hay una mezcla de condena moral y de solicitud médica en la que habitan el loco y el delincuente. La medicalización y la psicologización se articula sobre una teoría que hace al hombre sometido a su naturaleza instintiva, que pasa del vicio al exceso. Se delimita la segregación, punición y terapéutica. Satisface las exigencias de la justicia que no se limita a ser retributiva, sino también redentora. La Work House es una comunidad laboriosa y silenciosa, sería como una semi-familia situada en el medio del camino entre la familia real y la gran familia humana, serviría para salvaguardar la existencia colectiva, aislando al individuo, debilitando las individualidades por medio de ejercicios monótonos que ejercerán en sus pacíficos trabajos en contacto con la naturaleza, a través de hombres sensatos e ilustrados que los dirigen.

La Política de Desinstitucionalización en Italia

En el análisis de la reforma institucional italiana, se hace necesario considerar las particularidades propias de cada una de sus regiones y las notables diferencias entre el norte y el sur. La misma comienza a partir del año 1967. El ambiente psiquiátrico en Italia hasta los años setenta estaba dominado por una amplia red de hospitales psiquiátricos, de funcionamiento manicomial, con profesionales de formación en general, bióloga. Franco Basaglia, por entonces director del hospital psiquiátrico de Gorizia, impulsó un movimiento social y político que permitió en pocos años el cierre definitivo de un número importante de estos establecimientos.

En el año 1968, en su primer libro indicaba : “la psiquiatría debe ser considerada como la expresión de un sistema que hasta el presente ha podido negar y abolir sus contradicciones separándolas, no aceptando su dialéctica, intentando mantenerse ideológicamente por una sociedad sin contradicciones. Si el enfermo es la sola realidad a la cual intenta referirse se deberá atacar las dos fases de esta realidad, de las cuales se compone: el hecho de ser un enfermo por sus problemas psicopatológicos (no ideológicos pero sí dialécticos) y el hecho de ser un excluido, un estigmatizado social”³⁰.

Así veía Basaglia la función de encubrimiento que hace la medicina mental, ya que desplaza el problema sociopolítico que el enfermo y la institución representan hacia una solución técnica científica. Su preocupación estaba centrada en poder tomar dialécticamente la dimensión médica (un enfermo por sus problemas psicopatológicos) y la dimensión sociopolítica (el hecho de ser un excluido), sin escindir el problema medicalizándolo o politizándolo. Toma la dimensión global del enfermo en su contexto sociopolítico.

Basaglia dentro de su propuesta estableció:

1) La existencia del asilo y la existencia de la internación son concordantes y nucleares en la ideología psiquiátrica.

³⁰ F. Basaglia. La institución negada. Ed. Barral, Barcelona, 1971. Pág. 132

2) El asilo no admite ser reformado se hace necesario suprimirlo, ya que la contradicción entre la función custodial y curativa no es ni abordable ni resoluble en el asilo mismo.

3) El asilo se convierte inevitablemente en el lugar de depósito para los enfermos de las clases bajas.

Se hace necesario eliminar el asilo para reinstalar el problema de la producción concordante de enfermedad mental, marginación, segregación, en el seno de la comunidad.

4) Crear una alternativa sobre la base de la supresión del internamiento, descentralización de la asistencia, creación de centros periféricos de salud mental capaces de cubrir la demanda de asistencia en la comunidad donde funcionen, asegurando que no haya una retaguardia asilar o, peor aún, que se pueda degenerar toda la alternativa en una extensión de la psiquiatría asilar hacia los centros de salud mental.

Siguiendo a Emilio Galende³¹, el proceso italiano puede sintetizarse en tres ítem:

- el incidente de Gorizia y el diseño de la política
- el Programa de Psiquiatría Democrática y la Ley de Salud Mental
- avances y resultados.

El Incidente de Gorizia

En el año sesenta, Basaglia por aquella época director del hospital psiquiátrico de Gorizia (ubicado en el norte de Italia, con 700 camas) junto a otros profesionales que trabajaban en el mismo asumieron un posicionamiento crítico frente a su funcionamiento y frente a las jerarquías profesionales y técnicas, concretando una propuesta para convertirlo en un hospital abierto. Se inicia así toda una experiencia de apertura y transformación, hasta que un hecho inesperado, llamado "incidente de Gorizia", dio lugar a un gran debate público sobre todo el problema asilar, en el que se pronunciaron

³¹ Galende, E. Op. Cit. Pág. 158

y alinearon los sindicatos obreros, los partidos políticos y otros movimientos sociales: un paciente, internado desde hacía diez años en el hospital, que había salido por unos días de visita a su casa, mata a su esposa a golpes de hacha, en ausencia de otros familiares. La prensa aprovecha este episodio para atacar duramente a Basaglía, quien fue incluso acusado de homicidio y procesado. Este proceso no prosperó y finalizó dos años después sin condena. Basaglía para defenderse, publicó una larga carta en la prensa en la cual, en uno de sus párrafos dice; "...en la institución psiquiátrica que dirijo, a través de un gradual y fatigoso trabajo de transformación que ha empeñado por igual a enfermos, enfermeros, médicos y asistentes sociales, el único significado y la única esperanza futura para internados que han tomado conciencia del grado de exclusión y segregación del cuál eran objeto, y que iba más allá de toda justificación terapéutica, es la posibilidad de una apertura hacia el exterior." A partir del incidente de Gorizia, también llamado por la prensa "el caso Milkus" las autoridades, tanto del gobierno central como los consejos provinciales, pidieron cautela en el proceso de reforma, de modo de no conmocionar el tejido social.

Habría tolerancia para que el hospital se transforme en comunidad terapéutica, pero siempre que se mantuviera el control sobre los enfermos internados. El equipo del hospital junto a los sectores que lo apoyaban, avanzó en la denuncia de los deseos marginizantes (del loco, del pobre, del impedido) que escondían la sociedad y la familia. Se propuso a la comunidad que se crearan centros de higiene mental, insertos en la población y dirigidos ya no solo por los psiquiatras sino también por las fuerzas políticas representativas y líderes de la comunidad. Basaglía avanzó en el plano de los fundamentos racionales de su propuesta mostrando la identidad de situación de los enfermos con el resto de los marginados de la sociedad y la comunión de intereses excluyentes: El problema fue tomando entonces un carácter más amplio, ya no era un debate interno de la medicina, sino una articulación de cuestiones ideológicas y políticas a la función médica del hospital.

Al poner la administración provincial numerosas trabas frente al plan de externación y apertura del hospital, todo el equipo de profesionales, incluido

Basaglia, su director, deciden renunciar a sus cargos. Finalmente la administración aceptó las renunciaciones, pero a partir de estas se produjo una gran movilización de los sindicatos, los partidos políticos y los sectores de la prensa que apoyaban la reforma, uniéndose luego otras fuerzas sociales locales, enfermos externados y trabajadores, para ampliar el movimiento hacia un reclamo general de reforma de todas las políticas de salud.

Lo que había entrado en debate era el programa político que empezaba a diseñarse a partir de la crisis del hospital psiquiátrico y la construcción posterior de la psiquiatría democrática.

El Programa de Psiquiatría Democrática y la Ley de Salud Mental.

El grupo de profesionales que se congregó en Gorizia estaba organizando un movimiento que pronto se extendió por toda Italia y que llamaron "psiquiatría democrática". Se fue conformando una doctrina del grupo que finalmente, y con ayuda política y social con que contaba la psiquiatría democrática, orientó toda la reforma psiquiátrica hasta la aprobación de la ley de salud mental en 1978. Básicamente las propuestas eran las siguientes:

a) organizar un movimiento social y político (incluyendo trabajadores de la salud, sindicatos, distintas fuerzas sociales y partidos políticos) para apoyar en un principio la apertura de los hospitales psiquiátricos, logrando posteriormente su cierre definitivo.

b) incluir a los pacientes internados en los hospitales en el proceso de apertura de los mismos, haciéndolos protagonistas de su propia externación: visita a las familias, búsqueda de trabajo y de vivienda, reencuentro con amistades, etc.

c) realización de "colectivos de externación" agrupando a los pacientes dentro y fuera del hospital, en espacios de elaboración de todas las vicisitudes del proceso de externación y reinserción social.

d) ir clausurando paulatinamente el hospital, impidiendo la internación de nuevos pacientes y la reinternación de aquellos ya externados del mismo, y

trabajando con los enfermos para su instalación fuera del hospital en casas que el estado dispone para su alojamiento en compañía de algún miembro del equipo; enfermera, psicólogo, etc, como así también en hogares de ancianos.

e) atender los pacientes externados que requieren atención psiquiátrica en el centro de higiene mental de la zona.

f) conducir a aquellos pacientes que no pueden ser desintitucionalizados por incapacidades varias (oligofrenia severa, demencias, epilepsias, esquizofrenias graves, etc.) a hogares especiales para vivir en general sin tratamiento psiquiátrico, es decir en una forma no psiquiátrica de institucionalización.

A partir de la nueva Ley de Salud en 1978, se establece que no puede admitirse ningún paciente nuevo en los hospitales psiquiátricos de toda Italia, y luego del 31 de diciembre de 1980 tampoco se puede reinternar a ningún enfermo que haya sido externado. Solo pueden internarse por un período no mayor de diez días aquellas personas que obligatoriamente necesiten tratamiento, lo cuál deberá estar certificado al menos por dos médicos y una autoridad civil local.

Estas internaciones pueden hacerse en los servicios de psiquiatría del hospital general, ya que la ley establece que deben destinarse a este fin 15 camas de cada hospital por cada 200.000 habitantes. La ley también establece como prioritario el tratamiento en la comunidad a través de los centros locales de salud mental, en los cuales trabaja el personal que estaba empleado en los hospitales que van cerrando.

A partir de la promulgación de esta ley se logró una desinstitutionalización masiva de enfermos, cerrándose los hospitales psiquiátricos y asegurando un nivel elevado de resocialización.

Es importante señalar la relativización que sufrieron las categorías nosográficas y diagnósticas, a partir de la propuesta de cuestionamiento de los saberes médicos y la función objetivante del enfermo que implica la realización de un diagnóstico. Con respecto a la formación de los profesionales, la reforma italiana, coherente con la crítica a los roles profesionales y a las in-

tervenciones técnicas, y de acuerdo con la idea de ir disolviendo las profesiones y su correlato de asistencia, propuso reemplazar la política de formación profesional por un saber que priorizara la práctica y la experiencia.-

Avances y Resultados

Si bien el proyecto de psiquiatría democrática se generó desde el interior del hospital psiquiátrico, su objetivo principal fue el de crear una conciencia social diferente sobre el enfermo mental que permitiera materializar políticas de salud mental sin basamento en el internamiento. Este proyecto no era posible sin un frente político y social que lo legitimara, como reivindicación propia de la sociedad. Sólo así sería posible desmembrar una psiquiatría que fue visualizada como una ideología de lo mental, expresada en la institución asilar a partir del ejercicio del poder, de la segregación y custodia del enfermo. En este proyecto la reforma italiana tuvo éxito, como también en demostrar una selección de clase en el asilo, no explicable por categorías médicas, a partir de comprobar que allí se encontraban los hombres más pobres de la sociedad, los que no pueden entrar fácilmente en el sistema productivo.

La población, los médicos y personal de las instituciones psiquiátricas, la organización administrativa del Estado, la clase política y la población en general, no son espontáneamente permeables a un proceso de transformación como el que se inició en Italia. En general existe una conciencia sobre la enfermedad mental y el trato al enfermo que no resulta fácil cambiar. Además, sus requerimientos prácticos, cuando surge un enfermo, son de que algún técnico se haga cargo, lo asista y lo controle. Las técnicas de la medicina mental son las detentoras de este supuesto saber y del poder con que la sociedad las enviste, y ellas actúan. La virtud del planteo de la psiquiatría democrática fue tomar en conjunto todos estos aspectos, para no aislarse en alternativas fragmentarias, ya sea técnicas o institucionales. Una

de sus mayores enseñanzas fue la de mostrar la inmediata contextualización social y política que acarrea toda crítica al sistema institucional de la psiquiatría y el develamiento de la complejidad de los elementos en juego: la fuerza de las disciplinas, los efectos sociopolíticos de los saberes constituídos, los requerimientos de institucionalización de lo mental por parte del aparato estatal, la presión de una conciencia social, cuyas representaciones de lo sano y enfermo están dominadas por la existencia social de saberes constituídos y disciplinas reguladoras del consenso. En cuanto a las dificultades del movimiento, puede decirse que éste, al negarse a construir teorías alternativas, se halla privado de fundar métodos consistentes de abordajes, por ejemplo, un tema pendiente es saber si la socialización del paciente, en la familia o en la comunidad, es en sí misma suficiente para resolver la problemática subjetiva del enfermo, o si es necesario acompañarla con alguna forma de tratamiento. Al no fundar una alternativa en la práctica, los pacientes reciben habitualmente tratamientos psicofarmacológicos, sin que se piense el lugar de estos tratamientos en las estrategias comunitarias. De igual manera se corre el riesgo de facilitar el aumento en la práctica privada de tratamientos (psicoterapias, psicoanálisis, tratamientos de familia, etc) en los que queden acantonadas las formas tradicionales no disueltas, junto a los métodos más actuales, convirtiendo al sistema de los centros comunitarios en nuevos selectores de clase para la atención de pacientes carenciados.

CAPITULO II

INFLUENCIAS DE LA
ANTIPSIQUIATRIA EN
ARGENTINA

INFLUENCIAS DE LA ANTIPSIQUIATRIA EN LA ARGENTINA

Para analizar cómo los movimientos antipsiquiátricos originados en Europa y Estados Unidos influyeron en el campo de la psicología y la psiquiatría de nuestro país, provocando críticas y transformaciones en la vida de las instituciones ligadas a estos ámbitos tomaremos, por un lado, lo ocurrido en el terreno de las producciones ligadas a la Psicología de los Grupos, cuyo principal referente es Pichón Riviere, y por otro, lo acontecido con la ruptura con la Asociación Psicoanalítica Argentina por parte de un grupo de integrantes de la misma que disentían con las normas y disposiciones que allí se implementaban. Ante esta situación crearon el Grupo Plataforma, que se caracterizó por un fuerte cuestionamiento a dicha institución, y por generar propuestas de apertura y participación democrática, acompañadas de un fuerte compromiso social.

Dentro de este grupo encontramos profesionales de renombre, tales como Eduardo Pavlovsky, José Bleger, Hernán Kesselman, etc., cuyas producciones teóricas han representado un gran aporte para la Psicología y son actualmente tomados como referentes de esta disciplina.

Una Mirada Sobre lo Grupal, Contexto Histórico y Social

Se puede señalar, siguiendo a Marcelo Percia³² que en nuestro país se desarrollan diferentes caminos, itinerarios y contradicciones en el pensamiento grupal en Argentina. En un principio, en la década del '50, en Bs. As, los primeros psicoanalistas pertenecían a la Asociación Psicoanalítica Argentina. Dichos profesionales se esforzaron por desplegar sobre la situación grupal las referencias y metodologías del psicoanálisis hegemónico de la época, y esto los llevó a pensar el trabajo en grupos como un psicoanálisis aplicado y de esta forma legitimaban su condición de psicoanalistas.

Pero aparecerá una corriente desarrollada en nuestro país con un verdadero estilo propio, que se va a caracterizar por una tendencia a la ruptura o desvío. Cuando se habla de ruptura nos referimos a la ruptura del encierro hegemónico de la Institución Psicoanalítica oficial, un desvío al modelo de aplicación. Su sentido era actualizar el pensamiento y que esto posibilitara nuevas emergencias. La intelectualidad crítica en Argentina en los años '60 y '70 tenía una vocación pública e institucional y su crítica era orientada al disciplinamiento psicoanalítico de su época. Prevalecía la idea que la transformación social era posible, hay un verdadero compromiso político y una esencial preocupación por los espacios públicos. También la crítica recae sobre varios criterios normativos, (ejemplo, la idea del apoliticismo, la neutralidad del analista, etc).

El pensamiento de la intelectualidad era encaminado a las producciones culturales, ya sea ensayos, crítica literaria e histórica, expresión literaria, marxismo, prácticas psicoanalíticas, etc. También recibía la influencia de un conjunto de acontecimientos sociales que se desarrollaban en el mundo (el Mayo Francés, la Revolución en Cuba, etc.).

³² Percia, Marcelo : Introducción al pensamiento grupalista en la Argentina y algunos de sus problemas actuales, Ediciones Búsqueda de Ayllu S.R.L., Bs. As., 1989, Pág. 65

Lo grupal se inicia entre los psicoanalistas como una práctica posible en salud mental y desde un principio se planteó el problema de la acción. El espacio cultural y social de los '70 se va a caracterizar por su insistencia, convicción e interacción informativa. Desde la dictadura de Onganía en 1966, se construye una resistencia intelectual en donde se crea una red de pensamiento alternativo a las instituciones oficiales, se reconstruye una red contrainstitucional que se conocía con el nombre de "grupos de estudio", que era dirigida por docentes perseguidos y expulsados de las instituciones.

A principios de los '70 se fractura la APA, si bien en un inicio se produce por cuestiones estrictamente institucionales y de criterios respecto a la práctica psicoanalítica o ética formativa, luego se amplía integrando aspectos históricos-político-sociales. Se empiezan a hacer planteos gremiales y asistenciales. Aparecerán nuevas prácticas psicológicas donde se incluye la tendencia grupalista .

Lo grupal era uno de los modos de intervención que en el espacio de la salud podía producir cambios y formas de subjetividad alternativas. Se quería convertir el saber especializado en un patrimonio de toda la comunidad, y la mejor figura que mostraba ese objetivo era el trabajo en salud mental. El criterio de validación de la práctica psicológica se medía por su capacidad de inserción en el medio político y social.

El trabajo en el espacio público conforma nuevos estilos desde la necesidad de plantearse articulaciones prácticas en el cruce de diferentes saberes y experiencias sociales ante situaciones como el trabajo institucional, el equipo de salud, la diversidad de prácticas terapéuticas. Los analistas llegan a las instituciones porque allí era donde llegaban los pedidos de asistencia de la población, el trabajo institucional es una vocación de una transformación imaginada.

Los profesionales entendieron desde el inicio de sus prácticas hospitalarias y comunitarias que cobraba vital importancia el valor de los espacios de trabajos colectivos.

El instalarse en un espacio público obligó a dar respuesta a situaciones inéditas, ya sea a parejas, familias, grupos terapéuticos, grupos de preven-

ción, grupos diagnósticos, etc. El trabajo en las instituciones los impulsaba a inventar otras figuras y dispositivos para la acción, posibilitando la innovación, la diversificación de las experiencias y el desarrollo de nuevos instrumentos.

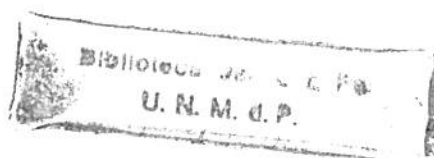
Muchos autores de la tendencia de ruptura plantean diferentes cuestiones, donde los temas de su predilección eran:

- 1) Las relaciones entre psicoanálisis y otras teorías.
- 2) Las relaciones de poder en situaciones clínicas, formativas e institucionales.

La inauguración de nuevas prácticas, experiencias novedosas (grupos operativos, psicodrama psicoanalítico, intervenciones institucionales, acciones comunitarias), que dió la emergencia de prácticas innovadoras en los espacios públicos de salud, y la ruptura con lo que limitaba desarrollos en el pensamiento, fueron dos factores que influyeron en el estilo y riqueza de las producciones (Pichón Riviere, Pavlosky, Kessellman etc).

El pensamiento de los años '60 y '70 es crítico, es un lugar de interrogación, de cambio, desvío respecto a la dirección del psicoanálisis oficial de la APA. Se trataba entonces que tanto los psicoanalistas, psicodramatistas, psicólogos y psiquiatras dinámicos que participan en la crítica a esa institución, pensaran en los vínculos entre las prácticas psicológicas, la ideología, la política, las instituciones estatales y la sociedad, (se pueden citar a modo de ejemplo, el tratamiento de trastornos mentales en el servicio de psiquiatría del Hospital Rawson, que fuera dirigido por Guillermo Vidal, acompañado por Isidoro Berestein y Nasim Yemply y el servicio de psicología del Policlínico de Lanús dirigido por Mauricio Goldemberg, y la experiencia de Rosario de Pichón Riviere).

También es de destacar un hecho de envergadura que tiene su impacto en nuestro país, desarrollado en EEUU, que fue la creación del Instituto de Salud Mental y Programa Federal de psiquiatría comunitaria, el amparo y propiciada por la ley Kennedy del año 1963, esta ley influyó en las propuestas de reforma en Argentina.



Desde la creación del Instituto de Salud Mental en 1957, inspirado en el modelo Inglés y sobre todo en el programa Nacional de Salud Mental de 1967³³, se toman muchos de los criterios institucionales de la ley Kennedy. Se configuran de esta manera : 1) hospitales psiquiátricos (instituciones estatales de Salud Mental) existiendo 17 en 1966 y se propuso crear cinco nuevos, 2) antiguos establecimientos realizados para la rehabilitación de enfermos de larga internación, ya había seis y el programa crea otros siete (en la provincia de Catamarca, Corrientes, Chubut, Entre Ríos, Río Negro, San Juan, Córdoba), 3) hogares para oligofrénicos, uno en San Juan y se proponen crear cuatro más en las provincias, 4) hogares especiales, se proponen crear dos, uno en Corrientes, 5) talleres protegidos dos en la Capital Federal, igualmente dos hostales, una aldea de rehabilitación y centro de Salud Mental de los que ya había dos y se crea uno más, 6) servicios psiquiátricos del hospital general de los que ya había catorce y se crean veintidós.

³³ Galende, E. : Op. Cit., Pág. 89.

A.P.A. : Tiempos de Ruptura

El golpe de estado en nuestro país de 1966, con Onganía como presidente, interrumpió las innovaciones universitarias iniciadas 10 años antes. En el ámbito universitario, Psicología fue afectada por un conjunto de renuncias provocadas por la intervención. En 1967 una ley subordina las funciones de los psicólogos a la supervisión medica en el campo de la Salud Mental. Se desarrolla entonces un clima represivo y de amenazas. Esto lleva a fundar nuevas instituciones, pero a nivel privado.

Bajo la dictadura se perfila fuertemente una psiquiatría que apunta al control y a la represión, binomio normalidad-adaptación, que con el tiempo se llega a convertir en una verdad natural. Esos cambios en el país se infiltraban con rapidez en la APA a pesar del cuidadoso aislamiento del medio institucional y político. El elitismo de la APA era incongruente con la idea de un psicoanálisis transformador en lo social. "El poder acumulado por unos pocos fue generando un cúmulo de perversiones institucionales y de deformaciones de la ética psicoanalítica. El apoliticismo que se exigía a los psicoanalistas tendía a preservar ese poder."³⁴

Aparecerán entonces trabajos de Bleger y Pichón Riviere en relación a la articulación del psicoanálisis y el marxismo, sumados a un compromiso político transformador, definidos así mismos como trabajadores de la Salud Mental y como psicoanalistas. Se discutía la formación cerrada del psicoanalista y se realizaba una severa crítica al aburguesamiento del psicoanálisis que pretendía ser neutral.

Se conforma en Bs. As., por iniciativa de Bauleo y Kessellman, el Grupo de Plataforma, integrado por Marie Langer, Emilio Rodríguez, Pavlosky, quienes se lanzaron a la movilización de la APA conformando ámbitos de discusión, talleres, elevación de petitorios etc. Los integrantes de Plataforma tomaban también papel activo en la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP) y desde ese espacio realizaban una crítica a las autoridades de la

³⁴ Simoes, Gilberto : La fractura de la A.P.A. . El Grupo Documento. Rev. Psyche, N° 3, Bs As., Octubre de 1986.

APA. Se crea el Grupo Documento, que expresa la frustración interna, y las limitaciones en sus actividades y ascensos por requisitos cada vez mayores y sin representación alguna en el gobierno de la asociación. Tanto Plataforma como Documento expresan formas de reivindicaciones.

En el año 1971 los integrantes del grupo Plataforma presentaron la renuncia a la asociación, el verdadero psicoanálisis podía desarrollarse fuera de la APA, especialmente las funciones sociales del psicoanálisis. Lo mismo hicieron los integrantes del grupo Documento.

“El psicoanálisis es donde los psicoanalistas sean, entendido el ser como una definición clara que no pasa por el campo de una ciencia aislada y aislante, sino por una ciencia comprometida por las múltiples realidades que pretende estudiar y transformar” (manifiesto de la renuncia del grupo Plataforma a la APA.).

A fines de 1973 se propuso un programa de reestructuración que tenía la intencionalidad de garantizar el pluralismo interno donde podían convivir distintas tendencias dentro de la institución, junto con cambios sustanciales en la enseñanza, libre elección de la misma y de seminarios, y flexibilización de planes de estudio. El clima político del país cambió y cuando las condiciones del golpe de 1976 estaban anunciadas, los psicoanalistas pasaron a ser vistos como subversivos.

En opinión de Masotta “el tiempo histórico fue penosamente amputado durante la mitad de la década del setenta y estas producciones no tuvieron, hasta el momento, oportunidad de encontrar muchas mediaciones”.³⁵

A continuación tomaremos los autores más representativos de esta etapa histórica, en relación a sus producciones teóricas, experiencias y propuestas, entre los que encontramos a Hernán Kesselman, Pichón Riviere, Eduardo Pavlosky, Marie Langer, Armando Bauleo, Fernando Ulloa, Emilio Rodríguez, José Bleger y Ricardo Grimson.

³⁵ Percia, Marcelo : Op. Cit., Pág. 79.

Hernán Kesselman

Kesselman plantea que el campo de la salud mental, que es donde se trata de curar, prevenir y de promover la salud en la población, también puede ser un espacio donde se puede interpretar el neocolonialismo, en Latinoamérica. En el nivel de la sanidad se establece también en mayor o menor medida la estructura y funcionalidad del sistema social capitalista. Kesselman describe un conjunto de actividades, ya sea de integración, de enseñanzas de nuevas técnicas y de transformaciones que van desarrollando las instituciones psiquiátricas argentinas, poniendo énfasis en los destinatarios de ese enriquecimiento.

Tres aspectos suelen dividir el trabajo psiquiátrico.

1) Investigación: Reconoce que los subsidios eran dados a una persona con antecedentes y apoyo institucional, que debería ser médico psiquiatra, como título mayor jerarquizado, representante de la Psiquiatría como linaje dominante y rara vez se lo daba a un psicólogo o sociólogo. Una vez ya elegida la persona adecuada se produce un proceso de instrucción en centros especializados en el extranjero” los psiquiatras responden a los intereses de las fundaciones, conformando actividades en instituciones públicas y gratuitas. Se suministran subsidios para desarrollar la investigación en el campo del neocolonialismo científico”³⁶

2) Asistencia: hace una crítica a la acción en los hospitales donde sólo les interesa cuántos pacientes se atienden de día (intereses estadísticos de salud) pero no les es de importancia qué pasa con el paciente luego de la asistencia. Se trata de congelar la angustia y la sintomatología del paciente.

3) En cuanto a la psiquiatría social comunitaria, centros de salud mental, planes de salud mental para la comunidad, psiquiatría preventiva, su crítica pasa por los condicionamientos de ellas, por su dependencia al gobierno oficial o a la fundación de turno.

³⁶ Kesselman, Hernán : Psicología Argentina hoy. Ediciones Búsqueda, Bs. As., 1973, Pág. 92.

Pichón Riviere

A partir de las ideas de Fernando Ulloa³⁷, se puede pensar en una cierta dificultad en establecer cuál fue el destino de la propuesta de Pichón en relación a los grupos operativos, que conllevan un modelo, una modalidad técnica y procedimientos. Estos surgieron en nuestro país en los años 50 y se desarrollaron en forma expansiva en las dos décadas siguientes. Las prácticas grupales en esos años corresponden a un tiempo de un sistema de creencias que se apoyaba en la capacidad colectiva para transformar situaciones, tanto en la dimensión macrosocial, como también en una dimensión microsocia.

La declinación de las prácticas grupales es producto de la caída de esos ideales y de esos proyectos de organización colectivos.

Pensando en la técnica de los grupos operativos Pichón Riviere hablaba de una importante complejidad en la relación entre el psicoanálisis y los grupos operativos, llamada por él psicología social. "Es imposible realizar una labor en profundidad si se prescinde del método psicoanalítico, así como es imposible que este método tenga una operatividad científica definida si no se lo confronta y verifica permanentemente con un trabajo social paralelo".³⁸

Se plantea el hacer grupos, para qué hacemos grupos, porqué hemos de hacer grupos. El deseo de quien impulsa una práctica grupal es fundamental aquí. Los técnicos grupales en general han originado proyectos e intenciones de intervención, de reformas, como intento de respuestas de situaciones de conflictos, ya se trate de las terapias grupales de posguerra, la formación de cuadros en la psicología de la organización, etc. En la demanda de los grupos se especifican múltiples requerimientos, formación, terapia, intervención, institucional, investigaciones aplicadas, etc. Hay una demanda proveniente del campo de la salud mental, de los nuevos profesionales emergentes (sociología, psicología, y pedagogía) y del ámbito del psicoanálisis.

³⁷ Ulloa, F. : Revista Actualidad Psicológica, N° 231, Mayo de 1996, Bs. As. Argentina.

³⁸ Pichón Riviere, Enrique : Teoría del Vínculo, Ediciones Nueva Visión, Bs. As, 1985, Pág. 21.

La demanda por los grupos y las diversas prácticas grupales se desarrollaron con una estrecha relación con el psicoanálisis. Se buscaba un proceso expansivo, donde surgieron diversos encuadres grupales que se pusieron en práctica en aprendizaje, en el ámbito terapéutico, en prevención tanto en el espacio público y privado, y los métodos grupales operaban como técnicas de exploración que pueden posibilitar aperturas (cambios, cura, etc.) que conducen al afianzamiento social; el grupo operativo se encuentra en un espacio de exploración y transformación del encargo social.

En la década del '60 es donde se produce la mayor productividad de Pichón Riviere en relación a los grupos operativos, ya a los fines de los 60 se perfilaban sus propuestas grupales como parte de una psicología social. Las experiencias grupales fueron realizadas desde distintos lugares por profesionales psiquiátricos, psicoanalistas, psicólogos, sociólogos. Esta amplitud va a variar en la década siguiente. En la década del '70 serán los psicólogos quienes se encarguen de mantener la práctica grupal operativa, ya sea en la universidad, en las instituciones, en los grupos de estudio. Se realizan actividades de prevención, psicohigiene, psicoterapias de grupos, psicología institucional, etc.

La implementación de prácticas grupales en el campo psicoanalítico adquiere una doble faz: 1) un intento de articular la propuesta psicoanalítica y la psicología social, 2) una singular perspectiva grupal surgida en la Argentina con un particular sentido. Puede hablarse que desde los '70 en adelante emerge una múltiple lectura del psicoanálisis representada por : a) un sector profesional no médico, b) los psicólogos, c) los psicoanalistas, críticos con la organización psicoanalítica. Las prácticas de los grupos operativos tanto en su relación efectiva, como en sus desarrollos teóricos y técnicos, que son discontinuos o irregulares serán realizadas por profesionales tanto psicólogos, psicoanalistas, disidentes y profesionales afines.

El golpe de estado en 1976 significó una fractura en la vida de los argentinos y como efecto produjo una paralización en casi todas las corrientes grupalistas. Ya en los años '80 se producirá una lenta recuperación del tejido social. Se volverá a ocupar un espacio en la trama social e institucional en

relación a la dinámica profesional, intelectual y a las prácticas tanto de los grupos como del psicoanálisis.

Pichón, en relación a sus propuestas, habría tenido influencia de las producciones de la psiquiatría de izquierda entre los años 30 y 50 (Thenon, Bermann, Pizarro Crespo). Pichón aparece entonces como un medio para vehicular diversos desarrollos, propuestas intelectuales y desde ese espacio accede a la construcción del modelo de los grupos operativos desarrollados por él.

Pichón realiza un camino complejo, parte de la psiquiatría, en términos profesionales e institucionales, luego deriva hacia la propuesta psicoanalítica, después hacia lo que él denominó la psicología social. Trató de comprender los procesos psiquiátricos, dándole importancia a lo siniestro, y a la comprensión de la psicosis, que ocupa un lugar de privilegio con un anhelo de desocultar lo implícito. Serán los problemas derivados del tratamiento con psicóticos lo que le conducen al psicoanálisis, consideró que había posibilidad de cura a partir de la psicoterapia psicoanalítica.

Su crítica inicial a la psiquiatría, a través de la experiencia psicoanalítica y luego la crítica al psicoanálisis lo lleva a postular una psicología social, donde se sustenta en esa búsqueda utilizando en un primer momento la lectura kleiniana del psicoanálisis, produciendo un pasaje de las teorías de las relaciones objetales a la teoría del vínculo, intentando salir de concepciones reduccionistas, ligando diversas cuestiones: lo singular y lo plural, lo intra y lo intersubjetivo. "Todo vínculo, como mecanismo de interacción, debe ser definido como una Gestalt".³⁹

Destacará la importancia de la clínica (individual, grupal, familiar) en su reflexión. Su psicología social puede comprenderse como una psicología social clínica. Ve la cura como la transformación del propio sujeto y su medio.

Pichón hace una crítica a la práctica institucional. El instrumento operacional de indagación y de intervención por excelencia es el grupo, que permi-

³⁹ Pichón Riviere, E. : La psiquiatría, una nueva problemática, Ediciones Nueva Visión, Bs. As., Argentina, 1977, Pág. 337.

te indagar el plano intersubjetivo e intrasubjetivo. Será mediante la observación de las formas de interacción y los mecanismos de adjudicación y asunción de roles que se instrumentará esa indagación grupal, la noción de vínculo es de suma importancia. Son los conceptos que dan cuenta de su práctica grupal: tarea, E.C.R.O. (Esquema Conceptual Referencial y Operativo), portavoz, enlazados en sus escritos (vínculo, grupo interno, aprendizajes, roles). La tarea es tomada como dimensión fundamental del grupo, algo que es de ellos, que es producto a producir. Una elaboración posterior de Pichón incluye la dimensión institucional del grupo, es la consideración o requerimiento. La explicación de la tarea (elaboración de ansiedades básicas, procesos de comunicación, esquema referencial) y de sus formas (manifiesta y latente, tarea, pretarea y proyecto), no hay grupo sin tarea, constituirá una noción metodológica.

El trabajo grupal consistirá en un trabajo de construcción y desconstrucción sobre los esquemas referenciales que permitirán la resolución de los obstáculos y conducirá a la modificación de los esquemas previos (estereotipos). El esquema referencial es definido como un conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que un individuo piensa y actúa. Portavoz se refiere a aquel que en su accionar expresa motivaciones, acciones, sentimientos, deseos de otros, de otros con los que constituye un grupo. Se articula lo singular, lo personal con la estructura o trama grupal o vincular, entre el adentro (la intrasubjetiva) y el afuera (la intersubjetiva).

Sus primeras formulaciones se refieren al grupo familiar, propuesta en los años `50, tratando de descubrir la complejidad de las psicosis, alejándose de la psiquiatría clásica.

A partir de los `60 el portavoz enuncia diversos contenidos y procesos en relación con la identificación.

También la teoría de la depositación⁴⁰ y la relación con el grupo externo e interno, permitieron un abordaje a las diversas manifestaciones del proceso grupal.

⁴⁰ Pichón Riviere, E. : Op. Cit., Pág. 109.

Alejamiento de Pichón de la A.P.A. :

Se produce un comienzo de la progresiva desinstitucionalización de Pichón con respecto a la APA, como también la desinstitucionalización en tanto estructura formal del psicoanálisis practicado por él.

Al dejar la APA, el IADES (Instituto Argentino de Estudios Sociales) intenta ser un grupo institucionalizado y “una de sus expresiones fue la experiencia de Rosario que inaugura la etapa de los grupos operativos”⁴¹, concentrados en la tarea y que trascienden la tarea terapéutica inmediata; sin dejar de ser terapéuticas, son al mismo tiempo grupos de aprendizaje, este último se realiza en la tarea.

En la experiencia de Rosario se constituyen grupos interdisciplinarios y grupos de disciplinas específicas, también al mismo tiempo todo miembro de la comunidad puede en un momento dado, convertirse y asumir el rol de agente de salud y en particular de salud mental. Esta apertura a la comunidad revierte a su vez el campo específico de la psiquiatría dinámica abriéndose ésta en una concepción psicológica que tiende a descristalizar la nosografía tradicional. Ésta queda reducida al concepto de enfermedad única: la depresión, como momento patogénico. El factor patoplástico dará cuenta de las diversas formas que asumirá esa enfermedad única. En la posición esquizoide la depresión es provocada por la pérdida del objeto, a partir de la posición esquizoparanoide, con la división del objeto total en un objeto bueno y uno malo, los diversos vínculos con los objetos buenos y malos serán administrados ubicándolos en tres áreas de expresión: mente, cuerpo y mente externa.

El coordinador es un co-pensador, que pensando junto al paciente le ayuda a abrir nuevos canales o líneas de pensamientos o antiguos canales obstruidos. Este diálogo entre analista y paciente es un proceso en especial dialéctico, este diálogo puede ser descompuesto, analizado, en su forma más elemental. La interacción entre el material aportado por el paciente, la

⁴¹ Avenburg, Ricardo : E. Pichón Riviere, sus enseñanzas a la luz de mi vínculo con él. Rev. Actualidad Psicológica, N° 231, Mayo de 1996, Pág. 12.

interpretación del terapeuta y el emergente inmediato posterior se presenta como un nuevo existente que abrirá la próxima vuelta del espiral.

La experiencia Rosario fue el punto de partida de un nuevo abordaje, aplicado en la Escuela de Psiquiatría Dinámica.

La "Clínica del rumor":

En Argentina posteriormente al año 1976 la palabra grupo tenía una doble significación, contradictoria, antagónica. Había caído una sentencia, todo lo que era grupal estaba bajo sospecha o era aniquilado, toda actitud grupal era vista como subversiva. A la vez el grupo era heredero de la función yoica y sostén del psiquismo; se buscaba la grupalidad y a la vez se la temía, la grupalidad era la posibilidad de ser, de sentirse sostenido. Los grupos también eran una forma de resistencia.

En relación al jefe de estado, Pichón ya había sido amenazado en el año 1975 en el período en que las instituciones tendían a cerrar o autocerrarse por temor. Pichón resistía a dichos embates en su escuela, trabajando con una técnica llamada "clínica del rumor" : cuando aparecía la noticia de que alguien había sido llevados preso, o que había pasado otra cosa, preguntaban de donde salía, quien lo dijo, para saber la fuente, intentando de esta manera atenuar el temor, la persecución, y tratando de confirmar la veracidad del rumor.

Sistematización de sus enseñanzas. Pichón aporta :

- 1) Una teoría general acerca del sujeto humano y de la conformación del psiquismo.
- 2) Una teoría general acerca de la personalidad y de la relación persona-sociedad.
- 3) Una teoría general acerca de los grupos y de la dinámica grupal.
- 4) Una teoría particular de la comunicación.
- 5) Una teoría particular acerca de la salud-enfermedad, en conexión con la psicología de los grupos y con los procesos sociales.
- 6) Una teoría particular acerca del empleo instrumental de los grupos en el proceso de aprender.

Una experiencia de Pichón :

El primer desempeño de Pichón fue en el asilo de Torres, donde trató enfermos mentales durante dos años, luego se empleó en el sanatorio de enfermos mentales en Bs. As. . Luego, al tiempo, previo concurso pasa al hospicio de Mercedes, hoy neuropsiquiátrico José Tomás Borda, cumpliendo la función por un espacio de 15 años. Según Pichón se encuentra con un gran problema que era el enfermo aislado y abandonado. Su tarea primaria fue formar grupos de enfermos, ya que el primer maltrato provenía de ellos a causa de que no tenían conocimiento sobre los problemas de la salud mental. Su propuesta es aceptada y llevada a cabo, previa autorización del director de la institución Gonzalo Bochs. La recuperación de los enfermos dependía de todos los involucrados, desde las tareas de los enfermos hasta el jefe de la sala. Pichón cumple su función como jefe de sala y tenía a cargo los residentes. Al primer grupo de enfermos se los instruía para que tuviesen un panorama general sobre la psiquiatría, ellos rápidamente aprendían y mostraban gran interés, empezaron a comprender la dinámica de la enfermedad y como consecuencia de ello se empezó a modificar el trato del enfermo y este último mejoró, empezaron a sentirse cuidados. Luego por algunas situaciones de índole política se les privó de enfermeros, entonces aplicó un "curso de enfermería" con algunos pacientes que estaban en mejores condiciones, y esto se implementó en forma grupal y con el encuadre de la escuela de líderes (funciones operativas: estrategia, técnica, táctica, logística). Estos elementos fueron esenciales para luego desarrollar el ECRO. Los enfermos empezaron a mejorar ostensiblemente en su salud mental. Pichón se propuso crear un servicio para adolescentes (ya que estos eran tratados con los niños o adultos), un espacio digno y respetable, pero hubo resistencias dentro de la institución, especialmente por algunos médicos. Los primeros pacientes del servicio fueron 20 personas y se los llamó de la edad juvenil. Luego Pichón fue obligado a renunciar por influencia de grupos reaccionarios. Hace una crítica a cómo se los trata a los enfermos mentales, especialmente por su abandono crónico, una incomunicación total y precarias o pésimas condiciones ambientales, donde manifiesta que esto es producto y

parte de una concepción ideológica. Considera que para vencer la incomunicación del otro hace falta afecto, comprensión, basándose en la restitución de esa parte de la persona que no está destruida, y pone en relevancia el propio análisis del terapeuta.

A partir de esta experiencia Pichón se plantea la idea que la enfermedad de una persona es un emergente de la interacción familiar donde hay situaciones de duelo no elaborados, exclusiones, malentendidos, secretos, descalificaciones, alianzas. Llega a pensar entonces que el contexto familiar es el más inmediato pero que también hay otros contextos que a su vez determinan el grupo familiar.

La familia es una institución social y tiene sus formas : la historia de cada familia, los encuentros, las redes. Fue ampliando su marco teórico hasta empezar a investigar las instituciones, la sociedad y la cotidianeidad, cómo un sujeto puede ser sano o enfermo y como éste tiene que ver con la sociedad en que habita.

Lo no dicho.

Fernando Ulloa

Ulloa se refiere a cómo en los contextos institucionales se puede desplegar un poder discrecional que siempre es de características violentas, malos tratos, represiones, internaciones compulsivas, terapias inconsultas; pero en las instituciones existe una forma de violencia más permanente y sutil que alcanzaría a todas las personas que forman parte de ella.

La consecuencia de la violencia institucional es el sufrimiento producto del conjunto de maltrato, frustración, coerción que se ejerce sobre las personas que integran la institución.

Ulloa considera que la aparición de formas de tormento social son cotidianas, casi no se perciben, se dan especialmente en las organizaciones públicas de asistencia, salud, educación. La mortificación cotidiana eleva al embotamiento de la conciencia y la no acción del pensamiento, lo que produce una limitación importante para poder ver claramente sus causas y así producir alguna modificación sustancial. El sujeto queda en una situación en donde algo o alguien rechaza sin poder impedir o defenderse del maltrato.

Prevalece entonces el dolor psíquico y el sufrimiento "quien sufre este dolor no vislumbra ningún final ni tiene la esperanza que cambie la situación, situación aún sin salida".⁴²

Cuando el autor habla de manicomialización aparecen dos conceptos: locura y maltrato. La locura promueve con frecuencia reacciones de maltratos y este último aumenta el sufrimiento de la locura. Este maltrato se refiere también al miedo, fastidio que suele aparecer en el tratamiento de la locura misma, produciendo reacciones negativas de quienes son responsables del cuidado y tratamiento de las personas que la padecen. El maltrato se inicia por repudiar el porqué y para qué de los síntomas.

El manicomio es la institución del maltrato por excelencia, "la manicomial es una forma clínica terminal del maltrato"⁴³.

⁴²Ulloa, Fernando : *Novela clínica psicoanalítica*. Ed. Paidós, Bs. As., Argentina, 1986, Pág 187.

⁴³Ulloa, Fernando : *Op. Cit*, Pág. 243.

Dentro de las propuestas y prioridades, la más importante es desarmar las “estaciones manicomiales”, tomar conciencia de la realidad de dicha problemática, sumando el compromiso de toda la comunidad en función de denuncia, con un carácter transformador que vislumbre una salida, una acción movilizadora con alguna intervención institucional hecha desde la perspectiva psicoanalítica o de cualquier postura crítica que pretenda crear nuevas condiciones.

También el autor hace referencia a cómo las disposiciones del encuadre en que se desarrolla el proceso terapéutico analítico y las relaciones entre analistas contribuyen a esclarecer la realidad humana y cómo, por intereses diversos pueden encubirla y deformarla en una acción que puede adquirir características de dominación con condiciones semejantes a las de una corporación profesional, regidos por un rígido estatuto de jerarquías, tendiendo a disminuir la actividad y producción científica y a distorsionar los conocimientos psicoanalíticos en su aplicación. La ideología que rige la institución es concordante con el logro de la protección y de seguridad profesional.

Además, señala otra consecuencia : “no se trata tanto de encuadrar pacientes en un encuadre seguro y útil, sino que sensible o insensiblemente se producirá la selección espontánea de pacientes que por sus posibilidades económicas y por la índole de sus conflictos psicológicos no ofrecerá de antemano el peligro de provocar rupturas de encuadre establecido. Y esta selección terminará ligando al psicoanalista predominantemente a sectores restringidos y privilegiados de la sociedad”⁴⁴.

Esta situación no es producto del psicoanálisis y la aplicación correcta de su técnica, sino la configuración de una distorsión en la organización institucional del psicoanálisis.

⁴⁴ Ulloa, F. : Cuestionamos, Ed. Granica, Colección izquierda freudiana. Bs.As. 1971, Pág. 119.

- 1) La tendencia de la sociedad a alejar de sí la contradicción segregándola en las instituciones especializadas, e incluso poniéndola en manos de un "cuerpo especial" (médicos, psiquiatras, psicólogos).
- 2) El impulso de aceptar la destrucción de la personalidad, no como un mal, sino como un precio inevitable que es preciso pagar por el progreso.
- 3) La difusión de teorías que encubren el carácter histórico y social del conflicto, de lo cual es expresión no solo la enfermedad psiquiátrica, sino las otras enfermedades que tengan difusión de masas.

Replanteo crítico del psicodrama

Pavlovsky entiende que, a comienzos de la década del setenta, comienzan a emerger, frente a una clase media alienada, desorientada y violentada por un sistema enfermo, una psiquiatría y una psicología que con resultados más o menos eficaces servirán para los fines del condicionamiento y la represión. Aparece el gran negocio de las técnicas liberadoras del hombre alienado.

Entre otros, florecen los institutos de psicodrama. Se ofrecen todo tipo de títulos y coordinaciones. Se vende el Psicodrama como un juego novedoso.

Como respuesta a esto, surge el Manifiesto del Grupo Experimental Psicodramático Latinoamericano⁴⁶ que es leído por los doctores Fidel Moccio y Carlos Martínez, de la Argentina, y el Licenciado Dinello, de Uruguay, en el Congreso Internacional de Psicodrama de Ámsterdam del año 1971. Dice así:

"Cada vez es mas marcada la diferencia entre aquellos que usan técnicas dramáticas con un objetivo de cambio y los que las emplean como un medio de adaptación al sistema.

En este sentido rechazamos:

- a) El uso de técnicas dramáticas como un producto de consumo.

⁴⁶Pavlovsky, E. : Op. Cit., Pág. 196.

b) Como supuesto factor de cambio, pero que al pasar solamente por el nivel individual no conduce a cambios institucionales ni tampoco a modificaciones en las estructuras socioeconómicas.

c) Cuando las transformaciones profundas son evitadas y en su lugar son ofrecidos sustitutos compensatorios que no tienen un real valor de cambio, por ejemplo, la sexualidad sin verdadera genitalidad; el exitismo económico; diversos modos de vida, etc.

d) El empleo de las técnicas dramáticas como un espectáculo o juego novedoso dentro de las técnicas terapéuticas.

Por el contrario, proponemos el uso de las técnicas dramáticas con los objetivos de:

1) Poner en evidencia los sistemas represivos y las conductas que estos fomentan.

2) Detectar y enfrentar situaciones de injusticia social y otras relacionadas con las diferencias sociales.

3) Investigar las conductas autoritarias dentro y fuera de las instituciones.

4) Revisar y analizar los roles sociales y detectar los emisores de normas, los que en defensa de sus propios intereses imponen roles no relacionados con el interés de la comunidad.”

En el artículo titulado “Crisis del terapeuta”⁴⁷, Pavlovsky dice lo siguiente: “De ahí que pululan actualmente los términos comunidades terapéuticas, técnicas sensitivas o psicodramáticas, en manos de la reacción. Cuando todos estos procesos técnicos no están ligados a una teoría revolucionaria, le hacen el caldo gordo a la reacción. Por eso florecen las academias y los institutos, las técnicas nuevas, pero técnicas para el consumo, porque en manos de la reacción, estas técnicas pierden el verdadero germen revolucionario que tal vez pueden tener y permanecerán abortadas, si no están ligadas a una teoría del gran cambio. Y doy fe, por mi propia experiencia, de que hay dos clases de psicodrama, de acuerdo con diferentes concepciones del mundo o ideologías. Yo soy responsable de haber utilizado el psicodrama

⁴⁷ Cuestionamos. Grupo Plataforma. Documento de crítica a la ubicación actual del psicoanálisis. Granica Editor, Bs. As., 1971.

durante años a favor del sistema, en forma reaccionaria. Solo una información teórica política más amplia me permite reencontrar, recién ahora, el verdadero germen que puede tener como técnica de cambio”.

Este autor cree que si a nivel sociopolítico se propicia una sociedad sin clases, en el campo psicoterapéutico deben buscarse modelos en los que el terapeuta no detente su habitual rol autoritario y omnisciente.

Así el terapeuta no debe representar en la situación terapéutica el rol de una clase dominante y ser transmisor de normas que la clase dominante impone, sino que, por el contrario, deben llevar al hombre a su propio autodefinición, preparándolo para ser sujeto de su propio devenir existencial.

El psicodrama, como técnica grupal, puede ser instrumentado desde diferentes ideologías. Ofrece dos situaciones a modo de ejemplificación⁴⁸:

1) Uso del psicodrama como técnica de consumo, típicamente reaccionario:

“Entre los nuevos Institutos de Psicología que se publicitan diariamente en Buenos Aires, aparece el nombre de la palabra Psicodrama asociada con el de técnica sensitiva y con el nombre MARATÓN. Se publicitan maratones de 16 a 32 horas, donde los pacientes reciben una especie de shock vitamínico psicodramático sensitivo. Para ser francos, la publicidad de estos Institutos, verdaderos emporios comerciales, ya no disimula sus fines netamente lucrativos. En algunos casos se llegan a ofrecer precios módicos para los estudiantes”

2) Psicodrama utilizado con una clara instrumentación política, concientizador:

Norman Brisky, conocido actor argentino, lo instrumentó con fines políticos para su grupo de pertenencia (Peronismo de Base). Concurrió a villas de emergencia y extrajo de la población los conflictos más agudos y los dramatizó con los mismos habitantes de la villa.

Se puede ofrecer el siguiente ejemplo: los pobladores de una villa clamaban por su necesidad de la instalación de un semáforo en la avenida principal. La

⁴⁸ Pavlovky, E. : Op. Cit., Pág. 202.

ausencia de tal semáforo había provocado veinte muertos en un año. El psicodrama se utilizó como técnica de discusión política. Espontáneamente, algunos miembros de la población tomaron roles diferentes. Se dramatizó una entrevista de uno de los pobladores con las autoridades. Varias personas tomaron el rol de autoridades municipales.

La dramatización provocó la clara evidencia del sentimiento de impotencia y de desamparo que se encontraba en los integrantes de la población y la concientización de las condiciones subhumanas de su existencia.

Aquí el role-playing es un instrumento sumamente eficaz para analizar contradicciones; las escenas pueden hacer referencia a sucesos pasados, presentes o a expectativas futuras; así pueden tratarse problemas y tensiones presentes en grupos, instituciones, comunidades, etc. Los protagonistas juegan su papel como si se tratase de hechos reales.

El psicodrama, como procedimiento psicoterapéutico grupal, puede ser utilizado como medio expresivo, de comunicación, de elaboración, de operación, de cuestionamiento, etc. Puede operar como un verdadero agente de transformación.

José Bleger

Psicohigiene. Psicología en las instituciones.

Bleger estima necesario salir de los estrechos marcos de una actividad profesional interesada casi exclusivamente en los aspectos curativos e individuales de la enfermedad, para entrar francamente en el campo de las ciencias del comportamiento, interesa por igual al médico y el psicólogo. Volcarse de lo individual a lo social es consecuencia de un claro reconocimiento de que los problemas de salud, de enfermedad y de normal convivencia exceden el ámbito profesional privado e individual, transformándose en áreas de trabajo de las instituciones encargadas de organizar la atención de la comunidad.

La incorporación definitiva, en el sentido técnico y profesional, del psicólogo al equipo de salud pública es consecuencia de un mejor conocimiento de hombre sano y enfermo, y de una más ajustada comprensión de la historia de la salud y de la enfermedad.

En una medicina de la totalidad, lo orgánico, lo psíquico, lo emocional, lo individual y lo social son inseparables de lo que pertenece al hombre y al ambiente en el que él nace, crece, se desarrolla y vive.

La complejidad de la vida y de las organizaciones creadas por el hombre, conducen a la comprensión de que una medicina, para ser realmente efectiva en el sentido promocional de la salud y el bienestar, debe adoptar una franca aptitud preventiva. La medicina adquiere un alto grado de eficiencia y de capacidad de prevenir enfermedades y de promover la salud, cuando es comprensiva e interdisciplinaria, cuando toma en consideración al mismo tiempo lo biológico, lo psíquico y lo social.

La ausencia de salud, la incapacidad física o mental, al igual que las dificultades de comunicación y capacidad de colaboración entre los hombres, entre estos y sus instituciones y entre las instituciones entre sí, conspiran contra el ejercicio de la libertad individual y la de los grupos humanos, la felicidad y el bienestar de la comunidad.

Bleger piensa que los psicólogos y los médicos tienen un amplio campo común de trabajo para facilitar y prevenir el progreso y perfeccionamiento de la vida del hombre y la comunidad. Introduce el término “psicohigiene” como parte de la higiene mental, a su vez importante capítulo de la medicina preventiva, para delimitar el campo de aplicación racional de los conocimientos y las técnicas psicológicas más efectivas en beneficio de la comunidad.

Denomina psicohigiene a este conjunto de actividades propias del psicólogo, “no porque se busque la salud psíquica (lo cuál sería un absurdo), sino porque se actúa fundamentalmente sobre el nivel psicológico de los fenómenos humanos, con métodos y técnicas procedentes del campo de la psicología y la psicología social”⁴⁹.

Hablar de relaciones humanas constituye un problema que trasciende la acción de un profesional que actúa en la intimidad de un consultorio, para volcarse en una actividad de marcado carácter preventivo en el seno mismo de la familia, los grupos humanos y sus instituciones.

Todo ello implica reubicar al psicólogo en su cometido profesional, comenzando por modificar su formación en los ámbitos universitarios y dándole acceso a la vida profesional liberal como investigador de procesos psicológicos en el campo individual, institucional y social, y como psicoterapeuta, donde la acción del médico no alcance el nivel técnico suficiente.

La función social del psicólogo clínico no debe ser básicamente solo la terapia, sino la salud pública, y dentro de ella, la higiene mental. El psicólogo debe intervenir intensamente en todos los aspectos y problemas concernientes a la psicohigiene y no esperar que la gente enferme para recién intervenir. “Ubicando la higiene mental en su justa medida y posibilidades, no podemos ni debemos desentendernos de las condiciones económicas y sociales de una comunidad, entre otras razones, porque hay situaciones por debajo de las cuáles la higiene mental consiste justamente en atender dichos problemas sociales (alimentación, vivienda etc.). El profesional debe actuar en su condición inseparable de ser humano; lo uno no debe absorber

⁴⁹ Bleger, José : Psicohigiene y Psicología Institucional. Editorial Paidós, Bs. As., 1979 Pág. 12.

en su condición inseparable de ser humano; lo uno no debe absorber ni anular lo otro”⁵⁰.

Para Bleger, el psicólogo debe aplicar el principio de que indagación y acción son inseparables y que ambas se enriquecen recíprocamente en el proceso de una praxis. Debe salir al encuentro de la gente en sus ocupaciones y quehaceres cotidianos, encontrándose con diferentes niveles de organización (grupos, instituciones, etc). Por ejemplo, al trabajar en una institución, el psicólogo debe examinar: sus objetivos, medios, funciones, tareas etc; los liderazgos formales e informales, la comunicación entre los status (vertical) y los intrastatus (horizontal), etc.

Esta indagación es en sí ya una actuación que modifica la institución y crea, además, distintos tipos de tensiones con el psicólogo mismo, que éste tiene que atender como parte integrante de su tarea “La psicología institucional no es una rama de la psicología aplicada, sino un campo de la psicología, que puede significar en si mismo un avance extraordinario tanto en la investigación como en el desarrollo de la psicología como profesión”⁵¹.

Desarrolla cuatro ámbitos de actuación psicológica:

- a) ámbito psicosocial (individuos)
- b) ámbito sociodinámico (grupos)
- c) ámbito institucional (instituciones)
- d) ámbito comunitario (comunidades)

En todos los casos, el objetivo del psicólogo es el de la psiquiatria, es decir lograr la mejor organización y las mejores condiciones que tiendan a promover salud y bienestar en las personas. El psicólogo no es el profesional de la alienación ni de la explotación, ni del sometimiento o coerción ni de la deshumanización.

En relación a las instituciones Bleger refiere que éstas tienden a adoptar la misma estructura de los problemas que tiene que enfrentar. Cuando analiza las instituciones que atienden enfermos mentales, encuentra en ellas una

⁵⁰ Bleger, José : Op. Cit., Pág. 33

⁵¹ Bleger, José : Op. Cit., Pág. 46

fuerte disociación entre los objetivos explícitos e implícitos: entre los primeros se halla el propósito de curar enfermos mentales, pero en contradicción con ellos el instituto psiquiátrico tiende a defender a la sociedad del alienado, segregándolo.

Observa que el asilo tiene en su organización la misma alienación que sus pacientes, los enfermos tienden a ser tratados como cosas, lo que lleva a una deshumanización progresiva.

Por la índole de las afecciones mentales, la gran mayoría de ellas requiere atender o evitar no causas específicas, sino una compleja constelación multifactorial de índole social (educación, trabajo, alimentación, vivienda etc), por lo cual el problema a enfrentar se hace sumamente complejo. Lejos de aislar, de segregar, se torna imprescindible la apertura hacia lo social, y en esto los psicólogos tienen una tarea muy importante para desarrollar.

Armando Bauleo

Psicoterapia Múltiple e Institucional.

Para el autor la salud mental siempre será una nueva experiencia. La repetición y la reproducción aparecen como sus enemigos. Puede decirse que todo intento de definición de salud mental lleva a repensar sobre los inicios y constitución de la comunidad desde la cuál se desarrolla, donde la salud aparece cómo un producto elaborado por ella misma en diversos momentos de su existencia.

Considera importante la participación ciudadana. Las estrategias y planificaciones deben incluir una información a la comunidad y su integración articulada con el trabajo de los profesionales intervinientes (psicólogos, psiquiatras etc). A partir de esto Bauleo introduce la noción de salud comunitaria con dos niveles que entran en juego: la representación que los ciudadanos tienen de su salud comunitaria y el esquema de referencia con el cual operan los trabajadores o profesionales comunitarios en esa población. Ningún agente sanitario aislado está posibilitado para ejercer una acción transformadora en la comunidad.

Señala también la necesidad de continuar y profundizar la ruptura del manicomio efectuada por Basaglia, en el sentido de continuar elaborando esa ruptura, ya que no se trata sólo del establecimiento manicomio, sino también de los “manicomios mentales” que la gente y sobre todo el personal de salud sigue manteniendo, ya que constituye parte de sus propias identidades.

Desde el posicionamiento del autor, debe continuarse con la reflexión, la búsqueda de hipótesis acerca de la red de relaciones que se establecen cuando los individuos se ubican en un conjunto, constatando que existen marañas de vinculaciones, circuitos y sistemas de relaciones, de identificaciones, de transferencias recíprocas, de redes que posibilitan el desplazamiento más o menos duradero de cargas que generan nuevas estructuraciones intersubjetivas.

Bauleo, junto con Pichón Riviere, establecieron un tipo de psicoterapia múltiple e institucional. La enfermedad tiene una configuración que no se agota en la localización que efectúa en el paciente. Es así que la necesidad de técnicas que engloben todo lo que ocurre precipitó a ambos autores a la búsqueda de otros tipos de manejos, con un mayor aprovechamiento de los saberes existentes y una instrumentalización de relaciones que en más de una ocasión no habían salido del terreno de lo conceptual.

En la psicoterapia múltiple e institucional se parte de considerar que el paciente ingresa en una estructura (clínica) cuya ideología se centra en el proceso terapéutico.

El primer día de enfermedad es la clave sobre la cual gira la comprensión y la evaluación del proceso de enfermedad, por lo tanto también de curación. De ese primer día también dependerá el pronóstico. "Desde el paciente que acude solo, hasta aquel a quien lo trae su familia, todo su comportamiento de ese instante nos sugiere el encuadre nosológico que hacemos no solo de él, sino también de su grupo familiar".⁵²

En la primera entrevista, se realiza el análisis y la ubicación a través de tres emergentes de lo que debe ser aclarado por el terapeuta: las fantasías de enfermedad, de curación y de tratamiento. De ahí partirá un esquema de terapia y de encuadre del paciente.

Luego comienza un interjuego paciente-terapeuta, terapeutas entre ellos, familia- terapeutas, familia institución y terapeutas-controles.

Es decir, comienza un proceso terapéutico que se desarrolla en tres planos: el psicosocial, el sociodinámico, y el institucional.

Dentro del primer plano, se visualiza la representación que el paciente tiene de su grupo familiar; lo que él comunica o actúa permite observar lo manifiesto y lo latente de su conducta y plantear en ese ámbito un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento.

⁵² Bauleo ,Armando : Notas de Psicología y Psiquiatría Social, Ediciones Búsqueda, Bs. As., Argentina, 1974 Pág. 108.

Además, comienza una relación terapeuta-paciente que se efectúa dentro de ciertas normas.

Los terapeutas que en los sucesivos días interactúan con el paciente, posibilitan un juego en el cual esos terapeutas, por su estructura de personalidad, van asumiendo funcionalmente roles familiares. Es decir, aceptan una adjudicación de roles que asumen (no actúan, lo que sería una irrupción brusca en el paciente), devolviendo al paciente una visión corregida de los mismos, a través de interpretaciones. Así, en los sucesivos días se va formando una familia artificial que interacciona con el paciente. La comunicación se basa en un aquí-ahora, pero en el cuál el "yo" es sustituido por un "nosotros", el terapeuta se despersonaliza al pasar por la matriz institucional. La interpretación en términos institucionales evita fijaciones en los distintos terapeutas. La acción de éstos posibilita, a su vez el pasaje y el tratamiento en los planos que siguen.

El sociodinámico es el grupo familiar. Al ingresar un paciente, el grupo familiar es invitado a comenzar la terapia. Es allí dónde se visualizan los estereotipos, los supuestos, los malentendidos, las distorsiones de la comunicación, el secreto familiar, y por último, el mecanismo de segregación que permitió la emergencia del paciente.

El plano institucional, cuyo pasaje en parte estaba dado en el "nosotros" de los terapeutas, tiene primacía porque la relación básica está dada entre pacientes e institución. Los terapeutas integrantes de la institución, representan parte de ésta. Tal es la base sobre la que se erige todo el sistema. Es esta la fundamentación del interactuar. Así, en el diálogo con el paciente, se observará su relación con otras instituciones, relación reducida en última instancia al grupo familiar.

En este mismo plano institucional se efectúa la unión entre instituto y familia, unión en la que desde las variables interpersonales hasta las económicas marcan esa ligazón.

En este ámbito institucional también se realizan otras relaciones. Los terapeutas de guardia son controlados diariamente por el jefe de clínica. La historicidad del proceso es entonces explicitada. En estos controles se van

uniendo el ayer y el hoy y, a su vez, aparecen los proyectos sobre el proceso que se observa.

Los controles semanales con el Director sintetizan el desarrollo, que se articula en el control a través de lo visto en cada día particular.

Entonces, pues, se tiene en ese control semanal un panorama total del enfermo a través de lo que explicita el terapeuta individual, lo que observaron y comunicaron los de cada día, los controles diarios, el terapeuta familiar. Es ahí donde se realiza el esquema terapéutico, que emergerá de los análisis efectuados al material ya provisto.

Es de esta manera como se construye una estructura operativa que pueda acompañar la dinámica de la curación que existe en los mecanismos de la misma enfermedad. "Sabemos que reinsertar un paciente, no es solo devolverlo a la comunidad, sino significa también cambiar el contexto del cual aquel partió para que no suceda siempre lo mismo"⁵³

⁵³ Bauleo, A. ; Op. Cit., Pág 16.

Emilio Rodríguez

La Comunidad Terapéutica.

Rodríguez considera que el asilo mental, en su larga, triste y conocida historia de prejuicios, puede ser mejor comprendido si se lo considera como un mecanismo de defensa de la sociedad. El loco es confinado, se lo saca de la circulación. Pero la necesidad de la sociedad de negar su alineación va más allá: el loco no solo tiene que ser un ente marginado y no visible, también tiene que ser des-humanizado, debe perder su identidad de persona.

El autor sostiene una mirada crítica sobre las instituciones totales (Goffman), englobando en este término todas aquellas instituciones que poseen ciertas características en común. La más general de ellas es la que un límite bien definido separa la comunidad del exterior; por lo general son rejas, fosas o murallas, aunque una barrera natural o aislamiento geográfico puede desempeñar el mismo papel. En la institución total (por ejemplo, los asilos mentales, los manicomios) " la movilidad social entre la minoría que manufactura lo que la institución total persigue (indoctrinamiento, coerción, aprendizaje) y los internados que la reciben, es casi nula. Existe una gran distancia total, formalizada en la mayoría de los casos por el uso de un lenguaje diferencial por parte e los internados. Junto con esa falta de movilidad social la comunicación de abajo-arriba es muy restringida, ya que los supervisores en contacto inmediato con los internados tienen la función de filtrar la comunicación".⁵⁴

A modo de opuesto dialéctico con la institución total, Rodríguez, presenta la comunidad terapéutica democrática, con el acento en la individualización y nutrimiento social de su población, y con un tipo antagónico de estructura social que genera efectos terapéuticos sobre los pacientes.

La forma, el estilo de la comunidad terapéutica dependerá de la historia de dicha institución, de su ubicación geográfica, de la personalidad del jefe

⁵⁴ Rodríguez, Emilio : Biografía de una comunidad terapéutica. Eudeba, Bs. As., 1965. Pág. 9.

de servicio, de la edad de la población de pacientes y de la gravedad de sus trastornos emocionales.

Una posible variable que se reflejará en el tipo de comunidad resultante, está dada por la actitud del personal ante las manifestaciones regresivas de los pacientes. Si el personal considera que cierto grado de regresión es inevitable o más aún, necesaria para la rehabilitación del paciente, dicha posición creará una serie de actitudes y expectativas muy diferentes de las que puedan encontrarse en una institución donde se enfatiza la actividad como palanca terapéutica básica. Otra variable está dada por la actitud del personal ante la conducta de los pacientes. Diferentes grados de tolerancia traerán aparejados distintos climas terapéuticos, junto con la creación de diferentes organismos comunales para canalizar la conducta antisocial.

Básicamente las diferentes comunidades terapéuticas presentan los siguientes puntos en común:

- 1) Se considera que la organización social de la comunidad en la que el paciente se encuentre tiene un efecto terapéutico. Se busca la creación de un ambiente social óptimo, como parte vital y dinámica del tratamiento.

- 2) Un elemento clave en este nuevo contexto social es la búsqueda de oportunidades reales para que los pacientes puedan asumir una participación activa en el gobierno de la comunidad.

- 3) Todas las relaciones entabladas dentro de la comunidad, entre pacientes, médicos y enfermeras son consideradas como potencialmente terapéuticas.

- 4) También se le da importancia a la calidad ideológica del medio social creado. El grado de tolerancia y el de permisibilidad imperantes en la institución son dos de las coordenadas básicas que determinan el clima emocional resultante.

- 5) Se considera valioso para el tratamiento el contenido de la comunicación al proporcionar, a través de los distintos canales administrativos, diferentes tipos de información que complementan la información limitada que emerge de la relación médico paciente.

En palabras de Rodriqué “Toda comunidad terapéutica tiene que ser artificial para operar efectivamente. Esta es un artificio donde se busca disminuir toda una serie de variables sociales. Intentándose, en cambio, introducir en forma controlada elementos que promuevan una mayor integración. Y aquí estamos en el terreno de los supuestos y las hipótesis de trabajo.

Mi intención ha sido mostrar una idea en fermento. Es evidente que el concepto de comunidad terapéutica está revolucionando la psiquiatría y, en particular, la psiquiatría hospitalaria. La ideología de la comunidad terapéutica subyace en el reciente movimiento de abrir los hospitales cerrados”⁵⁵

⁵⁵ Rodriqué, E. : Op. Cit., Pág. 165 y 166.

Marie Langer

La autora manifiesta que Freud y Marx han descubierto por igual, detrás de una realidad aparente, las fuerzas verdaderas que nos gobiernan, Freud el inconciente y Marx la lucha de clases. Adhiere al criterio de complementariedad entre el Psicoanálisis y el Marxismo, es decir, de la no contradicción entre ambos pensando que este posicionamiento puede ser enriquecedor ayudando a reubicarlos en el mundo en crisis, y tratando entonces de buscar nuevas y renovadas propuestas, nuevos estilos de trabajo y nuevas formas de abordar el tema social.

Critica al análisis que se vuelve cómplice de lo instituído, adaptativo, que quita toda dimensión social, y donde la crítica y cambio son definidos como resistencias.

También critica la configuración del criterio de salud establecido y la neutralidad del analista.

Es una de las creadoras del grupo Plataforma, y en ella encontramos que cuestiona al Freud ideológico que toma la sociedad como dada y al hombre como esencialmente incambiable (la historia no es un proceso dialéctico para Freud, sino eternamente evolutivo). También critica la institucionalización del psicoanálisis y su pacto con la clase dominante, su aislamiento, sus estructuras verticales de poder y el elitismo de sus prácticas.

Plantea que "la sociedad analítica es un espacio o lugar que está apartado y no contaminado con el afuera, como un tratamiento psicoanalítico con un encuadre perfecto"⁵⁶. Por eso el psicoanálisis desde una mirada Marxista debe producir nuevos campos y aperturas hacia lo social y puede ser útil como un instrumento presente y futuro; también el análisis cuestionado, repensado y con la realización de nuevas investigaciones puede ser enriquecido desde un abordaje teórico Marxista, con el fin de construir una nueva sociedad y un hombre nuevo.

⁵⁶ Langer, M. : Psicoanálisis y Revolución Social. Cuestionamos Edit. Granica, izquierda Freudiana , Bs. As. Argentina. 1971, Pág. 18.

Ricardo Grimson

Elementos para la transformación de la psiquiatría

Grimson⁵⁷ considera que a comienzos de la década de 1970, analizando la atención psiquiátrica en nuestro país, se encuentran los siguientes aspectos problemáticos:

1) Las instituciones psiquiátricas públicas aplican una política de contención, represión, custodia y aislamiento. El producto de tal sistema de cuidado es el agregado a la enfermedad que motivó la interacción de un estado que se denomina enfermedad secundaria: la institucionalización. Dicho estado tiene mayor peso en la no externación y consecuente deterioro de la población de pacientes que la enfermedad de origen.

2) El objetivo principal de la atención psiquiátrica es la internación y no la externación. Las instituciones, los programas y las tácticas de asistencia se proponen, en su mayoría, la conservación de los internados.

3) Los hospicios son centros asistenciales de gran volumen pero de bajo nivel asistencial. Esto se relaciona con la inversión de gran parte de los recursos institucionales en otro tipo de función, no asistencial. En tal aspecto no pueden ser entendidas como centros autónomos sino como representantes de un mandato del sistema socio-económico. La carencia asistencial además de una concepción social, es una forma pautada de actuar ante el problema integración-marginación del pensamiento, que si bien corresponde a las sociedades capitalistas, tiene características propias en el ámbito latinoamericano. El manejo sin recursos de los internados produce una confluencia de carencia y locura que es la causa del loco-pobre.

4) Los distintos tipos de centros psiquiátricos se encuentran aislados entre sí, lo cual determina que el cuidado de pacientes sea en proceso fácil de interrumpir y difícil de continuar; los distintos tipos de servicios tienen una captación psiquiátrica y socioeconómica diferencial y resulta difícil el ascenso. Por ej.: Un neurótico de clase social baja tiene mayor posibilidad de ser

⁵⁷ Grimson, R. : *Psicología Argentina Hoy*, Ediciones Búsqueda, Bs. As., 1973, Pág 49.

atendido en un hospicio, en tanto que un psicótico de la clase media alta tiene mayor probabilidad de llegar a un hospital general o a un Centro de Salud. La clase pesa más que la patología.

5) Los casos de esquizofrenia representan el 75% de las camas psiquiátricas ocupadas en el país. Tales cama tienen un giro bajo, la ocupación de las mismas no resulta fácil ya que su capacidad esta colmada y es un hecho que la internación psiquiátrica estatal de un paciente esquizofrénico es un logro muchas veces irrealizable.

6) Los puntos anteriores reflejan aspectos del panorama psiquiátrico del país que no son encarados sistemática, coherente y planificadamente. Tal situación no es inocua ni expresa un descuido social global sino que afecta predominantemente a los sectores de menores recursos. Los afecta en cuanto a la aparición del problema (incidencia) y en cuanto a su mantenimiento (prevalencia).

Integrar estos datos en una visión totalizadora requiere reconocer que la asistencia psiquiátrica en tanto variable dependiente de las formas de organización social, expresa los intereses dominantes en una sociedad, los privilegios cuyo mantenimiento se prioriza y los modelos de control social que se eligen.

Grimson, en la búsqueda de soluciones para las dificultades descriptas, propone el desarrollo de una política psiquiátrica que contenga algunas características específicas:

- debe tender a integrarse en una política nacional de salud que no sea independiente de su proyecto de financiación, capacitación de agentes y organización regional.

- debe tender a dar respuestas al problema de la psiquiatría en el país y no solo en sus zonas urbanas principales.

- debe tender a privilegiar los requerimientos de los sectores populares.

- debe tender a dar respuesta inmediata a la problemática psiquiátrica de mayor envergadura (psicosis, retardo mental) afectando la estructura concentracionaria de los hospicios mediante la puesta en practica de un plan de

descentralización que convierta los grandes manicomios en unidades hospitalarias de un máximo de 400 camas.

- debe tender a la desprofesionalización de las acciones en el campo de la salud mental, no sólo mediante el concepto de fiscalización popular (el pueblo controla la puesta en práctica de las soluciones y promueve su rectificación) sino mediante la participación efectiva de los sectores profesionales y no profesionales.

- debe desarrollar la capacitación en contacto directo con los problemas a que se responde y las acciones que se aprenden, utilizando las instituciones de entrenamiento (gremiales, docentes, universitarias) como centros de tarea de asistencia y promoción de salud.

El camino que el autor propone posterga el desarrollo profesionalista a favor del cumplimiento de una política psiquiátrica que detecte necesidades populares instrumentando soluciones y sea fiscalizada por el destinatario de la tarea: el pueblo.

En términos de la problemática nacional, considera que la formación de psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos se hace a espaldas de la realidad, con ignorancia de los problemas y sin proporcionar datos, conceptos, ni instrumentos que permitan variar la situación.

“Una vertiente particular de la forma de encarar los problemas psiquiátricos ha sido acometida por Alfredo Moffat, Raúl Camino y Miguel Vayo. Distintas experiencias llevadas a cabo en los últimos años en el Hospital Borda, en la Colonia Federal (Entre Ríos), en el Hospital Estévez (Lomas de Zamora), han buscado oponerse a los efectos de la institucionalización contraponiendo a la situación de deterioro programas de recuperación activos. Que los mismos se hayan podido llevar a cabo, y que se tradujeran en recuperaciones validables clínicamente, demuestra que el camino de retorno de los efectos de la psiquiatría puede recorrerse si el marco conceptual está claro y se opera a distancia (geográfica y conceptual) de las instituciones tradicionales y los psiquiatras. Dentro de situaciones de reclusión totalitaria se han

creado ámbitos de desalienación social, dando lugar a las primeras etapas de una psiquiatría popular".⁵⁸

Miguel Vayo, en el mismo lugar, efectuó un trabajo orientado hacia la integración de una institución desalienante dentro de la institución manicomial.

Camino ha producido una alteración radical del panorama al obtener el control medico de pacientes psicóticos con diez años de internación, de los que más de un 50% fueron dados de alta.

Alfredo Moffat, arquitecto, ha desarrollado algunas de la experiencias de movilización de pacientes psicóticos profundamente regresionados. En general ha aplicado ideas de Pichón Riviere y ha centrado el énfasis en la realización de grupos operativos con una tarea definida.

En Lomas de Zamora produjo acontecimientos históricos en el Hospicio que demostraban la naturaleza alienante que las condiciones de vida institucional impone a la enfermedad.

Moffatt, sobre la necesidad de pensar en una psiquiatría popular, manifiesta: que "en muchos hospitales mentales se habla de cambio y transformación y se comienza con un nuevo programa llamado de modernización pero que deja en iguales condiciones al enfermo de la institución. Se urbaniza el hospital, se lo pinta, se contrata personal con un sentido que es el aumento de control y se pasa de un hospital anónimo, deteriorado por el abandono al hospital limpio y autoritario"⁵⁹.

En relación a la atención psiquiátrica determina algunas características que deben contener una apertura a la popular.

1) Evitación del lenguaje abstracto, muy conceptualizado porque es uno de los factores de separación más grave entre profesionales y pacientes por el lenguaje técnico, depurado y rígido (que le permite al psiquiatra o psicólogo evitar la identificación).

⁵⁸ Grimson, R. : Op. Cit, Pág. 86.

⁵⁹ Moffat, A. : Hacia una psiquiatría popular Nuevas perspectivas en Salud Mental, Instituciones y Problemas. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.. 1973, Pág. 191.

2) Una psiquiatría que quiera insertarse en lo popular debe percibir las contradicciones del sistema social tanto en la comunidad como en el hospital.

3) Otra consigna es respecto a las formas culturales populares y rurales aceptando que son distintas. Hay que romper con el mundo estereotipado y deshumanizado (esquema conquistador europeo). El rescate de la identidad nacional es el primer paso para toda independencia y toda verdadera actitud creadora.

4) Debe existir el derecho a la imaginación, al progreso, a la cura (pero no como adaptación al sistema alienante), a la esperanza de cambio. Es la no-condenación y en no-miedo al cambio lo que a veces a nivel personal puede parecerse a la locura.

Plantea : “una sociedad que no funciona, debe replantearse de nuevo una pregunta ¿quién es el sano y quién es el loco?, para no terminar adaptándose a una sociedad injusta, tal vez no muy sana ni muy creadora”.⁶⁰

La comunidad terapéutica desde la visión de Grimson

En palabras de Grimson, “la comunidad terapéutica produce su efecto a través de un proceso de múltiples componentes que es guiado por el equipo técnico y motorizado por todos los participantes”⁶¹

El paciente que entra a una comunidad en el polo de la enfermedad tiende a través de su cura a alcanzar el polo de la salud y la autonomía.

Para ello es necesario tratar a los pacientes como iguales, como personas a las que ninguna barrera artificiosa debe aislar. No hay posibilidad de cambio sin un reconocimiento previo de una necesidad que la estructura relacional de la situación patógena no permite satisfacer. Lo que la comunidad ofrece es un encuadre en que lo insensato se vuelve comprensible. Esto requiere una reducción del conjunto de conductas posibles a las que pueden entroncar con el programa de la comunidad. Si el marco de opciones que se ofrece y la situación del paciente pueden conjugarse, hay una posibilidad de convivir.

⁶⁰ Moffat, A.: Op. Cit., Pág. 196.

⁶¹ Grimson, R. : La cura y la locura. Ed Búsqueda, Bs. As.,. Pág. 15.

El punto de partida es la relación con una persona que tiene necesidad de la comunidad, ante lo cual en muchos casos la opción alternativa es una internación completa. Ahí la comunidad terapéutica de día pretende interponerse y evitar la internación completa. El tipo de funcionamiento abierto descarta el tipo de paciente que se opone al tratamiento, o sea, que la voluntad de participar en la comunidad es un aspecto crucial. Esto descarta al paciente con grado de impulsividad excesivo y al paciente sin conciencia de enfermedad.

¿Cómo es que la terapia ocupacional, la expresión corporal, la música terapia, el grupo terapéutico, la asamblea, el convivir, se integran en un conjunto que resulta terapéutico?

Una sumatoria de esfuerzos selectivos deben ser adecuados a lo que el conjunto de la comunidad requiere en un momento determinado. O sea que una serie de conductas tiene que producir un resultado institucional. Dicho de otra manera: una institución poco formalizada como la comunidad resulta de la coherencia implícita en la producción de respuestas que se pretende sean terapéuticas y que son tomadas casi espontáneamente a lo largo del día. La tensión terapéutica, es el esfuerzo por alcanzar desde cada uno de los miembros del equipo técnico un meridiano que sea representativo del conjunto.

Cada zona de actividad tiene igual importancia y es así tan significativo un grupo terapéutico como el arreglo del jardín o la reparación de una herramienta.

La noción de esfuerzo compartido, la diversidad de recursos, la atención prestada a señales de alarma, son la argamasa de la tarea. De no estar presentes no habrá sumatoria y no habrá comunidad.

Al hablar de comunidad terapéutica aplicada a pacientes internados, Grimson dice:

“Quisiéramos definir la CT como un conjunto de técnicas integradas que se aplican en una institución tendiendo a permitir y obtener el máximo de participación por parte de los pacientes, que se caracteriza por un sistema constante pero flexible, cuyas características son conocidas por todos los partici-

pantes y son discutidos por ellos periódicamente, existiendo de manera explícita la posibilidad de rectificar aspectos del funcionamiento grupal en base a la deliberación común.

La comunidad se sirve de roles terapéuticos diversos y opera principalmente en base a grupos. Tiende a integrar el conjunto de las actividades en un marco socioterapéutico. la dirección del sistema esta dada por la externalización. La distribución del poder tiende a la igualación común de todos los participantes. Se da tanta importancia al funcionamiento normal como a situaciones de crisis o conflictos, siendo tales situaciones motivo de discusión conjunta".⁶²

Difiere radicalmente de lo que se conoce como institución total, donde prevalecen las normas, el manejo burocrático, la función del equipo asistencial de vigilar a los pacientes y la distancia entre pacientes y personal.

Grimson llevó a cabo una experiencia de estas características en la comunidad terapéutica de Vicente López, la cual se inició en 1971 con la creación de un taller ocupacional vespertino, ampliándose al año siguiente para constituir la Comunidad de Día.

Desde entonces trabajó con un equipo técnico de alrededor de 10 miembros y con una población de alrededor de 12 pacientes.

El autor demostró un gran interés por modificar estructuras de asistencia mostrando enfoques alternativos. La comunidad terapéutica da forma a una vinculación que resulta desalienante, y en esa tarea se opone a la repetición que medio, familia e individuo se conjugan en lograr.

A Grimson, tanto la psiquiatría tradicional como la antipsiquiatría se le presentan alejadas en relación al que sufre.

En un caso por la institucionalización que prefiere reprimir el desajuste y aislarlo, y en el otro por la ideologización que pretende para la conducta anormal una significación política.

Así, la negación de la idea de enfermedad, la propuesta de abolición de las instituciones, el determinismo social, son aportes de una gran riqueza cul-

⁶² Grimson, R. : . Sociedad de locos, Bs. As., Nueva Visión, 1972,. Pag 33.

tural, y que en general obtienen fuerte repercusión pero, a juicio del autor, representan una energía que no se canaliza hacia la modificación de realidades asistenciales concretas.

Las modificaciones en la práctica se dan fuera de las mesas redondas y de los libros, en el doloroso, difícil y angustiante encuentro con la locura.

Grimson y sus experiencias junto a Goldemberg y a Moffat

Grimson dice textualmente: "Se que no sería quien soy, como soy, si no me hubiera formado con Mauricio Goldemberg en el servicio de Psicopatología de Lanús, y si no hubiera tenido el privilegio de hacer mis primeras armas junto a Lia Ricón, Carli Sluzki, Hernán Kosselman, Harold Hammond, Dora Romanos y tantos otros integrantes de aquel equipo de trabajo".⁶³

El autor considera que ser "lanusiano" en el origen de la formación psiquiátrica conlleva semejanzas básicas que trascienden las orientaciones particulares. Cree que Goldemberg hizo del "Lanús" un centro catalizador que atrajo y produjo gente de valor, pero que dio, además, una ligazón con el trabajo institucional de nitidez indeleble.

Continúa diciendo : "Una sensación de retorno a las fuentes experimentamos los que habiéndonos formado con Goldemberg dimos forma al proyecto del Centro Piloto en el Hospital Estévez de Lomas de Zamora. El proyecto se inició con una charla dada por Goldemberg y al año pudimos ir a Lanús a presentar lo realizado en un Ateneo.

Siempre pensé que ese proyecto fue la oportunidad de modificación asistencial más creativa que se me ofreció. Formó parte del intento más serio por transformar a nivel nacional la asistencia psiquiátrica del país. Se integraba en el Plan Nacional de Salud Mental ideado por el Dr. Julio Estévez y el Dr. Oscar Oliva Otero.

Como parte del mismo plan Raúl Camino estaba desarrollando la comunidad terapéutica de Colonia Federal, y Alfredo Moffat realizaba sus experiencias con nosotros (en Lomas de Zamora) y en el Hospital Borda".

⁶³ Grimson, R. : Op. Cit., Pág. 7.

Descripciones de Algunas Experiencias Alternativas

1) Se desarrolla una experiencia durante un año en el Centro Piloto del Hospital Nacional José A. Estévez (1970) :

Al incluirse como psicólogo en la unidad terapéutica era necesario una participación activa a causa de la demanda requerida. Tal necesidad, contrariamente a los encuadres apegados a supuestos teóricos aprendidos, implica una pérdida de especificidad en la tarea y del rol tradicional del psicólogo.

El consultorio es toda la comunidad y la atención al paciente es permanente y continua. El paciente se presenta a la comunidad en una Asamblea y se le pone enfrente de su problemática y de su realidad. Si el paciente optaba por no actuar de esa forma, se pedía completar su historia en público. Esto se traduce en un conflicto no solamente con las reglas del encuadre tradicional sino también con el llamado "secreto profesional". La comunidad obliga a enfrentar diariamente problemas prácticos que deben ser resueltos lo más rápidamente posible, porque son urgentes. Se apunta más a una evaluación y elaboración de los elementos del campo para intervenir y una modificación de las técnicas de aprendizaje sobre el enfermo.

Dentro de las tareas que funcionan con encuadres delimitados se encuentran:

1) Admisión; 2) Diagnóstico; 3) Grupos terapéuticos, psicoterapia familiar, asambleas de comunidad.

1) Admisión: se inscribe un informe que integra los aspectos psicodinámicos de la enfermedad actual del paciente, factores desencadenantes, evolución de síntomas, también se incluye el análisis de la comunicación en la entrevista, la respuesta a la situación. El diagnóstico presuntivo es realizado con la colaboración del médico y la asistencia social del equipo de admisión, donde se toman las decisiones en relación a la forma de tratamiento para el paciente (Internación, Hospital de Día, consultaría externa, internación en otro hospital).

2) Diagnóstico: es realizado por el psicólogo y se hace durante la semana subsiguiente a la admisión del paciente, donde es utilizado material proyectivo y gráfico si es necesario. Se incluyen en el diagnóstico aspectos descriptivos, áreas de conflicto y adaptativas, aspectos dinámicos de la estructura de la personalidad, ansiedades, mecanismos defensivos.

Dentro del pronóstico y recomendaciones terapéuticas se incluyen posibles complicaciones como también mecanismos adaptativos que pueden ser instrumentados a través de la terapia ocupacional. Determina qué roles posibles pueden ser dados dentro de la comunidad y de qué manera reforzarlos o que el paciente desarrolle roles complementarios a los suyos habituales, abriendo posibilidades de acción nuevas.

3) Grupos terapéuticos : este grupo en el interior de la comunidad tiene características particulares. El afuera inmediato del grupo es la comunidad, entonces las problemáticas que surgen en las Asambleas Comunitarias vuelven a surgir en los Grupos terapéuticos, donde se produce su análisis y se trata de darle solución en un aquí y ahora de la sesión. Se eligen para esta tarea sistemas de coterapia formados por una pareja terapéutica (médico y psicólogo y un observador).

Psicoterapia familiar: existen equipos constituidos por psicólogos, médicos que cumplen funciones o roles de coordinación y de observación en psicoterapia familiar.

Asamblea de comunidad: en ellas se utilizan técnicas de confrontación del paciente con la realidad a través de señalamientos, preguntas, síntesis, aportes de datos que el enfermo no puede llevar. Para Grimson, la Asamblea de Comunidad es un lugar en que la personalidad se expresa con mayor nitidez, es el espacio de la mirada colectiva. La Asamblea recibe, pausa, despierta. Es un grupo macroterapéutico, suma los procesos terapéuticos parciales y a la vez es un órgano administrativo porque se ocupa de los problemas cotidianos de la institución. Equipara a todos los participantes en el enfrentamiento de un problema específico y a la vez espera de ellos contribuciones complementarias..

Pero también hay situaciones no pautadas que exigen una técnica que debe ser innovada, recreada permanentemente. Los psicólogos tienen contactos informales con todos los pacientes de la comunidad en muchas situaciones por ejemplo, en tareas recreativas, conversaciones de pasillo, en almuerzos y meriendas, etc. El psicólogo debe actuar comprensivamente en su rol terapéutico, intentando tener una actitud receptiva de los mensajes de los pacientes y comprensiva en relación a algunas conductas, sin que ello implique una actitud paternalista o una confusión sano-enfermo.

Se entendía que la curación no dependía de un conjunto de interpretaciones dadas dentro de un encuadre fijo, sino de la combinación de esta técnica con otras menos específicas y más espontáneas. El psicólogo actúa de la siguiente manera: 1) Opera terapéuticamente sobre la enfermedad y conflicto del paciente en las situaciones llamadas encuadradas; 2) Estimula el proceso de resocialización del mismo, activando sus aspectos sanos, a través de todo lo cotidiano y toda tarea realizada conjuntamente.

Este enfoque permite superar en el psicólogo la disociación cuerpo-cuerpo, ya que se está obligado a incluir el cuerpo del paciente, pero también su propio cuerpo a través de actividades realizadas en común.

El psicólogo tiene una participación activa en toda tarea resolutoria y organizativa del Centro Piloto. Colabora y decide, con el médico y la asistente social el plan terapéutico del paciente que está conformado por: 1) Tratamiento a seguir; 2) Permiso de salida, 3) Externación; 4) Tratamientos posteriores.

“ Se amplía el campo de la tarea, determina mayor responsabilidad y se enriquece el bagaje teórico con la experiencia cotidiana y se permite dar aportes nuevos a la tarea de la comunidad. La experiencia de la comunidad se va renovando, está en constante movimiento, donde el rol del psicólogo se manifiesta en función de nuevas necesidades que vayan surgiendo, recibiendo modificaciones y reestructuraciones. Rol de transición que busca la

mejor manera de elaborar una mejor integración de nuevos elementos en una estructura que mantiene su único objetivo que es la terapéutica”⁶⁴

2) Experiencia llevada a cabo en el Policlínico de Lanús

Esta experiencia se refiere a un conjunto de tareas que fueron realizadas entre 1969 y fines de 1971 en la Clínica Piloto del Departamento de Psiquiatría Social del Servicio de Psicopatología del Policlínico Dr. Gregorio Aráoz Alfaro de Lanús, Pcia. de Bs.As, cuyo jefe era Mauricio Goldemberg.

El proceso impulsado por el Dr. Mauricio Goldemberg en el Policlínico de Lanús a través de la implementación plena de la asistencia psiquiátrica en los hospitales generales, de la incorporación de modelos de la psiquiatría dinámica al conjunto del arsenal terapéutico hospitalario, de los modelos de psiquiatría comunitaria a la planificación asistencial psíquica y de la apertura de esas experiencias a una residencia vanguardista produjo una nueva mirada respecto a la imagen de la enfermedad mental que tenían los médicos, pacientes y público en general. Aparece una psiquiatría comprensiva plasmada a través de la acción.

El Lanús se enrola en la vanguardia, que significaba acción asistencial, docente y de investigación como también estar en permanente cambio y responsabilidad.

La tarea psiquiátrica-social desarrolló su actividad en una comunidad determinada, es decir, extramuros de la institución hospitalaria. Los programas desarrollados son de características preventivas y asistenciales e incluye la comunidad en su conjunto. Se aplican técnicas innovadoras u originales y se tiene un carácter interdisciplinario en la práctica por medio de una elaboración conjunta de la acción terapéutica (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales).

⁶⁴ La transformación del hospital psiquiátrico (Presentado en el cuarto congreso de psiquiatría de agosto. 1970. Rosario (E. Costaguta, E. Parizo, C. Oderada). Revista Argentina de Psicología Nro. 6. 1970. Pág. 102.

La comunidad que se eligió para el desarrollo de los programas corresponde al área de Lanus Oeste (población 5.000 personas). El área seleccionada tiene dos grupos diferenciados, un grupo de un barrio obrero y otro de una villa de emergencia.

Se elaboraron estrategias de inserción de la tarea clínica, como por ejemplo el contactar instituciones barriales y sus líderes formales e informales.

Se instaló la Clínica Piloto en la Sala de Primeros Auxilios del barrio obrero y se efectuó la tarea de programación, que se realizó con entrevistas personales, casa por casa ofreciendo los servicios y explicando las consultas que se pueden atender, así como también horarios y lugar de atención. Se hicieron contactos con la escuela del barrio y la junta vecinal de la villa.

El programa de la Clínica Piloto exigía para su desarrollo en la villa que se cumpliera desde su seno, y no en otro barrio de otra condición socio-económica.

En la etapa de promoción las primeras consultas se fueron ampliando a medida que se consolidaba la relación con las instituciones.

La mayoría de pacientes asistidos de la villa fueron niños, generalmente con problemas de aprendizaje, derivados por la escuela. Estos se debían en muchos casos a déficit de tipo intelectual y oligofrenias. Las causas de dichos déficit eran múltiples: escasa estimulación motriz causada por el hacinamiento, los espacios reducidos de las viviendas, también problemas de simbolización, fundamentalmente a nivel de juego, desnutrición, como también problemas de origen neurológico, orgánico y funcional. Se detectó que los niños asumían roles de adultos y problemas en el desarrollo del lenguaje. En relación a las familias presentaban una estructura determinada por la realidad económica que anulaba sus posibilidades de planificación y proyección futura. Las consultas espontáneas eran escasas.

Los casos derivados por la escuela relacionados al barrio se referían a trastornos de conducta (hiperactividad, aislamiento, problemas de adaptación). Se observaba en las familias una falta de elaboración de duelos, predominio de conductas fóbicas, dinámicas familiares muy inclusivas para con

sus integrantes, ansiedad en las madres. También los roles se distribuían en las familias en forma rígida y tradicional.

Modelo de abordaje :

a) abordaje de la tarea asistencial: en la entrevista se indaga cuál es el motivo manifiesto de la consulta, antecedentes de la enfermedad, estado actual, datos generales del grupo familiar y ubicación social (trabajo, vivienda, ingresos, tipo de participación en la comunidad). También si los consultantes fuesen niños o adolescentes se toman los datos evolutivos. Se confecciona la historia clínica. Se trata de detectar el motivo latente de la consulta, abordaje del grupo familiar, expectativas de curación. Se planifica la estrategia terapéutica que se completa con una entrevista familiar realizada en el domicilio del paciente. Se indican terapias con objetivos y duración limitados que puedan ser individuales, familiares o grupales. La planificación es compartida por el paciente y encargada por lo tanto como una tarea conjunta. Los tratamientos familiares se realizan en el domicilio de los pacientes porque se brinda una visión mas completa de las conflictividades que atraviesan, que incluye la dimensión psicológica pero también socio-cultural y económica (formas de comunicación, formas de comportamiento, distribución de roles, tipo de vivienda, etc).

En las entrevistas se incluyen todos los miembros de la familia posibles y otras personas significativas. Se trata de utilizar recursos técnicos para estimular la redistribución de roles y esclarecer las interacciones grupales activándolas por medio de la interpretación, la dramatización y técnicas directivas. Desde un principio se trata que el contacto con el paciente se dé en una relación simétrica tendiente a ir facturando la verticalidad y sometimiento.

b) Consideraciones de las variables económicas: desde la perspectiva profesional se deben incluir en el accionar técnico para evitar que la terapia se ponga al servicio de una adaptación pasiva y conformista a las condiciones de vida, que muchos pacientes sienten como inmodificables. Es importante que el paciente perciba que una parte importante de su realidad vital lo conflictúa, sin dejar de poner énfasis en las conexiones del mundo interno.

Se integra el quehacer profesional y el posicionamiento ideológico en un rol integral.

c) Encuadre teórico-técnico e ideológico: se utiliza como encuadre teórico el psicoanálisis, la teoría de la comunicación, la psicología genética y el materialismo histórico. Se selecciona la técnica que pueda brindar la perspectiva más amplia posible para el conocimiento y operación integral sobre el conflicto en todos sus aspectos (social, psicológico, cultural). Se busca establecer un vínculo creador entre personas en un contacto más amplio que el psicológico, en la comunidad, donde el terapeuta y el paciente tengan un rol activo en la toma de conciencia en una sociedad que somete, violenta y enferma.

CAPITULO III

RUPTURA Y DISCONTINUIDAD CONSTITUCIONAL. ALCANCES Y EFECTOS (1976-1983)

RUPTURA Y DISCONTINUIDAD CONSTITUCIONAL. ALCANCE Y EFECTOS (1976-1983)

En el año 1976 se inicia un proceso de ruptura del orden democrático en nuestro país. Este acontecimiento traerá aparejado una multiplicidad de efectos que incidirán en la sociedad toda.

Durante la dictadura se ejerció el terrorismo de Estado en nombre de la Doctrina de Seguridad Nacional gestionando formas de exterminio y persecución de personas y la deshumanización de los vínculos.

Durante estos años grandes psicópatas invocaban a Dios a la patria, a la bandera y asesinaban y robaban generando un fenómeno de anomia que repercutió en cada generación en forma distinta.

La violencia social ejercida desde el poder ilegítimo atentó contra las apoyaturas íntersubjetivas, intrapsíquicas y contextuales. Los efectos de la represión alcanzaron al conjunto social y a sus instituciones, y como consecuencia es difícil suponer que el campo psicológico profesional pudiera haber quedado fuera de esta demarcación.

Entre los efectos que fueron provocados en el campo de la Psicología se puede encontrar la limitación de la participación de los profesionales psicólogos y estudiantes de Psicología en instituciones, entidades gremiales, entidades de profesionales, y en este sentido un hito importante lo constituye la intervención y cierre de la carrera de Psicología en las principales Universidades del país.

Una de las expresiones más siniestras del terrorismo de Estado fue el exterminio sistemático de personas, un testimonio de estos hechos está dado por la desaparición en el año 1978 de la entonces Presidenta de la Asociación de Psicólogos de Bs. As. y de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, Lic. Beatriz Perosio. En el mismo año, también habría sido secuestrado por un grupo de tareas otro miembro de la comisión directiva de la A.P.B.A, Lic. Alfredo Smith junto a su esposa.

Es importante señalar también el exilio de numerosos profesionales hacia Europa, ante el clima de inseguridad y de persecución reinantes en el país por aquellos años.

Se pueden observar dos características salientes de este periodo histórico: por un lado, la desaparición de publicaciones, desarrollos teóricos y ponencias en los congresos de Psicología vinculadas a temáticas relacionadas con la Psicología comunitaria, Psicología social, y todo aquel ámbito que implicara un espacio de interrogación y discusión que se enlazara con un compromiso de cambio social, de no sucumbir al conformismo y de poner en relieve la reconstrucción de la trama de intercambios sociales silenciados y un verdadero cuestionamiento del orden político-social y económico. Por otro lado, existía un predominio de desarrollos teóricos puramente abstractos, asépticos, que en su mayoría eran de origen extranjero y que no tenían vinculación con la realidad de nuestro país. Se desarrollaban teorías que excluían los efectos permanentes en el psiquismo del contexto social.

El ejercicio de la violencia de Estado aplicada en aquel contexto repercutía sobre los profesionales y el cuerpo teórico, existía una dogmatización del campo profesional y así es que en el campo teórico epistemológico se instauró la ilusión de una neutralidad ideológica de los conceptos.

En esta etapa histórica se retorna a posicionamientos ideológicos y prácticas que dieron sustento al orden manicomial (intramuros), que se ven reflejados en el encierro, el aislamiento, estigmatización, medicalización de aquellas personas con problemas de salud mental, lo cual contrastaba con lo que ocurría en los países desarrollados, los cuales mostraban un movimiento de apertura y transformación del asilo manicomial (extramuros).

José Lumerman, uno de los psiquiatras más reconocidos en el país, quien dirige actualmente el Instituto Austral de Salud Mental, manifiesta que fue su residencia en el Hospital Moyano durante la última dictadura la que le mostró "las condiciones de indignidad en que viven en la mayoría de los manicomios del país. Conozco todo lo cruel que puede ser el sistema con los

enfermos mentales severos. Hay algo trágico en el hecho de encerrar a alguien que padezca una enfermedad mental".⁶⁵

Pero al mismo tiempo se encontraban un conjunto de profesionales que ocuparon un espacio social, con el deseo de saber, pese al contexto de violencia de estado, y con su presencia demostraron una resistencia al orden instaurado, llevando a cabo reuniones, grupos de estudio y formación ajenos a los ámbitos institucionales tradicionales (universidades, asociaciones, etc.). El terrorismo no pudo evitar que siguieran pensando y generando aportes teóricos que posteriormente fueron utilizados y continuados.

"Desde el momento mismo en que se da una relación de poder, existe una posibilidad de resistencia, siempre es posible modificar su dominio en condiciones determinadas y seguir una estrategia precisa.

La resistencia tiene que ser como el poder, tan móvil, tan inventiva; tan productiva como él, para que se coagule, se organice y se cimiente".⁶⁶

⁶⁵ Entrevista a José Lumerman "Argentina en un país psiquiátricamente grave". 2 de Enero de 2004. Río Negro. Bs. As.

⁶⁶ Michel Foucault Un diálogo con el poder y otras conversaciones Ed. Alianza Madrid 1981 pag. 162

CAPITULO IV

PRACTICAS DESARROLLADAS EN LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES HOSPITALARIAS A PARTIR DEL AÑO 1983

PRACTICAS DESARROLLADAS EN LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES HOSPITALARIAS A PARTIR DEL AÑO 1983

En la actualidad, en nuestro país existen diversas formas de abordaje de las enfermedades mentales, tales como redes de tratamiento ambulatorio, comunidades terapéuticas, casas de medio camino, talleres protegidos, hospitales de día, etc.

Estas se presentan como formas alternativas de atención frente al “viejo modelo” del hospicio implementado en los grandes Neopsiquiátricos de la Argentina.

Son prácticas que comenzaron progresivamente a gestarse a partir de la llegada de la Democracia a nuestro país en el año 1983, a pesar de la oposición de los sectores psiquiátricos tradicionales, que basaban su práctica en la reclusión y la marginación de los enfermos mentales.

En Argentina tuvieron repercusión los distintos movimientos gestados en Europa y EEUU, pero su implementación no se realizó como una mera reproducción, sino se produjeron diferentes prácticas que tuvieron en cuenta las características particulares de esta región.

El funcionamiento de algunas de estas prácticas será analizado a continuación en las principales Instituciones Hospitalarias del país.

Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario

“Dr. José Tiburcio Borda”

El hospital funciona en el barrio Barracas de la ciudad de Bs As. En el año 1984 se creó el FAB (Frente de artistas del Borda), este frente se concibió en el marco de un proceso de desmanicomialización que implica el desvanecimiento de la idea del manicomio como el depósito de personas con enfermedades mentales. En aquel momento, la dirección del Hospital adhería a la posibilidad de implementar un proyecto de desinstitucionalización como los llevados a cabo en Río Negro y en el Hospital de Trieste en Italia, bajo la idea directiva de Franco Basaglia.

El FAB actualmente funciona buscando hacer frente al aislamiento social mediante la producción artística en sus talleres, y mediante la apertura a la comunidad, pretendiendo así modificar el imaginario social respecto de la locura. Conformó un circuito a través del cual comenzaron a circular sus producciones en el “afuera” de la institución, con la intención de lograr objetivos tales como:

a) Efectos terapéuticos : las personas, al formar parte de un proyecto creador, trabajando conjuntamente con otros, pueden mejorar su calidad de vida, generar proyectos de vida y de salida laboral.

b) Comunicación social: mediante el intercambio entre los internos y la comunidad, pues no solo se difunden las producciones de los pacientes, sino también sus quejas, sus voces, poniendo de manifiesto contradicciones institucionales, denunciando situaciones dentro del hospital, tales como malos tratos, sobremedicación, etc. Este tipo de denuncias se realizan, por ejemplo, después de las funciones teatrales adquiriendo por lo tanto carácter público. De esta manera, se han logrado respuestas que han provocado modificaciones en el devenir institucional.

c) Modificación del imaginario social: el público en general, la comunidad, al entrar en contacto con los artistas pueden ir modificando la percepción

sobre la locura, sobre quien la padece, percepción que, por lo general, es negativa, estigmatizante y excluyente.

La creación del FAB ocurre luego del advenimiento de la democracia y constituye un intento de humanización del padecimiento mental, desde una postura que considera necesario generar alternativas que potencien recursos, habilidades y capacidades en aquellas personas que presentan enfermedades mentales. También en el Borda funciona LT 22 Radio la Colifata, como un medio psicoterapéutico a partir de la recuperación de la palabra por los propios internos. En sus inicios fue creada como una respuesta al estado de marginación, abandono y aislamiento de los pacientes. Se concibió como un espacio para trabajar con la comunidad externa relacionado con las problemáticas referentes a la locura. Pasaron 12 años de su creación y se convirtió en un lugar de reflexión y de desconstrucción de mitos sociales, en torno a los enfermos mentales. Se fue desmaterializando el estigma del loco violento, peligrosos, insensato.

El primer acto de la radio fue en un espacio grupal donde se tomó la palabra en nombre propio, pudieran decir lo que sentían y pensaban, creando con ello la posibilidad de ingreso de cualquier tipo de discurso, la palabra sale del hospital, se transmite y comienza a tener oyentes. Desde 1992 se construyó un tejido colectivo de solidaridad y se dignificó la palabra silenciada que existía detrás de las paredes del hospital. La radio Colifata se compone de treinta a treinta y cinco internos y ex internos. Funciona como una ONG y uno de sus fines es interactuar con la población que asciende a 1200 pacientes crónicos y agudos. La transmisión de la radio se produce todos los sábados y tiene una duración de cinco horas en 100.1 de FM con alcance apenas de treinta cuerdas a la redonda; aunque con pequeñas salidas y reportajes pregrabados, la voz de los internos es transmitida por cuarenta emisoras comerciales argentinas llegando a miles de personas.

La radio se convirtió en un dispositivo que recupera la comunicación y rescata los lazos sociales frágiles o rotos de los internados, se empieza a recuperar por el interno su espacio en el afuera.

El hospital Borda ofrece, además, los siguientes servicios y prestaciones:

- Area de internaciones y prestaciones :

1) servicios asistenciales: guardia, admisión, emergencias, servicios de corto, mediano y largo plazo (estos servicios brindan tratamientos al paciente internado de : terapia individual, familiar y grupal, laborterapia, asambleas de convivencia, talleres de creatividad, talleres comunitarios, terapia ocupacional).

2) prestaciones a los pacientes: hospital de día, hospital de noche, terapia ocupacional, programa pre-alta, casa de medio camino, servicio social, atención psicosocial en espacios compartidos, trabajo corporal.

- Area atención ambulatoria :

1) asistencial: hospital de día, hospital de noche, casa de medio camino, consultorios externos, trabajo corporal (sector de salud mental).

2) prevención: acción social y prevención primaria, taller de terapia ocupacional, rehabilitación.⁶⁷

⁶⁷ Cfr. Cartilla de prestaciones del Hospital Borda

Hospital Neuropsiquiátrico

“Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero”

Este hospital se halla en la ciudad de Melchor Romero, en el partido de la Plata. Presenta cuatro instancias:

- 1) Centro general de enfermos agudos.
- 2) Hospital psiquiátrico de agudos.
- 3) Hospital psiquiátrico crónico.
- 4) Centro destinado a patologías adictivas.

El hospital implementa los siguientes dispositivos:

a) Hospital de Día

Concurren pacientes externados e internados que están por recibir el alta. Se trabaja en distintos talleres: taller de expresión plástica, taller de lectura de diarios, taller de expresión literaria, taller de expresión.

Cuentan con asistencia psicológica individual y grupal, también semanalmente se realizan asambleas de las que participan tanto los pacientes como el personal (psicólogos, talleristas y enfermeros)

Todas estas las actividades forman parte de un programa que allí se desarrolla llamado “Programa de reintegración comunitaria y vinculación de personas con sufrimiento mental, usuarios del hospital de día”.⁶⁸

b) Casa de Pre-Alta

No se encuentra dentro del hospital, sino en el centro de la ciudad de la Plata. Se busca la rehabilitación mediante diversas actividades. El perfil de los pacientes tiene que ver con un alto grado de posibilidades de reinserción

⁶⁸ Melía E, Gargoloffi y Cattaño A. : “Procedimientos innovadores en la gestión administrativo financiera en el Hospital, Dr. A Korn de Melchor Romero.” En Revista Argentina de Psiquiatría Vertex, Vol.-10, nro 35, marzo-abril, mayo de 1999, Bs.As., Pág. 23.

en la comunidad, ya que cuentan con un elevado nivel de autonomía, autovalimiento y aptitudes para la vida en comunidad, pero a pesar de ello no tienen una vivienda donde llevar una vida independiente. Asisten allí aproximadamente cuarenta pacientes.

Funcionan los siguientes talleres: taller de costura, taller de trapos de piso, taller de serigrafía(para estampado sobre tela, madera y cartón), taller de reparación de bicicletas.

c) Talleres creativos artísticos.

Funcionaron desde el año 1989 hasta fines de 1998. Entre los mismos existían los siguientes: taller literario, taller de plástica, taller de títeres, taller de música, de periodismo y taller de teatro.

d) Talleres de producción protegidos

Apuntan a generar aptitudes que posibiliten la resocialización: internalizar una rutina de trabajo y revalorizar la autoestima como personas a partir de una habilidad determinada. Están constituidos por dos dispositivos: el primero es el TPP intrahospitalario, ubicado en los predios del hospital donde se desarrollan actividades agrícolas (cría de porcinos y aves) y el segundo lugar de trabajo se encuentra en Casa de pre-alta a la que ya se describió.

Hospital Nacional Colonia

“Dr. Manuel Augusto Montes de Oca”

Este Hospital se encuentra ubicado en la localidad de Torres. Incorporó una importante cantidad de pacientes psiquiátricos pese a que en principio la institución estaba destinada al tratamiento de las oligofrenias.

Entre las actividades desarrolladas en el Hospital, se han dividido los Talleres, dentro del Area de Rehabilitación Psico-Social, en tres instancias:

1) Sector pedagógico

Se busca la estimulación de la creatividad y de la expresión a través de los siguientes talleres; taller de lectoescritura; expresivos; taller literario, taller de títeres, de teatro, de plástica, taller de música y de danzas, taller de radio: Radio Convivencia comenzó gracias a la gestión de tres docentes de Luján, que armaron un taller en el año 1997. Es transmitida por Radio Universidad de Luján. Taller de cocina.

2) Sector recreación y Deportes

El trabajo se basa en la actividad física programada; por ejemplo caminatas, gimnasia, fútbol.

Se busca estimular el movimiento y el reconocimiento del cuerpo.

Se realizan competencias con otras instituciones, como modo de intercambio e integración social.

Los talleres en este sector son; taller educación física, taller de deportes, taller de recreación, taller de atletismo, taller de yoga.

3) Sector terapia ocupacional

Allí se realiza : laborterapia, taller de bordado, taller de lavado y planchado, taller de manualidades, taller de colchonería, taller de pinturería.

Todas las actividades descriptas tuvieron un crecimiento excepcional dentro del Hospital fundamentalmente durante los años noventa, de acuerdo a la información ofrecida por la Lic. Angélica Cortés, miembro de la Red Nacional de Arte y Salud Mental.

Hospital Psiquiátrico

“Dr Braulio A. Moyano”

Este hospital se halla ubicado en el barrio de Barracas en Buenos Aires. En la década del 90 se produjo una reorganización de la institución, lo que produjo una reducción de 2500 a 1500 pacientes de sexo femenino. Para esto fue creado un sector para tratar pacientes agudos, conformado por los servicios de Admisión, Emergencia y Terapia de corto plazo con una internación máxima de quince, treinta y noventa días respectivamente.

Se creó, además, un servicio de terapia intermedia, para aquellos pacientes que requerían un tratamiento mas prolongado de 90 días, También comenzó a funcionar el Hospital de noche y el Hospital de día.

En todos los servicios el abordaje terapéutico abarca psicofarmacología, terapias individuales, grupales, familiares y de pareja. Debe destacarse que en este Hospital, cobra vital importancia la prevención terciaria con el fin de evitar el “hospitalismo” excesivo que implica una secuela agregada a la enfermedad ya existente. Dentro de los servicios que presta la institución los más destacables a los fines de esta investigación son los siguientes:

a) Servicio de Emergencia: brinda atención a la paciente aguda, con un tiempo máximo de internación de treinta días, se recibe a pacientes derivados del servicio de admisión, y se establece un tratamiento intensivo psicofarmacológico y de terapia individual en la cual, se integra de inmediato a la familia, con el objeto de observar las disfunciones grupales o vinculares para intervenir con técnicas sistémicas. El objetivo es llegar a una rápida recuperación y reinsertar a la paciente en su medio, contando para ello con el apoyo de la familia, y prosiguiendo el tratamiento con atención ambulatoria, a través de consultorios externos.

b) Servicios Ambulatorios : funciona en un chalet ubicado a la entrada del Hospital y se divide en : 1) Hospital de día: ofrece tratamiento ambulatorio con variados recursos terapéuticos. Se busca disminuir el porcentaje de

reinternaciones. Se trabaja en los períodos de descompensaciones y en los de reestructuración psíquica. 2) Hospital de noche: recibe pacientes dado de alta pero que no cuentan con un lugar donde vivir. El objetivo es lograr que la paciente desarrolle un nivel de autonomía y de un mínimo de ingresos que le permitan vivir fuera del hospital.

c) Consultorios Externos: se atienden personas de ambos sexos, entre 17 y 60 años, con distintas patologías y con diferentes abordajes terapéuticos individuales, grupales, y familiares, realizados por un equipo interdisciplinario. Se intenta disminuir considerablemente el número de internaciones, atendiendo alrededor de 36.000 personas por año.

d) Servicio de Mediano Plazo; se encarga de internaciones de hasta 180 días, luego del alta se continúa el tratamiento ambulatorio en el mismo, mediante el abordaje del paciente y su familia en forma multidisciplinaria.

e) Servicio de Largo Plazo de internación: se encuentran allí los pacientes que por su patología y problemas sociales necesitan pasar largas estadías en el hospital. En este lugar se llevan a cabo técnicas de rehabilitación mediante talleres intra y extra hospitalarios, que se complementan con otras actividades tales como, asambleas comunitarias de apertura y cierre semanal., en las que participan pacientes, familiares y profesionales del equipo interdisciplinario⁶⁹.

⁶⁹ Cfr. Marchant, Néstor : Experiencias Comunitarias en el Hospital Moyano, Bs. As., Ananké (1º edición, año 2000).

Hospital Interzonal Psiquiátrico “Colonia Dr. Domingo Cabred”

Este es un hospital ubicado en la provincia de Buenos Aires, en el partido de Luján donde reciben pacientes psiquiátricos con diversas patologías, incluidos aquellos que son portadores de TBC y HIV. Su funcionamiento se fundamenta en el sistema Open Door, para el abordaje de enfermos mentales, el cual consiste en la participación de los internados en actividades recreativas y productivas, acompañados por una paulatina disminución de la medicación, con el objetivo de potencializar los aspectos sanos, adaptativos del paciente para lograr su rehabilitación y reinserción social.

Los programas puestos en marcha son los siguientes:

- Programa Radio: Puertas Abiertas Hospital Cabred FM 89.3 Mhz: comenzó en el año 1996, y transmite desde un estudio propio ubicado en el pabellón médico de la colonia. Su alcance es de 25 Km a la redonda y emite de 8 a 20 hs. Contiene informativos, programas de humor, periodísticos, deportivos, culturales, infantiles y de tango.

Los pacientes se forman en locución y operación radial mediante cursos, con el fin de capacitarse y reintegrarse al campo laboral.

- Programa Casa Protegida: el Hospital recibió la donación de una casa para que la utilicen aquellos pacientes que no tienen un lugar donde vivir. Se encuentra fuera del predio del Hospital.

- Programa adopción: es una adaptación tomada de un modelo proveniente de Francia. Consiste en la adopción de pacientes por parte de familias, que ha permitido una notable mejoría en aquellos pacientes que se han beneficiado con el programa.

- Programa agropecuario: chacra, apiario, tambo, aves, tala, poda. Desde el año 1996, en la colonia se siembran 250 hectáreas de trigo, girasol, maíz, soja y pasturas, en forma alternada.

En el apiario se trabajan las colmenas, se recolecta y envasa la miel, para luego ser vendida. Consiguieron el permiso para registrar la marca y venderla al público en general. En el tambo la producción de leche es utilizada para el consumo interno de la institución.

- Programa fábrica de mosaicos: comenzó en agosto de 1997 con la incorporación de un becario mozaísta. Allí se fabrican mosaicos de granito, que se utilizan para construcciones y refacciones internas; por ejemplo, se usaron para reconstruir un pabellón que se incendió a mediados del 98.

- Programas fábrica de zapatillas: en el año 1996, se realizó un curso de capacitación de costura de capelladas para zapatillas, sandalias y chinelas, a partir del cual comenzó la fabricación de zapatillas para uso de los pacientes del Hospital.

- Programas panadería: si bien la panadería existe desde los inicios del Hospital desde hace un siglo, funcionó hasta 1995, cuando debió cerrarse por problemas edilicios y sanitarios. Luego de un tiempo reabrió sus puertas. La producción se usa para consumo interno. Es vendida a la concesionaria de la cocina de la colonia, quien luego la redistribuye. Con el dinero recaudado se le paga un peculio a los veinte pacientes que allí trabajan, coordinados por un psicólogo.

- Programa de repostería: existe desde el año 1993, allí los pacientes aprenden a cocinar y sus productos se consumen en el Hospital, en los cumpleaños, festejos y eventos que se presentan. Más de treinta pacientes participan en este programa.

- Programa carnaval : con el objetivo de participar en el corso oficial del partido de Luján, el Hospital armó una comparsa, cuyos temas, trajes y ca-

rozos fueron ideadas en su totalidad por los pacientes.

Además de los programas se realizan los siguientes talleres:

- Taller literario: con actividades de lectura y escritos; algunos son leídos en la radio o publicados.

- Taller de pintura: con obras hechas en témperas y óleos.

- Taller de educación física: el intento es de mejorar la relación con el cuerpo, aprendiendo a reconocerlo en relación con el tiempo y el espacio.⁷⁰

⁷⁰ Datos obtenidos de la conferencia dada por el Lic. Carlos Wertheimer en la III Jornadas Nacionales de Salud Mental desarrolladas en Rosario en el año 1999. Wertheimer fue director del Hospital Cabred entre 1995 y 1999.

Hospital Neuropsiquiátrico

“Dr. Domingo Taraborelli” (Necochea)

En esta institución la tarea terapéutica se halla integrada dentro del modelo de la Comunidad Terapéutica. Existe un sistema de puertas abiertas, y los pacientes de acuerdo a sus patologías poseen distintos grados de movilidad externa, determinado por un sistema de listas de pacientes agrupados de acuerdo a sus características. Existen tres listas: a) libre movilidad, b) bajo control y c) movilidad prohibida.

El sistema de puertas abiertas tiene el objetivo de mantener una permanente vinculación de los pacientes con el afuera. Trabajan en equipos multidisciplinarios, con una visión integral de la enfermedad mental no reduccionista.

Se considera que la internación es un primer eslabón necesario, pero siempre teniendo en cuenta que el horizonte es el alta producto de la rehabilitación social.

En el Hospital funciona un Hospital de día, que presenta diversas actividades: lectura de diarios, asambleas de apertura y cierre semanal, terapias grupales, reuniones multifamiliares, granja, cine debate, talleres coordinados por terapeutas ocupacionales entre otros. La finalidad de estas actividades es desarrollar y fortalecer vínculos familiares y laborales, y la de progresivamente generar la rehabilitación que permita a los pacientes volver a la vida social sin necesidad de recaídas y reinternaciones.

En la institución se busca el mejor nivel de reinserción social posible, superando el abismo que en muchos de los casos existe entre los pacientes, por un lado, y las familias y la comunidad por el otro.

Se considera que el modelo de Comunidad Terapéutica, con un sistema horizontal de relaciones, con puertas abiertas y con un enfoque interdisciplinario, es el mejor camino para que los pacientes dejen la institución y se reinserten en la comunidad más amplia.

Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA)

“Dr. Oscar Allende”

Este Hospital se encuentra en la ciudad de Mar del Plata. En el área de Salud Mental del mismo funciona desde el año 1999 un Hospital de Día que recibe a aquellos pacientes con menos de dos internaciones (los pacientes con más de dos internaciones son derivados para el tratamiento al Centro de Promoción Social, cito en Valencia 6455).

Las personas que concurren al Hospital de Día presentan patologías de las más heterogéneas, como esquizofrenias, fobias, depresión, ataques de pánico, etc.

Este dispositivo fue creado con la intención de contribuir a la rehabilitación y reinserción comunitaria de pacientes, alentándolos en la organización de actividades y en la creación de ideas y proyectos por parte de todos por igual. En palabras de Elvio Sisti, psiquiatra, coordinador del equipo de profesionales del Hospital de Día, “el hecho de tener personas con diversas patologías nos permite trabajar con una heterogeneidad muy interesante, lo que lleva a que la gente se complemente. El desarrollo personal desde la perspectiva humana que significa relacionarse con una persona que presenta determinadas dificultades de igual a igual, genera un efecto terapéutico muy importante”.

A nivel barrial, se cuenta con el apoyo de la Sociedad de Fomento del barrio, que brinda sus instalaciones e integra en sus actividades a los pacientes del Hospital de Día, que hallan así un lugar fuera del predio del Hospital para vincularse y crear lazos sociales.

Los pacientes que concurren al Hospital de Día cuentan con diversos talleres, que les permiten sentirse útiles y ocupados durante las horas de concurrencia diarias.

Algunos de ellos son:

- Taller de plástica : es coordinado por un artista plástico, que en la actualidad se halla abocado a la realización de un mural en uno de los paredones del Hospital que da a la calle Tres Arroyos. Los dibujos realizados por los pacientes son ampliados y llevados al mural. De esta manera se busca que los pacientes hagan un aporte y dejen un registro de su paso por el Hospital de Día. Es una actividad al aire libre que les permite contactarse con la gente que concurre al hospital y explicarles lo que están haciendo en el mural. Es una manera de conectarse con el "afuera".

- Taller de cine debate: consiste en la proyección de películas en el ala central del Hospital. La finalidad es la de poder debatir ideas y sacar aprendizajes de los filmes que ven, como una manera entretenida y creativa de pensar situaciones, personajes, historias de vida que en muchos casos son afines a las historias de los pacientes.

- Taller de huerta: funciona en terrenos del Hospital, y se halla organizado en forma comunitaria. Los pacientes cultivan y deciden, de común acuerdo, como organizarse para emplear lo producido. A veces lo que se cosecha se utiliza para el autoconsumo, se lo emplea para vender o se lo canjea con otras huertas de la zona.

La cooperativa es un modelo que le permite a todos los participantes ser sujetos creadores de ideas y poder desarrollar una identidad en torno a un proyecto. Al igual que el mural es una actividad al aire libre que los conecta con la gente que transita por el Hospital y con el movimiento diario que allí se produce. Siempre desde la construcción de una identidad que les permite decir "somos huerteros".

- Taller de radio: comenzó a salir al aire por Radio Residencias de Mar del Plata, un programa realizado por pacientes del Hospital de Día. El formato del programa se elabora en el Instituto Eter, de radio que recibe y colabora con los pacientes, a la vez que les ofrece capacitación radial. El contenido del programa está dado por la información que se brinda a la comunidad en general sobre las actividades desarrolladas en el Hospital de Día, se describen las mismas, se invita a la gente a que participe y se integre a sus proyectos, también se leen poesías escritas por los pacientes, etc. El nombre del programa es "Locos en el aire".

En el Hospital de Día se trabaja con un equipo de profesionales interdisciplinario. El psiquiatra Elvio Sisti es el director y junto a él trabajan psicólogos, terapistas ocupacionales, asistentes sociales y enfermeras.

Centro de Promoción Social

Este Centro nace en 1996 a partir de un convenio entre el Hospital Interzonal de Mar del Plata (HIGA), Caritas y AI.PE. (Asociación Integradora de Personas con Padecimientos Psíquicos), con el objetivo de dar contención y una comida diaria a muchos pacientes que habían estado internados en el área de Salud Mental del Hospital y que luego, a pesar de haber sido dados de alta, seguían concurriendo al comedor del mismo por carecer de recursos y redes sociales que los ayudaran.

En su inicio funcionó en las instalaciones de Caritas mudándose en el 2001 a su domicilio actual: Valencia 6455.

El grupo de profesionales que creó el CPS, con la Lic. en Servicio Social Marta Martino como directora, en la actualidad ofrece una propuesta integral a los pacientes con padecimientos psíquicos, en particular a aquellos que padecen psicosis crónica, que incluye:

a) Centro de Día: en él los pacientes, además de desayunar y almorzar participan en las siguientes actividades:

- asambleas de apertura y cierre semanal
- taller de expresión corporal
- taller de cocina artesanal
- taller de yoga
- taller de dibujo

b) Talleres Terapéuticos Laborales: estos desarrollan su acción con un enfoque terapéutico, como parte de la segunda etapa del tratamiento psiquiátrico prescripto. Allí concurren los pacientes que han logrado una evolución favorable de su enfermedad durante el tratamiento brindado en el Cen-

tro de Día. Es un paso más en la adquisición de hábitos laborales y competencia para el trabajo autónomo.

Los talleres que se ofrecen son:

- Taller terapéutico de costura,
- Taller terapéutico de acuarismo,
- Taller terapéutico de panificados y pastelería,
- Taller terapéutico de reciclado de envases,
- Taller terapéutico de garrapiñadas de soja.

En esta Institución el tratamiento es realizado por un equipo interdisciplinario, y se propone los siguientes objetivos:

-Lograr la máxima independencia de los pacientes fomentando su responsabilidad en distintas áreas: cuidado personal, tareas comunitarias, actividades laborales.

-Facilitar el descubrimientos de intereses particulares que incentiven la organización de sus proyectos de vida.

-Acompañar a la comunidad en el proceso de integrar a todas las personas, sin exclusión.

-Integrar al paciente a su medio familiar apoyando y orientando a la familia.

-Evitar el aislamiento en el seno familiar e institucional.

-Desarrollar actividades de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes.

Red Nacional de Arte y Salud Mental

Festivales de Artistas Internados y Externados en Instituciones Neuropsiquiátricas

La realización de festivales comenzó en el año 1989 en Capital Federal. Este primer festival lo organizó el Frente de Artistas del Borda (FAB), y a partir de allí continuaron en forma ininterrumpida.

En Mar del Plata se realizaron dos festivales: en el año 1997 y en el año 2000.

La red Nacional apunta a generar un movimiento de transformación en la salud mental, pensando siempre a la persona enferma como recuperable a través de tratamientos rehabilitadores.

Pugna por la defensa y difusión de las experiencias de transformación de los manicomios en hospitales abiertos.

En ella participan pacientes de instituciones neuropsiquiátricas de distintas regiones y sus objetivos son:

- Convocar y reunir a todas las instituciones, grupos y personas que adhieran a la desmanicomialización, en el marco de una sociedad más justa,
- Proponer el arte y la creatividad como instrumentos válidos en el abordaje de las problemáticas en salud mental,
- Promover y organizar jornadas y festivales que permitan la extensión, reflexión y presentación de las implicancias sociales, institucionales y subjetivas de estas prácticas,
- Insertar en la comunidad estas problemáticas, una toma de conciencia, aceptación y resolución en conjunto de las mismas,
- Impulsar una necesaria transformación de los manicomios en instituciones abiertas y curativas, con servicios y prácticas descentralizadas que atiendan a las personas donde viven y trabajan, con internaciones breves y

resocialización inmediata, apuntando a una progresiva desaparición de las formas manicomiales de atención.

Es de destacar que estos festivales constituyen una experiencia de vanguardia a nivel mundial.

La Ley de Desmanicomialización de Río Negro

Río Negro es la única provincia de Argentina que clausuró los manicomios, permitiendo así que las personas con padecimientos psíquicos vivan en libertad.

Este proceso se inició en el año 1983, con la llegada de la democracia, creándose una nueva estructura dentro del Ministerio de Salud Pública de la provincia. Existió en aquellos años una marcada resistencia por parte de los sectores psiquiátricos tradicionales, que no veían con buenos ojos la “liberación” de los enfermos mentales, pues estaban acostumbrados a las prácticas de reclusión y marginación de los mismos.

Hugo Cohen, médico del Hospital Alfaro de Lanús entre los años 1979 y 1983, se trasladó a Río Negro en el año 1985. Allí se hizo cargo del Departamento de Salud Mental de Río Negro e impulsó la ley de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen sufrimiento mental”.

Dicha ley de desmanicomialización 2440⁷¹ fue aprobada en el año 1992.

En 1985, cuando Cohen llega a Río Negro, en el Hospital Allen (primer nosocomio de la Patagonia fundado en el año 1900) ya se había comenzado una política de externación en 1983, que permitió reducir sensiblemente el número de pacientes internados (de 120 en 1983 se redujo a 80 en 1985).

⁷¹ Ley Nro 2440/91. Anteproyecto elaborado por el Dr. Hugo Cohen con el asesoramiento del Dr. Horacio Jouliá, abogado de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. Aprobada por mayoría el 11-09-91 por la Legislatura Provincial.

Con Cohen estas políticas se acentuaron, disminuyéndose también las derivaciones al Hospital de Allen, gracias a un trabajo de contención en los domicilios de los pacientes. Como consecuencia de estas políticas comenzaron a quedar camas vacantes, y se produjo una conversión del Hospital Psiquiátrico en Hospital General, pasando a ser Salud Mental un servicio más entre otros como Cirugía, Pediatría, Clínica Médica, Traumatología, etc. Así, Salud Mental se integró al Hospital, sin necesidad de crear un ala edificación o estructura paralela para tratar los trastornos mentales.

Ley 2440/91⁷²

Esta ley, en su primer art. dice lo siguiente: "Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecúe a los principios individualizados en la presente ley.

La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas.

La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta ley y de todas las opciones que de ella se desprenden".

Del espíritu de la ley se desprenden algunos principios:

a) La Salud Mental es entendida en términos de conflicto, de lucha, por ende, todas las personas atraviesan situaciones de crisis a lo largo de sus vidas.

b) No se habla de enfermedades irreversibles, crónicas, sino de crisis, entendida como una alteración pasajera que puede superarse.

c) No se concibe a la locura como enfermedad mental, sino como sufrimiento mental, el cual debe intentarse disminuir.

⁷² Ley 2440/91 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental.

d) Se alienta el sostenimiento de los vínculos cotidianos (familiares, amigos, vecinos), evitando el quiebre y el desarraigo que implica la internación en la institución manicomial.

e) La responsabilidad del proceso de curación no debe estar puesta solamente en los profesionales de la salud, sino todas las personas integrantes de la comunidad pueden compartirla y realizar su aporte.

La responsabilidad le cabe a todos, y no solo a un reducido grupo de personas con formación, por ejemplo, pueden participar, además de psiquiatras y psicólogos, pacientes recuperados, familiares de pacientes, amistades, y otros miembros de la comunidad.

Para llevarse a cabo estos principios se realizaron una serie de programas sociales, destinados a estimular y fortalecer la integración social, la actividad y la creatividad. Para que trabajen las personas con padecimientos mentales, se crearon:

- 1) Una huerta: con el fin de abastecer el consumo interno del Hospital,
- 2) Una fábrica para elaborar pastas frescas,
- 3) Un invernadero para producción de flores ornamentales y plantines,
- 4) Una empresa de parqueización y de limpieza para espacios públicos,
- 5) Una cooperadora constituida por los pacientes y sus madres, dedicada a la administración de residenciales,
- 6) Dos buffets hospitalarios, atendidos y administrados por los propios pacientes.

Para lograr una adecuada reinserción social de pacientes externados, en Río Negro se tuvo en cuenta que, muchas veces, algunos pacientes, por su patología, pueden tornarse sumamente agresivos, tanto para terceros como para sí mismos. Para estos casos se consideró necesario acompañar el proceso de rehabilitación de las pacientes con el uso de psicofármacos, evitan-

do así situaciones de riesgo o peligro.

Para la implementación de los cambios ocurridos en Río Negro se tuvieron en cuenta las características culturales, idiosincráticas, y sociales de la provincia. No se produjo una mera reproducción de modelos utilizados en otros sitios.

Puede decirse a dos décadas del comienzo de los cambios en Río Negro, que se logró una toma de conciencia y un posicionamiento diferente frente al padecimiento mental, tanto en los trabajadores de salud mental como en los pobladores en general. Se logró integrar, al loco, a la comunidad sin vivirlo como un cuerpo extraño con el cual no se tiene nada que ver. Se generó una conciencia social más integradora, permitiéndole a muchos "locos" contar con alternativas de vida más dignas.

Hospital Psiquiátrico de San Luis.

El Movimiento Hacia su Reforma

Al iniciarse en diciembre de 1993 la reforma del (HPSM) y su transformación en Hospital de agudos se encontraban internadas unas cien personas, con un tiempo promedio de internación de 7 años. El mismo no contaba con una dotación fija de camas, por eso se llegaba a improvisar colchones o camas supernumerarias para satisfacer la demanda de internación, que progresivamente era mayor.

Tenía en común con las instituciones de características asilares el hacinamiento, el olor, la resignación y el aislamiento. "El trato de los profesionales con los internos crónicos generalmente se limitaba a un rutinario saludo pronunciado a varios metros de distancia, el que era seguido por una invariable o inexistente respuesta".³⁴

El tratamiento psicofarmacológico era la táctica terapéutica más habitual, recurriéndose a dosificaciones que, aunque técnicamente innecesarias, conseguían mantener aplacados a los pacientes.

Se carecía de actividades para estos pacientes, y la ausencia de experiencias interpersonales o ambientales los llevaba a un estado de deprivación emocional, que era equívocamente atribuido a la evolución natural de la enfermedad.

Para cambiar la institución, se planteó una reforma pensada dentro del marco mundial de los movimientos de desintitucionalización, en la cual implementaron las siguientes estrategias:

- 1) Evacuación progresiva de las personas que estaban hospitalizadas.
- 2) Expansión simultánea de las instalaciones terapéuticas en el seno de la comunidad con el objetivo de tratar a esos sujetos.

³⁴ Cfr. Fernando Reyes, Psiquiatra del HPSL. Revista del Hospital, Nro 2, Pág. 12.

3) Traslado del centro de gravedad de los cuidados de los pacientes desde lo hospitalario hacia la comunidad.

Un primer paso para la transformación del hospital en una institución de agudos lo constituyó el cierre de la admisión de pacientes crónicos, internándose sólo personas cuya condición aguda justificara su ingreso, siempre con estadías por periodos breves.

El trabajo de transformación³⁵

Con la población de personas entonces internadas se realizó un trabajo consistente en:

- Actualización de historias clínicas y diagnósticas.
- Revisión del estado clínico y nutricional de los enfermos.
- Movilización de los pacientes con apoyo kinesiológico, para contrarrestar la atrofia física y mental de tantos años de inactividad.
- Intensificación de la actividad en los espacios comunes en pos de aumentar el número de contactos terapéuticos del personal con los pacientes.
- Apertura o reapertura de otros espacios de comunicación como las asambleas, reuniones de personal, reuniones de equipo, etc.
- Intensa tarea de estimulación de las capacidades creativas y de terapia ocupacional, permitiendo una reconexión del paciente con su historia y costumbres.
- Realización de salidas terapéuticas para reducir el miedo a la vida extramuros (alimentado por años de encierro), concurriendo al centro de la Ciudad, a paseos públicos, canchas de fútbol, etc.

³⁵Cfr. Revista Nro 1 del HPSL : "Sobre el proceso de transformación institucional. 1993-1996" (Octubre de 1996)

-Reducción de las dosis de fármacos gracias al aumento del nivel de actividad de los pacientes.

-Asignación de equipos terapéuticos multidisciplinarios para cada paciente.

-Diseño de estrategias de externación individuales, sustentadas en lo sano de los pacientes y su contexto.

-Salidas de reinserción familiar y social, dentro y fuera de la provincia, para reconectarlos con sus parientes o allegados y reconstruir los vínculos con estos.

-Trabajo interinstitucional con centros barriales, municipales, hospitales regionales y centros de salud, policía, juzgados y otras instituciones, tendiente a elaborar una red de relaciones que apuntan a la reinserción social de los externados.

Una vez concretada la externación de los pacientes se inició la modalidad de atención domiciliaria de éstos (con el eje en el paciente y no en el Hospital) y la formación de la Red Provincial de Salud Mental, siguiendo las normativas de la Organización Mundial de la Salud que sugiere la asistencia de las personas cerca de su domicilio para prevenir el desarraigo.

A partir de los movimientos generados por el Hospital, herramientas como la familia y la comunidad, que hasta entonces descansaban inmóviles pasaron a ser verdaderos efectores de salud en los tres niveles de prevención, quitándole a la institución el monopolio de la atención de los enfermos mentales.

En la tarea llevada a cabo en HPSL se puede comprobar que mientras la desintitucionalización se acompañe de un programa adecuado de atención ambulatoria y rehabilitación, los cuidados en la comunidad reducen el número de recaídas e internaciones, prolongan los periodos interepisódicos, aumentan las capacidades de funcionamiento autónomo de los pacientes, mejoran el cumplimiento del tratamiento medicamentoso y son percibidos por

los interesados como más satisfactorios que la atención intrahospitalaria.

A nivel familiar y comunitario los cambios actitudinales observados reflejan mayor solidaridad, información, responsabilidad y participación en los procesos de rehabilitación. Esto también produce efectos preventivos difíciles de calcular.

Para culminar, debe destacarse que la transformación ocurrida en el HPSL, formó parte de un plan Provincial de Salud Mental. Su principal objetivo fue la reformulación de la atención psiquiátrica en el sistema público de la Provincia de San Luis. También se gestó un plan provincial de alcoholismo y el plan "Ocupándonos de la Salud de los Trabajadores de la Salud"³⁶.

³⁶ Dr. Jorge Luis Pellegrini. Director Provincial de Salud Mental de San Luis. Revista del HPSL, Nro 2, Pág. 1.

CONCLUSION

CONCLUSION

En la década de 1960 se generan una serie de reacciones contra el modelo del encierro asilar para los enfermos mentales, englobadas en el Movimiento de la Antipsiquiatría.

Los principales exponentes de este movimiento son Basaglia en Italia y Cooper y Laing en Inglaterra. Estos dos últimos países, más Francia y E.E.U.U. son los sitios donde la Antipsiquiatría encontró el terreno más fértil para sus desarrollos.

Este movimiento se caracterizó por la lucha contra el espacio manicomial, desinstitucionalizando la locura y proponiendo formas alternativas de asistencia y tratamiento para quienes padecen patologías mentales. No importaba tanto el valor de verdad de la Psiquiatría en términos de conocimiento, de exactitud diagnóstica o de eficacia terapéutica, sino se consideraba imprescindible la apertura hacia la comunidad y la integración al espacio social de los enfermos.

En Argentina, la influencia de la Antipsiquiatría se hizo sentir de diversas maneras. En la década del sesenta y hasta el Golpe Militar de 1976, un importante grupo de intelectuales, psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras son receptores de las ideas del Movimiento Antipsiquiátrico y recorren un camino de crítica a las instituciones (no sólo manicomiales, sino también universidades, asociaciones, etc.), como lugares donde se ejerce el poder y se reproducen las desigualdades del sistema. Postulan la existencia de una relación dialéctica entre lo social, lo económico y lo político, que se expresa en las diferentes concepciones de las patologías y sus consecuentes formas de abordaje, que van cambiando y transformándose.

Impulsan a su vez nuevos dispositivos terapéuticos, nuevas técnicas, nuevas teorizaciones y un mayor compromiso de las profesiones con la comunidad en la cual se desarrollan.

La ruptura de la A.P.A. por parte del Grupo Plataforma y posteriormente del Grupo Documento, marca un hito en los inicios de los años setenta, y muestra el clima que vivía la intelectualidad en aquellos años, adhiriendo a

una ideología orientada hacia el cuestionamiento de las normas institucionales, y hacia el propiciamiento de una creciente participación ciudadana.

En 1976, con la Dictadura, se produjo un período de empobrecimiento y discontinuidad en las prácticas y elaboraciones teóricas que duró hasta 1983, año en que retornó la Democracia.

A partir de 1983, en algunas instituciones hospitalarias de nuestro país se implementaron dispositivos y prácticas diferentes al viejo modelo del encierro, lo cual demuestra que son posibles otras alternativas de tratamiento, que dignifiquen la vida de quienes sufren algún tipo de trastorno mental.

En relación con esto consideramos que aún, en amplios sectores de la sociedad, suele tenerse la idea que es poco lo que podemos hacer frente a la enfermedad mental. Se piensa la locura como un proceso que una vez comenzado solo termina con un ser humano crónico, que ha perdido todas sus capacidades y carece de toda razón.

La locura es vista como algo irreversible, ante lo cual nada se puede hacer, un viaje de ida sin regreso posible.

Parecería que si una persona enferma, con apartarla con internaciones prolongadas e indefinidas el problema se resuelve, el problema lo aporta el otro y no nosotros. De esta manera el abandono y la segregación del enfermo es la antesala de su cronificación y condena.

Existe un gran prejuicio sobre los enfermos mentales, en general se los piensa como persona peligrosas, capaces de producirnos algún daño. Muchas veces se les niega la facultad de pensar, de sentir o de actuar, se los trata como si no fuesen seres humanos. Se observa un deterioro de estas personas que son transformadas en cosas, en objetos segregados de su medio. Se los esconde, se los niega, depositándolos en instituciones alejadas de su lugar o su barrio.

Afortunadamente, hemos aprendido que como nadie vive solo nadie enferma solo, la enfermedad mental es producto de conflictos y situaciones que se viven con otros (en la familia, pareja, trabajo, vida diaria).

Lejos ha quedado la época de los asilos manicomiales donde se desco-

nocía en gran medida el origen de las enfermedades mentales y sus tratamientos posibles. En esos asilos manicomiales las personas quedaban encerradas, separadas de sus familias, aisladas del mundo.

El contacto con el enfermo que padece y sufre la enfermedad nos muestra la capacidad de amar que tienen, la capacidad de trabajar, de actuar y de crear. Nunca existe la locura que se apodera de todo el ser humano, siempre se preservan aspectos sanos en los que es posible y necesario apoyarse para trabajar en pos de la salud.

Los diagnósticos médicos producen rótulos definitivos que sirven para estigmatizar por siempre a las personas, pero debemos revisar estas conductas, podemos modificarlas, aprender a ser tolerantes con los enfermos mentales, tener aceptación combatiendo nuestros miedos y rechazos, tener en cuenta sus sufrimientos, a los que de ninguna manera podemos sumarle la exclusión y la marginación.

Debemos a la vez transformar los manicomios en hospitales que sean eficientes y humanizados, que trabajen junto con la familia y la comunidad construyendo redes de salud y apoyo para quienes demanden ayuda y tratamiento.

Creemos que no hay medicación capaz de lograr resultados tan rápidos y saludables como el acompañamiento, la solidaridad, el amor, el encuentro y la ayuda. El contacto con la familia y la comunidad deben formar parte del tratamiento. El enfermo merece recibir los cuidados profesionales necesarios sin detrimento de su dignidad y libertad, se exige poner a cubierto su vida privada, seguridad personal, su sexualidad y todo lo que concierne a sus necesidades.

El manicomio se presenta como una institución que produce relaciones de sumisión física y afectiva, y es el principal obstáculo para organizar una asistencia humana y acorde con las verdaderas necesidades de la población en relación a la salud mental.

Proponemos un hospital abierto hacia la comunidad que logre ubicar el padecimiento del que sufre en un lugar donde todos podamos hacernos cargo; un hospital que pueda trabajar con los medios de comunicación para abrir reflexiones humanizantes sobre el modo en que tratamos a nuestros semejantes desvalidos. La misión social del hospital debe ser la de prevenir, asistir y rehabilitar enfermedades. Sus objetivos deben encaminarse hacia la promoción de la salud.

La rehumanización del acto médico depende no solamente de los profesionales, sino es una batalla cultural que exige una apertura del debate a toda la comunidad, en las instituciones y poderes públicos pues, pese a todo lo manifiesto, en ciertos sectores persiste aún la idea del hospital como lugar de depósito de carentes y marginados familiares y sociales.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

- Avenburg, Ricardo : *E. Pichón Riviere, sus enseñanzas a la luz de mi vínculo con él*. Rev. Actualidad Psicológica, N° 231, Mayo de 1996.
- Basaglia, F.. *La institución negada*. Ed. Barral, Barcelona, 1971.
- Bauleo ,Armando : *Notas de Psicología y Psiquiatría Social*, Ediciones Búsqueda, Bs. As., Argentina, 1974.
- Bleger , José : *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Editorial Paidós, Bs. As., 1979.
- Castel, Robert : *El orden psiquiátrico*. Ediciones de la Piqueta, Madrid, España, 1980.
- Castel, Robert : *El psicoanálisis, el orden psicoanalítico y el poder*, Siglo XXI, México, 1980.
- Castel, Robert. *Génesis y ambigüedades de la noción del Sector en psiquiatría*. Ediciones de la Piqueta, Madrid, 1981.
- Castel, Robert : *La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al post-análisis*. Ed. Anagrama, Barcelona, 1981.
- Cooper, D.: *Psiquiatría- Antipsiquiatría*. Ed. Ariel, Argentina, 1971.
- Cooper, David : *La muerte de la familia*. Ed. Planeta-Agostini, Barcelona, España, 1986.

- Costaguta, E. . *La transformación del hospital psiquiátrico* (Presentado en el cuarto congreso de psiquiatría de agosto.1970. Rosario. Revista Argentina de Psicología Nro. 6. Octubre de 1970.
- Donzelot, Jacques : *Espacio cerrado, trabajo y moralización*. Revista Topique, núm. 3, Mayo de 1970.
- Foucault, Michel *Un diálogo con el poder y otras conversaciones* Ed. Alianza Madrid 1981.
- Foucault, Michel : *Historia de la Locura en la Epoca Clásica*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1990.
- Foucault, Michel: *La vida de los hombres infames*, La Plata, Argentina, Ed. Altamira, 1996.
- Galende, E.: *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Bs. As. Paidós, 1990.
- Goffman, Erving : *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Bs. As., Amorortu. Año 1997.
- Goffman, E.: *Estigma. La identidad deteriorada*, Bs. As., Amorortu, 1998.
- Grimson, R. : *La cura y la locura*. Ed Búsqueda, Bs. As. 1970 .
- Grimson, R. : . *Sociedad de locos*, Bs. As., Nueva Visión, 1972.
- Grimson, R. : *Psicología Argentina Hoy*, Ediciones Búsqueda, Bs. As., 1973.
- Kesselman, Hernán : *Psicología Argentina hoy*. Ediciones Búsqueda, Bs. As., 1973. Ulloa, F. : *Revista Actualidad Psicológica*, Nº 231, Mayo de 1996, Bs. As. Argentina.
- Laing R.: *El yo dividido*. Fondo de cultura económica, Bs. As. 1964.

- Langer, M. : *Psicoanálisis y Revolución Social*. Edit. Granica, Izquierda
Freudiana , Bs. As. Argentina. 1971.
- Mannoni Maud: *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, México, Siglo
XXI, 1976.
- Melía E, Gargoloffi y Cattaño A. : “*Procedimientos innovadores en la
gestión administrativo financiera en el Hospital, Dr. A Kom de Melchor
Romero.*” En Revista Argentina de Psiquiatría Vertex, Vol.-10, nro 35, marzo-
abril, mayo de 1999, Bs.As. .
- Moffat, A. : *Hacia una psiquiatría popular Nuevas perspectivas en Salud
Mental, Instituciones y Problemas*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As..
1973.
- Pavlovsky, Eduardo A. : *Clínica Grupal*. Ediciones Búsqueda. Bs. As. ,
1974.
- Percia, Marcelo : *Introducción al pensamiento grupalista en la Argentina
y algunos de sus problemas actuales*, Ediciones Búsqueda de Ayllu S.R.L.,
Bs. As., 1989.
- Pichón Riviere, E. : *La psiquiatría, una nueva problemática*, Ediciones
Nueva Visión, Bs. As., Argentina, 1977.
- Pichón Riviere, Enrique : *Teoría del Vínculo*, Ediciones Nueva Visión, Bs.
As, 1985.
- Rodriqué, Emilio : *Biografía de una comunidad terapéutica*. Eudeba, Bs.
As., 1965.
- Roudinesco, E.: *Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de
pensamiento*. Fondo de cultura económica de Argentina, S.A., 1993.

Simoës, Gilberto : *La fractura de la A.P.A. . El Grupo Documento*. Rev. Psyche, N° 3, Bs As., Octubre de 1986.

Szasz, T.: *Politics and mental health American journal of psichiatry*, 1958.

Ulloa, Fernando : *Novela clinica psicoanalitica*. Ed. Paidos, Bs. As., Argentina, 1986.