

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE PRE-GRADO

"EL ABORDAJE INSTITUCIONAL  
DE LA SALUD MENTAL EN NUESTRO PAÍS:  
INCIDENCIAS SOCIO-POLÍTICAS EN SU DESARROLLO  
Y ANTECEDENTES TEÓRICOS"

Adriana Valeria Bouzada Matr. N° 2260/91

Sonia Mariel Hoyos Matr. N° 2144/91

SUPERVISOR:

Lic. Patricia Weissmann

CÁTEDRA DE RADICACIÓN:

Modelos en Psicopatología

SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO:

Lic. María Cristina Belloc

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN:

Lic. Alberto Selzer

MARZO DE 2001

BIBLIOTECA DEL C.E.Ps.  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
U.N.M.D.P.

BIBLIOTECA DEL C.E.Ps.  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
U.N.M.D.P.

N° CLASIFICACION	2001/03
N° INVESTIGACION	10672
ASOCIACION	Asociación

PINTURA DE TAPA:  
"STULTÍFERA NAVIS" - EL BOSCO

Realizada por el pintor holandés Jerónimo Bosch (1450 -1516).

La "Stultifera Navis", la "Nave de los Locos", es un objeto nuevo que aparece en el mundo del Renacimiento: un barco que navega por los ríos de Renania y los canales flamencos. Los locos vagan en él a la deriva, expulsados de las ciudades. Son distribuidos en el espacio azaroso del agua (símbolo de la purificación).

La figura del loco es importante en el siglo XV: es amenazador y ridículo, muestra la sinrazón del mundo y la pequeñez humana, recuerda el tema de la muerte, muestra a los humanos una alegoría de su final seguro. La demencia es una señal de que el final del mundo está cerca. El loco, en esta época, está vinculado a un saber oscuro.

Poco a poco cambia el antiguo panorama amenazador del loco, su fluir en una barca incontrolada. El espacio del Hospital es crucial en este cambio; el loco es ya retenido entre las cosas y el mundo, y encerrado, a comienzos del siglo XVII.

*Agradecemos a la Lic. Patricia Weissmann,  
por brindarnos todo su conocimiento y su tiempo.*

## INDICE

PROYECTO DE INVESTIGACION .....	1
EVALUACIÓN DE LA SUPERVISORA: Lic. Patricia Weissmann .....	3
INTRODUCCION .....	4
CAPITULO I	
Cuadro socio-cultural del Nuevo Mundo. Creencias y Prácticas en torno al problema de la locura .....	8
A) Primeras Instituciones Hospitalarias .....	10
* Primer Hospital de Buenos Aires .....	10
* El Protomedicato .....	12
* Segundo Hospital de Buenos Aires .....	12
* Tercer Hospital de Buenos Aires .....	13
B) Hospitales destinados a padecimientos mentales .....	14
CAPÍTULO II	
Las Corrientes Psiquiátricas de fines del siglo XIX hasta la Segunda Guerra Mundial: el Alienismo y el Higienismo .....	23
A) El Alienismo .....	24
* José María Ramos Mejía (1852-1914) .....	26
* Lucio Meléndez (1844-1901) .....	28
* Domingo Cabred (1859-1929) .....	31
* José Ingenieros (1877-1925) .....	36
B) El Higienismo .....	39
* Gonzalo Bosch (1885-1967) .....	44
* Lanfranco Ciampi (1884-1968) .....	46
CAPÍTULO III	
Un Nuevo Modelo a partir de la Segunda Guerra: Salud Mental .....	49
* Inglaterra .....	50
* Francia .....	51
* Estados Unidos .....	52
* Italia .....	53
* Argentina .....	55
José Bleger: Las instituciones desde una perspectiva Psicoanalítica .....	59
Dos experiencias enmarcadas en el Modelo de Salud Mental .....	62

1) Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús .....	62
2) Centro Piloto de Atención Psiquiátrica del Hospital José Estevez de Lomas de Zamora .....	66

#### CAPÍTULO IV

A) Alternativas a la institucionalización de personas con sufrimiento mental .....	70
B) Modalidades de atención complementaria a la Institución Psiquiátrica tradicional .....	76
* Hospital de Día .....	76
* Hospital de Noche .....	77
* Comunidad Terapéutica .....	77
* Casa de Medio Camino .....	79
* El Hostal .....	79
* Centros de Día .....	79
* Empresas Sociales .....	79
* Talleres Protegidos .....	80
* Consultorios .....	80
* Centros de Salud Mental .....	80
* Consultas de Atención Domiciliaria .....	80
* Internación Especializada .....	81
* Establecimientos para pacientes con cuadros psiquiátricos defectuales o residuales .....	81
* Servicio de Atención Psiquiátrica de Urgencia .....	81

#### CAPÍTULO V

A) Funcionamiento de las principales Instituciones Psiquiátricas del país, y prácticas llevadas a cabo en las mismas .....	82
* Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario "Dr. José Tiburcio Borda" .....	82
* Hospital Psiquiátrico "Dr. Braulio Moyano" .....	85
* Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Alejandro Korn" de Melchor Romero .....	89
* Hospital Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca" ..	93
* Hospital Interzonal Psiquiátrico "Colonia Dr. Domingo Cabred" .....	95
B) Festivales de Artistas internados y externados de Neuropsiquiátricos. Red Nacional de Arte y Salud Mental .....	99

## CAPÍTULO VI

Acerca de la Legislación vigente en nuestro país respecto de personas con alteraciones en su Salud Mental .....	103
* Código Civil de la Nación .....	103
* Constitución de la Ciudad Autónoma de Bs. As. ....	109
* Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153 .....	109
* Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448 .....	110
Derechos de las personas internadas en Hospitales Psiquiátricos .....	112
* Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) .....	112
* Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) .....	113
* Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica - 1969) .....	113
* Constitución de la Nación Argentina (1994) .....	114
* Principios y Garantías para la Protección de los Enfermos Mentales (ONU - 1991) .....	114
* Hospital Interzonal "Dr. Domingo Cabred" .....	115
* Hospital Psiquiátrico "Dr. Braulio A. Moyano" .....	118
Violaciones a los derechos de los pacientes internados en instituciones psiquiátricas .....	119
CONCLUSIONES .....	122
BIBLIOGRAFÍA .....	129

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO CURRICULAR  
PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 586/85 - O.C.S. 143/89

NOMBRES Y APELLIDO / MATRÍCULA:

\* Adriana Valeria Bouzada Matr. N° 2260/91

\* Sonia Mariel Hoyos Matr. N° 2144/91

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

Modelos en Psicopatología.

SUPERVISOR: Lic. Patricia Weissmann.

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

TITULO DEL PROYECTO:

"El abordaje institucional de la Salud Mental en nuestro país: incidencias socio-políticas en su desarrollo y antecedentes teóricos"

PALABRAS CLAVE (hasta cinco):

Sociedad - Psicopatología - Antipsiquiatría - Desmanicomialización - Desinstitucionalización

DESCRIPCION RESUMIDA (Antecedentes, Marco Teórico, Finalidad, en no más de 120 palabras):

La presente investigación consistirá en la realización de un breve recorrido histórico acerca de las diferentes concepciones de la locura, y de la consecuente relación de éstas con determinados períodos sociales.

El objetivo general consiste en indagar los factores sociales que inciden en la existencia de instituciones manicomiales, y las alternativas de desinstitucionalización que se presentan actualmente en nuestro país. Siendo los objetivos particulares ahondar acerca de los abordajes actuales de los trastornos mentales y su consecuente concepción teórica de la locura, y la realización de un análisis comparativo respecto de las formas de organización de diferentes instituciones psiquiátricas.

OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES (Alcances de la investigación: exploratoria, descriptiva y/o explicativa):

Habiendo sido explicitados anteriormente los objetivos de la investigación, la misma será de tipo exploratoria.

**METODOS Y TÉCNICAS (Fuentes, procedimientos y análisis de datos):**

Se realizará un análisis historiográfico de los datos obtenidos a través de una búsqueda bibliográfica, empleando como fuentes las obras mencionadas más abajo, además de desgrabaciones de entrevistas y ponencias llevadas a cabo en Congresos, información extraída de Internet y videos.

Para llevar esto a cabo, resulta una herramienta valiosa como eje organizador de la investigación, el planteo de Galende, quien propone que la forma de abordaje de la Salud Mental es instituida a partir de una determinada demanda social.

**LUGAR DONDE SE REALIZARA EL TRABAJO:**

Biblioteca del Centro Cultural Juan Martín de Pueyrredón. Mar del Plata.  
Biblioteca Central Universidad Nacional de Mar del Plata.

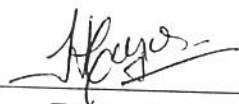
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

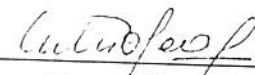
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Búsqueda bibliográfica				
Elaboración del índice preliminar				
Análisis de datos y planteamiento de hipótesis				
Consulta con el Supervisor	* *	* *	* *	* *
Entrega de Informe Parcial				
Comparación y clasificación de datos				
Elaboración de conclusiones				
Entrega de Informe Final				

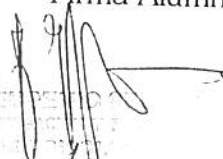
**BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIA:**

- Basaglia F.: "La Institución Negada". Barral Editores, Barcelona, 1970.
- Cohen H.: "Trabajar en Salud Mental. La Desmanicomialización en Río Negro". Lugar Editorial, Bs. As., 1995.
- Foucault M.: "Historia de la Locura en la época clásica". F.C.E., Madrid, 1990.
- Foucault M.: "La vida de los hombres infames". Nordam/Altamira, Mont. 1992.
- Galende E.: "Salud Mental y Psicoanálisis". Paidós. Bs. As. 1990.
- Grimson R.: "Sociedad de locos". Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1973.
- Revistas: "Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina" y "Vertex".

  
Firma Supervisor

  
Firma Alumno

  
Firma Alumno

  
Comité de Investigación

Comité de Investigación

Fecha de Conformidad:

30/08/10

Mar del Plata, 20 de marzo de 2001

Sra. Secretaria de Investigación

Lic. María Cristina Belloc

De mi consideración:

Me dirijo a Ud. y por su intermedio a la Comisión de Investigación para informarles sobre el desempeño de las alumnas Adriana Bouzada y Sonia Hoyos, a quienes he dirigido en la realización de su tesis de grado.

Durante los meses que duró su investigación, ambas alumnas demostraron una actitud responsable y una plena dedicación a la tarea, realizando una minuciosa búsqueda bibliográfica y supervisando semanalmente los avances de la tarea.

Rehicieron una y otra vez el trabajo sin desanimarse por las numerosas correcciones y sugerencias de revisión, que implicaron, fundamentalmente los primeros meses, el tener que renunciar a pre-juicios y pre-conceptos que se iban desbaratando a medida que avanzaba la lectura.

Creo que el resultado final es un trabajo interesante sobre un tema original. Considero que las alumnas han demostrado un alto rendimiento, capacidad de trabajo y capacidad de reflexión.

Atentamente,



Patricia Weissmann

# INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

*"El Hospital es un gigantesco edificio cruzado de corredores, donde nunca es de noche ni cambia la temperatura, el día se ha detenido en las lámparas y el verano en las estufas. Las rutinas se repiten con majadera precisión; es el reino del dolor; aquí se viene a sufrir, así lo comprendemos todos. Las miserias de la enfermedad nos igualan, no hay ricos ni pobres, al cruzar este umbral los privilegios se hacen humo y nos volvemos humildes."*

- Allende I., 1994 -

Tomando como punto de partida el siguiente planteo formulado por Emiliano Galende: "... la demanda social es instituyente de la disciplina, pero ésta a su vez codifica, organiza y es también instituyente de su propia demanda<sup>1</sup>", se puede pensar en principio que toda disciplina científica nace en algún momento, no existió siempre, y nace a consecuencia de las presiones que ejercen las demandas sociales. Somos nosotros, la sociedad, aquellos que de diversas maneras, generamos las preguntas que van construyendo las disciplinas que se van a encargar de las mismas.

No obstante, una vez que la disciplina se instituye como tal, es ella la que comienza a organizar el campo, no sólo de nuestras demandas, sino también de la manera en que vamos a organizar nuestras demandas.

Es posible pensar esta idea, como una forma de situarnos respecto del tema que nos ocupa, que es el abordaje de los trastornos mentales.

Asimismo, si se tiene en cuenta la idea de Foucault<sup>2</sup>, respecto de que cada período histórico adopta su propia forma de concebir la locura, y que cada una tiene un respectivo valor de verdad en su momento, es posible entender cómo, por ejemplo, si nos remontamos a la Edad Media, la explicación de la locura tenía un contenido religioso, ya que el conjunto de saberes y discursos en ese momento se encontraba organizado en torno a la teología.

<sup>1</sup> Galende, Emiliano: *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires, Paidós, 1990, Cap. II, Pág. 87.

<sup>2</sup> Cfr. Foucault, Michel: *Historia de la locura en la Epoca Clásica*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1990. Pág. 257-258.

En este sentido, no es un progreso, ni está más cerca de la verdad, el hecho de que posteriormente los médicos del siglo XIX, hayan pensado la locura en relación a lo orgánico; esta sería otra manera de pensar los trastornos mentales, que no implica ni un acercamiento ni un distanciamiento de la verdad.

Si nos internamos en el siglo XIX, a lo largo de éste, vamos a ver el desarrollo del *modelo médico*, que incorpora tres cuestiones muy importantes:

- La primera, es que crea claramente como objeto 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, como mencionábamos anteriormente, durante todo este 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.

Al llegar al principio del siglo XX, encontramos una serie de reacciones contra este modelo médico, reacciones que básicamente buscan construir algún tipo de teorización psicológica acerca del problema de las enfermedades mentales. La *Antipsiquiatría*, en la década del '60, propone la desmanicomialización, oponiéndose al modelo asilar, y la desmedicalización de la locura. Los principales exponentes de este movimiento son Ronald Laing y David Cooper en Inglaterra, Franco Basaglia en Italia y Maud Mannoni en Francia, aunque esta última no se opone a la internación, sino que propone un nuevo tipo de institución.

No obstante, Foucault descubre indicios de cuestionamientos anteriores a 1960, en lo que él da en llamar “formas de despsiquiatrización”, con Babinski y Freud. En este movimiento de despsiquiatrización, “se trata no tanto de anular el poder del médico cuanto de desplazarlo en nombre de un saber más exacto<sup>3</sup>”.

“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

---

<sup>3</sup> Foucault, Michel: *La vida de los hombres infames*, La Plata, Altamira, 1996. Pág. 55.

enfermo mismo el poder de producir su locura, más que de intentar reducirlo a cero<sup>4</sup>.

Lo que está en juego en la Antipsiquiatría no es el valor de verdad de la Psiquiatría en términos de conocimiento, de exactitud diagnóstica o de eficacia terapéutica, en el corazón de la Antipsiquiatría está la lucha con, en y en contra de la Institución.

A partir de todo lo expuesto, la idea central del presente trabajo, como ya lo anticipáramos en el "Proyecto de Investigación", consiste en la realización de un breve recorrido histórico acerca de las diferentes concepciones de la locura, y de la consecuente relación de éstas con determinadas características epocales.

Asimismo, el objetivo último, estriba en indagar los factores sociales que inciden en la existencia de instituciones manicomiales en nuestro país, y las alternativas de desinstitucionalización que se presentan actualmente.

En principio, si bien teníamos la intención de investigar acerca del abordaje institucional de los trastornos mentales desde la época clásica hasta nuestros días, esto extendía el trabajo tanto cronológica como geográficamente, y dados los alcances y objetivos que pretende la presente investigación, además de razones de tiempo, hicieron que delimitáramos el tema al que hoy es el abordaje de la salud mental *en nuestro país*.

Fue así como una primera búsqueda bibliográfica que nos aproximó a la temática, nos permitió comprender la complejidad y cantidad de datos a los que debíamos enfrentarnos. Después de algunas reuniones de supervisión, decidimos focalizar la investigación, lo que nos permitió analizar y procesar los datos y variables de mejor manera, descubriendo así, que nuestro interés se circunscribía al estudio de esta problemática en nuestro país.

Asimismo, los objetivos particulares, ya mencionados también en el "Proyecto", residen en indagar las concepciones teóricas que sustentan los abordajes actuales de los trastornos mentales y realizar un análisis comparativo respecto de las formas de organización de las diferentes Instituciones Psiquiátricas.

Para esto, en el capítulo primero, se desarrolla una descripción histórica acerca de las prácticas llevadas a cabo en nuestro país en lo que hace al

---

<sup>4</sup> Foucault, M.: Op. Cit., Pág. 57.

tratamiento de la locura, desde la época en que se produce la conquista española, y de qué manera estas modalidades fueron avanzando hasta la construcción de las primeras Instituciones Hospitalarias en la ciudad de Buenos Aires, y de los primeros Hospitales destinados específicamente a padecimientos mentales.

El segundo capítulo consta de dos apartados, que delinear las dos corrientes psiquiátricas imperantes desde fines del siglo XIX hasta la Segunda Guerra Mundial: el Alienismo y el Higienismo; mediante el relato de la obra de las figuras más representativas en nuestro medio dentro de cada modelo.

A consecuencia de los cambios producidos en el mundo después de la Guerra, comienza a surgir una nueva forma de encarar la Psiquiatría: Salud Mental. En el capítulo tres, se hace referencia a los conceptos propios de este modelo que van surgiendo en el mundo (Inglaterra, Francia, EE.UU., Italia), y que tienen influencia en nuestro país, para concluir con la descripción de algunas experiencias locales basadas en el mismo.

En el capítulo cuarto, se desarrollan concisamente las formas actuales de abordaje de las enfermedades mentales en nuestro país, haciendo referencia fundamentalmente al proceso de desmanicomialización, y a las alternativas terapéuticas a la institucionalización de personas con sufrimiento mental.

En el quinto capítulo, se exponen las prácticas que se llevan a cabo actualmente en algunos de los principales Hospitales Psiquiátricos del país, como el Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario "Dr. José Tiburcio Borda" y el Hospital Psiquiátrico "Dr. Braulio A. Moyano", entre otros.

Por último, en el capítulo sexto, se hace un recorrido por la legislación vigente en nuestro país, en lo que hace referencia a los derechos y las prácticas de internación de las personas con trastornos en su salud mental.

# *CAPÍTULO I*

*Cuadro socio-cultural del Nuevo Mundo.*

*Creencias y prácticas en torno al  
problema de la locura.*

CUADRO SOCIO-CULTURAL DEL NUEVO MUNDO.  
CREENCIAS Y PRÁCTICAS EN TORNO AL PROBLEMA DE LA LOCURA.

Remontándonos a la época anterior a la conquista española, encontramos que en el territorio actual de la República Argentina, habitaban tres culturas indígenas principalmente: guaraníes, quichuas y araucanos. En estas tres razas convergen elementos similares en lo que se refiere a sus ideas médicas, basadas en creencias sobrenaturales, a las cuales se les atribuían las enfermedades, siendo su cura realizada por medio de prácticas rituales de hechicería.

Lo que se dio en llamar "el encuentro de dos culturas", no produjo demasiados cambios en las mencionadas creencias, pese al esfuerzo de los gobernadores y sacerdotes del Viejo Mundo. Sin embargo, las supersticiones indígenas fueron "desfiguradas" en cierto grado, y al mismo tiempo tuvieron influencia sobre el credo católico profesado por los colonizadores.

Se podría decir que la contrapartida de los Hechiceros en la cultura nativa, eran los Padres Curanderos pertenecientes a la Santa Iglesia, los únicos autorizados a suministrar drogas a los enfermos. Más tarde aparecieron las órdenes hospitalarias que atendían a los enfermos indigentes.

Respecto a las enfermedades mentales, la asistencia a los de raza blanca se llevó a cabo en las celdas de los Conventos; indios y negros eran atendidos en las cárceles de los Cabildos. Con el correr del tiempo se crearon espacios en los hospitales destinados a la atención de este tipo de enfermos.

Según relata José Ingenieros, la clasificación que hacían frailes y cabildantes a los fines asistenciales, dividía a los alienados en tres grupos: "los furiosos, los deprimidos y los tranquilos<sup>5</sup>". De acuerdo a esta clasificación era decidido su destino de la siguiente manera:

*"los varones furiosos, previa consulta al Padre, si eran blancos, y al Hechicero, si eran negros, eran conducidos a la cárcel, donde se los retenía por simple disposición municipal, "amansándolos" con ayunos, palos y duchas; se los tenía en*

calabozos abiertos, con rejas, en vez de puertas y ventanas; se les ponía cepos; y si aún así no se lograba "amansarlos", eran atados con una cadena no más larga de una vara, fija en lo bajo de la pared, y cuyo extremo se sujetaba en el cepo doble o en un solo pie (...). Pasado el período de agitación que duraría una semana o un mes, las familias los llevaban a su domicilio, para seguir la cura con el Padre o con el Brujo. Si la agitación se prolongaba, el loco seguía encadenado hasta "amansarse" o morir.

(...) Las mujeres furiosas, si eran blancas, eran recluidas en los Conventos de que eran clientes; si eran negras o mulatas, rara vez lograban tal favor, pasando al calabozo de la policía, donde recibían el mismo trato que los hombres.

(...) En todos los calabozos para agitados - conventuales, policiales o privados - el trato era el mismo. A través de una reja se les daba comida y a veces se extraían los excrementos.

(...) Los deprimidos, varones o mujeres, eran asistidos en su domicilio, por un Padre o por un Brujo, según fuese su color (...). Cuando la enfermedad se hacía crónica su familia lo asilaba en una habitación separada de las otras o lo enviaba a una quinta. Las familias ponían mucho empeño en ocultar a sus relaciones la existencia de un "bobo", "opa", "mentecato", y cuando les era forzoso referirse a él, le llamaban "el mudo", "el tullido", etc.; la ocultación era a veces tan perfecta que sólo en caso de dividir herencias venía a descubrirse que existían más herederos que los conocidos.

Los tranquilos, representaban tres grupos igualmente inofensivos: los "maniáticos", los "zonzos" y los "graciosos". Los primeros eran delirantes parciales, que acababan por vivir bien adaptados a un medio sencillo y tolerante; los segundos hacían vida familiar. Los "graciosos" alegraban la vida urbana, y se les trataba en todas partes con simpatía; los Incas habían tenido bufones y siguieron teniéndolos los virreyes, gobernadores y obispos, y más tarde los mandones de toda América. En algunas

---

<sup>5</sup> Ingenieros, J., *La locura en la Argentina*, En: *Obras Completas*, Vol. XII, Buenos Aires, Rosso, 1937, Pág. 25.

*familias adineradas se acostumbraba tener uno o dos locos parlanchines, para alegrar la mesa, divertir a las relaciones y entretener a los niños.*

*Esta situación no se modificó mucho con el establecimiento de los primeros hospitales. Pasaron muchos años antes de establecerse la costumbre de hospitalizar a los alienados<sup>6</sup>.*

#### A) PRIMERAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS:

La existencia de los hospitales en América durante el siglo XVI fue puramente nominal, dado que estaba estipulado debidamente en las leyes del Consejo de Indias: correspondía, al fundar una ciudad, establecer el lugar en que se emplazaría el Hospital, que debía ubicarse cercano a un Convento, de acuerdo a la organización, recursos y planos a los que hacía referencia la ley; y como consecuencia de las creencias imperantes en ese entonces.

Su construcción consistía en una habitación de barro y paja, y su cuidado se delegaba a un "vecino - mayordomo", quien habitaba el mismo. Eran hospitales sin médicos, enfermeros, ni botica; y estaban destinados a la atención de enfermos indigentes.

#### *PRIMER HOSPITAL DE BUENOS AIRES:*

Corría el año 1580, cuando Juan de Garay funda la ciudad de Buenos Aires por segunda vez. En esta oportunidad, de acuerdo a la ley antes mencionada, se destina una manzana para la construcción de un Hospital bajo la advocación de San Martín de Tours (Patrono de la ciudad), terreno inmediato al que ocuparía el Monasterio de la Merced. Su administración estaba a cargo del Cabildo.

Por diversas causas, que se ignoran, este Hospital no se construye en este lugar, aunque se edifica allí la "Hermita del Señor San Martín", es decir, la Capilla del Hospital, que contaba con un vecino - mayordomo, siendo éste, como

<sup>6</sup> Ingenieros, J., Op. Cit., Pág. 40 - 41.

mencionáramos anteriormente, el puesto que debía ocupar el administrador de un hospital, no de un templo.

Finalmente en el año 1611, se decide cambiar la ubicación destinada al mismo, realizándose la modesta construcción, compuesta por un rancho de barro para enfermos y una Capilla, en el camino al Riachuelo, que se encontraba más poblado. No obstante, no hay noticias de que el Hospital se utilizara como tal, ya que no contaba con médicos ni remedios. La asistencia a los enfermos se seguía realizando, en los mejores casos, en sus propios hogares.

Se entabló, por aquel entonces, entre los poderes civil y eclesiástico, una disputa por el edificio del Hospital y sus escasas rentas, que duró más de medio siglo. Por orden real se había establecido la prohibición del establecimiento de nuevos Monasterios, sin embargo, los eclesiásticos en complicidad con algunos gobernadores, tenían la intención de contravenir dichas órdenes, utilizando el lugar con fines religiosos, ocultándolo bajo la denominación de: "Casa de Huérfanas".

En el año 1726, se solicitó al Cabildo que el Hospital quedara bajo la dirección de los Padres Betlemitas, gestión que duró veinte años, luego de los cuales se modificó el nombre del mismo por el de Hospital de Belén o de Santa Catalina. Recién a partir de ése momento comenzó a cumplir las funciones para las cuales había sido creado: la asistencia médica a los enfermos. Aumentó el número de camas y de asistentes.

Es recién con los religiosos de Nuestra Señora de Belén (Betlemitas), que comienzan a recluirse enfermos mentales en un Hospital; éstos eran relegados a un rancho apartado de los demás enfermos: "*el loquero*". Eran recludos también allí, los alienados provenientes del Cabildo, que eran expulsados de éste último cuando estorbaban en su cárcel. Los de mejor conducta podían ser destinados a la servidumbre.

En el año 1822, el Hospital fue clausurado por orden de Bernardino Rivadavia, Ministro de Gobierno. De esta manera concluye la historia del primer Hospital de Buenos Aires, que fue también su "*primer loquero*".

*EL PROTOMEDICATO:*

Antes de la creación del Virreynato del Río de la Plata (1776), eran pocos los médicos que podían encontrarse en estas tierras. Los que venían pertenecían a alguna tropa y su permanencia era breve.

Desde los años que van de 1780 a 1822 existió el *Protomedicato de Buenos Aires*<sup>7</sup>, creado por iniciativa del Virrey Vértiz. Contaba con los bienes de la Compañía de Jesús a partir de la expulsión de los jesuitas en el año 1767. Respecto a los alcances obtenidos por este organismo encontramos que los dos autores consultados discrepan notoriamente, por un lado José Ingenieros sostiene que: "(...) el *Protomedicato* no tomó disposiciones de importancia relativas a la existencia y reclusión de los alienados"<sup>8</sup>

Por su parte Alberto Guerrino afirma que:

*"A partir del Protomedicato se evidencia un marcado interés por los problemas psiquiátricos, circunstancia que se revela en la ejecución de peritajes, tratamientos de alienados y una aproximación a las doctrinas pinelianas. (...) El Protomedicato cumplió una función eficaz y la psiquiatría hubo de beneficiarse con el impulso concedido a la actividad médico - legal y docencia universitaria"*<sup>9</sup>

*SEGUNDO HOSPITAL DE BUENOS AIRES:*

Fue el Hospital General de Hombres. Creado en el año 1770, también en tierras confiscadas a los jesuitas. En principio se llamó Residencia de Belén y estaba destinada a ser un "hospital de convalecencia, incurables, locos y contagiosos"<sup>10</sup>.

Con la mayor presencia de locos se creó el *Cuadro de Dementes*. En este lugar, el trato a los alienados no distaba mucho del que recibían en las cárceles del

<sup>7</sup> El *Protomedicato* fue la primera organización oficial dedicada al magisterio y control del ejercicio médico.

<sup>8</sup> Ingenieros, J., Op. Cit., Pág. 70.

<sup>9</sup> Guerrino, A., *La psiquiatría argentina*, Buenos Aires, Cuatro, 1982. Pág. 23 - 25.

<sup>10</sup> Ingenieros, J. Op. Cit., Pág. 72.

Cabildo. El mencionado *Cuadro* consistía en "un cuadrilongo de 40 varas por veinte y cinco de ancho, edificado en todos sus costados, con corredor corrido todo de bóvedas, algunos árboles en su centro (...). Ahí se mantenían encerrados y con un centinela en la puerta, los locos, a los cuales pasaba visita uno de los médicos cuando se enfermaba de otra cosa que su demencia, pues para ella no se les prodigaba entonces ningún tratamiento<sup>11</sup>".

Para el año 1854, de los 195 enfermos, 131 pertenecían al *Cuadro de Dementes*; el Hospital siguió creciendo al mismo tiempo que la cantidad de alienados.

#### *TERCER HOSPITAL DE BUENOS AIRES:*

Se menciona como tercer institución hospitalaria de la actual Capital Federal, al Hospital General de Mujeres, fundado en 1743, por el vecino Juan Alonso González. Contaba en principio con doce camas, y hacia 1774 se amplía y se construye el *Patio de Dementes*, análogo al *Cuadro de Dementes* del Hospital General de Hombres. Funcionó en forma muy precaria, y se mantuvo mediante escasas donaciones que recibía de particulares.

Este nosocomio en 1822 pasa a ser propiedad del Estado, hasta que Rosas le retira toda ayuda económica y nuevamente debió ser mantenido con la caridad pública.

Hemos enunciado hasta aquí, los tres primeros hospitales de Buenos Aires. De quienes allí se encontraban, aproximadamente el cincuenta por ciento eran alienados. No obstante, los que se encontraban internados no recibían una terapéutica adecuada, ya que, "aparte del horror y la vergüenza que, en general, inspiraban los hospitales, era harto sabido que los tranquilos no tenían ninguna asistencia médica y los furiosos eran "amansados" con violentos medios de corrección<sup>12</sup>".

---

<sup>11</sup> Ingenieros, J. Op. Cit., Pág. 74.

<sup>12</sup> Ingenieros, J. Op. Cit., Pág. 80.

Es de destacar, la gran cantidad de instituciones eclesiásticas (monasterios, conventos, noviciados, cofradías, etc.), existentes en nuestro país en estos tiempos, había hasta tres veces más religiosos que vecinos, como lo advertían los funcionarios reales; así como también es relevante lo arraigadas que se encontraban las diferentes creencias pertenecientes a los diversos grupos étnicos existentes.

En consecuencia todo lo que tuviera que ver con la atención de los enfermos, estaba relacionado indefectiblemente con cuestiones de credo, lo que se visualiza en las normativas de las Leyes de Indias, mencionadas anteriormente, que reglamentaban entre otras cosas, que los Hospitales debían ser construidos cercanos a un Convento.

Asimismo, no existían políticas sanitarias por parte de las autoridades, dejando el tema de la salud en manos de las ordenes religiosas y de la caridad de los pobladores, a excepción de la breve existencia del Protomedicato, de controvertidas opiniones respecto de sus resultados.

#### *B) HOSPITALES DESTINADOS A PADECIMIENTOS MENTALES.*

Con el crecimiento de la ciudad aumentó proporcionalmente el número de alienados, y fue necesaria la apertura de Hospitales dedicados exclusivamente a este tema.

En principio, fue construido el *HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS*, en 1854, siendo el Dr. Ventura Bosch médico honorario del mismo hasta el año 1860. Este último también formó parte de la Comisión Filantrópica que inició las gestiones para que este Hospital fuera construido.

Este Hospital existe actualmente con la denominación de: *HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. BRAULIO A. MOYANO"*.

Ubicado en las afueras de la ciudad, estaba a cargo de religiosas, siendo su primer Director el Dr. Osvaldo Eguía, sucedido por el Dr. Piñero; las internadas allí hacían una vida monacal.

Una crónica publicada en un diario de la época: "El Orden" (1855), hacía referencia al edificio y régimen interno del Hospital de la siguiente manera: "el

edificio está perfectamente situado. El aire lo ventila por todos lados y la vista se extiende en todas las direcciones sin tropiezo; circunstancia importante pues es sabido que los medios higiénicos son muy importantes para calmar la excitación de las personas dementes y contribuye también poderosamente a su radical curación (...). Entre los dormitorios los hay grandes para las enfermas que pueden estar reunidas sin inconvenientes, como otros pequeños y separados para las que es preciso tener aisladas<sup>13</sup>.

Ingenieros atribuye la redacción de este artículo al Dr. Ventura Bosch, posiblemente como una manera de crear una buena imagen del Hospicio.

La casa contaba con tres patios, que llevaban el nombre de Pinel, Esquirol, y del Gobernador Obligado. Respecto al tratamiento "no faltan recompensas para estimular a quienes mejor se conducen. Se procura satisfacer sus buenos deseos, acordándoles mayor libertad y permitiéndoles salir fuera de la casa a hacer ejercicio (...). Se da un mejor vestido a las que se distinguen por su buena conducta, esto es, a las que hacen mayores esfuerzos para triunfar de los extravíos de su mente. Estas estiman el mate y el cigarro como uno de los presentes mejores y hacen esfuerzos para merecerlos<sup>14</sup>.

En los años 1872 y 1874 se realizaron nuevas obras, y en el año 1879 se construyó el Muro de Circunvalación. Para 1881 había 377 asiladas en el edificio, aunque tenía una capacidad de 200 camas. Nuevas ampliaciones se terminaron en 1886, y a fines de 1888 el número de internadas ya había ascendido a 543; produciéndose durante las reformas realizadas por el Dr. Piñero, un aumento de la población, llegando a una cifra de 610 asiladas.

En 1904 el Hospital Nacional de Alienadas tenía una capacidad para 1712 pacientes, "distribuidas de la siguiente forma: pabellón Charcot, 108 camas; Griesinger, 56; Pinel, 160; Magnan, 260; Esquirol, 234; Lombroso, 260; Eguía, 193; Bosch, 215, y Connolly, 226<sup>15</sup>.

En 1857 se funda la *CASA DE DEMENTES* por orden municipal, primer manicomio masculino; en 1863, se le cambia el nombre por el de *HOSPITAL DE SAN BUENAVENTURA*, en homenaje al Dr. Ventura Bosch, quien presidió la Sociedad

<sup>13</sup> Ingenieros, J. Op. Cit., Pág. 158.

<sup>14</sup> Ingenieros, J. Op. Cit., Pág. 158 - 159.

Filantrópica de Beneficencia. En 1873 pasó a denominarse *HOSPICIO DE LAS MERCEDES*, con motivo de inaugurarse nuevas instalaciones bajo la advocación de la Virgen de las Mercedes, Patrona de presos y asilados. En 1905, el Dr. Cabred logra la nacionalización de este Hospicio.

A partir de 1967 se lo llama *HOSPITAL NACIONAL DR. JOSÉ T. BORDA*; actualmente se lo conoce con la denominación: *HOSPITAL PSICOASISTENCIAL INTERDISCIPLINARIO "DR. JOSÉ TIBURCIO BORDA"*.

Es de destacar la presencia de jóvenes médicos que dieron impulso a las primeras políticas en el ámbito de la salud mental; ya que fueron ellos quienes, ocupando cargos en la Municipalidad, promovieron la ley que dio inicio a la construcción de este manicomio.

Durante la dirección del Dr. Uriarte, primer director del Hospital de San Buenaventura, se promovió el "tratamiento moral" del alienado siguiendo el modelo de Pinel, Esquirol y Parchappe, y se impulsó el recurso terapéutico del trabajo.

Meléndez y Coni, hacen la siguiente descripción del Hospicio por aquella época:

*"En aquél, los alienados vivían en completa aglomeración, muchos de ellos sin otra cama que el desnudo y frío suelo, en calabozos húmedos, oscuros y pestíferos. Los cepos para sujetar y calmar a los furiosos y los que contenían las mismas camas eran de uso frecuente como único medio para calmar la agitación (...). Llegada la hora de las comidas, el alienado era obligado a concurrir con el plato para recibir simplemente un poco de caldo o un pedazo de carne como único alimento (...). La terapéutica era tan insuficiente y tan empírica, como es fácil comprenderlo desde luego, pues que al parecer estaban nuestros médicos a ciegas de los progresos diarios en este ramo del saber humano, cuyo nacimiento puede decirse que tuvo lugar con el advenimiento de Pinel en el año 1792 (...) los agentes terapéuticos empleados en el tratamiento de los*

---

<sup>15</sup> Guerrino, A., Op. Cit., Pág. 44.

*alienados puede decirse que se reducían a la sangría general, sedal, revulsivos cutáneos y el opio(...). El médico asistía todos los días al Hospicio, así que se retiraba para no volver hasta el día siguiente, la mayor parte de los empleados hacían otro tanto. Por la noche cerraban con llave las puertas de las habitaciones, dejando dentro a los alienados, y se retiraban a sus casas, procurando llegar al Hospicio antes de la venida del médico. Es duro decir que la asistencia médica no era posible (...) durante el día todo se encontraba en completo desquicio y los desgraciados alienados eran las víctimas contra quienes se ensañaban los rudos e inhumanitarios asistentes, que parecían rentados para cometer actos de crueldad<sup>16</sup>.*

El Dr. Lucio Meléndez, ocupó el cargo de Director del Hospital desde 1879 hasta 1892, promoviendo en el mismo obras que merecen mencionarse. Inició gestiones con el objeto de ampliar el establecimiento, dado que el mismo no tenía posibilidades de albergar a todos los enfermos; es así como solicitó la construcción de pabellones aislados, distribuidos "de tal modo que queden separados del antiguo por medio de jardines espaciosos que sirvan de recreo a los insanos, permitiendo a la vez fácil entrada a la luz de que hoy carecen en alto grado<sup>17</sup>". Asimismo, exigía la separación de los enfermos de acuerdo a los cuadros que estos presentasen. En la construcción de las nuevas instalaciones, iniciadas bajo su gestión, participaron los internados, lo cual formaba parte de las políticas de dicho director, que tomaba el trabajo como terapéutica y abarataba los costos de la construcción. Otros puntos que podemos mencionar son la división en pensionistas de primera y segunda clase, y la disposición de los nuevos pabellones de forma tal que se pudiese tener el control desde puestos de vigilancia convenientemente instalados. La diferencia de status de los pensionistas, tanto como el sistema de vigilancia, se hace evidente en la siguiente cita que transcribe Ingenieros y que pertenece al arquitecto:

---

<sup>16</sup> Guerrino, A. Op. Cit., Pág. 48.

<sup>17</sup> Ingenieros, J. Op. Cit., Pág. 170.

"Los dormitorios están dispuestos alrededor de los patios agrupados de modo que una misma guardia pueda hacer la vigilancia de dos o tres dormitorios a la vez, teniendo éstos sus entradas al lado de la pieza del guardián. Hay los lavatorios y demás dependencias que se necesitan y dos comedores espaciosos que pueden servir también para salas de conversación. El departamento para alienados tranquilos, puede contener 150 camas. El de pensionistas de segunda clase en dos piezas de diferente tamaño, con comedor, sala de billar, de lectura, etc., con capacidad para 60 camas; y de pensionistas de primera con piezas para una o dos personas con una capacidad para 55<sup>18</sup>".

Para principios del 1900, el nosocomio era un "asilo cerrado", "y su edificación obedecía al sistema Esquirol: patios cuadrados, rodeados de galerías. La parte más nueva se componía de pabellones aislados, que constituían los pensionados; más alejados, aparecían los sectores de los alienados delincuentes y, complementariamente, el laboratorio de Anatomía Patológica. Asimismo, adentro de aquella sociedad marginada funcionaban talleres de escobería, sastrería, zapatería, carpintería, colchonería, imprenta, cuartos de fotografía y un lavadero donde se higienizaba toda la ropa de los hospitales municipales. El trabajo que realizaban los insanos significaba una cuota importante de dinero, destinada al sostenimiento de aquel singular paraje<sup>19</sup>".

La obra del Dr. Meléndez fue continuada por el Dr. Domingo Cabred, que asumió como director de la Institución en el año 1892, cargo que ocupó hasta 1922, accediendo al mismo por concurso. Su administración eficaz llevó a cabo nuevas obras, edificándose nuevos pabellones para pensionistas y alienados delincuentes. También fundó el Instituto de Neuropatología, con fines de investigación científica.

---

<sup>18</sup> Ingenieros, J. Op. Cit., Pág. 172.

<sup>19</sup> Guerrino, A. Op. Cit., Pág. 48 - 49.

La edificación se dividió en dos sectores, cada uno de los cuales tenía forma de vida y aplicación de terapéuticas diferentes, de la siguiente forma:

- Un primer sector, denominado "Asilo Central", que agrupaba los enfermos agudos o crónicos, con episodios que requirieran vigilancia y aislamiento pasajero.
- Y el Sector Colonia, en el que se instaba a que permanecieran el mayor número de alienados, con el objeto de que pudieran adaptarse al método Open Door, trabajando en tareas agrícolas, de granja y en talleres.

La libertad de la que podían gozar con este nuevo sistema, no era otorgada sino a aquellos que se los consideraba mas tranquilos. A la misma accedían de forma gradual de acuerdo a la evaluación previa que se hacía de estos pacientes.

Domingo Cabred consideraba que "la secuestación a que están condenados todos los enfermos, sin excepción, en los asilos cerrados, es pues, no sólo innecesaria, sino también contraria a los derechos del hombre y a las exigencias del tratamiento científico de la locura<sup>21</sup>".

Otras características que tuvo el nuevo establecimiento y que merecen mención fueron el número de médicos y personal asistencial, como ya dijimos las villas o los pabellones que se encontraban rodeados de parques y el gran predio destinado a tareas agrícolas. Una de las concepciones en las que se basó el funcionamiento de este nosocomio fue la consideración del trabajo como una forma de terapéutica apropiada, instalándose el peculio como remuneración.

Se buscó la reinserción de los enfermos, siguiendo el modelo de la Colonia de Ghell, que, ubicada en Bélgica, derivaba a los locos mas tranquilos a vivir en el seno de una familia de campesinos.

Se comenzó a pensar a la locura en el sentido de una desviación de la conducta, relacionándola con factores socio - económicos más que con una afección de la razón.

---

<sup>21</sup> Cabred, D. "Discurso inaugural de la Colonia Nacional de Alienados", 21/05/1899, En: *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*, Vol. II, Nº 3, Marzo - Abril - Mayo 1991, Buenos Aires, Polemos, 1991, Pág. 62.

Como se había mencionado al hacer referencia al Hospicio de las Mercedes, también aquí se utilizó un sistema de vigilancia permanente, plasmado por Conolly<sup>22</sup> a partir del modelo denominado por Jeremy Bentham "panóptico".

Se consideraba que la terapéutica más eficaz debía basarse en la alimentación, la salud corporal y la educación; ésta última entendida como la interiorización de pautas ordenadas de conducta aprendidas a través del trabajo o de actividades sociales programadas de manera especial. En la terapéutica era fundamental el papel que asumía el campo y, por ende, las labores al aire libre; se oponía la naturaleza a la ciudad como predisponentes a la salud y enfermedad respectivamente.

*ASILO QUINTA DE LOMAS.* Debió su origen, como el anterior, al gran número de enfermas que se hallaban sin asistencia. Se proyectó a comienzos del siglo XX, ubicado, de igual forma que el precedente, en las afueras de la ciudad, como asilo rural.

Para su construcción fueron solicitadas unas tierras que, pertenecientes al gobierno, estaban situadas en Lomas de Zamora. El pedido fue realizado por la Sociedad de Beneficencia que tenía a su cargo el Hospital de Alienadas.

El poder Ejecutivo designó fondos para la nueva obra, que comenzó en 1904.

*ASILO COLONIA MELCHOR ROMERO HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO DR. ALEJANDRO KORN.* Durante la gestión del Dr. Dardo Rocha se fundó este hospital, ubicado en la ciudad homónima, en el partido de La Plata. A partir de marzo de 1973 cambia su nombre por el de Dr. Alejandro Korn en reconocimiento a la labor de quien, durante 20 años estuvo a cargo de su conducción.

Su primer director, a partir del año 1884, fue el Dr. Julián Aguilar; entre quienes le sucedieron se mencionan al Dr. Francisco del Carril, Dr. Alejandro Korn, Dr. Estanislao Bejarano y al Dr. Joaquín Durquet. La Dirección del hospital se encuentra, hoy en día, en relación con la oficina de la Suprema Corte de Justicia y

---

<sup>22</sup> El Dr. Conolly fue quien, a principios del Siglo XIX, en Inglaterra instaló las experiencias del "No Restraint" como complemento del método Open Door.

con la Asociación Cooperadora. A su vez, organizacionalmente, se encuentra dividida en cinco Direcciones Asociadas, y la Administración, que se ocupan de las distintas áreas de atención.

Inicialmente contaba por un pabellón destinado a la administración, otro con cuatro salones, de material, y dos salas de madera. A la edificación original se le sumaron ampliaciones, contando en la actualidad con un Hospital General y treinta y dos pabellones, en un notable estado de deterioro. En un comienzo se componía de pabellones cerrados, permaneciendo, de esta forma, sus habitantes aislados; mediante las sucesivas construcciones adquirió el aspecto y características de una institución de tipo "Open- Door", con pabellones cerrados, otros abiertos, colonias agrícolas y muros bajos. La designación a las distintas salas dependía del tipo de padecimiento del enfermo.

Los asilados procesados y condenados, compartían el mismo pabellón. Una de las características de este hospital, es que en su seno alojaba tanto a hombres como a mujeres, y que, como mencionamos anteriormente, también contaba (y cuenta) con un Hospital General, en el que no solo se atiende a quienes habitan el neuropsiquiátrico, sino también a los habitantes del pueblo.

En 1918 los pacientes ascendían a 1316, de los cuales 773 eran hombres y 363 mujeres. En la actualidad, alberga a más de 1700 internos que permanecen como enfermos crónicos en su mayoría, habiendo sido diagnosticados por el personal técnico como padecientes de patologías tales como retraso mental, esquizofrenia y demencia, entre otros.

Con el correr del tiempo, el personal implicado en la atención directa del servicio y mantenimiento de la infraestructura (personal administrativo, de maestranza y enfermería) se instaló en los alrededores, conformando lo que hoy se conoce como Romero, el pueblo que circunda el Hospital.

## *CAPÍTULO II*

*Las Corrientes Psiquiátricas de fines del siglo XIX  
hasta la Segunda Guerra Mundial:  
el Alienismo y el Higienismo.*

*LAS CORRIENTES PSIQUIÁTRICAS DE FINES DEL SIGLO XIX  
HASTA LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL: EL ALIENISMO Y EL HIGIENISMO.*

Este segundo capítulo constará de dos apartados, en los que se desarrollarán las dos corrientes de la psiquiatría consideradas como las más características de este período: *el Alienismo* y *el Higienismo*, a partir de las conceptualizaciones de Hugo Vezzetti y Hugo Klappenbach, respectivamente.

Se entiende como *Alienismo* al modelo basado en el paradigma positivista y fundador de los manicomios, en cuyo marco se construye a "la locura" como objeto de conocimiento. Es el dispositivo médico de etiología, clínica y tratamiento, diagnóstico y pronóstico, el fundamento para el análisis e intervención desde el mencionado enfoque. En este momento, la locura es definida puertas adentro del hospicio, a partir de las distintas clasificaciones nosográficas de los grandes cuadros: manía, melancolía, demencia, imbecilidad; siguiendo, además, el criterio de la autoridad otorgada al médico.

Existe una diferenciación tanto conceptual como temporal, entre lo que es el *higienismo* para la Medicina General y para la Psiquiatría.

Respecto a la primera se podría decir que, a partir de las grandes epidemias que azotan a la población, especialmente la provocada por el bacilo de Koch de la tuberculosis, se comienzan a tomar medidas de prevención, que intentan evitar la propagación de las pestes, eliminando así los focos infecciosos. Se comienza así a considerar como vital la limpieza y la higiene de los lugares habitados por el hombre; tales como su vivienda, ámbito de trabajo, asimismo los hospitales. Se crean dispensarios<sup>23</sup>, y otros establecimientos de asistencia. Se estima como fecha de inicio de la mencionada corriente la década de 1890 aproximadamente.

En la Psiquiatría el higienismo surge en EEUU, con la creación del Comité Nacional para la Higiene Mental, en 1909. A partir de entonces la corriente se extiende a otros países, llegando al nuestro en 1929 con la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental; si bien toma elementos del higienismo de la medicina

---

<sup>23</sup> Establecimientos para prestar asistencia a los enfermos que no se alojan en él.

general, solo se aboca a las enfermedades mentales, asumiendo por lo tanto características que le son propias. Siguiendo a Hugo Klappenbach, nos referiremos al higienismo en su segunda acepción, dado que es el propósito del presente trabajo, estudiar de qué manera se abordan los trastornos mentales en distintos momentos, por lo cual se considera al mismo como el más atinente.

### A) EL ALIENISMO:

Lo esencial de este abordaje de la locura no consistió en la concepción médica de la misma, ni en la relación establecida entre el médico y el paciente, sino en la constitución de los procedimientos de internación, de la práctica asilar, y, fundamentalmente, del enraizamiento de la institución del manicomio.

Si se rastrea el origen del término, etimológicamente, *Alienación*, proviene del latín *aliènus*, derivado de *alius*, "otro", que significa *ajeno*; hasta principios del siglo XVII se empleó el vocablo "ajenar" y/o "enajenar", alienar es una variante culta de éste; alienación es un tecnicismo médico en lugar de enajenación, de aquí el derivado castellano alienista<sup>24</sup>. Si, además, se indaga en la lengua inglesa, se halla que *alien*, significa ajeno, no pertinente, extraño, extranjero o forastero, y *alienation* denota enajenamiento, desapropio, extrañación, enajenación mental, etc.<sup>25</sup>.

En esta época la locura está siempre relacionada con el delirio, y se considera que el enfermo no tiene la posibilidad de controlar su voluntad. Se convierte, por lo tanto, en un sujeto peligroso. En tanto que, para esta concepción, alienarse implica una separación o alejamiento de la realidad, la sociedad reacciona ante el alienado aislándolo, encerrándolo en el manicomio, enajenándolo; más allá de su objetivo explícito, que consiste en brindar un tratamiento al alienado con el fin de curarlo.

El movimiento y la doctrina alienista emerge a partir de la obra de Pinel, en Francia, específicamente en lo que respecta a la "contribución nosológica de su

<sup>24</sup> Cfr. Corominas, Joan, *Diccionario Crítico Etimológico de la Lengua Castellana*, Madrid, Gredos, 1974.

<sup>25</sup> Cfr. Cuyás, A., *Nuevo Diccionario Cuyás de Appleton*, New Jersey, Prentice - Hall, (5° Ed.), 1972.

acción de *reforma* de la institución del internamiento<sup>26</sup>, bajo el modelo de un gobierno moral de la conducta. Su *Tratado médico - filosófico de la alienación mental*, de 1801, es un manual acerca del tratamiento de enfermos en un marco institucional.

El alienismo se aparta del fundamento experimental y fisiológico de la medicina general en el momento de su constitución como especialidad médica. "Mientras que el método anatomopatológico se orienta a la búsqueda de la sede orgánica de la enfermedad, la atención de la medicina mental se dirige a los síntomas, busca observar detenidamente las señales de la enfermedad, en el orden de su aparición, en su desenvolvimiento espontáneo y en su término natural (...). Entre el síntoma - que se resuelve en la clasificación nosográfica - y el tratamiento, que el propio manicomio encarna con sus estructuras y sus jerarquías, el campo de representaciones de la locura sufre una evidente transformación, que equivale a un pasaje de la percepción singular a una función universal: el esperado reintegro de la razón<sup>27</sup>".

De acuerdo a las ideas de Pinel, la dirección del hospicio consiste en el arte de gobernar, de dominar a los hombres. Una herramienta fundamental en la reforma del asilo es el chaleco de fuerza, el cual constituye un cambio en los modos de sujeción, ya que si bien "sujeta", permite un desplazamiento: "un loco enchalecado, a diferencia del que permanecía por años atado a sus cadenas en una celda, puede ser llevado a la luz para ser estudiado (...) el empleo de las cadenas de hierro en el sujetamiento del loco - con todo un cortejo simbólico que las asocia a oscuridad, encierro, inmovilidad - supone una represión persistente sin matices y sin fin. Y por el gesto mismo que lo ubica en ese grandioso papel liberador, el alienista se identifica con la luz<sup>28</sup>". Sin embargo el chaleco no sólo permite "sacar a la luz" al loco para estudiarlo, le brinda a éste la posibilidad de salir de su encierro, caminar, ver a otras personas. Mejora de este modo su calidad de vida.

Para finalizar, puede mencionarse como valores fundamentales del alienismo, la conformación del espacio manicomial, dentro de cuyo marco se

<sup>26</sup> Vezzetti, Hugo, *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 1985. Pág. 51.

<sup>27</sup> Vezzetti, H., Op. Cit., Pág. 53 - 54.

objetiva y domina la locura; dominio que lleva a cabo el propio alienista como figura de autoridad, lo cual constituye su cualidad esencial.

Las figuras más representativas dentro de este modelo, en tierras argentinas, son: José María Ramos Mejía, Lucio Meléndez, Domingo Cabred y José Ingenieros, entre otros; cuyos aportes se desarrollarán someramente a continuación.

*JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA, (1852 - 1914):*

Nació en Buenos Aires, médico psiquiatra, biólogo, historiador, humanista y docente. Creó el Círculo Médico Argentino y fue inspirador de la Asistencia Pública. Actuó en política, y en el campo de la sociología y la higiene. Dirigió el Departamento Nacional de Higiene y el Consejo Nacional de Educación. Se destaca como legislador de la Salud Pública. También ejerció mandato como diputado.

Introdujo nuevos conceptos sobre los delirios y elaboró ideas originales acerca de la asistencia a los alienados. Se interesó por la salud física y moral de la niñez y fundó las escuelas al aire libre, entonces llamadas "para niños débiles".

Uno de sus libros más importantes fue *Las neurosis de los hombres célebres*, escrito en 1878. Se desempeñó en la Cátedra de "Enfermedades Nerviosas" desde su creación, en 1888, hasta 1914; también obtuvo la titularidad de la Cátedra de "Enfermedades Mentales".

Entre sus escritos, merecen destacarse: *La locura en la historia*, *Las multitudes argentinas*, *Los simuladores del talento* y *Rosas y su tiempo*.

En su obra se advierte la influencia de la filosofía positivista fundada por Augusto Comte y de las teorizaciones evolucionistas de Charles Darwin.

Su libro, *La locura en la Historia*, intentó ser una contribución al estudio psicopatológico del fanatismo religioso y sus persecuciones. En la mencionada obra, Ramos Mejía desarrolla la idea de que la locura, durante la Edad Media, (época que se caracterizó por la persecución de los herejes en el tiempo de la Inquisición), era considerada como una "plaga": "Desparramáronse las epidemias

---

<sup>28</sup> Vezzetti, H., Op. Cit., Pág. 55.

de locura y de los demás variados trastornos nerviosos epidemiables, como se habían difundido antes las pestes<sup>29</sup>". "La brujería, que era una de las tantas manifestaciones de la cultura constituía un crimen excepcional. No había abogados que los defendieran, ni nada que atenuara el delito<sup>30</sup>". Analiza tanto la selección natural como artificial en los seres humanos, considerando ésta última como un procedimiento sistemático "en el que el hombre interviene por una verdadera elección (...) selección producida por la voluntad o capricho del mismo". Desarrolla el concepto de la lucha por la existencia, en relación al trato que se da a los enfermos, lo cual produce, según Weismann "la suspensión temporal de la selección", y que no pueden "variar de una manera fundamental las leyes ineludibles de la herencia, que hacen que se transmitan los males que circulan en la humanidad y mantienen la extrema externación orgánica de multitud de generaciones. Males que se *cultivan* en los asilos, que se conservan y se sostienen en los hospitales y en todas las instituciones análogas que fecundan el sentimiento de la inextinguible piedad del hombre<sup>31</sup>".

De considerar que la historia social y política está sujeta a las mismas leyes naturales de evolución que los organismos biológicos, surge su posición de basarse en las ciencias naturales para dirigir la acción política.

En relación a las causas de la locura, a la herencia mórbida agrega la sobreexcitación funcional producida por el ritmo agitado de la vida moderna. Considera que la civilización y el progreso, con su mayor grado de complejidad y aceleración de la vida social, aumentan la patología mental: la locura es el precio de la civilización. Si bien, en un primer momento se consideraba a los inmigrantes como portadores del progreso, Ramos Mejía ya no los piensa de este modo.

Su obra, *La neurosis de los hombres célebres*, tiene su fundamento en la concepción de que, al investigar las extravagancias de los mismos, se puede llegar a la revelación de los secretos del ejercicio del poder eficaz. En este marco, la figura del médico alienista se torna relevante; su ojo, siempre alerta, siempre vigilante, es

---

<sup>29</sup> Ramos Mejía, José María, *La locura en la Historia*, En: Obras Completas, Vol. VII, Buenos Aires, Científica y Literaria Argentina, (2º Ed.), 1927. Pág. 168.

<sup>30</sup> Ramos Mejía, J. M. Op. Cit., Pág. 169.

<sup>31</sup> Ramos Mejía, J. M. Op. Cit., Pág. 158.

la mirada escrutadora que indaga desde un poder que resalta la visibilidad de la conducta.

Entre el cuerpo colectivo y el organismo individual no hay separación, sino plena continuidad, este paralelismo lo lleva a estimar al colectivo en términos de salud o enfermedad. Aplicando de esta forma los conceptos darwinianos, a la sociedad.

*LUCIO MELÉNDEZ, (1844 - 1901):*

De origen riojano, fue el primer docente de Psiquiatría de Bs. As.. Ganó por concurso, en 1886, la Cátedra de Patología Mental de la Facultad de Medicina, cargo que disputó con Eduardo Pérez y José María Ramos Mejía. Entre 1876 y 1893 se desempeñó como Director del Asilo de San Buenaventura. Asimismo, fue el gestor de la Cátedra de Enfermedades Mentales que, como ya se mencionó, estuvo a cargo de Ramos Mejía.

Escribió varios artículos en la Revista Médico Quirúrgica y en los Anales del Círculo Médico Argentino, siendo el primero de ellos "Un caso de locura por anemia cerebral", publicado en 1876. Otros de sus trabajos son: "La locura simulada" (1882), "Los locos en la Capital" (1884). Además, junto con el higienista Emilio Coni, llevó a cabo una estadística sobre la alienación en Bs. As., donde estudiaron casos de perturbaciones mentales, estableciendo porcentajes de la cantidad de enfermos con respecto a la cantidad de habitantes de la ciudad. Asimismo, llevó a cabo un estudio acerca del hacinamiento en los asilos. Este constituye el primer estudio estadístico sobre epidemiología y Salud Pública de la psiquiatría argentina, y fue presentado en un Congreso Internacional de Amsterdam.

Realizó pericias en psiquiatría forense donde detalla no solo antecedentes, causas y evolución de los casos estudiados, en forma clara y precisa, sino que elabora una clasificación de los mismos. Tuvo la constancia de publicar sistemáticamente sus trabajos, fruto de su labor tanto al frente del nosocomio como asistencial. Buscaba así compartir con sus colegas las inferencias realizadas a partir

de los casos estudiados, para poder intercambiar opiniones, muchas de las cuales quedarían plasmadas en importantes publicaciones.

Su método de trabajo se apoyó en "la observación y comparación clínica rigurosa de sus casos, la investigación terapéutica y la estadística epidemiológica"<sup>32</sup>.

Lucio Meléndez representó la figura paradigmática del alienismo en la Argentina.

En 1885 se realizó un Congreso en Europa donde médicos de distintos países se reunieron para discutir acerca de la fisiología y patología del sistema nervioso y la terapéutica de la locura, entre otros temas. Con este fin, se propuso consensuar la clasificación de enfermedades mentales, unificándola. Se armó así una nosografía cuyo objetivo era servir de orientación general, para luego discutir en cada país de procedencia de los distintos profesionales participantes, junto a otros colegas médicos, una nosografía propia.

Como representante de Argentina, correspondía al Dr. Sola reunir a sus compañeros de especialidad. La reunión, celebrada en su casa, contó con la presencia de Meléndez, quien se convirtió en líder del grupo y encargado de redactar junto a Coni el informe final. Esta primera nosografía de nuestro país, fue producto de la selección y combinación de distintos autores, y reunió categorías clínicas provenientes de países tales como Francia y Alemania; pero supo incorporar características propias de la idiosincrasia porteña. Se clasificaron las enfermedades mentales en seis grupos:

	Excitación maníaca
	Manía aguda
Locuras maníacas	- crónica
	- religiosa
	- razonadora
	Delirio agudo

<sup>32</sup> Stagnaro, J. C.: "Lucio Meléndez y la primer matriz disciplinar de la Psiquiatría en Argentina", En: *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría*, N° 1, Buenos Aires, Polemos, 1991. Pág. 15.

	Melancolía
	Estupor melancólico
Locuras lipemaniáticas	Delirio de las persecuciones
	Demonofobia
	Agorafobia
	Delirios impulsivos
	Alcoholismo
Locuras tóxicas	Morfinismo
	Saturnismo
	Nicotismo
	Hachicismo
	Locura parálitica
Locuras orgánicas	Idiotismo
	Cretinismo
	Demencia
	Seudo - parálisis sifilítica
	Epiléptica
Locuras neuropáticas	Histérica
	Coreica
	Eclámtica
Locuras mixtas	Locura circular <sup>33</sup>

Meléndez observó que en comparación con los establecimientos privados, en los públicos había más pacientes, advirtiendo que el flujo era mayor en ese sentido, es decir de instituciones privadas a públicas. Consideró que eran tres los principales motivos del fenómeno, que guardaban relación con la coyuntura del país en esos años. Ellos eran: mayor costo de la cuota mensual en los establecimientos privados, la extensa duración de los tratamientos que imposibilitaba a las familias acceder al gasto consecuente, y una tasa más alta de eficacia en el proceso de curación en el hospital público.

<sup>33</sup> Stagnaro, J. C., Op. Cit., Pág. 8.

Durante su gestión a cargo del Asilo de San Buenaventura se llevaron a cabo no sólo tratamientos dentro del Hospicio, sino también consultas particulares y asistencia a domicilio de ciertas formas de locuras. Respecto a esto último Meléndez sostiene que mediante estas prácticas se "ahorra así a los enfermos sufrimientos o malos tratamientos a los cuales no han estado acostumbrados en el período de salud y que afectan más tarde profundamente la delicadeza y amor propio llevándolos a la desesperación o haciéndoles nacer ideas de profundo odio hacia sus deudos o encargados, (...) hay enfermos que de ninguna manera debían pisar la puerta de un asilo o casa de Sanidad; y sin embargo, se los secuestra despiadadamente en los primeros momentos de estallar un ataque sin saberse aún la forma sistemática que revestirá la vesanía, como acontece con los histéricos, epilépticos y melancólicos, formas sobre las cuales se triunfa con la mayor facilidad<sup>34</sup>".

Es de destacar el temperamento de este precursor, en relación a su defensa de la práctica, que consideraba no sólo como fundamental, sino que además la enaltecía respecto a la lectura de textos y teorizaciones. Su conocimiento de los trabajos de sus colegas extranjeros era muy amplio, buscaba con espíritu crítico adecuar aquellas teorías con las que se identificaba a su trabajo concreto en el Hospicio. Si bien conocía a la perfección y seguía las ideas de la psiquiatría francesa, la combinaba eclécticamente con doctrinas inglesas e italianas, y no se dejaba llevar por las corrientes en boga en ese momento, muchas de las cuales, originarias de otras realidades, no se ajustaban a la idiosincrasia nacional.

*DOMINGO CABRED (1859 - 1929):*

En la obra de Cabred, con su creación del Asilo Colonia de Alienados de Luján, es posible vislumbrar un inicio de transformación del paradigma alienista, ya que se produce un descentramiento de la figura del médico director como autoridad indiscutible del manicomio, hacia un enfoque de la institución como sistema global. Aquí se advierte, al menos, una inicial bifurcación respecto de una nueva lógica frente a la locura.

---

<sup>34</sup> Stagnaro, J. C., Op. Cit., Pág. 12 - 13.

Es por esto último que se puede pensar a Cabred como una de las figuras precursoras del movimiento higienista en la Argentina.

Nació en Paso de los Libres, Corrientes, realizó todos sus estudios en Buenos Aires, en donde se recibió de médico. Ingresó como interno en el Hospicio de las Mercedes en el año 1884 y se retiró en 1916, cuando era director. Creó el laboratorio de anatomía patológica del Hospicio. Al igual que su maestro Lucio Meléndez, Cabred sintió la necesidad de llegar al alienado para brindarle una atención integral.

Entre los establecimientos que forjó se encuentran: el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva (Córdoba); la Colonia Nacional de Dermatosos y Hospital Común Regional de Resistencia (Chaco); el Policlínico Regional del Litoral (Entre Ríos); el Hospital Común Regional de La Pampa; el Hospital Común Regional Andino (La Rioja); el Hospital Común Regional del Norte (Salta); la Colonia Open Door y el Asilo de Torres (Buenos Aires).

Los mismos se constituyeron en una verdadera red de establecimientos asistenciales (no sólo psiquiátricos), que fundaron las bases de una organización nacional y estatal, alcanzando de esta manera los problemas de la patología mental un nuevo relieve dentro de la medicina.

Entre las innovaciones que introdujo Cabred, se contaron la habilitación de salas de clinoterapia y la intensificación de la laborterapia. Su aporte más trascendente fue la creación de colonias asilos.

En 1911 fundó la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal.

Es posible pensar a Cabred como el médico y abogado de los alienados, pues les dio libertad, trabajo, y fundamentalmente respeto, simpatía y amor.

En mayo de 1899, se realizó el acto de inauguración de la Colonia Open Door, en el cual el presidente Julio A. Roca estuvo presente. Esto destaca el marco político de esta creación, ya que constituye la primer gestión estatal respecto de la reforma del sistema sanitario.

El sistema de puertas abiertas, es definido por Cabred como "un conjunto de disposiciones de orden material y de régimen interno que tienden, todas, a dar al establecimiento el aspecto de un pueblo, a proporcionar a sus moradores la

mayor suma de libertad, compatible con su estado de locura, y a hacer del trabajo uno de los elementos más importantes del tratamiento moral<sup>35</sup>.

Es a partir de aquí, de esta reforma de la institución manicomial que pretende aproximarse a una pequeña comunidad rural, en que comienza a advertirse el primer indicio de lo que más tarde constituiría el objetivo de la reintegración social del loco.

Este nuevo abordaje de la locura implica, además, nuevas nociones que guían el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos mentales. Estas nuevas nociones se basan, en primer lugar, en una visión del loco como un ser humano con derechos y obligaciones, en un sujeto social que posee, asimismo, la posibilidad de realizar una actividad productiva, por la que cobra un peculio, como ya se hizo referencia en el capítulo anterior. De esta forma se le devuelve al alienado signos de su utilidad social, y la locura se concibe no como una afección de la razón, sino como una *desviación de la conducta*, haciéndose hincapié en el papel del medio.

Con el objeto de fundamentar mediante un Documento Histórico las ideas precedentes, es de interés transcribir algunos fragmentos del Discurso Inaugural de la Colonia Nacional de Alienados, de las palabras pronunciadas por el mismo Dr. Cabred el 21 de Mayo de 1899; en las mismas hace una referencia acerca del tratamiento tradicional de los alienados, comparada con su ideología al respecto:

*"Hace apenas un siglo, los alienados eran objeto de tratamientos crueles, aun en los países mas civilizados de Europa. No se les condenaba a los exorcismos y a la hoguera, como en épocas anteriores; pero, se hallaban confundidos en las cárceles, con los delincuentes comunes, o reclusos en viejos e infectos asilos, encadenados, estropeados, haraposos y hambrientos, ofreciendo un espectáculo bochornoso para la cultura humana.*

*Pinel no solamente rompió las cadenas que aprisionaban al loco, sino que también higienizó, hasta donde era posible sus viejas viviendas de Bicêtre y de la Salpêtrière, mejoró*

<sup>35</sup> Vezzetti, H., "Domingo Cabred y el Asilo de puertas abiertas". En: *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*. Vol. II, N° 3. Marzo - Abril - Mayo 1991, Buenos Aires, Polemos, 1991. Pág. 60.

la alimentación y el vestido, organizó talleres, instituyó un tratamiento de humanidad y dulzura, elevando así al alienado a la dignidad de enfermo, de que hasta entonces se hallaba desposeído (...).

Los asilos de ésta época son construcciones pesadas, monumentales, dotadas de gran número de celdas, con altos muros interiores y exteriores, y presenta todo el aspecto de convento o de prisión, que entristece y abate el ánimo del alienado. Todo se subordina en ellos al principio del encierro y seguridad más absolutos (...).

Contra este sistema de asilos cerrados (...) se produce en Escocia, hace una treintena de años, una reforma radical en la constitución material y organización de esos establecimientos (...). Como primera medida se derriban los muros interiores y exteriores y se suprimen las rejas, dejando completamente libre el horizonte (...) se suprime casi totalmente el encierro celular; se concede permiso a gran número de enfermos para salir del asilo, bajo la palabra dada por ellos mismos de volver a él; y a ése régimen de positiva libertad se da el breve y conceptuoso nombre de *Open - Door*. Siguiendo en esa vía de franquicias, se establece otra forma de asistencia, igualmente libre, y es el *pupilaje* de alienados incurables e inofensivos en el seno de familias agricultoras (...).

El principio de *Open - Door* ha suscitado grandes resistencias. (...) El marca una tercera época en la evolución del tratamiento de la locura, y sirve de punto de partida de nuevas e importantes reformas (...).

En qué medida y en qué forma se concede esta libertad en los asilos llamados de puertas abiertas? Ella es otorgada ampliamente, pero, de un modo gradual y progresivo, y previa selección cuidadosa de los alienados que han de gozar de ese beneficio (...). La secuestación a que están condenados todos los enfermos, sin excepción, en los asilos cerrados, es pues, no sólo innecesaria, sino también contraria a los derechos del hombre y a las exigencias del tratamiento científico de la locura (...).

Los trabajos de colonización agrícola (...) constituyen el más poderoso agente del tratamiento moral. Además, el cultivo de la tierra, permite ocupar mayor número de alienados; es la tarea más higiénica y que más les place, en razón de que se efectúa al aire libre, y de que ofrece ocupaciones más variadas; representa, por último, una fuente importante de recursos (...)

A la vez que se abren camino estos principios de libertad, se presta la más grande atención al tratamiento de las locuras agudas, organizándose secciones enteramente apropiadas a la observación y vigilancia continuas que ellas reclaman.

El reposo prolongado en el lecho se generaliza como tratamiento especial en esas formas de alienismo mental, equiparándose así el alienado, a los enfermos comunes. Se disminuyen cada vez más, el encierro celular (...) Los alienados llamados delincuentes, son objeto de medidas más humanitarias y científicas (...).

Junto con el cambio fundamental operado en el régimen interno de los asilos, modifícase el sistema de construcciones: al estilo pesado de los edificios monumentales, se sustituye el más ligero y risueño de pequeñas villas o chalets, muy sencillos, diferentes entre sí, de aspecto familiar, y rodeados de parques y jardines. Distribuidas en orden disperso, esas villas forman pintorescos pueblecitos que alejan toda idea de encierro o de hospital.(...)

Agreguemos a esto, el numeroso personal de médicos residentes y de guardianes que prestan en ellos sus servicios, y se acabará de comprender porque en los establecimientos de ésta índole, el número de curaciones y de mejorías es un tercio superior y a veces el doble del que se observa en los asilos cerrados.

Las evasiones no son frecuentes (...).

El costo y sostenimiento de los asilos - colonias es en fin, mucho menor que el de los monumentales asilos cerrados, en razón de la simplicidad de las construcciones y del producto considerable del trabajo del alienado.

*El establecimiento cuya primera piedra colocamos hoy, reposa en los principios científicos, humanitarios y económicos que he mencionado (...)*<sup>36</sup>.

JOSÉ INGENIEROS (1877 - 1925):

Inmigrante, llegado a éstas tierras a una corta edad, proveniente de Italia, Sicilia, incursionó en distintos ámbitos de especialización tales como la filosofía, la historia y la sociología. Fue político, escritor, docente, investigador, y se recibió de médico destacándose en psiquiatría y criminología.

Entre sus escritos más importantes se encuentran: *La locura en la Argentina*, *El hombre mediocre*, *Las fuerzas morales*, *Principios de Psicología*, *Psicología genética*, y su tesis: *La simulación de la locura*. El primero de los libros mencionados constituye una de las fuentes de la presente investigación, ya que recoge en sus páginas, invalorables datos de las concepciones, tratamientos, casuística y pericias, referidas al tema que nos compete, hasta principios del siglo XX. Posibilitando asimismo, que dicha información no sea olvidada, y convirtiéndose en un verdadero documento histórico. Ésta obra se publicó en 1919.

Ingenieros fundó el Instituto de Criminología de Buenos Aires y fue uno de los gestores de la Sociedad de Psicología. Participó en un importante Congreso Científico en la ciudad de Montevideo como representante nacional, en el cual presentó un trabajo sobre clasificación de delincuentes, instalando así una consideración más racional y científica en la problemática de la locura. Fundó y dirigió durante más de diez años los *Archivos de Psiquiatría, Criminología y Medicina Legal*, que se publicaron por primera vez en 1902.

Ejerció como docente en las Facultades de Medicina y Filosofía, dictando cursos de Neuropatología y de Psicología Experimental, respectivamente.

La corriente positivista contó con el aporte de este pensador, que se constituyó en uno de sus máximos representantes, fundamentalmente del aspecto

<sup>36</sup> Cabred, D., Op. Cit., Pág. 67.

cientificista de este movimiento; que, vale la pena recordar, es una de las bases del *alienismo*.

En 1911, durante la presidencia de Roque Sáenz Peña, se presentó a un concurso con el objeto de ingresar a la cátedra de Medicina Legal, encontrándose en primer lugar entre los tres postulantes; a pesar de esto, el presidente otorgó el cargo a otro de los concursantes. Esta fue la causa por la cual Ingenieros, luego de renunciar a su cargo de director del Instituto de Criminología, partió hacia Europa, y escribió en Francia *El hombre mediocre*, personificando a Sáenz Peña.

Vivió en Italia, Alemania, España, y así su nombre es hoy reconocido no sólo en Latinoamérica sino también en Europa. En 1914 regresó a Buenos Aires.

Si bien Ingenieros comienza a ejercer su profesión en un momento en que había grandes adelantos en Medicina, la Psiquiatría, más que una rama de la primera, parecía ser un campo en el que se encuadraban aquellos enfermos incomprensibles. "Los manicomios dejaban mucho que desear. En cuanto a la terapéutica, más imaginaria que real, se confundía con la pedagogía del encierro, de la violencia y también del castigo. Después de todo se trataba de curar, de sanar, no de comprender<sup>37</sup>".

A pesar de esto, la Psiquiatría de entonces podía, al menos, presentar clasificaciones descriptivas de las enfermedades mentales; sin embargo, se descalificaba socialmente al alienado, y su "herencia biológica", las manifestaciones de la "degeneración", lo condenaban. Se le daba mucha importancia a las connotaciones orgánicas y biológicas, pero esto no excluía a una psicología y una psicopatología que evadían el microscopio y el laboratorio. Se consideraba que la degeneración hereditaria podía, hasta cierto punto, contrarrestarse con un ambiente sano y una vida productiva y sana.

En cuanto a sus investigaciones en criminología, Ingenieros, comprendiendo que las ideas de Lombroso consideraban sólo los factores antropológicos y físicos del delincuente, propone, en el año 1900, una clasificación de delincuentes en la cual prevalece una *psicología criminal*. Jerarquizando el

---

<sup>37</sup> Peluffo, Julio L.: "La obra médica de José Ingenieros", En: *José Ingenieros. Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires, Mar Océano, 1962. Prólogo, Pág. 9.

enfoque psicológico de las personalidades delictivas, la misma se utilizó un largo tiempo en el Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional.

En su tesis, *La simulación de la locura*, Ingenieros plantea que la misma es un medio de adaptación en la lucha por la vida, y divide en tres grupos a las personas que se valen de ella para vivir, estos son: los que simulan la locura con el objeto de adaptarse a la vida, cuando circunstancias especiales así lo determinan: *simulación de la locura en general*; los que simulan la locura siendo conscientes de la ventaja que esto acarrea, aunque sin tener conciencia que realmente se encuentran en un estado patológico simulado: *simulación de la locura por alienados verdaderos*; y la *simulación de la locura por delincuentes*, que buscan por este medio sustraerse a la represión penal de la sociedad.

Por otra parte, se refiere a la simulación de la locura por los alienados verdaderos, como *sobresimulación*; "ésta, es otra prueba más de la persistencia de la razón en muchos de ellos, pues, para componerse un disfraz de esta naturaleza, se necesita poseer una inteligencia despierta, un razonamiento lúcido"<sup>38</sup>.

Otro concepto relacionado con los anteriores es el de disimulación de la locura, característica que se encuentra presente, de acuerdo a Ingenieros, tanto en enfermos internados, como en aquellos que no lo están. Los últimos disimulan su locura al sospechar la posibilidad de ser internados y por tanto perder su capacidad civil. El propósito es claro: unos luchan contra su ingreso, los otros por su egreso, o por evitar un castigo mayor.

Disimular la locura equivale a simular la salud. El enfermo oculta, de esta manera, lo que para los otros es enfermedad y para él salud; simula estar de acuerdo con el mundo de los demás, para evitar lo que considera una prisión. José Ingenieros aconseja desconfiar de la desaparición de los trastornos psíquicos que se produzca subrepticamente, pues esto puede indicar que se está ante un simulador hábil. Estar atento a esta posibilidad es la mejor defensa social contra los alienados peligrosos. Así se puede observar como aparece en este pensador, una de las ideas que es central en la corriente alienista, ya mencionada al comienzo del presente capítulo; la peligrosidad que entraña el alienado.

---

<sup>38</sup> Loudet, O.: *Qué es la locura?*, Buenos Aires, Columba, 1955, Pág. 42.

## B) EL HIGIENISMO.

El origen etimológico del término *Higienismo*, lo encontramos en "el francés *hygiène*, éste vocablo, a su vez, proviene del griego *hygieine*, de *higiès*: sano, salud, salubridad; parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud, precaviendo enfermedades. En mitología griega, *Higea* es la diosa de la salud, hija de *Esculapio*, médico, divinidad que presidía la medicina.

En francés se halla desde 1550, y desde allí parece haber pasado a todos los idiomas modernos<sup>39</sup>.

Como se mencionara anteriormente, el *Higienismo Mental* surge en el año 1909, en EE.UU., con la fundación del Comité Nacional para la Higiene Mental, creado con el objeto de perfeccionar la asistencia de los internados psiquiátricos.

Tres son las características que presenta el movimiento en los EE.UU. La primera se relaciona con el amplio campo que abarca; la segunda con el carácter lego o profano, por lo cual se desbordan los límites del campo médico; y la tercera está relacionada con su vinculación con el movimiento filantrópico norteamericano.

En relación con la primer característica, los *temas de interés* de este movimiento, los campos de aplicación se ampliaron a los siguientes, - aunque el objetivo inicial siempre consistió en el mejoramiento de la situación de los enfermos mentales - :

- En primer lugar, la prevención de los trastornos mentales y creación de nuevas formas de asistencia para enfermos leves, que podían prescindir de una internación, construyéndose dispensarios, consultorios externos y el hospital de puertas abiertas.
- En segundo término, la deficiencia mental o debilidad mental; se comienzan a utilizar tests con la escala de Binet y Simon, junto con el concepto de edad mental.
- En tercer lugar, se comienza a investigar sobre psicopatología del crimen, que abarca el problema de la delincuencia y la criminalidad. Se elaboran estudios psicológicos, y se promueven investigaciones.

- Otro tema de interés, es la Higiene Mental Escolar, donde es importante la prevención que se lleva a la vida comunitaria y en especial a la escuela y al hogar. Se considera como importante la formación del docente y la orientación en la crianza de los niños, y las cuestiones relacionadas con la orientación vocacional.
- Un último campo de interés es el militar; se crea una Comisión, en un marco en el cual se atravesaba la Primer Guerra Mundial, que organiza unidades militares neuropsiquiátricas, con el objeto de examinar y tratar tempranamente a los pacientes mentales, y eliminar reclutas con enfermedades de este tipo, deficiencias mentales y desórdenes nerviosos.

Si nos centramos en la segunda característica de este movimiento, su carácter lego o profano, es propia de la producción estadounidense, no es una cualidad distintiva en nuestro país.

En EE.UU., si bien el médico tenía una posición fundamental, ya que ocupaba el cargo de Director Médico del Comité Nacional de Higiene Mental, su actuación no era central en el resto de las cuestiones.

Por último, la tercer característica está relacionada con el modo de funcionamiento del Comité, el mismo se apoyaba en las contribuciones de importantes Fundaciones, y donantes.

La corriente psiquiátrica del *Higienismo*, diferencia en los establecimientos respectivos, a los enfermos, de acuerdo a su curabilidad y adaptabilidad al trabajo; mientras que, en épocas del *Alienismo*, la división era motivada más bien, por estados de agitación, tranquilidad, etc.

Esta nueva forma de encarar lo que se refiere a la salud mental se difundió a otros países, a consecuencia de lo cual posteriormente se conforma un Comité Internacional de Higiene Mental, en el año 1924. Los alienistas argentinos (Ingenieros, entre otros), conocen en sus viajes las características de este nuevo enfoque, y viajan a Francia (París), con el objeto de participar en la Comisión organizadora del mismo.

---

<sup>39</sup> Cfr. Corominas, J., Op. Cit., Pág. 304.

Más tarde es fundada en nuestro país la Liga Argentina de Higiene Mental.

La creación de ésta se llevó a cabo en diciembre de 1929, en el marco de un proceso de transformación en el campo psiquiátrico argentino, que lentamente se iba acercando a los postulados sostenidos por la Medicina Social.

Una de las características propias del movimiento de la higiene mental en la Argentina, consiste en que el espacio en el que aparece legitimado es puramente médico, alejándose del carácter profano que revestía el modelo en EE.UU..

El financiamiento en nuestro país se produce mediante dos vías:

- La Comisión Auxiliar de Señoras,
- Y la promoción de proyectos a ser ejecutados por el Estado.

Estas dos formas eran complementarias. La Comisión Auxiliar de Señoras, reproducía el modelo de Damas de la Sociedad de Beneficencia que asistían diferentes hospitales, produciendo un encuentro entre la ciencia y la caridad, que habían estado fusionados igualmente en otros momentos históricos. De estas dos formas de financiamiento la segunda era la privilegiada.

Compartía con su prototipo en EE.UU., la amplitud en su campo de trabajo, tal como preveía su Estatuto, aprobado en su Asamblea Constitutiva. Sus áreas de incumbencia abarcaban:

*"la asistencia de psicópatas (su organización y vigilancia); inmigración (vigilancia y orientación); patología regional (estudio de las afecciones regionales y su profilaxis); higiene industrial y profesional; enfermedades generales (su estudio y relación con las enfermedades mentales); sífilis, alcoholismo y toxicomanía; psiquiatría infantil y auxología; sociología (legislación del trabajo: particulares y Estado; medicina legal, estadística); organización científica del trabajo y psicotécnica; antisociales: vagabundaje y delincuencia (su clasificación y orientación social); higiene naval; higiene militar; higiene social e individual de la infancia (estudios relacionados con la educación e instrucción de la infancia, en las vinculaciones*

*de la escuela con el hogar); propaganda (divulgación e instrucción psiquiátrica popular); higiene sexual; patronatos<sup>40n</sup>.*

La Comisión Directiva Central, de la Liga Argentina de Higiene Mental, estaba conformada por: Presidente, Gonzalo Bosch; Vicepresidente, Luis Estevez Balado; Secretarios: Fernando Gorriti y Ramón Silva; Tesorero, Arturo Mó; Protesorero, Antonio Martínez; y nueve vocales titulares y dos suplentes. La característica que tenía esta Comisión es que todos sus integrantes eran médicos.

La Liga Argentina de Higiene Mental contaba con la publicación de una Revista, siendo ésta su órgano oficial.

El movimiento de Higiene mental se caracterizó en la Argentina no sólo por una mayor amplitud en los campos, sino también por las personas a las que iba dirigido, que incluía a la población prácticamente en su totalidad, siendo sus intervenciones privilegiadas las que se encuadraban en los campos de la niñez, la maternidad, la pedagogía, el trabajo, la criminología, la eugenesia y la enfermedad mental. "La *higiene mental*, aparecía como un punto de intersección entre la medicina social y el campo psiquiátrico. Renovaría substancialmente la asistencia no sólo de alienados, sino también de alcohólicos y pacientes agudos en consultorios externos<sup>41n</sup>."

Uno de los puntos importantes en cuanto a la atención y tratamiento de las enfermedades mentales que aportó este modelo, fue la consideración de grados intermedios en la enfermedad mental, lo que creó toda una serie de dispositivos nuevos y diferentes a los del modelo asilar propio del alienismo. Se puso énfasis en el tratamiento precoz, apareciendo una renovada organización institucional que planteó la superación del asilo y descansó sobre el principio de la asistencia abierta, extramanicomial. Se crearon dispensarios, servicios sociales anexos y hospitales psiquiátricos, hospitalización temporaria en servicios abiertos y consultorios externos. Arquitectónicamente, los dispensarios se debían edificar con acceso

<sup>40</sup> Klappenbach, H.: "El Movimiento de la Higiene Mental y los orígenes de la Liga Argentina de Higiene Mental", En: *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría* N° 10, Buenos Aires, Polemos, 1999. Pág. 12.

<sup>41</sup> Klappenbach, H.: "Psicología y campo médico, Argentina: años '30". En: *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología*, Año 1 - N° 1/2, Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de San Luis, 1995. Pág. 201.

directo a la calle, constituían el punto de entrada al sistema asistencial, a partir del cual se derivaban los enfermos según necesitaran: un tratamiento ambulatorio, la hospitalización en servicios abiertos o la internación en el asilo.

En este período se hizo una ruptura jurídica con la figura del alienado, carente de derechos civiles y obligado a la reclusión contra su voluntad. Según la legislación argentina, la internación del alienado en el manicomio se producía bajo doble certificado médico, y diagnóstico de insanía, entre otros requisitos legales.

En cambio, la noción central para el Higienismo acerca de los grados intermedios de la enfermedad mental que mencionáramos anteriormente, estaba inspirada en la teoría francesa de la existencia "de pequeños psicópatas, de formas ligeras transitorias, de locura con conciencia, que disolvían la necesidad de internación en el asilo y del certificado de insanía<sup>42</sup>". Bajo estas condiciones, jurídicamente, el enfermo mental en sus formas leves, recuperaba su libertad y sus derechos civiles.

Para el higienista el loco deja de ser culpable para convertirse en enfermo, a partir de lo cual, se coloca el campo de la enfermedad mental en igualdad de condiciones con el de los restantes problemas médicos; de esta manera se análoga el terreno de la psiquiatría con el de los otros movimientos de la Medicina Social.

En concordancia con lo anterior aparecieron cambios terminológicos sustituyendo el nombre de *manicomio* por el de *Hospital* o *Instituto Psiquiátrico*. Si se busca el origen del vocablo *manicomio*, se descubre que el mismo, proviene del griego *manía*: locura, y *komeo*: cuidar, lo que significa "cuidar la locura"; esto es coherente con la ideología sostenida por el alienismo, a quien "pertenece" este término, cuyas prácticas estaban más orientadas a cuidar al loco y a separarlo de una sociedad que le temía, que a restituirlo a su núcleo familiar y social. Con el Higienismo, este término fue desplazado por el de *Hospital* o *Instituto Psiquiátrico*, como se indicó antes.

Otro de los cambios, está relacionado con las funciones que comenzaron a cumplir los hospitales psiquiátricos en este momento, constituyéndose en grandes centros de investigación y enseñanza, además de dedicarse a la atención de los enfermos.

---

<sup>42</sup> Klappenbach, H., Op. Cit., Pág. 14.

Asimismo, también se producen cambios arquitectónicos. El servicio de hospitalización abierto, o de puertas abiertas - *Open Door* -, presupone la noción de enfermedad mental leve y contempla una edificación innovadora en su tipo.

Esta nueva forma de pensar la enfermedad mental, modifica todos los dispositivos, creando una nueva organización institucional que genera nuevos auxiliares: la visitadora o asistente social, y la enfermera psiquiátrica. En Francia se crea una escuela de profilaxis mental con el fin de formar a visitadoras sociales. En el Hospicio de las Mercedes, en 1932, se realiza una experiencia similar. Estos nuevos expertos se van a encargar del Servicio Social dependiente de los dispensarios, interviniendo de variadas formas: detección de enfermedades, informando respecto a las condiciones de vida del enfermo, intentando despertar el interés de sus familias, buscando trabajo para los mismos, así como también de la vigilancia de los sospechosos.

*GONZALO BOSCH (1885 - 1967):*

En 1912 fundó la Liga Argentina de Higiene Mental y más tarde su Escuela de Visitadoras Sociales en Buenos Aires. Desde 1943 hasta 1953 fue Profesor de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Buenos Aires. En diciembre de 1930 había ocupado el cargo de interventor en el Hospicio de las Mercedes.

Junto con Lanfranco Ciampi fue autor de una clasificación de las enfermedades mentales, asociándolas en cinco grupos:

- Estados mentales premorbosos.
- Síndromes mentales con debilitamiento temporáneo de la autonomía psíquica.
- Síndromes mentales con pérdida completa y temporánea de la autonomía psíquica.
- Síndromes mentales con falta de desarrollo de la autonomía psíquica.
- Síndromes mentales con pérdida completa y duradera (o definitiva) de la autonomía psíquica.

Bosch sostenía ideas firmes respecto a las políticas estatales en salud mental de su época. Creía que se necesitaban mayor cantidad de instituciones para

el tratamiento de enfermos mentales, organizadas de una manera más moderna, y basadas en las nuevas ideas científicas de la psiquiatría.

Planteó que, si bien la finalidad del manicomio siempre había consistido en brindar un tratamiento adecuado a los internados, al mismo tiempo que ser un medio de seguridad social, era necesario sumar a la función puramente hospitalaria, la protección al enfermo al salir del asilo, como asimismo prevenir que las personas con riesgo de caer en la enfermedad, incurrieran en ésta.

Con una reorganización de los servicios, sería posible transformar al hospicio en un eficiente hospital psiquiátrico. No aconsejaba el aumento de la capacidad de los hospitales existentes. Bregaba por una mejor distribución de los mismos a lo largo del territorio nacional, ya que se encontraban todos centralizados en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, a donde llegaban los alienados del todo el país.

Esto último implicaba separar al enfermo de su familia y era desfavorable tanto para él mismo como para el médico, ya que se perdían datos acerca de los antecedentes personales y familiares; también llevaba a que estuvieran en un primer momento carentes del tratamiento adecuado.

Consideraba Bosch, que la concentración de los enfermos mentales en las mencionadas regiones de nuestro país, era consecuencia del hecho de que el presupuesto otorgado a las instituciones manicomiales provenía, en su mayoría, de la Nación, a excepción del Hospital Melchor Romero, que era sostenido por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Así como las provincias y los municipios, se ocupaban en proporcionar a sus habitantes una cama en un Hospital o un especialista en un consultorio externo, por las mismas razones, afirmaba Bosch, tenían el deber de suministrar una cama y organizar consultorios externos, con especialistas apropiados, para los enfermos mentales. No había causa alguna para diferenciar a unos y otros. Planteaba Bosch, que si hubiese existido alguna ley por la cual las provincias y municipalidades se hicieran cargo de crear sus propios hospitales psiquiátricos, desaparecerían, o al menos disminuirían considerablemente, las deficiencias de los establecimientos de la época.

*LANFRANCO CIAMPI (1884 - 1968):*

El italiano Lanfranco Ciampi se graduó en 1913 en Roma, y llegó a nuestro país, a Rosario, contratado en 1922, con el objeto de organizar una escuela para niños "retardados". Se convirtió en el nombre central de la primera psiquiatría en Rosario.

Sostuvo que le competía a la sociedad la función tutelar de la salud física y mental, tanto como a los poderes públicos, defender y proteger al enfermo.

Entre las reformas más importantes propuestas por Ciampi, que caracterizaron un proyecto que se fue llevando a cabo entre 1925 y 1935, considerado como el primer plan integral de salud mental, se encuentran:

- que los enfermos mentales necesitan atención médica especializada, para lo cual los profesionales deben recibir una capacitación adecuada;
- considera que la psiquiatría no sólo debe curar trastornos mentales, sino dedicarse a prevenirlos;
- además sostiene la necesidad de clasificar a los enfermos en "agudos o curables" y, por otra parte, en "crónicos o incurables", creándose para los primeros hospitales psiquiátricos abiertos y dentro de los límites de la ciudad, y para los segundos cerrados y ubicados en ámbitos rurales;
- asimismo plantea que deben crearse instituciones especiales y separadas para los criminales - locos, los alcohólicos y los niños retardados, dentro de un dispositivo médico pedagógico; el dispositivo higiénico - preventivo sería el consultorio externo o ambulatorio o dispensario, que si bien depende del hospital está por fuera de sus límites;
- tiene en cuenta la importancia de la creación de un cuerpo de especialistas no médicos, para tareas de difusión, detección precoz y seguimiento (visitadoras sociales).

Define la locura como "un estado de la mente, es la conciencia desviada de sus normas habituales, es espejismo del conocimiento, fenómeno extraño de

carácter objetivo y subjetivo que nos da placer o desplacer, que pone desarmonía en los mecanismos afectivos e intelectuales del psiquismo<sup>43</sup>".

El pensar así la locura tiene importantes implicancias, ya que desaparece el estatuto de ésta como entidad mórbida para pasar a ser un estado de desequilibrio o desarmonía de los mecanismos psíquicos; al psiquismo no se lo reduce a "la mente", sino que se lo equipara a "persona". Ya no se es *loco*, sino que se está *loco*, con la consecuencia que esto tiene respecto de que es un estado del que es posible entrar y salir en cualquier momento. Es esta nueva conceptualización de la locura la que produce las modificaciones en los dispositivos hospitalarios, a las que ya se hizo referencia.

Ciampi postula la necesidad metodológica del correlato entre lo psíquico y lo somático, compartiendo ésta concepción con Gonzalo Bosch. Ambos, junto a Raimundo Bosch, proponen una psiquiatría independiente de la neurología, apoyada en la psicología, la clínica general y la acción social del higienismo.

En 1923 se comenzó a dictar una nueva cátedra que se denominó "Neuropsiquiatría Infantil y Ortopedia Mental", constituyendo la primera de su tipo en el mundo.

En el año 1927, se inauguró el *Hospital de Alienados de Rosario* dependiente del Instituto Psiquiátrico de la Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral, cuyo principal gestor fue, como se mencionara precedentemente Lanfranco Ciampi.

Describe de la siguiente manera el Hospital, en aquel entonces, cuando él era su Director:

*"Cada pabellón, de dos pisos, consta: de varias salas para dormitorios, la más grande de las cuales, tiene capacidad para ocho camas; de salas para comedores y para que se entretengan los enfermos en los días de lluvia; de cuartos de baños, en la proporción de una bañera para cada 10 enfermos; de lavatorios (uno para cada dos enfermos); de calefacción*

<sup>43</sup> Ciampi, L.: *El examen del enfermo mental*. Citado por Gentile, Antonio S.: "La Psiquiatría en Rosario", En: *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría* N° 5, Bs. As, Polemos, 1998. Pág. 9.

central. La capacidad global de cada pabellón, es solamente para cuarenta enfermos.

Numerosos patios pequeños, facilitan la división entre los diversos tipos de enfermos, durante las horas del día.

Un pabellón está destinado a los laboratorios (...) Funcionan allí también los consultorios externos y dispensarios para enfermos mentales, niños y adultos. Otro pabellón, está destinado a la escuela para niños retardados, neuropáticos y psicopáticos. (...) Se trata de un establecimiento, que todavía no está terminado y consta actualmente de seis pabellones que funcionan y de uno que será habilitado muy en breve.

El personal médico se compone de un Director y tres médicos auxiliares: los enfermeros están en la proporción de cincuenta para cada médico<sup>44</sup>.

El 11 de noviembre de 1930 Ciampi fundó la Liga de Higiene Mental en Rosario, filial de la Liga Argentina de Higiene Mental de Buenos Aires, con el objetivo de impulsar y sostener campañas preventivas. Los cuatro ámbitos en los que se desplegó el dispositivo rosarino fueron: jurídico, asistencial, académico y profilaxis social.

Muchos y diversos son los aportes que llevó a cabo Lanfranco Ciampi. Este propulsor, plasmó en su obra las ideas centrales de la nueva corriente psiquiátrica que se difundió rápidamente.

---

<sup>44</sup> Ciampi, L. Citado por: Dr. Gonzalo Bosch: "El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina" (5 de Abril de 1931), En: *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*, Vol. III, N° 10, Buenos Aires, Polemos, Diciembre 1992, Enero - Febrero 1993, Pág. 304.

## *CAPÍTULO III*

*Un Nuevo Modelo a partir de la  
Segunda Guerra: Salud Mental.*

## *UN NUEVO MODELO A PARTIR DE LA SEGUNDA GUERRA: SALUD MENTAL.*

Al finalizar la segunda guerra mundial, se producen cambios en nuestro país y en el mundo, a partir de los cuales el capitalismo debía asegurar el desarrollo económico; con este fin surge el Estado de Bienestar, encargado de la seguridad social y económica de los ciudadanos, convirtiéndose en un Estado activo mediante la utilización de mecanismos de redistribución social.

El terreno de la salud no fue ajeno a estos cambios políticos, que repercutieron en su estructura, generando transformaciones en la concepción y abordaje de los trastornos mentales, y por ende, en la estructura de las instituciones abocadas a estos.

Las reformas que se fueron produciendo en la psiquiatría, desde las introducidas por Pinel, lentamente se consolidaron y sistematizaron, hasta entrar en crisis a mediados del siglo veinte; a esto se suman ciertos acontecimientos, consecuencias de la guerra. Tres son los sucesos que se consideran claves en el surgimiento del nuevo campo, denominado Salud Mental, y que fueron los siguientes:

- 1- A raíz de la guerra, se acrecienta el número de individuos que padecen psicosis y neurosis, sin que los recursos psiquiátricos aumenten proporcionalmente; a la vez que se hace necesario el trabajo de hombres que reedifiquen y restauren el territorio desbastado por los combates, para lo cual se requiere realizar innovaciones en la práctica sanitaria.
- 2- Los hombres se comienzan a cuestionar acerca de las fronteras existentes entre la razón y la enajenación, a raíz del espanto y horror productos de la guerra. Al mismo tiempo son muchos los intelectuales que se inclinan hacia el psicoanálisis.
- 3- Asciende, en el continente europeo, la cantidad de gobiernos democráticos, que detentan como base de sus cimientos a los movimientos populares. Estos últimos exigen un gran respeto por los derechos inherentes al ser humano y por ende la reforma en salud pública.

Es en esa coyuntura sociopolítica e histórica que se desarrolló el nuevo campo, el cual asume características distintivas de acuerdo a las particularidades de los distintos países en los que surge; características que posteriormente son recogidas en nuestro país, por lo que las mencionaremos brevemente a continuación.

#### *INGLATERRA:*

Main introduce la expresión "*comunidad terapéutica*", siguiendo a Maxwell Jones, en un trabajo desarrollado en 1946, con la colaboración de Bion y Reichman, convirtiéndose en un dispositivo innovador para llevar adelante la conducción de las instituciones psiquiátricas.

Las nuevas experiencias establecieron una original conformación de las relaciones entre la sociedad y las instituciones psiquiátricas, que adquirió trascendencia en la reforma psiquiátrica inglesa de 1959. Así se corrobora que el abordaje de las enfermedades mentales en otros ámbitos que no sean exclusivamente los manicomios, es factible. En la mencionada reforma, se plasman en el plano jurídico administrativo las conquistas que progresivamente se van adquiriendo en la restitución de los derechos cívicos del paciente, así como también de sus derechos como ser humano.

Los ingleses cuestionaron los conceptos de salud y enfermedad, considerando el marco social en el que ésta se origina y se denomina como tal; relativizando el criterio médico-psiquiátrico.

*Antipsiquiatría* fue la denominación con la que se conoció y difundió el movimiento en Inglaterra, que incluyó distintos aspectos, tales como el institucional, jurídico, filosófico y político.

Los principales impulsores de este modelo fueron David Cooper y Ronald Laing, quienes señalaron que la politización de la locura era la salida posible, mientras que su romantización era una salida fácil.

Las nuevas ideas si bien fueron recibidas con entusiasmo, generaron variadas críticas, dadas las dificultades con las que se encontraban al ponerlas en práctica.

La antipsiquiatría se constituyó como un movimiento de fundamental importancia, ya que no solo fue inspirador de corrientes semejantes, sino que también fue el precursor en la prevención de la institucionalización y marginación de los enfermos mentales.

*FRANCIA:*

Corría el año 1940, cuando surge en Francia el “movimiento de psicoterapia institucional” que se opone al manicomio, por tener un carácter totalitario y segregativo. Son los españoles, Tosquelles y Torrubia, exiliados antifranquistas en el país vecino, quienes dan origen a este modelo, que se constituye en una alternativa psicoanalítica a la institución psiquiátrica. Este movimiento tuvo en un principio una marcada influencia marxista, que se plasmó en los trabajos desarrollados en el Hospital de Saint Alban, en el que se llevó a cabo una renovación institucional. En la década siguiente aparece bajo una influencia más marcada del psicoanálisis.

Algunos de los psiquiatras que se sumaron fueron Henri Ey, Daumezon y Sivadon, entre otros. No se cuestionó el poder médico sobre la enfermedad, pero se integró a profesionales que no pertenecían a la medicina y se abrieron los hospitales a la comunidad. Intentaron forjar una medicina mental social, en lugar de la tradicional psiquiatría manicomial. De características más humanas, buscaba la transformación de los asilos, considerados como cronificadores, con el objeto de convertirlos en instrumentos terapéuticos. También planteaban la desarticulación del dispositivo institucional para ir al encuentro de las verdaderas necesidades de la población.

Lanzaron el modelo sanitario denominado Sector, que consistía en una medida político administrativa que dividía al manicomio en una serie de unidades de internación para individuos que habitaban una región geográfica. En cada territorio se construirían estructuras psiquiátricas externas, que contarían con hospitales de día, ambulatorios y dispensarios, que se articularían con el hospital. La idea era ofrecer al paciente una continuidad terapéutica entre el hospital psiquiátrico y las diferentes unidades extrahospitalarias que tenían como objetivo la

rehabilitación, prevención y observación. En 1960 una circular convirtió en política oficial a la sectorización, pero no logró una repercusión inmediata: solo se crearon algunos dispensarios y hospitales de día. Es con el movimiento contestatario del Mayo Francés de 1968, impulsado por estudiantes, intelectuales y filósofos, que la institución psiquiátrica aparece cuestionada a partir de una perspectiva claramente política.

#### ESTADOS UNIDOS:

Es la reforma inglesa la que hizo impacto en esas tierras. En la década del '50 se multiplicaron las "comunidades terapéuticas" dado el auge que tenían las psicoterapias.

Erving Goffmann, sociólogo interesado en esta corriente se internó como paciente en un hospital psiquiátrico para poder estudiar el funcionamiento de estas instituciones. A partir de su experiencia escribió *Internados*<sup>45</sup>, con el cual logró un fuerte impacto de quienes estaban ligados a la psiquiatría. En el mismo expuso la idea de que la institución psiquiátrica contiene dentro de su estructura el germen de las mismas patologías que intenta tratar, es decir que posee cualidades patógenas; asimismo explicitó las condiciones carcelarias del internamiento. Otra de sus obras más relevantes fue *Estigma*<sup>46</sup>.

Define la *institución total*, como un lugar donde un grupo de personas, condicionada por otras, no tiene la menor posibilidad de elegir su forma de vida. Pertenecer a una institución total significa estar a merced del control, del juicio y de los proyectos de los otros sin que el interesado pueda intervenir para modificar la marcha y el sentido de la institución. "La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos"<sup>47</sup>

<sup>45</sup> Goffman, E.: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1994.

<sup>46</sup> Goffman, E.: *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1998.

<sup>47</sup> Goffman, E.: *Internados*, Op. Cit., Pág. 18.

Se crearon Centros Comunitarios de Salud Mental, con el objeto de trasladar a la población las responsabilidades del tratamiento, apoyado, este proceso de transformación, por el gobierno.

Aparte de los centros, se estableció un Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria, de acuerdo a una ley sancionada en 1963. El mismo era una combinación del Sector francés y la Socioterapia inglesa, que hacía entrar en el sistema a profesionales que no eran médicos, de acuerdo al modelo interdisciplinario de ese momento histórico. La implementación del Programa se llevó a cabo de manera deficiente, ya que se produjo un vaciamiento de los grandes hospitales, cuando la red comunitaria no estaba funcionando, lo que derivó en un traspaso de los pacientes a clínicas privadas.

#### *ITALIA:*

Es a partir de 1960 que se registran cambios en este país, se podría decir que es allí donde aparecen las transformaciones más radicales, debido en parte a que toman los cuestionamientos que surgieron con anterioridad en otros países (Francia e Inglaterra, principalmente). Este retraso, en relación a los países mencionados anteriormente, se debió a las políticas institucionales oficiales que estaban fuertemente influenciadas por el pensamiento alemán, país en el cual se intentó resolver el problema de los asilos psiquiátricos mediante la edificación de estructuras perfeccionadas, donde aparecía fuertemente la vigilancia y el control. Un hecho que no puede pasar inadvertido es que el lugar del cual parte el mencionado cuestionamiento a la institución asilar se encuentra ubicado en los límites de Italia, en la frontera con Yugoslavia; emplazamiento periférico, que habla de la importancia del movimiento, ya que se expandió por todo el país.

Franco Basaglia, a cargo de la dirección del hospital neuropsiquiátrico de Gorizia, publicó el libro *La institución negada*, donde cuestionó las instituciones sobre las que se asienta la sociedad, a las que define como "instituciones de la violencia". En su planteo incluyó a la familia, escuela, prisiones, asilos y hospitales neuropsiquiátricos. Todas se basarían en la distribución de poderes, en la división de clases, que separa a quienes detentan el poder de quienes no lo poseen,

estableciendo una relación de dominio, de opresión, una relación de violencia y exclusión. Este tipo de vínculo se hallaría en la base de todos los lazos sociales y sería justificado en nombre de la necesidad, adquiriendo características distintivas, ya que, quien posee el poder, suele ocultarlo o disfrazarlo. La violencia se aducirá como necesaria por tener una finalidad educativa, y la exclusión por la culpabilidad y enfermedad.

El ocultamiento sería una condición necesaria, ya que la sociedad de bienestar no podría mostrar abiertamente su cara violenta, lo que tendría como consecuencia evidentes contradicciones en su propio seno. Entonces, ¿cuál sería el sistema con el se implementa la violencia y exclusión? Según Basaglia son los técnicos los que la ejercen, en nombre del sistema, utilizando la violencia técnica. "La labor de estos intermediarios consistirá, pues, en mistificar la violencia a través de la técnica, sin llegar a cambiar por ello su propia naturaleza, de manera que el objeto de la violencia se adapte a la violencia de que es objeto, sin llegar nunca a tomar conciencia de ello, ni convertirse a su vez en sujeto de violencia real contra lo que le violenta. Los nuevos concesionarios tendrían por finalidad extender los límites de la exclusión, descubriendo técnicamente nuevas formas de desviación<sup>48</sup>".

Es importante también el postulado acerca de la relación entre pertenencia a una clase socioeconómica y enfermedad mental, siendo la primera considerada como una de las principales causas de la última, por sobre la ideología médica. Otro de los factores etiológicos sería el tipo de relación institucional, que aumentaría el poder del médico, en detrimento de los derechos del paciente que no tendría otra posibilidad de confrontación que la de comportarse de manera anormal.

El psiquiatra, según Basaglia, tenía una única salida posible: ampliar y enriquecer su visión, no acotarla al espacio hospitalario, ya que éste es parte de un entramado de relaciones, y por lo tanto de instituciones, es decir de una situación global, en la que todos los individuos toman parte como excluidos y excluyentes. No tomar conciencia era ser cómplices del sistema de opresión. Debía realizar un camino hacia la *negación*, acción que implicaba la denegación de cualquier

---

<sup>48</sup> Basaglia, F.: *La Institución Negada*, Barcelona, Barral, 1970, Pág. 132.

clasificación nosográfica. Esa dimensión negativa era a la vez destrucción y superación.

“El primer paso hacia la curación del enfermo es el retorno a la *libertad*, de la cual él mismo [el psiquiatra] le ha privado hasta hoy. En la compleja organización del espacio cerrado donde el enfermo mental se ha visto reducido durante siglos, las necesidades del régimen, del sistema, sólo han exigido del médico un papel de vigilante, de tutor interior, de moderador de los excesos a los cuales podía abocar la enfermedad: el sistema tenía más validez que el objeto de sus cuidados<sup>49</sup>”.

El hospital psiquiátrico, concebido en su nacimiento como el espacio donde el enfermo recibiría cuidado y asistencia, paradójicamente se convirtió en el lugar de aniquilamiento de su individualidad.

Basaglia se dispuso transformar el manicomio en un lugar de curación, que cumpliera la función para la cual fue concebido, que no sacrificara la libertad del enfermo en nombre de la eficacia, basada en el principio de autoridad.

¿Cuál fue, entonces, la propuesta de Basaglia? La misma consistió en primera instancia, en la desinstitucionalización. Este proceso, tendiente a transformar las relaciones de poder entre la institución y los pacientes, utilizó los mismos espacios, recursos, personal y pacientes, pero modificó y recompuso los sistemas de acción e interacción en los cuales cada elemento era insertado. Proceso relacionado con la idea de desmontaje de la institución, no de destrucción de la misma, por suponer el reciclado de todos los elementos que la componían, mediante el cual pasaban a ocupar otra función sin ser eliminados.

Se retomará este modelo en el siguiente capítulo, como antecedente de la experiencia de desmanicomialización llevada a cabo por Hugo Cohen en Río Negro, Argentina.

#### ARGENTINA:

Es posible tomar como hechos importantes antecedentes de este modelo en nuestro país, además de las características de los países mencionados

---

<sup>49</sup> Basaglia, F., Op. Cit., Pág. 147.

anteriormente, la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1958 (Decreto Ley N° 12.628); la carrera de Psicología en Rosario en 1954 y en Buenos Aires en 1957, junto con la de Antropología, Sociología y Ciencias de la Educación; y la creación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales, entre los que se destaca el de la ciudad de Lanús. También cabe destacar la aparición de nuevas experiencias institucionales como las comunidades terapéuticas, los Hospitales de Día y el trabajo preventivo con la comunidad, que desarrollaremos más adelante. Sin olvidar el arribo a estas tierras de las conceptualizaciones vertidas por Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, hecho que se vio favorecido por el exilio, lamentable, al que se vieron obligados muchos intelectuales europeos.

La llegada al país de Celes Ernesto Cárcamo y Ángel Garma, que tenían el firme propósito de crear los cimientos del movimiento psicoanalítico, fue la propulsora de la fundación de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Pero no fueron los únicos, Luis y Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón Rivièrè y Marie Langer, se sumaron para que la asociación fuera una realidad. El proyecto se convirtió en un hecho el 15 de diciembre de 1943 y la Asociación obtuvo, un año después, la personería jurídica y fue reconocida como filial de la I.P.A.<sup>50</sup>. En esta institución se formaron muchos profesionales, algunos de los cuales adquirieron, por sus aportes y labor, un relevante papel en la historia del nuevo campo.

A partir de la década del '60, los diferentes grupos de psiquiatras intentaron formar una organización gremial, profesional y científica con el objeto de llevar adelante un proyecto en el campo de la Salud Mental, para lo cual necesitaban intercambiar opiniones y experiencias.

En Octubre de 1959, en la ciudad de San Luis, se llevó a cabo la III Conferencia de Asistencia Psiquiátrica, en cuyo seno se conformó la Federación Argentina de Psiquiatras (F.A.P.). En dicha conferencia se trató un tema trascendental: "Títulos habilitantes para el estudio y tratamiento de los enfermos psíquicos", la carrera de Psicología, de reciente creación, motivaba los temores y resistencias que se escondían bajo ese título. En las mesas redondas se discutió el tema, y se aceptó la quehacer del psicólogo en el diagnóstico y tratamiento; no obstante, en las conclusiones, se confería esta misión solo a los profesionales

---

<sup>50</sup> I.P.A.: International Psycho- Analytical Association.

médicos. El cierre de las jornadas terminó con el retiró de la delegación de los estudiantes de psicología de Rosario. Al respecto escribe Gregorio Bermann, años después: "La Ley del Ejercicio de la Medicina, los diversos proyectos presentados a las legislaturas, las reglamentaciones al respecto dictadas, son terminantes. No cabe duda de que sólo puede ejercer la Medicina, es decir el diagnóstico y el tratamiento, quienes estén habilitados por título expedido por las Facultades de Medicina de la Nación<sup>51</sup>". Bermann consideraba que la psicoterapia se debía enseñar en el marco de la carrera de medicina. Aunque no desconoció totalmente la importancia de la labor de los psicólogos, sólo les confirió un espacio como auxiliares de la ciencia médica<sup>52</sup>.

Un año después, en el marco de la IV Conferencia, se designó a la Comisión Directiva, mediante sufragio directo, se dividió en regionales al país, configurándose la estructura de funcionamiento y se elaboró el Estatuto. Este último, en su artículo 5° propone: "impulsar las actividades de las disciplinas psiquiátricas con un amplio sentido social, propiciando una auténtica labor educativa en cuanto a la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales; propender a una estructuración progresiva y a una mejor organización de la asistencia psiquiátrica del país; gestionar ante los poderes públicos las leyes y las reglamentaciones pertinentes a la salud mental; organizar cursos de divulgación sobre prevención y asistencia de los trastornos mentales ", entre otros puntos mayormente relacionados con aspectos gremiales de los psiquiatras.

En base a sus convicciones tanto teóricas como políticas, es factible dividir a los psiquiatras de esta época en: *manicomiales*, que defendían los sistemas de los Hospicios; y *reformistas*, que no estaban de acuerdo con la estructura manicomial y pretendían transformarla.

Entre los primeros se encontraban Carlos Sisto y Omar Ipar, entre otros. El grupo reformista estaba conformado por psiquiatras de diferentes tendencias teóricas: psicoanalistas como Horacio Etchegoyen, Raúl Usandivaras, Jorge García Badaracco y Enrique Pichón Rivièrè; psiquiatras dinámicos como Mauricio

---

<sup>51</sup> Bermann, G.: *Nuestra Psiquiatría*, Buenos Aires, Paidós, 1960. Pág. 174.

<sup>52</sup> Cfr. Bermann, G.: Op. Cit., Capítulo XII: "Los psicólogos en la práctica médica".

Goldenberg y Guillermo Vidal; reflexólogos como Gregorio Bermann y Gervasio Paz.

Entre las causas que dificultaron el trabajo conjunto por parte de los psiquiatras *reformistas*, además de las ya mencionadas diferencias teóricas, se encontraban también sus distintas concepciones ideológicas y políticas, y el hecho de que los cargos importantes eran ocupados dentro de las principales organizaciones por representantes del grupo *manicomial*. Por lo que el manicomio continuó siendo la Institución central de la psiquiatría.

Los cambios que se propusieron desde el Estatuto de la FAP, en este estado de cosas no se llevaron a cabo, solo tiempo después se produjeron modificaciones importantes con la incorporación de nuevos actores.

Uno de los cambios más importantes realizados respecto a las instituciones abocadas a los trastornos mentales, fue la incorporación de Servicios de Psiquiatría (con o sin internación) en Hospitales Generales. Asimismo, otra transformación a destacar fue la concurrencia de profesionales de la psiquiatría a servicios tales como Clínica, Cirugía, Pediatría, etc.; esta participación en otros servicios de asistencia, permitió no solo la atención de todos los enfermos, sino también la apertura de la psiquiatría a otros padecimientos psíquicos.

Las pugnas existentes dentro de la federación, obturaron el desarrollo de las ideas más reformistas, hasta que, en 1966 se llevaron a cabo transformaciones institucionales, al ser elegida una nueva Comisión Directiva. Años después, se realizaron más cambios cuando varios psicoanalistas, que por sus disidencias con la APA, comenzaron a nuclearse en la FAP, le dieron nueva propulsión ya que asumieron su dirección. Estos profesionales disidentes pertenecían a los grupos Plataforma y Documento, el último se denominó así porque cuestionaba el funcionamiento de la APA a través de distintos documentos. Las disidencias se hicieron evidentes a partir del Cordobazo, hecho similar al que ocurrió en Viena, en 1927, donde una huelga general terminó en forma cruenta. Los psicoanalistas, en ambos casos, demandaron que la asociación se pronunciara políticamente. Los cambios en el terreno de la salud no son ajenos a los producidos en las esferas políticas y sociales de la vida humana, como se ha visto anteriormente.

*JOSÉ BLEGER: LAS INSTITUCIONES  
DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA.*

A partir de la experiencia adquirida trabajando a cargo de distintos seminarios que se realizaron en el Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires, sobre Higiene Mental y la labor que corresponde al psicólogo en dicho ámbito, así como de la creación de la Cátedra de Higiene Mental, entre los años 1962 y 1965, el Doctor José Bleger escribió *Psicohigiene y Psicología Institucional* en 1966. El objetivo de dicha obra era promover inquietudes, ampliando las perspectivas de la Psicología y de los psicólogos.

Bleger puso, de esa forma, el acento en la labor preventiva y de promoción de la salud, trasladando la atención de la enfermedad a la salud, y, con ello, a la atención de la vida cotidiana de los seres humanos. De esa manera distinguió diferentes niveles de organización: las instituciones, los grupos, la comunidad y la sociedad. En la tarea de promoción se consideró fundamental el aporte y participación de la comunidad, para lograr de esa forma, que los cambios y transformaciones “saludables” fueran estables.

Definió a la Psicología Institucional como aquella que “abarca el conjunto de organismos de existencia física concreta, que tienen un cierto grado de permanencia en algún campo o sector específico de la actividad o la vida humana, para estudiar en ellos todos los fenómenos humanos que se dan en relación con la estructura, la dinámica, funciones y objetivos de la Institución<sup>53</sup>”. “La Psicología Institucional se inserta tanto en la historia de las necesidades sociales como en la historia de la psicología, y dentro de esta última no se trata sólo de un campo de aplicación de la psicología, sino fundamentalmente de un campo de investigación; no hay posibilidad de ninguna tarea profesional correcta en psicología si no es al mismo tiempo una investigación de lo que está ocurriendo y de lo que se está haciendo. La práctica no es una derivación subalterna de la ciencia, sino su núcleo o centro vital; y la investigación científica no tiene lugar por encima o fuera de la

---

<sup>53</sup> Bleger, J.: *Psicohigiene y Psicología Institucional*, Buenos Aires, Paidós, 1966. Pág. 52.

práctica, sino dentro del curso de la misma<sup>54</sup>. Pasa así a tener relevancia la Institución como totalidad, el psicólogo puede ocuparse de una parte o sector de la misma, pero siempre en función de su totalidad.

El rol del psicólogo, para Bleger, será principalmente la psicohigiene, es decir el logro de una mejor organización y condiciones que tiendan a promover salud y bienestar de los integrantes de las instituciones. Deberá ocuparse de la profilaxis, terapéutica, rehabilitación y diagnóstico precoz. No debe operar cuando el hombre esté ya enfermo, sino con anticipación, previniendo la patología.

Reparó en las Instituciones, no en su papel de estructuradoras de la personalidad, sino en el sentido en que cada individuo compromete en las instituciones sociales su propia personalidad; las que se convierten en depositarias de partes de dichas personalidades, y, por lo tanto, en precipitados de relaciones humanas. Tomó a las instituciones en su papel de constituidoras de apoyo y soporte, brindando seguridad, identidad y elementos de inserción social o pertenencia a los seres humanos. Siendo instrumentos de organización, regulación y control social, al mismo tiempo que instrumentos de regulación y de equilibrio de la personalidad. Sus defensas están dinámicamente organizadas, al igual que en la personalidad, pero de manera cristalizada.

Consideró que el hospitalismo<sup>55</sup> se encuentra en todas las instituciones, las que se caracterizan por la estabilización, la estereotipia y la monotonía; esto último, si bien cumple la función psicológica de la institución (contención), no obstante, implica también un deterioro de las relaciones interpersonales.

“En las instituciones que atienden a enfermos mentales estos problemas se hacen aún más agudos. Uno de los que se presentan es siempre (hasta ahora) el de una fuerte disociación entre los objetivos explícitos e implícitos de la Institución: entre los primeros se halla, evidentemente, el propósito de curar enfermos mentales, pero en contradicción con ello el Instituto Psiquiátrico tiende a defender a la sociedad del alienado, segregándolo, y en este sentido la institución tiende en

---

<sup>54</sup> Bleger, J., Op. Cit., Pág 45.

<sup>55</sup> El *hospitalismo*, término acuñado por Bleger, consiste en la adopción dentro de la institución, de la estructura de los mismos problemas que tiene que enfrentar.

su organización total a consolidar la alienación y la segregación del enfermo mental<sup>56</sup>”.

Bleger distingue dos términos, que muchas veces han sido usados como sinónimos, ellos son *adaptación e integración*, el primero refiere a la alienación y al sometimiento del hombre a la estereotipia institucional, exigiéndole de esta forma su homogeneización, y el segundo alude a la inserción del individuo en un medio heterogéneo, manteniendo sus características singulares. Es este último modo de convivencia el que intenta promover.

Ya Bleger hace referencia a la necesidad de crear nuevos dispositivos dentro de las Instituciones, como Hospitales de día, Servicios Psiquiátricos en Hospitales Generales e internaciones más precoces y breves, esto implicaría un aprovechamiento mayor de los recursos institucionales ya existentes. Destaca asimismo, la importancia de la Comunidad Terapéutica, experiencia, que, como se vio, fue desarrollada en países europeos.

Toma el concepto de Higiene Mental de la Organización Mundial de la Salud, la que, en su informe número 31 de 1952, afirma que “consiste en las actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental”. Pero bajo esta denominación no siempre se estaba haciendo referencia a lo mismo, sus objetivos se vieron modificados en diferentes momentos históricos. En una primera etapa su consigna era hacer algo por el enfermo mental (asistencia), la segunda etapa consideró el diagnóstico precoz tanto en niños como en adultos, en un tercer momento la higiene mental consideraba la prevención de la enfermedad o profilaxis, dentro de la cual se ubica la psicoprofilaxis, es decir el empleo de los recursos psicológicos para prevenir las enfermedades. La cuarta etapa histórica de la higiene mental era la rehabilitación, consistente en la ayuda psicológica a quien ya estaría curado, tal vez con alguna secuela. Constituyó el objetivo de la quinta etapa, la promoción de salud, que se consideraba superpuesta con la prevención inespecífica, dicha superposición estaría dada por la dificultad en delimitar claramente los límites entre ambas.

---

<sup>56</sup> Bleger, J., Op. Cit., Pág. 91.

## DOS EXPERIENCIAS ENMARCADAS EN EL MODELO DE SALUD MENTAL

### 1) SERVICIO DE PSICOPATOLOGÍA DEL POLICLÍNICO DE LANÚS.

Mauricio Goldenberg fue director del primer Servicio de Psicopatología inserto dentro de un Hospital General, el Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús (Provincia de Buenos Aires), cargo al que accedió por concurso en octubre de 1956, fecha en que se organizó el funcionamiento del mencionado policlínico. Su primer tarea consistió en la organización del mismo, para lo cual tuvo que salvar los prejuicios que lo consideraban, junto a los miembros de su equipo, como distinto a los otros médicos, por ocuparse de enfermedades mentales; evidenciando resistencias a su incorporación en la comunidad. La inclusión de estos nuevos Servicios cumplió un importante papel en la lucha contra los prejuicios respecto a la enfermedad mental y al estigma que la misma implicaba.

Respecto al tratamiento de los enfermos mentales en este tipo de Servicios, Mauricio Goldenberg comenta:

*"En nuestro Servicio, asociamos muy frecuentemente y sin dificultades la psicoterapia con tratamientos biológicos y con psicodrogas (que nos son de inestimable utilidad), tanto en pacientes internados como en pacientes ambulatorios. En los primeros se realiza psicoterapia en forma intensiva, asociando en algunos casos la psicoterapia individual con la grupal. Los pacientes del Consultorio Externo son tratados solamente con psicoterapia individual o psicoterapia grupal. La psicoterapia individual es la que ofrece mayores dificultades, en razón de ser la que ocupa más tiempo médico-paciente, dada la gran cantidad de enfermos que concurren a la consulta. Realizamos terapias de corte psicoanalítico, con frecuencia de dos veces por semana y sesiones de treinta minutos de duración. En casos de urgencia o en enfermos que sólo pueden concurrir un tiempo muy limitado, por trabajo, viajes, conscripción, etc., hacemos tres o cuatro*

*sesiones semanales, y en algunos casos se realiza una sesión semanal de mayor duración. A muchos pacientes en quienes no está indicado el tipo anterior de tratamiento se les efectúa psicoterapia de apoyo y esclarecimiento, sobre la base de una historia fenomenológica en la que se determinan los conflictos más importantes en los cuales se centra la psicoterapia<sup>57</sup>".*

Asimismo, con el objeto de seleccionar a los pacientes para psicoterapia individual, se tenía en cuenta "el nivel mental, el cuadro clínico, el tiempo de evolución del mismo, la capacidad de insight, las posibilidades de concurrencia al Hospital y la continuidad de la misma y la expectativa pronostica<sup>58</sup>".

El gran recurso psicoterapéutico de los Servicios Hospitalarios fue la psicoterapia de grupo, que se realizaba en principio, seleccionando pacientes con determinadas características: se evaluaba el área de las relaciones interpersonales, con el fin de que no perturbaran la comunicación en el grupo y su continuidad; la capacidad de ocupar roles específicos para lograr la emergencia de situaciones latentes; pacientes con cierta comprensión de su enfermedad con el objeto de facilitar el desarrollo del grupo. Además, se excluía de este tipo de psicoterapia a pacientes psicóticos, psicópatas graves, enfermos con depresiones profundas, perversos, y los de bajo nivel mental.

Más tarde, debido al gran número de pacientes que se acercaban para ser tratados, los criterios de selección para conformar los grupos terapéuticos se hicieron más flexibles; no obstante, no se observaron cambios significativos en sus resultados. Asimismo, hubo un aumento importante en el número de grupos, por lo cual se hicieron modificaciones en cuanto a la frecuencia de sesiones por semana y a su duración, como así también respecto a la duración total del tratamiento.

Por otra parte, este tipo de psicoterapia comenzó a tener un alcance mayor, dado que se comenzó a aplicar no sólo en pacientes adultos, sino también en niños, adolescentes, grupos de madres, grupos de sala y grupos de alcohólicos.

---

<sup>57</sup> Goldenberg, M., "La Psicoterapia en el Hospital General", En: Berman, G. (comp.) *Las Psicoterapias y el Psicoterapeuta*, Buenos Aires, Paidós, 1966. Pág. 124.

<sup>58</sup> Goldenberg, M., Op. Cit., Pág. 124.

Uno de las transformaciones más importantes que introduce el abordaje de enfermos mentales mediante terapias de grupo, consiste en que se amplió el enfoque del conflicto interno del individuo, al estudio de las implicaciones familiares y comunitarias que afectan su salud mental, ya que se comienza a tener en cuenta que el paciente está inmerso en una red social, a la cual no es ajeno.

Si bien con estos grupos se observaron resultados significativos, se producía un número importante de abandono, mayor por parte de los hombres que de mujeres, mayor en las primeras sesiones que después de haber realizado varias, y menor en grupos sociales de nivel cultural elevado.

Respecto al psicoterapeuta, los problemas que se planteaban en este tipo de Servicio, eran básicamente los referentes a su remuneración, al tiempo y a su formación, Goldernberg comenta:

*“...la mayor parte de los hospitales no pagan o pagan muy mal los servicios profesionales. Por ello es frecuente que, en cuanto el psicoterapeuta tiene una formación adecuada como para manejarse con seguridad en su práctica privada, por razones de mercado, ocupa todas sus horas diarias de trabajo, resolviendo así sus problemas económicos. En general, y por esta razón, es que en nuestros hospitales no contamos con psicoterapeutas maduros y de gran experiencia. (...) En cuanto a su formación, en general el psiquiatra debe buscarla fuera del Hospital, en grupos o instituciones privadas, generalmente a costa de grandes sacrificios, sobre todo económicos<sup>59</sup>”.*

Claudio Bermann, destacaba ya por aquél entonces lo que significó la emergencia de medicamentos psicofarmacológicos en el tratamiento de los enfermos; éstos otorgaron a los hospicios una nueva fisonomía al calmar la ansiedad de los paciente agudos y crónicos:

---

<sup>59</sup> Goldenberg M., Op. Cit., Pág.125.

*“Los psicofármacos han logrado que la problemática psiquiátrica se enriquezca con nuevos aportes en el campo de la psicopatología, de la neurofisiología, (...) y de la psicoterapia. De su mano, los especialistas fueron encontrando que los pacientes se hallaban en mejores condiciones para recibir las distintas terapias, no físicas, sino psíquicas<sup>60</sup>”.*

Se pregunta Claudio Bermann, qué siente, qué vivencia el enfermo en el momento de ser ingresado en un establecimiento psiquiátrico; considera que hasta su ingreso, la persona se hallaba inmersa en un mundo en el cual actuaba y del cual recibía influencias, y en cuyo seno se produjo su manifestación psicótica, a partir de la cual sus relaciones con el mundo adquieren características particulares. Es en este momento en el cual sus familiares o allegados lo llevan a la consulta y el médico ordena su internación, la cual, en todos los casos es vivida como una agresión, ya sea resistida o aceptada pasivamente. La institución, los enfermeros, el médico, todos son vistos como agentes agresivos.

El enfermo mental ingresa en un mundo determinado por relaciones jerárquicas, en las cuales él ocupa el último escalón; incluso los demás pacientes también son vivenciados como agresores, hasta que, con el transcurrir del tiempo y al ir estableciéndose relaciones entre ellos, se transforman en “coagredidos”.

Es preciso tener en cuenta que el establecimiento al que ingresa el enfermo posee relaciones preestablecidas. Si se entiende la enfermedad mental como una distorsión de las relaciones con la realidad, cualquier entorno diferente a ésta en que se ingrese al enfermo, adquiere un valor distintivo. El establecimiento de nuevas relaciones puede ser una forma de retomar contacto con la realidad, y estas nuevas relaciones pueden llegar a ser más alienantes o más curativas.

El ser internado en una institución psiquiátrica, en la opinión de Bermann, puede ser perjudicial al acentuar la alienación y volver crónico al enfermo; sin embargo, también puede ser un importante agente terapéutico para la recuperación de los enfermos mentales, dependiendo esto del tipo de relaciones que pueda llegar a dar lugar.

---

<sup>60</sup> Bermann, C., Op. Cit., Pág. 130.

Es posible definir a una *Comunidad Terapéutica*, como:

“una sociedad en la cual se dan condiciones ambientales y relaciones interhumanas razonablemente controladas por el psiquiatra, que auxilia eficazmente al enfermo a avanzar por el camino de maduración –o remaduración- y a establecer mayores y mejores relaciones con el mundo. Esta comunidad puede y debe exponer al enfermo a presiones e interacciones similares a las que se dan en el mundo corriente, pero en forma más cuidadosa, más controlada en su intensidad y sucesión; no puede significar un retiro del enfermo de las relaciones interpersonales...<sup>61</sup>”.

## 2) CENTRO PILOTO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL JOSÉ ESTEVEZ DE LOMAS DE ZAMORA.

Wilbur Grimson, en su libro *Sociedad de Locos*, describe una experiencia llevada a cabo entre julio de 1969 y febrero de 1971, período en que se puso en funcionamiento un Centro Piloto de Atención Psiquiátrica en el Hospital José Estevez, de Lomas de Zamora..

En la mencionada obra, Grimson plantea que si bien el paciente que ingresa a un Hospicio, en general posee una alteración *parcial de algunas* de sus facultades, y busca una terapéutica para subsanar éstas, se encuentra en cambio inserto en un sistema que no diferencia la parte enferma del resto de la persona y lo encierra en su *totalidad*. En el mencionado encierro no se tiene en cuenta la recuperación del enfermo, y menos aún su externación. Es por esto que la internación adquiere el carácter de una condena, que margina al paciente de la sociedad y lo aleja de su familia y grupo de relaciones. De este modo se produce la despersonalización del paciente, lo que garantiza su no recuperación y se convierte en argumento para mantenerlo internado.

Distingue Grimson, dos tipos de instituciones hospitalarias: la *institución tradicional*, “que se caracteriza por ser autoritaria, custodial, opresiva y rígida”; y la

---

<sup>61</sup> Bermann, C., Op. Cit., Pág. 133.

*comunidad terapéutica*, en contraste, “que es democrática, su objetivo es la resolución de la situación patológica, es igualitaria y flexible”.

El tiempo de duración de la internación en una Comunidad Terapéutica, es menor al de una Institución hospitalaria tradicional; el objetivo fundamental que se busca en la primera consiste en que el paciente permanezca allí la menor cantidad de tiempo posible. Si bien la tendencia, en teoría, es llegar a la no internación, en la práctica es imposible escapar a la reacción social al enfermo mental, que muchas veces no deja otra alternativa que la internación.

En la Comunidad Terapéutica, se exige a los profesionales un compromiso de dedicación muy diferente al de las instituciones tradicionales, y se rompe con la atención impersonal y de corta duración propia de éstas últimas.

Entre las metas propias de una Comunidad Terapéutica se encuentran:

*“...proporcionar al paciente experiencias que minimicen su distorsión de la realidad, generalmente ligada a una apreciación parcial; facilitar su intercambio significativo con otras personas; facilitar su participación con los demás integrantes del medio con el objeto de que aumente su satisfacción y seguridad; reducir su ansiedad; aumentar su autoestima; tender a que comprenda su perturbación; movilizar su iniciativa para que desarrolle sus capacidades de expresión y realización personal”<sup>2</sup>.*

La institución psiquiátrica debe conformarse como un medio no patógeno, lo que no implica la utopía de convertirse en un medio ideal, sino que debe ofrecer al paciente experiencias sociales con el fin de restablecer su integridad, para poder adaptarse en el momento en que se determine su externación.

En nuestro país, la práctica profesional en establecimientos psiquiátricos ha sido siempre dificultada entre otras cosas, por la gran cantidad de pacientes que deben ser atendidos por un personal insuficiente. Según Grimson, esta situación agrava la tendencia a la rigidez del funcionamiento del equipo asistencial, que termina despreocupándose por las finalidades asistenciales, ocupando un espacio en contra de los pacientes, en lugar de hacerlo en contra de la situación.

El Hospital José A. Estevez de Lomas de Zamora, fue creado en 1908, funcionando como asilo de ancianos hasta su designación como Hospital. En 1967 pasa a ser Hospital Nacional, y comienza a hacerse la planificación para su transformación.

Anteriormente era considerado una reserva para pacientes de sexo femenino que, por causas como falta de reacción al tratamiento o por un deterioro acentuado, no pudieran seguir siendo atendidas en el Hospicio de Mujeres (actual Moyano). En 1968 los pacientes eran todos de sexo femenino, con un promedio de edad de 55 años y de 10 años de internación.

El sistema de funcionamiento era mantenido por tradición, prejuicios y ciertas conveniencias, que no permitían un intento externo de modificar las cosas, lo que dificultó los cambios en gran medida.

La Comunidad Terapéutica se proponía ofrecer opciones dentro de la vida institucional, que le permitieran al paciente vislumbrar una alternativa significativa. Los siguientes son algunos de los cambios propuestos:

<i>Hospital según el Modelo Tradicional</i>	<i>Hospital según el Modelo Terapéutico</i>
a) Sistema de contención prolongada.	a) Sistema de tratamiento abreviado.
b) Objetivo custodial.	b) Objetivo terapéutico.
c) Autoridad central con depositación de responsabilidades, sin delegación de funciones.	c) Autoridad compartida (Consejo Técnico Administrativo), delegación de funciones.
d) Pabellones autónomos.	d) Pabellones eslabonados.
e) Ausencia de programas, no hay prioridades.	e) Programa global, prioridades explícitas.
f) Atención médica en horario reducido.	f) Atención en equipo en horario prolongado.
g) Guardia durante el resto del día.	g) Guardia para emergencias.
h) El enfermo llena el vacío y se mantiene como base de la estructura vertical.	h) El enfermo participa en el proceso como integrante de un equipo en estructura horizontal.
	i) Programa de terapia intensiva.
	j) Programa de resocialización.
	k) Participación efectiva de los miembros del equipo. <sup>63</sup>

<sup>62</sup> Grimson, W.: *Sociedad de Locos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1972. Pág. 26.

<sup>63</sup> Grimson, W.: Op. Cit., Pág. 51.

En el interior del mismo Hospital Estevez, se creó un Hospital de Día como un sub-grupo dentro de la mencionada Comunidad Terapéutica.

El sistema de Hospital de Día, consiste en una hospitalización parcial (el paciente pasa sólo nueve horas diarias en el hospital, y el resto del día y los fines de semana en su casa), cuyo principal objetivo consiste en evitar el hospitalismo, prevenir la regresión y la dependencia del paciente, e intentar la no exclusión del grupo familiar y del medio ambiente habitual.

De esta forma, el enfermo continúa confrontado con el sistema real externo, “saliendo diariamente de un sistema socioterapéutico para interactuar con su familia y el medio real, que fueron los generadores de su propia enfermedad”.

Todo este Proyecto Piloto fue llevado a cabo durante dos años en el Hospital de Lomas de Zamora. Si bien dio sus frutos, ya que se consideró como un sistema viable para el abordaje de los trastornos mentales en una institución psiquiátrica, fue destruido por diversos intereses políticos. “En febrero de 1971, destruido el proyecto comunitario, las autoridades del hospital autorizaron la aplicación de chalecos de fuerza. El mismo día una enfermera (como antes) arrojó un balde de agua fría sobre una paciente excitada<sup>64</sup>”.

---

<sup>64</sup> Grimson, W., Op. Cit., Pág. 22.

## *CAPÍTULO IV*

*Alternativas a la institucionalización de  
personas con sufrimiento mental.*

*ALTERNATIVAS A LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS  
CON SUFRIMIENTO MENTAL.*

En este capítulo se desarrollarán las formas actuales de abordaje de las enfermedades mentales, que no consisten ya en una terapéutica realizada íntegramente dentro del “viejo modelo” del Hospicio, sino en formas de atención alternativas a los grandes Hospitales Neuropsiquiátricos en nuestro país, como redes de tratamiento ambulatorio y salas de internación breve en Hospitales Generales, Comunidades Terapéuticas, Casas de Medio Camino, Talleres Protegidos, Hospitales de Día, entre otras.

En el anterior capítulo se desarrollaron distintas conceptualizaciones, surgidas en un contexto sociopolítico, que llevaron a la implementación del nuevo modelo, denominado Salud Mental. En nuestro país tuvieron repercusión los distintos movimientos originarios de Europa y Estados Unidos, pero su implementación no se realizó como una mera reproducción, sino que se produjeron nuevas y ricas teorizaciones que tuvieron en cuenta las características idiosincrásicas de esta región. Una de ellas es la “desmanicomialización”, que tuvo como referente extranjero el modelo propuesto por Franco Basaglia en Italia.

Si bien la intención de la desmanicomialización consiste en la ruptura del modelo asilar, esto no sólo significa la desaparición física del establecimiento, sino también el desvanecimiento de la idea de manicomio como el depósito de personas que no “encajan” dentro de un modelo familiar y/o social. “La desmanicomialización significa un cambio radical en la comprensión y atención del sufrimiento mental<sup>65</sup>”.

En la enfermedad mental, es posible distinguir un comienzo, un estado agudo, (al que correspondería la internación), de no más de diez a sesenta días, y posteriormente un decrecimiento. No es posible entender el por qué ni el para qué de los veinte, treinta o cuarenta años de institucionalización. Después de la

---

<sup>65</sup> Bauleo, Armando: “Propuesta para sustituir por sistemas de atención en red los neuropsiquiátricos. Demolición física y mental del manicomio”, [On line], *Página12.com.ar*, 22 de Julio de 1999. (Consulta: 6 de Julio de 2000).

hospitalización en el momento de crisis, la alternativa a la internación podría ser la atención ambulatoria, domiciliaria o en un hospital de día, un centro diurno, etc.

Se podría plantear que el manicomio responde a otras necesidades sociales, como lugar de reclusión de vagabundos, desamparados, *los excluidos de la sociedad*. En este caso no se trataría ya de un hospital dedicado al tratamiento y la cura de las enfermedades mentales.

La ruptura del modelo manicomial, nos conduce indefectiblemente a un pensamiento participativo de la comunidad, y a la noción de red: “el sujeto sufriente puede ser asistido en espacios terapéuticos delimitados, distribuidos en un territorio. Los pacientes pueden entrar y salir de cualquier punto de la red, sea un ambulatorio, centro de crisis, sala de psicopatología, hospital de día, centro diurno o lugar de rehabilitación. Se rompe así el centralismo del manicomio (...) deja de ser el centro y eje de la atención psiquiátrica - psicológica<sup>66</sup>”.

Es imposible la existencia de una red comunitaria mientras exista el manicomio, ya que la noción de red implica un pensamiento no centralizado, y si el manicomio continúa existiendo indefectiblemente se convertirá en el punto central del que se alimentará cualquier red<sup>67</sup>.

Todo este proceso, además, conlleva un tratamiento del prejuicio social sobre la enfermedad mental, que incluye, por supuesto, a los profesionales.

En palabras de Basaglia:

*“Non è che noi prescindiamo dalla malattia, ma riteniamo che per avere un rapporto con un individuo, sia necessario impostarlo indipendentemente da quella che può essere l'etichetta che lo definisce. (...) La diagnosi ha il valore di un giudizio discriminante, senza che con ciò si neghi che il malato sia in qualche modo malato. Questo è il senso della nostra messa fra parentesi della malattia, che è messa fra parentesi della definizione e dell'etichettamento<sup>68</sup>”.*

<sup>66</sup> Bauleo, A., Op. Cit.

<sup>67</sup> Cfr. Bauleo, A. Op. Cit.

<sup>68</sup> “No es que prescindamos de la enfermedad mental, sino que retenemos que para tener un trato con un individuo, es necesario colocarlo independientemente de lo que puede ser una etiqueta que lo define. (...) El diagnóstico tiene el valor de un juicio discriminatorio, sin que con

En la Argentina, Río Negro es, por el momento, “la única provincia del país que clausuró los manicomios para que las personas que sufren trastornos mentales pudieran vivir en libertad<sup>69</sup>”.

En 1983, con la llegada de la Democracia a nuestro país, se inició el proceso de cambio, con la creación de una nueva estructura dentro del Ministerio de Salud Pública de la Provincia. A estos primeros cambios se opuso una resistencia por parte de los sectores psiquiátricos tradicionales, que basaban su práctica básicamente en la reclusión y la marginación de los enfermos mentales, además de enfrentamientos por parte de la comunidad en general.

En el Hospital de Allen (primer nosocomio de la Patagonia inaugurado en el 1900), se encontraban internados el 90 % de los hospitalizados, provenientes de otras localidades. Cuenta Hugo Cohen<sup>70</sup> que en 1983, la mencionada institución contaba con 120 pacientes internados, y que, a consecuencia de políticas de externación, en el año de su llegada, 1985, esta cantidad ya se había reducido a 80.

Simultáneamente, se comenzaron a desarrollar trabajos de contención de crisis en el domicilio de las personas, con lo cual, además, disminuyeron las derivaciones al Hospital de Allen. Como resultado de esto, comenzaron a quedar camas vacantes, y se decidió convertir el hospital psiquiátrico en hospital general, quedando el sector de Salud Mental, como un Servicio más, al que se agregó Clínica Médica, Pediatría, Cirugía y Tocoginecología.

---

*esto se niegue que el enfermo esté en verdad enfermo. Este es el sentido de colocar la enfermedad mental entre paréntesis. Que está puesta entre paréntesis por la definición y por el etiquetamiento”.*

Basaglia, F.: Entrevista a Franco Basaglia da “L’istituzione negata”: “Che cos’è oggi la psichiatria?”, [On line] *Fondazione Franco Basaglia che cos’è la psichiatria.htm.*, 1998. (Consulta: 6 de Julio de 2000).

<sup>69</sup> Wilhelm, Fernando: “Río Negro: experiencia inédita con enfermos mentales. Cinco años sin manicomios”, [On line], Viedma. 23 de Marzo de 1998. *ClarínDigital.com.ar* (Consulta: 7 de Julio de 2000).

<sup>70</sup> Hugo Cohen, médico, entre 1979 y 1983 fue médico residente, jefe de residentes y becario de post-residencia en el Hospital Alfaro de Lanús, Pcia. de Buenos Aires. En 1985, se traslada a Río Negro. Fue co-fundador de la Comisión Nacional de Médicos Residentes, se hizo cargo del Departamento de Salud Mental de Río Negro, e impulsó la Ley que luego se llamaría de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental”.

La Ley de desmanicomialización 2440<sup>71</sup>, fue aprobada en 1992 y considerada de avanzada para América Latina. La misma abolió los institutos psiquiátricos públicos y privados dentro de la Provincia de Río Negro, desterró el uso de electroshock y restringió los tiempos de internación. La idea central apunta a que mejore la relación de las personas con problemas mentales con sus familias.

A partir de entonces, aumentaron las consultas e internaciones por crisis, generadas por dos factores principales: la desocupación y la situación social. La Ley impulsa la atención de los pacientes en equipos interdisciplinarios y los operadores de salud los visitan en sus casas.

Los principios en los que se basa la Ley son cinco:

- 1) Se concibe a la locura no como enfermedad mental ni alienación, sino como sufrimiento mental. Se destierra de esta manera la figura del loco considerada como temible y peligrosa.
- 2) Se habla de crisis, en lugar de enfermedades crónicas e irremediables, considerando a la primera como alteración o carencia en los suministros que necesitan los seres humanos.
- 3) Se evita la internación asilar, apuntando a evitar el desarraigo de las personas respecto a sus vínculos cotidianos.
- 4) Se considera que todos los seres humanos atraviesan por situaciones de crisis, dado que se define a la salud mental como lucha, conflicto.
- 5) Por último, se sostiene que todos los seres humanos pueden participar potencialmente en el proceso de curación de quienes están padeciendo algún tipo de sufrimiento psíquico, sin delegar esa responsabilidad en quienes se suponen más calificados para esto (profesionales médicos, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, etc.)<sup>72</sup>.

---

<sup>71</sup> Ley N° 2440/91. "Ley de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental". Anteproyecto elaborado por el Dr. Hugo Cohen con el asesoramiento del Dr. Horacio Joulíá, abogado de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. Aprobada por mayoría el 11 de septiembre de 1991 por la Legislatura Provincial.

<sup>72</sup> Cfr. Cohen, H. y Natella, G.: "Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro". Buenos Aires. Lugar. 1995. Pág. 94. Y Stagnaro, J.C.: "La salud mental en la Provincia de Río Negro. Entrevista a Hugo Cohen y Graciela Natella". En: *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*. Volumen II, N° 3, Marzo - Abril - Mayo 1991, Buenos Aires, Polemos, 1991. Pág. 43.

En su Artículo 1º, la Ley 2440/91, refiere:

*“Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue 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. En caso de ser imprescindible la internación, procederá con el objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona debiendo procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible.*

*(...) 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<sup>73</sup>”.*

Hugo Cohen, en una Conferencia dictada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, el 16 de noviembre de 1996, sostiene: “La desmanicomialización es construir los recursos terapéuticos necesarios para que, algún día, en algún momento, el manicomio ya no sea necesario; vaciarlo del contenido, del sentido y del insumo de su materia prima para seguir viviendo, que son las personas abandonadas allí. Entonces la construcción de nuevas representaciones es lo que nosotros entendemos como poder dar respuestas a las personas en su propio medio, que vean que el problema del manicomio ya no es parte de la verificación de los organismos de Derechos Humanos, o de estudiantes sensibles, o de profesionales románticos, sino que es la posibilidad de resolver los problemas de salud al igual que otros, en su hospital general, donde se atienden los diferentes problemas de salud”. En este marco se entiende a la rehabilitación “como la posibilidad de potenciar los recursos, habilidades y capacidades que todos tenemos, si las perdimos, hay que recuperarlas, que si nunca las tuvimos,

---

<sup>73</sup> “Ley 2440/91 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”.

aprenderlas, que si unas no funcionaron, descubrir nuevas. Hasta el más demenciado tiene este recurso de capacidad, el problema no es él sino nosotros, en cuanto a poder descubrir cual es ese, en un trabajo intensivo y cotidiano, para que pueda desarrollarlo”.

En función de esto último, se crearon siete empresas sociales, donde trabajan personas que padecen sufrimiento mental, tales como una huerta que abastece al hospital, una fábrica de pastas, un invernadero que produce flores ornamentales y plantines, una empresa de limpieza y parquización de espacios públicos, administración de residenciales (a cargo de una cooperadora integrada por enfermos y sus madres), dos buffet hospitalarios (en Choel-Choel y el de Monsón).

Se define al hombre como una unidad bio-psico-social, siguiendo las concepciones de Enrique Pichón Rivièrè, y se pone el acento en la dimensión social.

Los cambios realizados en Río Negro, se sustentan en los hábitos, costumbres y creencias de sus pobladores, en consecuencia, se sostiene que la metodología de trabajo debe basarse en las características de cada región.

El uso de psicofármacos contribuye en la reinserción de algunas personas, que por su patología pueden tomarse muy agresivas. Siempre la primera aproximación es la palabra, no obstante, en algunos casos, ésta no alcanza por sí sola.

Se pretende una integración dentro del Hospital General, con el objeto de evitar la creación de una estructura paralela destinada exclusivamente al tratamiento de trastornos mentales. Asimismo se trabaja también con otras instituciones, como el Municipio, Escuelas, Policía, etc. Por otra parte, los recursos humanos que se desempeñan en este tipo de proyecto, no son sólo psicólogos o psiquiatras, sino también pacientes recuperados, familiares de pacientes, empleados no profesionales del hospital y otros miembros de la comunidad.

Numerosos son los debates que despertó el proceso de desmanicomialización, las opiniones se dividen entre quienes estiman que es la vía más acertada para emprender el camino hacia la curación de quienes padecen

sufrimiento mental, a partir del respeto a los derechos inalienables de los seres humanos; y quienes lo consideran como un retroceso.

Dentro de los principales logros alcanzados en Río Negro, se encuentra el hecho de que muchos “locos” y “alcohólicos”, tienen una alternativa de vida más digna, en la cual se sienten protagonistas de sus propios cambios, al mismo tiempo que de la recuperación de sus propios pares, lo que rompe con el modelo paternalista y autoritario precedente. También se considera un logro, el haber ido generando una nueva concepción de la Salud Mental en la población en general y aún entre los mismos trabajadores de la salud. Conceptualización que no responde a una copia de procesos similares realizados en otros lugares del globo, que si bien sirvieron de inestimables ejemplos, guardan diferencias con el movimiento argentino ya que se debe a una construcción propia, que tiene en cuenta las particularidades regionales, políticas y sociales.

#### *MODALIDADES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIAS A LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA TRADICIONAL*

##### *Hospital de día:*

Grimson, en su libro *La cura y la locura*, lo define como un recurso asistencial que se encuentra “ubicado a mitad de camino entre la atención ambulatoria y la internación completa (...) Es una modalidad de atención que nos resulta terapéuticamente eficaz, profesionalmente interesante, y personalmente satisfactoria; que está llamada a crecer en nuestro país (como recurso autónomo y no incluido en un centro de internación completa)<sup>74</sup>”.

En el Hospital de día, se realizan prestaciones destinadas a pacientes psicóticos, personalidades psicóticas y neuróticos graves que requieren atención ambulatoria intensiva diaria. El mismo puede funcionar en forma parcial o de día

---

<sup>74</sup> Grimson, R.: *La cura y la locura*. Buenos Aires. Búsqueda. 1983. Pág. 11.

completo (total), y cuenta con un equipo multidisciplinario en el que se contemplan actividades de terapia ocupacional.

#### *Hospital de noche:*

En el Proyecto de Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, se define esta modalidad, como aquella que ofrece “prestaciones destinadas a pacientes con bajo factor de riesgo y pronóstico favorable que presentan dificultades o escasas probabilidades en su medio socio familiar, por problemas económicos o por carencias y limitadas posibilidades familiares, con salida laboral real<sup>75</sup>”.

El objetivo del tratamiento en este tipo de establecimiento se centra en consolidar los logros obtenidos durante la internación y mejorar y reelaborar la reinserción laboral, familiar y actitud personal; su duración no debería exceder los dos o tres meses.

#### *Comunidad Terapéutica:*

Es entendida como el conjunto de técnicas integradas, que se pueden aplicar en una institución, con el propósito de permitir y obtener la mayor participación por parte de los pacientes; se caracteriza por ser un sistema constante pero flexible, en el cual todos sus participantes conocen y discuten las premisas de funcionamiento. La discusión periódica respecto al funcionamiento posibilita, de manera explícita, rectificar aspectos de la dinámica grupal, en base a la deliberación común. La base terapéutica es el trabajo en grupos principalmente, se trata de un marco socioterapéutico, donde la distribución del poder intenta ser de característica horizontal, tendiendo a la igualación de todos sus participantes.

El objetivo último es la externación de los pacientes, “el paciente que entra a una comunidad terapéutica en el polo de la dependencia tiende a través de su

---

<sup>75</sup> Proyecto de Ley de Salud Mental, para la Legislatura del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, asesorada por la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP) [On Line] [aap.org.ar](http://aap.org.ar) (Consulta: 20 de Enero de 2001).

cura a alcanzar el polo de la autonomía<sup>76</sup>. La forma de vinculación, que obviamente concuerda con dicho objetivo, es desalienante. En esta alternativa terapéutica se da tanta importancia a las situaciones de conflicto o crisis como al funcionamiento normal, constituyendo ambas motivos de discusión conjunta.

Emiliano Galende, coincide con los puntos antes expuestos, de acuerdo a los dichos vertidos en la conferencia dictada por él, el día 19 de agosto de 1994 (U.N.L.P.), donde comentó que las Comunidades Terapéuticas son un tipo de estrategias comunitarias, que detentan el objetivo de recuperar la gestión de la propia palabra siendo sus puntos centrales la internación-externación y lo institucional. Considerando que en su funcionamiento, el dispositivo posee tres elementos básicos:

- la verdad está del lado del paciente
- borramiento de la dimensión del poder del lado del terapeuta (para posibilitar, de esta forma al punto anterior)
- la transferencia

Pero la conformación del grupo no es estática, cada nuevo integrante de la comunidad plantea un cambio, una modificación del grupo, si existe una aceptación mutua, el trabajo conjunto será posible, ya que no todas las patologías permiten trabajar de manera similar. Existe entonces, un proceso de doble elección: por parte de quien ingresa y de la comunidad. Nunca una comunidad es para todos, ni es un lugar donde todo es posible.

Para que este dispositivo pueda ser realmente terapéutico su base debe ser la comunidad que debe guardar características activas de participación, con el poder ejercido de manera horizontal por parte de sus integrantes. R. Grimson advierte acerca de los proyectos que son llamados comunidades terapéuticas pero que transcurren en el aislamiento y anulación de los esfuerzos de los participantes, considera que muchos de ellos intentan disfrazar propósitos comerciales, y el abandono aparente de las jerarquías.

---

<sup>76</sup>Grimson, R., Op. Cit., Pág. 15.

### *Casas de medio camino:*

Las casas de medio camino apuntan a la atención de personas que sufren crisis y que no pueden ser atendidas y contenidas en su domicilio, de forma tal que necesitan un lugar donde pasar unos días. Este lugar puede ser un hospital general, pero muchas veces es conveniente una casa en un barrio, de pocas habitaciones, y personal capacitado, que permita transitar la crisis en condiciones de cotidianeidad. Mientras tanto se trabaja con los familiares, para que puedan y sepan recibirlo, ya que el apoyo de su núcleo es esencial en el proceso. Se posibilita así, siguiendo a Hugo Cohen, una mejor y más breve recuperación<sup>77</sup>.

### *El Hostal:*

Al igual que la Casa de Medio camino, es considerado como un ambiente entre el hospital y el mundo exterior, cuyo propósito es contribuir a la rehabilitación de los pacientes, para que puedan volver a su propia comunidad.

### *Centros de Día:*

Destinados a la rehabilitación de pacientes crónicos con dificultades en su reinserción social. El desarrollo de sus acciones privilegia la integración social, las actividades de recreación y lúdicas.

### *Empresas Sociales:*

En la experiencia de desmanicomialización llevada a cabo en la provincia de Río Negro, se mencionó la existencia de las mismas, no es el único lugar del país en el cual se pueden encontrar. Su objetivo es organizar un ámbito que promueva y/o recupere hábitos laborales en personas que han sufrido una

---

<sup>77</sup> Confr. Lipcovich, Pedro: "Hugo Cohen, conductor de la desmanicomialización en Río Negro. Aprender a soportar la incertidumbre", entrevista a H. Cohen. [On line] *Página12.com.ar*, 29 de Julio de 1999. (Consulta: 7 de Julio de 2000).

descompensación psíquica, y lograron recuperarse y recuperar o crear hábitos. Sus metas fundamentales son la autogestión solidaria y la recuperación del valor productivo y socioeconómico. Se considera importante no sólo la reinserción familiar y social, sino también la productiva.

Ejemplos de empresas sociales son los *Talleres Protegidos*: destinados a la rehabilitación de individuos a través de su inclusión en una actividad productiva; éstos pueden ser intrahospitalarios (para pacientes internados) o extrahospitalarios (para pacientes ambulatorios).

Además, de acuerdo con el Proyecto de Ley de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires ya mencionado, y al que más adelante haremos referencia en forma más detallada, se pueden agregar a las alternativas hasta aquí enumeradas, las siguientes:

- *Consultorios*: unidades habilitadas para la atención ambulatoria realizada por profesionales, con el apoyo eventual de personal técnico y/o administrativo. Se realizan tareas vinculadas con la promoción de la salud, la prevención de la patología y asistencia y rehabilitación de enfermos ambulatorios. Pueden funcionar en Hospitales Mono o Polivalentes y/o en Centros de Salud y Acción Comunitaria, y aún en otras áreas, tales como Educacional y Laboral, casos en los que se pueden desarrollar funciones de prevención y seguimiento epidemiológico.
- *Centros de Salud Mental*: definido como un “prestador múltiple ambulatorio”, que brinda en su organización varios niveles asistenciales, dentro de modalidades como: consultas médico - psiquiátricas, hospital de día, centro de día, atención psiquiátrica de urgencia.
- *Consultas de Atención Domiciliaria*: prestación ambulatoria de consultas dentro del domicilio del paciente, en forma regular, conforme a la evolución del mismo.

- *Internación especializada*: destinada a pacientes psiquiátricos que por su patología aguda no pueden ser asistidos ambulatoriamente o en su domicilio en razón de que exista riesgo de vida o peligro para sí o para terceros o por no estimarse factible el desarrollo del proceso de tratamiento recuperatorio por otros medios. También puede ser destinada a la recuperación de pacientes socialmente deteriorados a consecuencia de problemas de larga evolución.
- *Establecimientos para pacientes con cuadros psiquiátricos defectuales o residuales*: destinado al alojamiento permanente de pacientes con defectos o deterioro de sus facultades mentales, que necesiten un ambiente social protegido. Reconoce distintos niveles, tales como: para discapacitados por causas neuropsiquiátricas, gerontológicas, etc.
- *Servicio de Atención Psiquiátrica de Urgencia*: equipo de profesionales y auxiliares, dotados de ambulancias, con capacidad de contención y traslado de pacientes en crisis, hacia instituciones específicas<sup>78</sup>.

---

<sup>78</sup> Proyecto de Ley de Salud Mental, Op. Cit.

## CAPÍTULO V

*Funcionamiento de las principales  
Instituciones Hospitalarias del país,  
y prácticas llevadas a cabo en las mismas.*

*FUNCIONAMIENTO DE LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES  
PSIQUIÁTRICAS DEL PAÍS, Y PRÁCTICAS LLEVADAS A CABO EN LAS MISMAS.*

El presente capítulo está destinado a exponer las prácticas concretas que se llevan a cabo en los principales Hospitales Psiquiátricos del país, y que constituyen las primeras vías alternativas a la institucionalización de las personas con sufrimiento mental, que fueron descriptas en el capítulo anterior.

*HOSPITAL PSICOASISTENCIAL INTERDISCIPLINARIO  
"DR. JOSÉ TIBURCIO BORDA"*

Esta Institución cuenta actualmente con 14,8 hectáreas de superficie, y se encuentra ubicada en la zona de Constitución, en el Barrio Barracas de la Ciudad de Buenos Aires. Depende presupuestariamente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Contaba - al 30 de Noviembre de 1999- con 305 Profesionales, 101 Técnicos, 306 Enfermeros, 102 Administrativos, además de 189 personas distribuidas entre las tareas de Mantenimiento, Servicios Generales y Alimentación, además de 36 suplentes de guardia, 21 residentes y 365 concurrentes.

La cifra de pacientes internados al 13 de Diciembre de 1999, era de 1093. Entre las prestaciones que brinda el Hospital José T. Borda, se encuentran:

*A) AREA DE INTERNACIÓN Y PRESTACIONES:*

*A.1.- Servicios Asistenciales:* Guardia, Admisión, Emergencias, Corto Plazo, Mediano Plazo, Largo Plazo (estos Servicios brindan tratamientos al paciente internado de: terapia individual, terapia familiar, terapia grupal, psicodiagnóstico, laborterapia, asamblea de convivencia, talleres de creatividad, talleres comunitarios, terapia ocupacional). La atención es gratuita.

*A.2.- Prestaciones del Hospital a los Pacientes:* Hospital de Día, Hospital de Noche, Terapia Ocupacional, Psicología Social, Programa Pre-Alta, Casa de Medio Camino, Servicio Social, Atención Psicosocial

en Espacios Compartidos, Trabajo Corporal, Sección Salud Mental, Clínica Médica, Diagnóstico por Imágenes, Odontología, Farmacia, Cirugía, Area Neurofísica (EEG), Medicina Legal, Clínica Quirúrgica, Laboratorio de Análisis Clínicos, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Radiología, Kinesiología y Fisiología.

*B) AREA ATENCIÓN AMBULATORIA:*

*B.1. Asistencial:* Consultorios Externos, Hospital de Día, Hospital de Noche, Psicología Aplicada y Orientación Profesional, Terapia Ocupacional: Consulta Externa, Casa de Medio Camino, Psicología Clínica, Trabajo Corporal (Sector Salud Mental).

*B.2.- Prevención:* Area Programática, Acción Social y Prevención Primaria, Taller de terapia Ocupacional, Rehabilitación, Difusión: Radio Colifata.

*C) AREA DE FORMACIÓN Y DIFUSIÓN PROFESIONAL:*

*C.1.- Departamento de Docencia e Investigación:* Docencia e Investigación, Escuela de Enfermería, Biblioteca, Hemeroteca, Informática, Microcine y Videoteca, Comité de Investigación, Formación de Concurrentes y Residentes, Publicaciones.

*C.2.- Departamento de Rehabilitación:* Terapia Ocupacional (Formación de Grado), Recepción de visitas y difusión de las actividades del departamento.

*D) COMITÉ DE BIOÉTICA:*

Conformado por un grupo interdisciplinario que estudia los dilemas éticos que surgen de la relación médico paciente, en el ambiente institucional<sup>79</sup>.

---

<sup>79</sup> Cfr. Cartilla de Prestaciones 2000, del Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario "José Tiburcio Borda" [On Line] [drwebsa.com.ar/borda](http://drwebsa.com.ar/borda) (Consulta: 20 de Enero de 2001).

#### FRENTE DE ARTISTAS DEL BORDA:

Este dispositivo se creó en el año 1984, en un contexto donde se discutía la posibilidad de implementar un proceso de desinstitucionalización como los llevados a cabo en Río Negro y Trieste (Italia). El impulsor del proyecto fue quien dirigía el Hospital en ese momento, por lo cual, obviamente, contaba con el apoyo económico e ideológico de la Dirección, pero con el correr del tiempo esta situación se fue modificando; al cambiar la Dirección, cambió la orientación de la Institución.

En la actualidad no existen impedimentos, pero tampoco se cuenta con el apoyo necesario para que los objetivos se conviertan en realidad. La cooperadora del Hospital es la que se ocupa de las gestiones necesarias para adquirir fondos destinados a las diferentes actividades que el Frente sostiene.

Como se mencionó anteriormente, este instrumento se concibió en el marco del proceso de desmanicomialización, ya que se consideraba como un paso necesario dentro del mismo; el FAB buscaba - y busca- hacer frente al aislamiento a través del arte, haciendo conocer las producciones que se elaboran en sus talleres a la población; así como también invitando a todos aquellos que estén interesados a participar en las distintas actividades. Se considera que el imaginario social respecto a la locura se irá modificando al estar en contacto con quienes tienen sufrimiento mental.

El Frente de Artistas del Borda conformó un sistema mediante el cual sus producciones comenzaron a circular *en el afuera*; a consecuencia de esto se producen tres efectos, que a su vez constituían los objetivos de F.A.B:

1) *Clínico Terapéutico*: se consideraba que la persona, al iniciar un proyecto creador, trabajando junto a otros, podría mejorar y generar proyectos de vida y de salida.

2) *Institucional*: intercambio entre los internos y la sociedad, ya que no sólo se difundían las producciones de los pacientes, sino también sus voces, se ponían de manifiesto las contradicciones institucionales, denunciando situaciones que ocurrían dentro del Hospital, tales como malos tratos, sobremedicación, mala calidad de la comida, etc. Dicha denuncia ocurría por ejemplo después de las

---

funciones teatrales, y por tanto adquiriría carácter público. Así es como volvía a la institución, generando modificaciones.

3) *Social*: al estar en contacto con los artistas, se producía un cambio en el imaginario social sobre la locura, sobre quien la padece y sobre el Hospital mismo. Dicho imaginario suele tener una distorsión respecto a la realidad.

### *HOSPITAL PSIQUIÁTRICO* *“DR. BRAULIO A. MOYANO”*

Actualmente el Hospital cuenta con 17 hectáreas, donde se encuentran un total de 1260 plazas, y se halla ubicado, al igual que el Hospital José T. Borda, en el Barrio de Barracas. Asimismo, también depende del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires.

Respecto de la estructura hospitalaria, se comienza en la última década una reorganización de la Institución, lo que ha posibilitado una reducción de 2500 a 1500 pacientes de sexo femenino.

Para esto fue creado un sector para el tratamiento de pacientes agudas, conformado por los *Servicios de Admisión, Emergencia y Terapia de Corto Plazo* con una internación máxima de 15, 30 y 90 días respectivamente; comprometiéndose los profesionales de estos Servicios a llevar a buen término el tratamiento de estas pacientes en el plazo acordado, previo diagnóstico y pronóstico de cada una de ellas.

De la misma manera, comenzó a funcionar también el *Hospital de Noche* y el *Hospital de Día*.

Posteriormente, se trasladaron los *Consultorios Externos* a un Sector en que cuentan con un acceso directo desde el exterior; además, se incrementó el horario de atención y el número de profesionales a cargo.

Se creó un *Servicio de Terapia Intermedia*, para aquellas pacientes que requieran un tratamiento más prolongado a los 90 días estipulados.

Acerca de las modalidades de atención, es importante destacar, que en todos estos Servicios el abordaje terapéutico abarca psicofarmacología, terapias individuales y grupales, familiares y de pareja.

Cobra mucha importancia en esta Institución la *Prevención Terciaria*, con el fin de evitar el “hospitalismo” como secuela agregada a la enfermedad.

#### *SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN:*

##### *1) Servicio de Guardia:*

A través del mismo ingresan todas las internaciones, en las siguientes modalidades: autointernación, urgencia, policial y judicial. Se compone de una sala con ocho camas, en la que se desempeñan cuatro médicos psiquiatras y un médico clínico. También aquí se atienden las urgencias psiquiátricas extrahospitalarias las 24 horas, y las psiquiátricas y clínicas intrahospitalarias que se produzcan fuera del horario de atención habitual. Es importante mencionar el gran número de internaciones que se evita, ante la rapidez de acción terapéutica y orientadora que se produce mediante la consulta externa espontánea.

##### *2) Servicio de Admisión:*

A este Servicio son enviados los pacientes al día siguiente de su ingreso, por derivación del Servicio de Guardia. En el mismo las pacientes permanecen como máximo un período de 15 días, en los que se realiza una evaluación y diagnóstico, para determinar el tratamiento adecuado y la derivación correspondiente. Asimismo, se les realiza un examen clínico, ginecológico y de laboratorio de rutina. Ingresan a este Servicio aproximadamente 1200 pacientes por año, y cerca del 10% es automáticamente dado de alta.

##### *3) Servicio de Emergencia:*

Brinda atención la paciente aguda, y el tiempo de internación en el mismo está programado para un máximo de 30 días. En esta instancia, se recibe a las pacientes derivadas del Servicio de Admisión, se verifica el diagnóstico 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 fin último es llegar a una pronta recuperación, y reinsertar a la paciente en su medio lo más rápidamente posible, contando con el apoyo de su familia, y prosiguiendo el tratamiento mediante atención ambulatoria, a través del sistema de Consultorios Externos.

Este Servicio cuenta con 14 camas, atiende alrededor de 1400 consultas externas anuales, término en el cual confirma cerca de 120 altas.

#### *4) Terapia de Corto Plazo:*

Aquí se reciben pacientes derivadas del Servicio de Admisión, en el cual se haya evaluado que la causa de la internación pueda ser remediada en un tiempo máximo de 90 días; y del Servicio de Emergencia cuando el tiempo de internación en el mismo no fue suficiente.

Este Servicio cuenta con un total de 30 camas, y en él se desarrolla una tarea multidisciplinaria, mediante un enfoque que incluye a la familia.

#### *5) Servicio Ambulatorio:*

Este Servicio funciona en un chalet ubicado en la entrada del Hospital, y se divide en Hospital de Día y Hospital de Noche:

- Hospital de Día: brinda tratamiento ambulatorio mediante variados abordajes y recursos terapéuticos. Se atienden pacientes de ambos sexos, entre los 18 y los 65 años que requieran un tratamiento diario intensivo. Se intenta restaurar el grado de autonomía, con el objeto de disminuir las reinternaciones. Se trabaja tanto en los períodos de crisis y descompensaciones, como en los períodos de reestructuración psíquica. Posee una capacidad de 40 plazas y funciona de 8 a 18 horas en distintos turnos.
- Hospital de Noche: Cuenta con un total de 24 plazas, y recibe pacientes que se encuentran en condiciones de ser dados de alta, pero que sin embargo no tienen donde vivir, ya que han perdido su lugar tanto en su familia como en la sociedad. A consecuencia de esto, se infiere que el objetivo del Servicio consiste en lograr que el paciente logre un grado de autonomía que le permita vivir fuera del Hospital.

Para el logro de esto, se prosigue con el trabajo terapéutico iniciado en otros Servicios, y se estimula la formación de nuevos lazos sociales, intentando una reinserción laboral.

*6) Consultorios Externos:*

El ingreso a estos Consultorios, mediante un acceso diferente que la entrada general al Hospital, hace que sea independiente del Sector de internación, lo que permite una mejor inserción comunitaria.

En los mismo se atiende a personas de ambos sexos, entre 17 y 60 años, con distintas patologías y mediante diferentes abordajes terapéuticos individuales, grupales y familiares, realizados por un equipo interdisciplinario. Se forman grupos de Violencia Familiar, Adicciones, Alcohólicos Anónimos, etc. Asimismo, se prestan Servicios de Orientación Vocacional, que realizan un total de 400 prestaciones anuales.

El hospital cuenta con numerosos consultorios y un aula con Cámara Gessell para la actividad docente.

Este Servicio permite disminuir considerablemente el número de internaciones, atendiendo alrededor de 36000 personas por año.

*7) Servicio de Mediano Plazo (Pabellón Magnan):*

Este Servicio se encarga de internaciones de hasta 180 días, contando con 50 camas. Posteriormente al alta se continúa el tratamiento ambulatorio en el mismo, mediante el abordaje del enfermo mental y su familia con un enfoque multidisciplinario.

*8) Largo Plazo de Internación:*

En este Servicio se encuentran la mayor parte de las pacientes internadas, ya que, por su patología y problemas sociales, necesitan pasar largas estadías en el Hospital. Se cuenta con 19 pabellones distribuidos en las 17 hectáreas de la Institución.

Dentro del mismo se realizan técnicas de rehabilitación mediante *Talleres* intra y extrahospitalarios, que se complementan con las tareas realizadas en los

Servicios de internación prolongada, en donde, además, se realizan asambleas comunitarias semanales en las que participan pacientes, integrantes del equipo interdisciplinario y familiares.

*9) Departamento de Servicios Complementarios:*

En el mismo se atienden las patologías no psiquiátricas, y comprende las especialidades Clínico - Quirúrgicas, Odontología, Kinesiología, Farmacia, Laboratorio de Análisis Clínicos, Diagnóstico por Imágenes, Electroencefalografía (Mapeo Cerebral y Anatomía Patológica).

*10) Departamento de Docencia e Investigación:*

El hospital funciona como un Hospital Escuela, en el que se capacitan anualmente más de 1700 alumnos de pre y post grado, mediante un convenio existente entre la Facultad de Medicina y la de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Esto permite sumar a los profesionales que trabajan en la Institución, el potencial de los residentes, quienes se entrenan intensamente durante 4 años, para luego aplicar lo aprendido en diferentes puntos del país<sup>80</sup>.

*HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO*

*“DR. ALEJANDRO KORN” DE MELCHOR ROMERO*

El Hospital Neuropsiquiátrico “Dr. Alejandro Korn” está ubicado en la ciudad de Melchor Romero, en el Partido de La Plata, cuenta con 164 hectáreas de superficie, 1700 internos (a enero de 1999). Es mixto. Casi el 80 % son enfermos crónicos y la mayoría sufre el abandono de su familia. Se subdivide en cuatro partes, a saber:

- 1) Centro general de enfermos agudos.
- 2) Hospital Psiquiátrico de agudos.

---

<sup>80</sup> Cfr. Marchant, Nestor F.: *Experiencias comunitarias en el Hospital Moyano*, Buenos Aires, Ananké, (1° Edición), 2000. [On Line] [moyano.org.ar](http://moyano.org.ar) (Consulta: 20 de Enero de 2001).

- 3) Hospital Psiquiátrico crónico.
- 4) Centro destinado a Patologías Adictivas.

Asimismo, en la actualidad, la estructura organizacional del Hospital se divide en cuatro Direcciones asociadas:

- 1) Psiquiatría y Psicología Médica Asistencial.
- 2) Psiquiatría y Psicología Médica de Rehabilitación.
- 3) Clínico-quirúrgica y
- 4) Técnico Programática.

El número de profesionales, a mayo de 1999, era de 348, contando el plantel no profesional con 1053 personas.

Cuenta con treinta salas de internación psiquiátrica distribuidas en las 164 hectáreas antes mencionadas, con 260 camas destinadas a corta y mediana estancia, y con 1201 plazas en el área de rehabilitación. Las mismas, son utilizadas para pacientes crónicos que realmente requieren internación prolongada; para personas que aunque padecen desordenes neuropsiquiátricos, no se justifica su internación, pero que no obstante no cuentan con contención social; y para otros individuos que aunque no poseen ningún trastorno mental relevante, permanecen en la institución por falta de vivienda.

Ha habido una reducción de camas para pacientes afectados por trastornos mentales crónicos, y un aumento en las camas para media estancia. El Hospital tiene un promedio de ingreso anual de 1000 a 1200 pacientes, en su mayoría con intervención judicial, un tercio del mismo con diagnóstico de Esquizofrenia y otro tercio con trastornos por adicciones (consumo de sustancias y alcohol)<sup>81</sup>.

---

<sup>81</sup> Cfr. Melía, E., Gargoloff, P. y Cattáneo, A.: "Procedimientos innovadores en la gestión administrativa financiera en el Hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero. Fundamentos, programas y resultados", En: *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*, Vol. X, N° 35, Marzo - Abril - Mayo de 1999, Buenos Aires, Polemos, 1999. Pág. 23.

*ALGUNOS DISPOSITIVOS QUE FUNCIONAN DENTRO DEL HOSPITAL:**Hospital de Día:*

Funciona en uno de los Pabellones del hospital (ex Sala Albina), está a cargo de una Psicóloga. En esta sala se desarrolla el “Programa de Reintegración Socio-Comunitaria y Vincular de personas con sufrimiento mental, usuarios del Hospital de Día”, el mismo es un acuerdo entre el Director de Hospital A. Korn y la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata.

Al Hospital de Día concurren pacientes externados e internados que están por recibir el alta. Se trabaja en distintos talleres y tienen asistencia psicológica grupal e individual. Asimismo, semanalmente, realizan asambleas de las que participan tanto los usuarios como el personal (psicólogos, talleristas y enfermeras).

Entre los Talleres que se realizan, se encuentran: Taller de Expresión Plástica, Taller de Lectura de diarios, Taller de Expresión Literaria, Taller de Recreación.

*Casa de Pre-Alta:*

No se encuentra dentro del área del hospital, sino que se encuentra en el centro de la ciudad de La Plata. Asisten aproximadamente cuarenta pacientes a este servicio, siendo una cuarta parte los que viven allí. Realizan distintas actividades, todas ellas tendientes a lograr su rehabilitación. Un psicólogo y tres enfermeras están a cargo de esta casa.

El perfil que poseen los usuarios, tiene que ver con altas posibilidades de reinserción en la comunidad, ya que poseen un elevado nivel de autonomía autovalimiento y aptitudes para la rehabilitación psicosocial; no obstante, no tienen una vivienda como para llevar una vida independiente.

Allí funcionan los siguientes Talleres: Taller de trapos de piso, Taller de confección de pañales descartables, Taller de serigrafía (para estampado sobre tela, madera y cartón), Taller de costura y tejido, y Taller de reparación de bicicletas.

---

*Talleres creativos artísticos:*

Funcionaron durante un periodo de diez años, desde comienzos de 1989 hasta fines de 1998. A ellos concurrían un promedio de 70 pacientes (entre todos). Entre los mismos se encontraban los siguientes: Taller literario, Taller de plástica, Taller de periodismo, Taller de títeres, Taller de música y el Taller de teatro. Para su funcionamiento se realizaban gestiones con los directores y se le adjudicaba a cada integrante de los talleres una cantidad de dinero (en función de su trabajo, antigüedad, etc).

En la actualidad existen experiencias más pequeñas, dentro de algunos pabellones, que no apuntan a la realización de cambios profundos en la atención psiquiátrica<sup>82</sup>.

*Talleres protegidos de producción:*

El objetivo de éstos consiste en generar aptitudes que posibiliten la “resocialización”: internalizar una rutina de trabajo, revalorizarse como personas a partir de una habilidad determinada, y hasta la proyección de un futuro mediante la expresión del conflicto interno para lograr ser otro.

Están constituidos por dos dispositivos: el primero es el TPP intrahospitalario, ubicado en los predios del establecimiento (hacen uso de 12 hectáreas dentro del mismo), donde se desarrollan actividades agrícolas (cultivo de tomate, ají, acelga, rabanito, zapallito, lechuga y algunos frutales), y ganaderas (cría de las especies porcina, caprina y avícola); el segundo lugar de trabajo se encuentra en la Casa de Pre-Alta a la que ya se hizo referencia, donde se llevan a cabo tareas en el Taller de costura, y en el Taller de bolsas de polietileno.

Ambas tareas son coordinadas y administradas por personal hospitalario y por una Fundación sin fines de lucro que ha influido en los cambios producidos en el área.

*HOSPITAL NACIONAL COLONIA*  
*“DR. MANUEL AUGUSTO MONTES DE OCA”*

La Colonia Nacional Montes de Oca es en la actualidad un hospital nacional de autogestión, se encuentra ubicado en la localidad de Torres.

La población de pacientes del Hospital Nacional Montes de Oca, asciende a 1200, de ambos sexos, para los cuales se cuenta con un personal muy escaso.

La mayoría de los pacientes internados padecen trastornos de la capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio, con edad de inicio anterior a los 18 años que según su profundidad se divide en leve, mediana, grave o profunda. También aloja a pacientes con patologías psiquiátricas y discapacidades mentales. La incorporación de una importante cantidad de pacientes psiquiátricos se debe a una desviación de los objetivos de la institución, la que, en principio, estaba destinada al tratamiento de las oligofrenias.

Entre las actividades que se llevan a cabo en la Institución, se han dividido los Talleres, dentro del Area de Rehabilitación Psico-Social, en tres Sectores:

*A) AREA DE REHABILITACIÓN PSICO-SOCIAL:*

*1- Sector Pedagógico:*

Se dirige muy especialmente a la estimulación de la creatividad y sus diferentes modos de expresión de lo más interno de la persona; donde el sujeto se debería constituir en un sujeto activo desplazándose de su rol de “paciente”. Cuenta con los siguientes Talleres:

- Taller de lecto escritura.
- Talleres expresivos: en los cuales se intenta ofrecer mejores recursos terapéuticos para la recuperación de la persona internada, poniendo mayor énfasis en la comunicación como instrumento de vínculo. Estos son: Taller literario, Taller de títeres, Taller de teatro, Taller de plástica, (en el que se trata de desarrollar la imaginación y la libertad), Taller de

---

<sup>82</sup> Información brindada por el Lic. Fernando Fabris, quien desempeñó tareas como coordinador de los Talleres creativos artísticos del Hospital hasta el año 1998, y es miembro de la Red Nacional de Arte y Salud Mental.

música. Recientemente se han incorporado, además, los Talleres de danza y modelado.

- Taller de radio: Radio Convivencia comenzó con la gestión de tres docentes de Luján que armaron un taller en 1997. Transmiten durante tres horas, durante la mañana, desde bocinas distribuidas estratégicamente por toda la institución. Es retransmitida por radio Universidad de Luján.
- Taller cocina- comedor.

Si bien estos Talleres tuvieron un crecimiento excepcional en los últimos años; actualmente, según nos informa la Lic. Angélica Ferreira Cortés, ex-coordinadora de los Talleres expresivos del hospital y miembro de la Red Nacional de Arte y Salud Mental, y a pesar de la incorporación de dos Talleres nuevos, están pasando por un momento de profunda crisis, pues “se está imprimiendo en la Institución una tendencia al incremento estadístico, no a la calidad terapéutica”.

## *2- Sector Recreación y Deportes:*

Tiene como objetivo capacitar en forma integral al enfermo mental para vivir en el mundo, en forma independiente e integrado en el núcleo social. Asimismo, se ocupa fundamentalmente de estimular el movimiento del cuerpo con el fin de hacerlo presente en la vida de cada sujeto.

El trabajo es estructurado a partir de actividades cotidianas que tienen como base fundamental la actividad física programada, en la que se incluyen las caminatas, gimnasia, preparación física para los deportes, como el fútbol y el newcom.

Se consideran importantes los intercambios con otras instituciones y la participación en competencias.

En este Sector se encuentran los siguientes Talleres: Taller de educación física, Taller de deportes, Taller de recreación, Taller de atletismo, Taller campamentos, Taller de yoga.

### *3- Sector Terapia Ocupacional:*

En el mismo se realiza: Laborterapia, Taller de bordado, Taller de lavado y planchado, Taller de manualidades, Taller colchonería, Taller pinturería.

Se intenta dirigir la acción terapéutica a lograr la independencia del paciente, o al menos una función social.

A estos Talleres concurren aproximadamente unos 100 pacientes, un número muy pequeño para la población que estaría en condiciones de ir, implementando diferentes niveles de profundidad a las distintas actividades según sea el complejo psíquico del paciente y el nivel de deterioro que cada uno de ellos presente.

### *E) AREA DE REHABILITACIÓN PSICO-FÍSICA:*

La cual se divide en dos sectores:

*1- Sector Fonoaudiología.*

*2- Sector Kinesiología.*

Estos dos sectores se encuentran a cargo de especialistas afines.

## *HOSPITAL INTERZONAL PSIQUIÁTRICO*

### *COLONIA "DR. DOMINGO CABRED"*

El Hospital "Dr. Domingo Cabred", es en la actualidad un hospital de autogestión perteneciente a la Provincia de Buenos Aires, que interna pacientes dispuestos en diferentes pabellones, de acuerdo a la patología que presenten. También se realizan internaciones de pacientes psiquiátricos portadores de TBC y HIV.

### *PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN:*

Los mismos, se fundamentan en el sistema *Open Door* para el abordaje de enfermos mentales; éste consiste en la realización por parte de los internados de actividades recreativas y productivas, concomitantemente con una disminución de

la medicación, con el objeto de trabajar con los aspectos sanos del paciente para arribar a su rehabilitación.

*Programa Agropecuario:*

Se puso en marcha en 1996. (Chacra - Apiario - Tambo - Parque avícola - Tala - Poda). 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 en tarros, se etiqueta y se vende a los colegios de educación media, con lo cual ellos pagan parte del viaje de egresados. También se consiguió el permiso para registrar la marca y venderla al público general. El tambo produce, aproximadamente, 650 litros de leche diaria, que se utiliza para el consumo interno.

*Programa Radio:*

Puertas Abiertas Hospital Cabred FM 89.3 Mhz; inaugurada a fines de 1996, transmite desde estudios propios instalados en el pabellón médico de la colonia. Su alcance es de 25 km. a la redonda y cuenta con 1.000 Watts de potencia. Su programación se emite de 8 a 20 hs. y consiste en informativos, programas de humor, periodísticos, literarios, deportivos, culturales, infantiles y de tango. Los pacientes realizan cursos de locución y operación radial, que no solo tienen el objetivo de capacitarlos para trabajar en la radio del hospital, sino de lograr que se reintegren al campo laboral. Varios pacientes que se han ido de alta, están ejerciendo sus conocimientos en otras FM de la zona. Algunos programas son realizados por empleados y pacientes, y otros íntegramente por éstos últimos.

*Programa Casa Protegida:*

Para aquellos pacientes que están dados de alta pero no tienen donde ir.

Se ha donado al hospital una casa, que no se encuentra dentro de él y está destinada a tal fin.

*Programa Coro:*

En diciembre de 1997 se incorpora un director de coro, con el objeto de organizar un coro de pacientes y empleados, donde algunos se encargan de la parte instrumental y otros la vocal. Han participado en distintos encuentros corales.

*Programa Adopción:*

Esta modalidad fue tomada de Francia y adaptada a las particulares características de la Colonia. Consiste en la adopción de pacientes por parte de familias. Se ha comprobado una notable mejoría en los mismos.

*Programa Fábrica de mosaicos:*

Para que este taller se pusiera en funcionamiento (19/08/97) se incorporó a un becario mosaista. En él se fabrican mosaicos de granito, que son utilizados para trabajos internos, como la reconstrucción de un pabellón que se incendió a mediados del '98.

*Programa fábricas de zapatillas:*

En 1997 se realizó un curso de capacitación de costura de capelladas para zapatillas, sandalias y chinelas, a partir del cual se comenzó la elaboración de zapatillas para uso de los pacientes del hospital, creándose alrededor de 1500 pares.

*Programa Cursos de Capacitación:*

Dentro de los "Programas especiales de Capacitación" del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación. Se benefician 420 personas, capacitándose en el Hospital y cobrando \$160.- por 5 horas diarias durante tres meses. Los mismos son: confección de calzado, zinguería, confección de ropa, carpintería práctica, herrería, panadería, fabricación de zapatillas, mantenimiento eléctrico. Mientras se desarrollaban los cursos, se realizaron importantes experiencias de convivencia entre pacientes y no pacientes de Luján.

*Programa Panadería:*

Si bien la panadería está instalada desde los inicios del Hospital (un siglo atrás), estuvo en funcionamiento hasta 1995, cuando por su mal estado sanitario debió paralizarse.

No obstante, con la implementación de los cursos de capacitación, antes desarrollados, se reabrió. La producción alcanza los 320 kgrs. diarios y está destinada al abastecimiento del Hospital; para ello es vendida a la empresa concesionaria de la cocina de la Colonia, que se encarga de su distribución interna. De esta manera, lo que se recauda, permite el pago del peculio a los veinte pacientes que allí se desempeñan, coordinados por cuatro empleados idóneos y un psicólogo.

La panadería se reabrió solo con el propósito de que su funcionamiento sirviese para la rehabilitación de los pacientes.

*Programa Taller de repostería:*

En el mismo, los pacientes aprenden a cocinar, y sus elaboraciones son consumidas en el hospital, en los eventos, las fiestas de cumpleaños que se celebran y algunos encargos que reciben. Comenzó a funcionar en 1993 pero al incrementar la concurrencia de pacientes se convirtió en un programa, para lo cual se tuvo que destinar más espacio, y equipamiento. Más de treinta pacientes participan de este programa.

*Programa Vivero:*

Destinado a los pacientes de Servicio de Drogadependencia, es coordinado por un técnico agropecuario. Dos pacientes que no pertenecen al mencionado servicio fueron becados para realizar, en Buenos Aires, un curso, y fueron incorporados en el programa como instructores.

*Programa Carnaval:*

Dura aproximadamente cuatro meses. El número de pacientes que participan en el mismo ha aumentado considerablemente, de 42 en 1996 a 120 en 1999. Con motivo de participar en el Corso Oficial del Partido de Luján, el

Hospital organiza una comparsa, cuyos temas, trajes y motivos de las dos carrozas que se arman son ideados íntegramente por los pacientes de este Programa.

Muchos más son los pacientes que asisten al curso guiados por personal del Hospital. Han recibido varios premios y se piensa convertirlo en murga, para que el programa se prolongue durante todo el año.

#### *OTRAS ACTIVIDADES O TALLERES DE REHABILITACIÓN:*

Los siguientes, por sus características o desarrollos no llegan a constituirse en Programas.

*Taller literario:* En el mismo, los pacientes desarrollan actividades de lectura y escritos; algunos son leídos en la radio o publicados.

*Taller de pintura:* Realizan obras en témpera y  leo.

*Actividad física:* Se intenta modificar la postura corporal tan característica del psicótico. Se han conformado equipos de fútbol, que participaron en un torneo interno del cual surgió un equipo que particip  de un encuentro en Tucumán.

*Salidas recreativas:* Se realizan en grupo con la asistencia de un coordinador. Los destinos pueden ser tanto un museo, como shoppings, exposiciones, eventos en otros Hospitales, o simplemente tomar un café en una confitería de Luján<sup>83</sup>.

#### *FESTIVALES DE ARTISTAS INTERNADOS Y EXTERNADOS EN NEUROPSIQUIÁTRICOS. RED NACIONAL DE ARTE Y SALUD MENTAL*

La realización de los Festivales de Artistas internados y externados en Neuropsiquiátricos, constituye un evento único en el mundo.

El *Primer Festival* se llevó a cabo en Capital Federal en el año 1989. Lo organizó el FAB<sup>84</sup>, luego de intensos debates y de compartir durante varios días actividades artísticas llegaron a importantes conclusiones que servirían de marco

<sup>83</sup> Datos extraídos de la Publicación por el Centenario del Hospital, Op. Cit., y de la conferencia dictada por quien fuera director del establecimiento (desde 1995 hasta 1999), Lic. Carlos Wertheimer, en el marco de las III Jornadas Nacionales de Salud Mental, llevadas a cabo en la ciudad de Rosario en octubre de 1999.

<sup>84</sup> FAB: Frente de Artistas del Borda.

para la realización de los siguientes festivales, tales como la importancia del arte como vehículo de integración y reinserción social, la oposición a toda forma de coerción de la libertad de expresión y de maltrato, y a favor del cierre de las instituciones manicomiales.

Dos años más tarde, en la Provincia de Misiones, se realizó el *Segundo Festival*, con el apoyo de los organismos oficiales de la Salud Pública de la provincia. Los coordinadores de las distintas delegaciones se propuso la conformación de una *Red Nacional de Arte y Salud Mental*.

Esta *Red* tiene por objetivo fundamental provocar un movimiento de transformación de la Salud Mental, teniendo como artífice a la persona enferma, siempre pensándola recuperable a través de una amplia gama de posibles tratamientos, tanto Psicoterapéuticos y Psiquiátricos como tratamientos Rehabilitadores, entre los que se cuenta con una variedad muy importante.

En 1993 se realizó el *Tercer Festival de Artistas* en Capital Federal, en el mismo se reafirmaron las conclusiones del primero y se acordó fortalecer la Red Nacional de Arte y Salud Mental. Contó con la participación de 26 delegaciones de Argentina, Uruguay, Brasil y Costa Rica.

Es la nueva Red la que organizó el *Cuarto Festival*, que se llevó a cabo, al igual que el anterior, en Capital Federal, en noviembre de 1995. Participaron 400 artistas en esa oportunidad.

En diciembre de 1997 nuestra ciudad, Mar del Plata, recibió a los participantes del *Quinto Festival*, entre cuyas delegaciones se contaban la de Bolivia, Cuba, Italia y Uruguay. Entre las delegaciones argentinas que participaron podemos mencionar a las provenientes de los hospitales: José T. Borda, Juvenil Carolina Tobar Garcia, Pedro Ecay de Carmen de Patagones, Colonia Montes de Oca, Alejandro Korn, Neuropsiquiátrico Domingo Taraborelli de Necochea, Interzonal General de Agudos de Mar del Plata, Carlos Pereyra de Mendoza, Psiquiátrico de San Luis, Interzonal José Estevez de Temperley.

Algunos de los puntos por los que abogaron los participantes del 5° Festival son los siguientes:

- “Por una sociedad más humana, sin opresión, en la cual el arte y la creatividad sean un revalorizado instrumento para el desarrollo de la

subjetividad y el protagonismo de las personas. Partimos en esto a la creatividad como una cualidad esencial de las personas.

- Por la búsqueda de formas de organización que no sólo no obturen y repriman la creatividad sino que por el contrario la estimulen y potencien.
- Reafirmamos las conclusiones producidas en los anteriores Festivales que cuestionan todas las formas de encierro, aislamiento, opresión, discriminación y exclusión de las personas con patologías mentales.
- Por una necesaria y urgente transformación de los manicomios en instituciones abiertas y curativas, con servicios de salud mental, tratamientos ambulatorios, prácticas descentralizadas que atiendan a las personas donde viven y trabajan, internaciones breves y resocialización inmediata, apuntando a una progresiva desaparición de las formas manicomiales de atención y un avance de la desmanicomialización.
- Por un reconocimiento del papel del arte y la creatividad como instrumentos válidos, generadores de salud mental
- Por las legislaciones que reconozcan el papel de los coordinadores artísticos y psicológicos en el ámbito de las instituciones”.

Asimismo, se consensuaron algunos puntos que consideraron como imprescindibles, tales como la defensa y difusión de las experiencias de transformación de los manicomios en hospitales abiertos y la exigencia al Estado en el cumplimiento de sus obligaciones constitucionales en los que respecta a la atención sanitaria, y apoye la realización de los Festivales.

Tres años más tarde, se realizó el *Sexto Festival*, también en Mar del Plata. Algunas delegaciones participantes: Hospital José T. Borda, Colonia Montes de Oca, Interzonal de Mar del Plata, Domingo Taraborelli de Necochea, Salto provincia de Buenos Aires, Juvenil Carolina Tobar Garcia, Neuropsiquiátrico de San Juan, entre otros. Algunas de las delegaciones, que habían confirmado su presencia, estuvieron ausentes aduciendo motivos económicos.

Algunos de los objetivos en base a los cuales se organiza la Red Nacional de Arte y Salud Mental, son:

- 1) convocar y reunir a todas las instituciones, grupos e individuos que tengan como dirección fundamental de su pensamiento y de su práctica el proceso de desmanicomialización, y la defensa del Hospital y la Salud Pública gratuita, en el marco de una sociedad más justa;
- 2) que tengan al arte y la creatividad como sostén ineludible de su práctica, entendiendo a los mismos como instrumentos válidos en el abordaje de las problemáticas en salud mental;
- 3) promover y organizar eventos, jornadas y festivales y toda aquella actividad artística y/o científica que permita la extensión, reflexión y presentación de las implicancias sociales, institucionales y subjetivas de estas prácticas;
- 4) incentivar la investigación y el desarrollo teórico de estas experiencias. Contribuir a la formación, transmisión y difusión de las mismas;
- 5) insertar en la comunidad estas problemáticas, para una resolución en conjunto con la misma.

## *CAPÍTULO VI*

*Acerca de la Legislación vigente en nuestro país  
respecto de personas con alteraciones en su  
Salud Mental.*

ACERCA DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN NUESTRO PAÍS RESPECTO DE  
PERSONAS CON ALTERACIONES EN SU SALUD MENTAL

Si se investiga respecto de la existencia o no de legislatura que ampare a los pacientes con sufrimiento mental, encontramos algunas disposiciones, fundamentalmente en lo que se refiere al propósito de salvaguardar el derecho cívico a la libertad individual, y al principio bioético de autonomía, en la práctica concreta de internación de enfermos mentales.

Asimismo, las actualizaciones en la legislación, reflejan los cambios que se produjeron respecto del abordaje teórico de la locura. A lo largo del siglo XX, la psiquiatría ha ido abandonando el alienismo con su práctica asilar, para llegar a la teoría que coloca a la institución hospitalaria como último recurso de un tratamiento, y no ya como el primero o el único. Se tiende actualmente a la integración en la comunidad, de aquellos que en épocas anteriores hubieran sido reclusos en forma definitiva.

Intentaremos, en lo que sigue, hacer un recorrido histórico de la legislación que orientó y actualmente guía las nuevas políticas en salud mental a nivel gubernamental.

El texto original del *CÓDIGO CIVIL DE LA NACIÓN*, de Vélez Sarsfield, que rigió hasta 1968, en su artículo 482, dispone que:

*“El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial<sup>85</sup>”.*

El mencionado artículo, constituye la primera legislación que se establece en nuestro país, respecto de la internación de los enfermos mentales; del mismo se puede inferir que el valor principal a defender, consiste en la libertad personal del enfermo.

---

<sup>85</sup> Martínez Ferretti, José María: *Aportes para la legislación sobre internación de enfermos mentales*, [On Line] [aap.org.ar](http://aap.org.ar), (Consulta: 25 de Enero de 2001).

Este último debe encontrarse bajo la categoría de “*demente*”, que en la terminología del Código de aquella época era sinónimo de “alienación o enajenación mental”; asimismo se tiene en cuenta que para su internación no basta la simple “incomodidad” que pudiera causar a sus vecinos o familiares, sino que además exista la posibilidad de que se dañe a sí mismo o a terceros, es decir, debe estar implicada la condición de “*peligrosidad*”; y por último se debe poseer una “*Orden Judicial*”, sólo un Juez tenía la facultad de disponer la internación de un demente.

No obstante, durante los años de vigencia de esta normativa, la admisión de los enfermos en los hospicios se realizaba mediante “procedimientos informales”. Era recibido cualquiera que fuera llevado en calidad de demente, pasara por un momento peligroso o no, y mediara una orden judicial para su internación o no. “La situación jurídica en que quedaba el internado fue llamada por algunos autores como de *incapaz o demente de facto o de hecho*<sup>86</sup>”.

El 22 de abril de 1968 se sanciona la Ley 17.711, que reforma el Código Civil en su artículo 482, agregando al artículo 1° en su inciso 35 dos párrafos:

*“Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al Juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen de médico oficial”.*

*“A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el Juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de*

---

<sup>86</sup> Martínez Ferretti, J. M., Op. Cit.

*lo indispensable y aun evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos”.*

Este artículo constituye la actual legislación de fondo para toda la Nación. Un punto interesante de la reforma, es el que implica la incorporación de “*alcoholistas crónicos*” y “*toxicómanos*”, en la clasificación de “*enfermos mentales*”; además, se tiene en cuenta también a la hospitalización como herramienta terapéutica, dejando de lado la existencia de peligrosidad, al agregarse la posibilidad de internarlos si “*requieren asistencia en establecimientos adecuados*”.

El 15 de Septiembre de 1983 fue sancionada la Ley N° 22.914 de internación y egreso de establecimientos de Salud Mental; la misma fue promulgada durante el régimen de un gobierno “*de facto*” y regía en la Capital Federal y en el Territorio Nacional de Tierra del Fuego.

La finalidad de las disposiciones de la nueva Ley era “*proteger la libertad individual en aquellas situaciones en las que ésta fácilmente se puede ver comprometida y aun lesionada*”.

“*Bajo la convicción de que el Poder Judicial es el poder de los que no tienen poder, la Ley 22.914 otorga un lugar hegemónico al Juez, el que se constituye no sólo en salvaguarda de la libertad individual, sino también en defensor de los derechos del paciente, en supervisor del tratamiento y en instancia de decisión en varios momentos del mismo. La determinación de internar deja de ser una decisión tomada por un médico, para pasar a ser una decisión de naturaleza médica, pero tomada por un Juez, que la Ley considera posee una visión global de la cuestión y las facultades para defender a la persona que interna*<sup>87</sup>”.

Si tenemos en cuenta que cada momento histórico es sensible a la problemática de los enfermos mentales, y en especial a lo relacionado con la internación de los mismos, la época actual lo es respecto de su libertad individual. A consecuencia de esto, se enfatiza en el análisis de una posible privación de

---

<sup>87</sup> Martínez Ferreti, J. M., Op. Cit.

libertad en las internaciones psiquiátricas, fundamentalmente cuando éstas son involuntarias.

Para el médico, la hospitalización del enfermo mental, incapaz de reconocer su estado y su necesidad de tratamiento, es una cuestión de orden terapéutico, mientras que para el juez, se trata de una cuestión de libertad individual y de garantía que la ley debe prever para proteger esa libertad.

La intervención del Poder Judicial en el ingreso médico, es decir, en personas que no han cometido ningún delito, puede por otra parte afectar sus derechos a la intimidad y la obligación del médico al secreto profesional.

En su artículo 1º, la Ley especifica que sólo se admitirá una internación:

- Por Orden Judicial.
- A pedido del propio interesado o su representante legal.
- Por disposición de autoridad policial.
- En caso de urgencia.

De este modo, las decisiones del médico, quedan relegadas a una mera instancia administrativa, en donde no se tiene en cuenta la posibilidad de que el profesional no acuerde con la disposición de internación emitida por la autoridad policial, donde el médico deberá hacerse cargo de hospitalizar a un individuo sin tener en cuenta su opinión.

En el artículo 5 se enumeran las obligaciones del Director de la Institución Hospitalaria en los casos de internación bajo la autoridad judicial:

- Deberá informar al Juez de la causa con una periodicidad no mayor de cuatro meses, sobre las novedades que se produzcan en la historia clínica del internado.
- Podrá autorizar salidas o paseos a prueba, si los juzga convenientes y el grado de recuperación del internado lo permite, individualizando con precisión a la persona responsable de su cuidado fuera del establecimiento e informando al Juez dentro de las 24 horas.
- Requerirá autorización judicial para disponer el alta provisoria, la transferencia del internado a otro establecimiento o su externación definitiva.

En el artículo 11 se postula que el egreso también debe constar en una Resolución Judicial. Este artículo fue reformado el 9 de Diciembre de 1997, de la siguiente manera:

*“En la providencia que decreta o mantiene la internación, los jueces dispondrán que cuando el causante se encuentre en condiciones de externación, el Director del Establecimiento deberá informarlo al Juez y pedir el egreso. En caso de que no se comunique ninguna objeción en el plazo de 48 horas, el Director deberá otorgar la externación y hacerlo saber al Tribunal dentro de las 24 horas siguientes a que se llevó a cabo la medida...<sup>88</sup>”.*

De esta manera se lograron evitar una gran cantidad de barreras burocráticas que se interponían en la externación de pacientes.

El artículo 14 de la Ley 22.914, insta al Ministerio de Justicia, a que organice un Centro de Observación, con el objeto de que aquellas personas que posean una Orden Judicial para ser internadas, o cuya internación se inicie bajo autoridad policial, sean evaluadas previamente por profesionales médicos.

En 1899 Francisco de Veyga fundó la Sala de Observación de Alienados, donde se desempeñaron, entre otros, José Ingenieros y Nerio Rojas. Allí eran evaluadas estas personas, y se decidía su internación, o la entrega a su familia, o su libertad. Hasta 1957 funcionó en la Cárcel de Villa Devoto, y en ese mismo año los pacientes que allí se encontraban fueron enviados al Pabellón Lucio Meléndez del en aquel entonces Hospital Nacional de Neuropsiquiatría “Dr. José T. Borda”.

Posteriormente, en el año 1994, en el momento en que se transfirieron los Hospitales “José T. Borda”, “Braulio Moyano y “Carolina Tobar García” a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, se creó, el Equipo de Trabajo y Admisión, Evaluación y Derivación de Pacientes con Patologías Mentales, que funcionaría en los mencionados Hospitales. A consecuencia de esto, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal, dió la orden a los Jueces,

---

<sup>88</sup> Martínez Ferretti, J. M., Op. Cit.

para que previamente a ejecutar la orden Judicial de internación, solicitara una evaluación de los pacientes al mencionado Equipo.

Desde 1995, este Equipo funciona en el Hospital "José T. Borda", y es denominado Sala de Observación y Evaluación (S.O.E.). Allí se desempeñan dos médicos psiquiatras y legistas del mencionado hospital, a la par del médico forense designado para tal función; quienes notifican al Juez la decisión médica más adecuada hacia cada paciente.

Este nuevo sistema ha reducido notablemente las internaciones por causas judiciales, ya que los pacientes se derivan a otras alternativas terapéuticas, que además implican una menor restricción de su libertad.

En el orden nacional los procedimientos para la declaración de incapacidad, inhabilitación e internación de los pacientes psiquiátricos están regulados en el Código de Procedimientos Civil y Comercial de la Nación (Parte Especial, Libro Cuarto, Título II "Procesos de Declaración de Incapacidad e Inhabilitación").

En el orden provincial los referidos procedimientos para la declaración de incapacidad, inhabilitación e internación de los pacientes psiquiátricos están regulados en el Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de Buenos Aires (Libro Cuarto, Título II "Procesos de Declaración de Incapacidad e Inhabilitación"), y en la Ley 7967.

En todos los casos la internación de un paciente mental es tratada como una forma de privación de la libertad fundada en la peligrosidad social del enfermo mental que requiere de un proceso legal con intervención de un juez y del Ministerio de Menores e Incapaces.

La legislación establece mecanismos muy rígidos para permitir la externación del enfermo. En todos los casos, esta decisión no es tomada por el médico sino por el juez. Además, durante su internación los enfermos mentales alojados en los establecimientos psiquiátricos nacionales o provinciales están a disposición de los jueces que ordenaron o intervinieron en esa determinación, de manera similar a los internos carcelarios.

En síntesis, si bien existe legislación respecto de la internación de enfermos mentales, también es cierto que en la realidad las acciones no se llevan a cabo de acuerdo a ley. En los hospitales psiquiátricos, no todas las internaciones son comunicadas a los jueces, menos aún se eleva un informe cada cuatro meses acerca de su “evolución”, y de algunos incluso se desconoce su identidad, y se ignora la razón por la cual permanecen en el mismo.

En la reciente *CONSTITUCIÓN DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES*, dentro de su Capítulo II: Salud, se hace referencia a las políticas de Salud Mental, en el siguiente artículo:

*“Artículo 12: Las políticas de Salud Mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradicar el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social<sup>89</sup>”.*

Aquí, no sólo se hace referencia a los derechos de las personas con trastorno mental, sino que también se infiere un intento de despojar a los mismos de la connotación de peligrosidad presente en la representación social del enfermo mental, al explicitar que la internación no tiene como fin el control social ni el castigo.

Asimismo, la *LEY BÁSICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES*, N° 153, sancionada el 16 de febrero de 1999, en su Capítulo 1: Objeto, alcances y principios, establece:

---

<sup>89</sup> Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [On Line] [buenosaires.gov.ar](http://buenosaires.gov.ar) (Consulta: 19 de Enero de 2001).

*“Artículo 1º: Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin”.*

*“Artículo 48º: Legislación específica. La presente Ley se complementa con legislación específica en los siguientes temas:*

*(...) Inc. C: Salud Mental, que contempla los siguientes lineamientos:*

- 1. El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas;*
- 2. Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o masificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios;*
- 3. La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existentes. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día<sup>90</sup>”.*

Más tarde, el 27 de Julio de 2000, fue aprobada la *LEY DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES*, N° 448; la misma, en su Capítulo 1º: Disposiciones generales, dice:

*“Artículo 1º: Objeto. La presente Ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires<sup>91</sup>”.*

<sup>90</sup> Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. [On Line] [buenosaires.gov.ar](http://buenosaires.gov.ar) (Consulta: 26 de Enero de 2001).

<sup>91</sup> Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. [On Line] [buenosaires.gov.ar](http://buenosaires.gov.ar) (Consulta: 26 de Enero de 2001).

En esta Ley, se reconoce a la Salud Mental como “un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-sociocultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo<sup>92</sup>”.

Se instituye, asimismo, que se deberán privilegiar los tratamientos ambulatorios, con el objeto de conservar los vínculos sociales y familiares del paciente, y tener en cuenta su reinserción social y laboral. Para esto, se ordena la creación de dispositivos alternativos a la internación, a los que ya hicimos referencia en el capítulo precedente, como casas de medio camino, talleres protegidos, hogares y familias sustitutas y granjas terapéuticas, además de sistemas de atención domiciliaria.

De esta forma, se postula que la internación sólo se llevará a cabo cuando no sean posibles otras formas de tratamiento; además, tanto las instituciones públicas como privadas, deberán justificar todos los meses las razones por las cuales mantienen a un paciente internado (aislado de la sociedad).

Otro de los cambios sustanciales que promueve esta reciente Ley, consiste en su hincapié en la promoción, protección y prevención de la Salud Mental, así como también en la asistencia y reinserción social de los pacientes neuropsiquiátricos con la participación comunitaria.

Si intentamos enumerar los puntos centrales de la Ley, estos son:

- Prioriza acciones y servicios de carácter ambulatorio.
- Garantiza los derechos de los pacientes neuropsiquiátricos a no ser discriminados, a la singularidad, a la atención en un ambiente apto con resguardo de su intimidad.

---

<sup>92</sup> Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, Op. Cit.

- Ordena la creación de nuevas modalidades de atención alternativas a la internación, como casas de medio camino, centros de capacitación sociolaboral, y talleres protegidos.
- Establece la implementación de un sistema de atención de urgencia con equipos móviles y otro de atención domiciliaria infanto-juvenil.
- Amplía a los hospitales generales la atención en salud mental.
- Las personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar que las reciba deberán ser albergadas en lugares que disponga el área de Promoción Social.
- Deberá realizarse una supervisión y un seguimiento de las personas externadas para garantizar la continuidad de la atención.
- La internación sólo se llevará a cabo cuando no sea posible otro abordaje alternativo, y deberá justificarse mensualmente; de manera que no habrá internaciones mayores a 30 días, sin una evaluación y un plan de tratamiento que justifiquen su continuidad.

Del análisis de las diversas leyes vigentes en nuestro país, podemos inferir que se promueven intentos de reformas psiquiátricas, que se hacen eco de los nuevos enfoques teóricos de abordaje de los trastornos mentales.

No obstante, si bien se observa un gran avance en materia jurídica, esto no se refleja en su totalidad en los hechos concretos.

### *DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERNADAS EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS.*

La *DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS*, sancionada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en París, el 10 de Diciembre de 1948, y que se encuentra presente en la Constitución Nacional de la República Argentina a partir del año 1994, en su artículo 3 explicita:

*“Artículo 3º: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”<sup>93</sup>.*

Asimismo, la *DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE*, aprobada en la IX Conferencia Internacional Americana, en la ciudad de Bogotá, Colombia, en el año 1948, en su artículo primero y en el undécimo hace referencia a:

*“Artículo 1º: Derechos a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de las personas: Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la libertad de su persona.*

*Artículo 11º: Derecho a la preservación de la Salud y al Bienestar: Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”<sup>94</sup>*

La *CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS*, el *PACTO DE SAN JOSÉ DE COSTA RICA*, firmada en la ciudad de San José, Costa Rica, el 22 de Noviembre de 1969, y aprobada en la República Argentina según la Ley N° 23.054 sancionada el 1º de Marzo de 1984, en sus artículo 5 y 7 postula:

*“Artículo 5º: Derecho a la Integridad Personal: Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.*

<sup>93</sup> Declaración Universal de Derechos Humanos. En: *Constitución de la Nación Argentina*, Buenos Aires, Astrea, 1997. Pág. 140.

<sup>94</sup> Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. En: *Constitución de la Nación Argentina*, Buenos Aires, Astrea, 1997. Pág. 134, 135.

*Artículo 7°: Derecho a la libertad personal: Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personal<sup>95</sup>*"

Por último, la *CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA*, sancionada el 1° de Mayo de 1853, y reformada en 1860, 1866, 1898, 1949, 1957, 1972 y 1994, establece en:

*"Artículo 14°: Derechos Civiles: Todos los habitantes de la Nación gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio; a saber: la de trabajar y ejercer toda industria lícita; de navegar y comerciar; de peticionar a las autoridades; de entrar, permanecer, transitar y salir del territorio argentino; de publicar sus ideas por la prensa sin censura previa; de usar y disponer de su propiedad; de asociarse con fines útiles; de profesar libremente su culto; de enseñar y aprender<sup>96</sup>".*

Hasta aquí describimos la forma en que se contemplan los derechos del hombre, no obstante, no se contemplan específicamente los derechos de las personas con padecimientos mentales, éstos últimos están contenidos en los *PRINCIPIOS Y GARANTÍAS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES*, aprobados por Naciones Unidas en 1991, son los siguientes:

- 1- *"Todo paciente tiene derecho a no ser estigmatizado ni calificado por sus afecciones mentales (Principio de igualdad ante la Ley).*
- 2- *Derecho a ser protegido contra daños, sufrimientos o humillaciones causadas directa o indirectamente por el hecho de padecer enfermedades mentales.*
- 3- *Derecho a trabajar y recibir una remuneración correspondiente.*
- 4- *Derecho a una digna reparación por todo daño injustamente sufrido por su condición de paciente psiquiátrico.*

<sup>95</sup> Convención Americana sobre Derechos Humanos, En: *Constitución de la Nación Argentina*, Buenos Aires, Astrea, 1997. Pág. 201, 202.

<sup>96</sup> *Constitución de la Nación Argentina*, Buenos Aires, Astrea, 1997. Pág. 58.

- 5-Derecho a rehusar determinados tratamientos o formas terapéuticas.
- 6-Derecho y acceso a una ocupación activa, compatible con su formación social y cultural como forma de entrenamiento, rehabilitación y reinserción en su comunidad de origen.
- 7-Derecho a recibir información pertinente y entendible sobre sus derechos como paciente.
- 8-Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos según las nuevas elevadas normas técnicas y éticas.
- 9-Derecho a no recibir medicación superflua e injustificada<sup>97</sup>.

Asimismo, encontramos también incluidos los derechos de los pacientes psiquiátricos dentro de las reglamentaciones de algunos Hospitales específicos.

Uno de ellos es el HOSPITAL INTERZONAL "COLONIA DR. DOMINGO CABRED", que mediante su Disposición N° 10/1999, de la Dirección Ejecutiva, establece los Derechos del enfermo mental hospitalizado en el mismo, estos son:

- 1- "Ejercer el derecho a solicitar ingreso, y recibirlo según lo estipulado en las normativas de admisión.
- 2- Recibir en forma totalmente gratuita la más calificada atención en salud mental y otros servicios que se requieran según criterio profesional, así como la medicación adecuada acorde con su patología.
- 3- Realizar en forma totalmente gratuita cualquier indicación de análisis, estudios radiográficos u otros estudios que resulten necesarios para su atención.
- 4- Recibir un tratamiento personalizado según sus problemáticas individuales.
- 5- Ser informado por el profesional actuante, en tiempo y forma que se correspondan con criterios terapéuticos, de su diagnóstico, pronóstico y duración probable de la internación, evitándose iatrogenias.

- 6- Ser informado adecuadamente del tratamiento propuesto, así como de los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos.
- 7- Optar por opinión especializada de terceras partes en el caso que el paciente o su familia lo requiera por tener alguna preocupación diagnóstica o terapéutica.
- 8- Recibir información adecuada del personal que lo atiende en lo que se refiere a nombre, cargo y función, perfil profesional.
- 9- Recibir información adecuada respecto de la evolución de su enfermedad y razones de su traslado a otros servicios o instituciones en caso de resultar necesario para su mejor atención.
- 10- Que su Historia Clínica y cualquier información obtenida del enfermo o sus familiares se mantenga bajo estricta confidencialidad.
- 11- Ser tratado por el personal del Hospital, por otros pacientes y sus familiares o acompañantes sin que su dignidad y/o derechos sean afectados por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión política, ideología, creencias religiosas, procedencia cultural, preferencia sexual o alguna otra causa.
- 12- Profesar la religión de su elección si la tuviera.
- 13- No sufrir ningún tipo de abuso físico, mental o social y estar libre de todo vínculo sexual con los miembros de los equipos de salud que lo atienden, lo que constituiría una forma de abuso.
- 14- Disponer de un medio hospitalario adecuado, conforme al perfil del Hospital, en lo referente a seguridad, condiciones higiénico-sanitarias y trato humano.
- 15- Disfrutar del mayor grado posible de privacidad en la Institución.
- 16- Mantener la custodia de las pertenencias básicas para su recreación, aseo y vestuario, así como disponer de dinero de bolsillo según capacidad de automanejo.

---

<sup>97</sup> "Principios y Garantías para la protección de los enfermos mentales". En: *Revista del Frente de Artistas del Borda*, Noviembre de 1997.

- 17- Recibir la información que se difunda por los medios de comunicación.
- 18- Emitir y recibir correspondencia libremente, y utilizar el teléfono de acuerdo a su disponibilidad y posibilidades terapéuticas.
- 19- Recibir visitas en los días y horas programadas y en casos especiales, en los días y horas extraordinarias, según criterios terapéuticos.
- 20- Ser incorporado a alguno de los Programas de Rehabilitación en desarrollo en el Hospital.
- 21- Gozar de tiempos de esparcimiento y recreación, y participar en salidas terapéuticas al efecto.
- 22- Recibir si le corresponde, la remuneración asignada al trabajo que realice en función del Programa de Rehabilitación al que esté incorporado.
- 23- Recibir en forma totalmente gratuita la orientación legal que sea necesaria para afrontar cualquier problemática vinculada con la afección que determina su ingreso.
- 24- Aceptar o rechazar cualquier examen que se realice con fines de investigación científica, exigiéndose para ello consentimiento informado por sí o por su curador, con comunicación al Juzgado interviniente.
- 25- Continuar el tratamiento ambulatorio (consultorio externo) después del egreso de alta, y hasta cubrir este seguimiento en alguna de las instituciones habilitadas cercanas a su domicilio.
- 26- Presentar quejas ante la Jefatura del Servicio y/o la Dirección del Hospital, o ante otros niveles administrativos y judiciales en caso de considerarlo necesario.
- 27- Derecho a cooperar en el proceso terapéutico. Esto significa que el paciente que avanza en su rehabilitación incorpora también obligaciones progresivas. La recuperación de su autonomía y autoestima debe ser simétrica con el ejercicio de sus responsabilidades personales y sociales<sup>98</sup>.

---

<sup>98</sup> Publicación por el Centenario de la Fundación del Hospital Interzonal Psiquiátrico "Colonia Dr. Domingo Cabred", Op. Cit., Pág.7.

Asimismo, encontramos la postulación de Derechos del paciente, de igual manera, en el *HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "BRAULIO A. MOYANO"*, de la siguiente forma:

*"Los pacientes gozarán además de los siguientes derechos:*

- a) a que la internación se extienda el tiempo médico estrictamente necesario.*
- b) a conocer la identidad y profesión de quienes los atienden.*
- c) a recibir asistencia legal en caso de insanía.*
- d) a recibir visitas y a mantener comunicación telefónica y epistolar, excepto contraindicación formal debidamente registrada.*
- e) a que se consigne en lugar visible de su hábitat estos derechos.*
- f) a firmar la Historia Clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas, excepto que tal decisión no pudiera adoptarse en razón de no hallarse en un estado de lucidez que le permita asumir la responsabilidad de sus actos y de su persona, resultando por ello contraproducente el alta voluntaria. En estos casos se procederá a la posterior e inmediata comunicación al juzgado civil de turno, con las justificaciones técnicas del caso y eventual información al familiar o responsable si lo hubiere<sup>99</sup>".*

Algunas décadas atrás, las legislaciones se limitaban a reglamentar las prácticas psiquiátricas institucionales, centrándose en la peligrosidad del enfermo mental, a consecuencia de lo cual el mismo perdía sus derechos civiles.

No obstante, actualmente se han iniciado debates en torno a los derechos del paciente psiquiátrico, que se han reflejado en la sanción de ciertas leyes a las que ya hicimos referencia, los cuales apuntan a humanizar los sistemas de atención.

---

<sup>99</sup> Marchant, Nestor F.: Op. Cit.

*VIOLACIONES A LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERNADAS  
EN INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS.*

Si bien hasta aquí hemos mencionado toda la legislación vigente, que hace a la protección de los derechos de los pacientes internados en hospitales psiquiátricos, estas estructuras jurídicas han resultado incapaces de prevenir e impedir las violaciones a las que están sometidos los mismos.

Sobre ellos no sólo pesa el hecho de estar internados en instituciones, y por ende alejados de sus vínculos familiares y sociales, sino además sufren el estigma de la enfermedad mental.

Por otra parte, la desactualización de ciertas disposiciones de la legislación vigente, dificulta su aplicación.

De acuerdo al Informe sobre violaciones graves de los derechos humanos (Tratos y Penas Cruels Inhumanas y Degradantes) a presos y minusválidos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos “Colonia Nacional Montes de Oca” y “Hospital Neuropsiquiátrico Domingo Cabred”, elaborado por Liliana Magrini y Mario Ganora; encontramos entre los hechos que quebrantan las disposiciones acerca de los derechos que se enumeran en las leyes, los siguientes:

- Insuficiencia de medidas biosanitarias y de bioseguridad, con déficit del aseo básico en las instalaciones y en los pacientes. Olores persistentes, pisos mojados permanentemente por falta de control de pérdidas de agua en baños, duchas y pabellones. No se observó la existencia de recipientes con bolsas rojas preventivas para la recolección de materiales biopatogénicos.
- Hacinamiento en pabellones en los que los pacientes permanecen despojados de sus ropas, lo que contribuye a la diseminación de enfermedades, como así también a un deterioro del estado general de los pacientes.
- No se observan, en la mayoría de los casos, actualización de Historias Clínicas, ni se evidencian controles periódicos. Si se cuenta con una evaluación diagnóstica, ésta corresponde al momento de ingreso del

paciente, que a veces data de varias décadas atrás, sin que figuren reevaluaciones del cuadro que motivó dicho ingreso, o planificación terapéutica destinada a implementar tratamientos específicos y/o multidisciplinarios. Las indicaciones médicas son incompletas y en muchos casos no concuerda la medicación que se le brinda, con el registro del legajo médico de cada paciente.

- Se observó la existencia de habitaciones enrejadas en algunos pabellones, a lo que se suma la carencia casi total de medidas de protección adecuadas para evitar lesiones de los pacientes, con el agregado de verificarse actitudes negligentes. Asimismo, se advirtió un elevado porcentaje de pacientes lastimados, algunos con cicatrices antiguas y otras recientes, de variada intensidad, tales como: hematomas, excoriaciones, heridas cortantes y mutilantes en rostro. De acuerdo al personal, estas lesiones serían autoinfligidas y en ocasiones provocadas entre los mismos pacientes. Es relevante destacar, que las mencionadas lesiones no son consignadas en las respectivas historias clínicas.
- Falta de control de los embarazos gestados como producto de las relaciones sexuales que se mantienen entre los pacientes. Tampoco se lleva un registro exacto de los partos y nacimientos; los niños recién nacidos son puestos a disposición del Juez de Menores, quien intenta contactarse con la familia de la parturienta con el objeto de otorgarles la guarda del menor, de ser posible, caso contrario el mismo, es dado en adopción.
- Escaso registro de la medicación suministrada, la misma se anota en un "libro de pase diario" en forma global, y en ocasiones se observa la carencia total de éstos u otros registros. Se constató además, la carencia de materiales de uso profesional, tales como manoplas, guantes descartables, etc. en el momento de suministrar la medicación. La misma se encuentra en su mayoría en lugares inadecuados, algunos sin estar tapados y sin fecha de vencimiento.

- Alimentación deficiente, falta de control de lo que ingieren los pacientes y de dietas adecuadas a su problemática. La comida es trasladada desde la cocina general hasta los pabellones en cajones, que son empujados por el piso, y distribuida entre los pacientes en recipientes plásticos apoyados en el suelo o en mesadas destinadas para esto; el único utensillo que usan es la cuchara o sus propias manos, no se les provee, además, de vasos, tomando líquido directamente de las canillas de los baños, o de botellas.
- El personal es en general escaso para la población existente, por lo cual muchas veces deben realizar labores para las cuales no están contratados, por ejemplo las llevadas a cabo por el personal de enfermería que se dedica a la limpieza, quitando tiempo a lo que realmente se tienen que abocar. Asimismo, se constató la falta de capacitación del mismo.
- Insuficiente ropa de cama y vestimenta de los pacientes, que imposibilita la adecuada higiene, hecho que se agrava en el caso de enfermos con trastornos en el control de esfínteres. Asimismo se observó un gran estado de deterioro en la mencionada ropa<sup>100</sup>.

El hecho de que este informe haga referencia a la Colonia Nacional Montes de Oca y al Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia "Dr. Cabred", no implica que en las demás instituciones no existan violaciones a los derechos humanos de los pacientes o se cometan irregularidades. No obstante, al no contar con informes sobre ello, no se incluyen aquí. Es importante tener esto en cuenta cuando se lee, por ejemplo, sobre el "perfecto funcionamiento" del Hospital Moyano, descrito en el capítulo V de este trabajo, y que se basa en la opinión del actual director del hospital.

---

<sup>100</sup> Cfr. Magrini, Liliana y Ganora, Mario: "Informe sobre violaciones graves de los derechos humanos (Tratos y Penas Crueles Inhumanas y Degradantes) a presos y minusválidos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos "Colonia Nacional Montes de Oca" y "Hospital Neuropsiquiátrico Domingo Cabred", presentado al Observatorio Internacional de las Prisiones, 1° de noviembre de 2000 [On Line] *derechos.org*. (Consulta: 19 de febrero de 2001).

# CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

Las primeras creencias en torno a la concepción de la locura, y sus consecuentes prácticas de abordaje, están vinculadas fundamentalmente a ideas de índole religiosa. Se pensaba a la locura como una "enfermedad del alma", confundida con el pecado o con posesiones demoníacas.

Es por esto que hacia el siglo XVI, momento de creación de las primeras instituciones hospitalarias en nuestro país, éstas debían estar ubicadas siempre cercanas a un convento, y hasta muchos años después, fueron instituciones de beneficencia o relacionadas con la iglesia, quienes fundaron y sostuvieron económicamente a las mismas.

El tratamiento de los trastornos mentales en un principio, se basó fundamentalmente en prácticas de hechicería y brujería, ritualistas; más tarde, los enfermos comienzan a ser encerrados en cárceles, o en el Cabildo, llevándose a cabo terapéuticas del tipo de sangrías, duchas frías, etc., y tratados brutalmente, escondidos y muchas veces apartados de la sociedad.

Tiempo después, se comienza a pensar en la conveniencia de diferenciar a personas con este tipo de patología, de los delincuentes comunes que se encontraban en las cárceles, y hacia fines del siglo XIX se fundan establecimientos específicamente destinados a enfermos mentales.

El funcionamiento de estas instituciones se basó en la concepción alienista de la época, que implicaba una idea de locura como algo extraño, o alejado de la realidad, a lo que se teme, pero ya sin la connotación religiosa anterior. Se intentaba brindar un mejor tratamiento al alienado del que había recibido hasta ese entonces, y se utilizaban chalecos de fuerza (lo que le permitía un poco más de movilidad dentro del encierro mismo).

Hacia principios del siglo XX, el surgimiento del Higienismo comenzó a producir cambios en algunas concepciones, lo que derivó en nuevas formas para el tratamiento de los pacientes psiquiátricos, teniéndose en cuenta el hecho de que en algunos casos, no era imprescindible una internación. Esto llevó a la creación de nuevas formas de asistencia en dispensarios, consultorios externos, y a la

construcción de los primeros hospitales de "puertas abiertas", con los consecuentes cambios en la arquitectura de los mismos.

En ese momento, ya se consideraba a la locura como una enfermedad, en igualdad de condiciones con los restantes problemas médicos.

A diferencia de la concepción anterior, cuyas prácticas se orientaban a aislar al "loco" de una sociedad que le temía, la terapéutica que aplicó el Higienismo intentaba restituirlo a su ámbito familiar y social. Se inició además, el trabajo conjunto en equipos interdisciplinarios abocados a lograr el mencionado fin.

Al finalizar la segunda guerra, cambios a nivel mundial dan origen a un nuevo modelo en psiquiatría que llega hasta nuestros días: Salud Mental.

Este propone una reconversión en los sistemas de atención psiquiátrica, cuestionando, entre otras cosas, la hegemonía de la medicina mental y por ende el papel del médico, abriendo un lugar a la comprensión y el abordaje de la locura desde otros saberes (psicología, antropología, sociología, etc.); asimismo objeta la existencia del manicomio y la internación.

Se crea un nuevo foco desde el cual abordar los trastornos mentales: comprender el sufrimiento mental en el conjunto de las relaciones familiares, grupales y sociales. Para esto surgen nuevas propuestas alternativas: centros de salud mental, hospitales de día, hostales, casas de medio camino, casas de pre - alta, entre otras.

Se considera como nuevo objeto de la psiquiatría las relaciones entre el individuo y su comunidad, ya que es en esta relación donde se piensan los problemas de la salud mental, en la que se generan malestar y tensión, que se extiende a todas las instituciones encargadas de mantener estas relaciones: escuela, estado, justicia.

Comienzan a tener relevancia como causa del sufrimiento, los determinantes sociales que llevan a la actual exclusión social, entre estos encontramos: la reformulación del Estado de Benefactor a Mercantil (que responde a intereses económicos externos); la globalización tanto económica como cultural que tiene implicancias en la desocupación, la marginación y la pobreza; y los

cambios producidos por las nuevas formas de vida urbana que se caracteriza por su vertiginosidad, exigiendo una constante adaptación.

Ante este panorama se manifiestan nuevas demandas a los agentes de salud mental, se les exigen respuestas más rápidas y más eficaces. Dicha exigencia esta mediatizada, además, por la presencia de las Obras Sociales, Mutuales, entidades de Medicina Prepaga, etc., que dada su política comercial, en su mayoría, no cubren salud mental y si lo hacen, no en su totalidad, lo cual incide en la relación médico - paciente.

Entre los cambios producidos a raíz del pasaje del Estado Benefactor al Estado Mercantil, encontramos que en el primero, las prácticas relacionadas con Salud Mental eran llevadas a cabo tanto en el ámbito de lo público (instituciones manicomiales) como de lo privado; actualmente, sólo se realizan en el ámbito de lo privado, dada la desresponsabilización del Estado en esta función.

El Estado está renunciando cada vez más a su compromiso de garante de la salud, la educación, la cultura y el bienestar social; a consecuencia de esto tampoco está cumpliendo su función de asegurar los principios de justicia social, de igualdad y de equidad.

Más allá de los indicios de desinstitucionalización que se dan a nivel teórico, y a nivel práctico con las nuevas alternativas de abordaje de personas con sufrimiento mental (ya mencionadas en el capítulo V), hay una falta de políticas generales a nivel gubernamental en lo que hace a la Salud Mental.

En principio, si bien es un hecho real la existencia de un presupuesto suficiente destinado a las instituciones psiquiátricas, también es cierto que no existe una buena administración de éste; para ello concurren una diversidad de factores, como intereses encontrados entre algunos agentes de salud mental y por ejemplo la industria farmacológica, y la corrupción existente en algunos puntos específicos de las mencionadas instituciones que no permiten que el presupuesto asignado llegue a su fin.

Asimismo es evidente la existencia de diferentes miradas acerca del funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, de acuerdo al lugar que ocupa quién lo describe. De manera tal que una institución puede aparecer en un informe como organizada de manera óptima, y en otro, elaborado por diferentes agentes

como deficitaria. Esto varía en consonancia con los objetivos dispares que se plantean, así como también, con la profundidad y extensión con que se mire dicha institución.

No obstante esto, lo más importante es el recurso humano que si bien abunda en nuestro país, pues hay muy buenos profesionales y técnicos de diversas especialidades, no siempre son ellos los que acceden a las funciones específicas desde las cuales se pueden producir los cambios.

Pensamos que un factor estructurante fundamental para llevar a cabo los cambios en el modelo de servicios que se presta, consiste en la formación y capacitación del personal de salud mental, que debe estar orientado no sólo al análisis crítico de los modelos psiquiátricos vigentes, sino especialmente a la transformación de conceptos, prácticas, servicios, políticas y legislación en salud mental, y a la construcción de una ideología de trabajo en equipo, transdisciplinario, que haga a una integración del paciente como ser humano y como miembro de una sociedad.

Asimismo, creemos que más importante aún que lo anterior, o dentro de ello, sería la creación de programas de prevención en salud mental, que consideren las tres etapas en las que ésta consiste:

- *Prevención primaria*: en la que se intenta disminuir la frecuencia en el nivel comunitario de los trastornos mentales, utilizando varios tipos de estrategias:
  - Realizar estudios epidemiológicos que proporcionen información relevante acerca de qué factores de riesgo son los más prevalentes en nuestra sociedad, y actuar en consecuencia.
  - Modificar los factores socio-ambientales que atentan contra el normal desarrollo psicológico del individuo o que potencian la aparición de patrones de conducta asociados con la enfermedad.
  - Incrementar los recursos personales de los individuos de los que dependen su vulnerabilidad a la enfermedad.
  - Ayudar a los individuos a superar con éxito tanto las crisis de desarrollo como las accidentales.

- *Prevención Secundaria*: trata de disminuir significativamente el número de personas que padecen trastornos mentales, concentrando esfuerzos en:
  - Desarrollos de técnicas diagnósticas.
  - Puesta a punto de técnicas efectivas de tratamiento para reducir o eliminar la frecuencia, duración o intensidad.
  - Mejorar las instituciones encargadas del cuidado de pacientes.
  - Desarrollo de estrategias apropiadas para la intervención en crisis.
  
- *Prevención terciaria*: procura disminuir el deterioro resultante que ocasionan las enfermedades psíquicas.
  - Minimizar el efecto residual: rehabilitación.

De todo lo anterior se desprende la existencia de una relación dialéctica entre lo social, lo económico y lo político, y las diferentes concepciones acerca de la locura y su consecuente forma de abordaje, que fueron cambiando desde el siglo XV hasta la actualidad en nuestro país.

Es posible observar además, la manera en que las distintas teorizaciones o concepciones, reflejan los cambios sociales y las ideas propugnadas por los modelos o corrientes psiquiátricas precedentes.

En lo que respecta a la legislación que regula en nuestro país todo lo concerniente a las personas con trastornos en su salud mental, si bien hasta hace algunas décadas atrás todas las normativas tenían que ver específicamente con las *prácticas* en psiquiatría, actualmente se enfocan más en torno al respeto por los derechos de los pacientes, a su libertad personal, y consecuentemente a todo aquello que tenga incumbencia con la internación.

Encontramos que en la normativa actual, en principio, se le otorga un papel preponderante al juez, quien debe ser informado acerca de la internación de todo enfermo mental y de su egreso, y quien toma todas las decisiones respecto del mismo. Esto se fundamenta principalmente en el hecho concreto de la vinculación existente entre “enfermedad mental” y “peligrosidad”.

Si bien esto es así, ya que una persona con trastornos en su salud mental puede hacer daño a terceros o incluso a sí mismo, se abre una discusión en lo referente al lugar en el que queda el médico, quien se supone es quien detenta un saber específico en lo que hace a la terapéutica más conveniente para esta persona. Lo mismo sucede en el caso de que la orden de internación sea dada por la autoridad policial.

Asimismo, se deja entrever en esta normativa la impronta autoritaria que caracterizó el funcionamiento de este tipo de instituciones, en el momento en que fue sancionada la ley 22.914, período en que se encontraba el poder en manos de un gobierno *de facto*.

Mas allá de todo esto, es necesario tener en cuenta, que si el objetivo de un tratamiento psicológico o psiquiátrico, siempre tiene como fin último que el paciente recupere su autonomía, que pueda recuperar su capacidad de manejarse por sí mismo, no debe ser sin consecuencias (para cualquier terapéutica, mas allá del marco teórico de fondo), el hecho de que desde el primer momento de internación de un paciente con trastornos mentales, éste pierda todos sus derechos civiles, se lo tilde de "incapaz", y se le asigne un "tutor".

La internación psiquiátrica es un hecho terapéutico o el hecho que posibilita aquél, no debería ser tomada como una privación de la libertad; menos aun actualmente, cuando los intentos se encaminan hacia una reducción de las internaciones y a tratar de evitar el hospitalismo, propugnándose la asistencia mediante otras alternativas ya mencionadas en el presente trabajo.

La protección judicial de los internados es una medida necesaria como forma de amparo, pero se deberían tener ciertas reservas en su aplicación práctica, dadas las contradicciones que se dan en el orden médico, que permiten situaciones de abuso de autoridad.

En última instancia, creemos que el punto clave estaría dado en la ética y la calidad humana de la persona encargada de tomar las decisiones, ya sea un juez, la autoridad policial, un profesional médico, o por qué no, un psicólogo.

Además, es necesario mencionar que del examen de los diversos textos normativos vigentes, así como de algunos proyectos de ley, se infiere que desde diferentes enfoques teóricos, en el marco de variadas situaciones políticas,

económicas y sociales, se promueven intentos serios de canalizar reformas psiquiátricas que tiendan a humanizar el sistema, o al menos intentan la realización de algunos cambios.

Así y todo, si bien los derechos se proclaman a nivel jurídico, estos no se protegen en la práctica concreta. De esta forma se producen simulacros de reformas, pues, por ejemplo, en el caso de pacientes psiquiátricos internados sin su consentimiento, aparece una contradicción entre los derechos que surgen a nivel jurídico (tanto nacional como internacional), y la realidad que convierte al paciente institucionalizado en un sujeto sin derechos.

El siglo XXI demanda una nueva concepción acerca del abordaje de la enfermedad mental frente a los cambios evidenciados; para esto creemos necesario el fortalecimiento de prácticas de desinstitucionalización, que conlleven a la implementación políticas generales a nivel gubernamental, desde las cuales se desprenda un plan nacional que tenga en cuenta las idiosincrasias regionales.

El objetivo principal de este plan debería ser en primer lugar, externar a los pacientes de las instituciones psiquiátricas tradicionales, cuyo funcionamiento ha caducado, para reintegrarlos en la comunidad desarrollando lugares intermedios. Es necesario para esto, cambiar los modelos asistenciales, hacer reformas en la infraestructura, crear mejores condiciones sanitarias y modificar el trato al paciente, reconociéndole sus derechos humanos.

Asimismo, es menester propugnar por una rectificación en el imaginario social, que vehicule un cambio en la ideología estigmatizante del *loco*.

La asistencia debe apuntar a la recuperación de la persona enferma como ser bio-psico-social integrado en un contexto cultural, mediante un abordaje transdisciplinario que le proporcione la mejor terapéutica existente y el respeto debido a la dignidad de todos los seres humanos.

# *BIBLIOGRAFIA*

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Alazragui, Jaime y Pérez Sucunza, Daniel (coordinadores): *Disputas en el campo de la Salud Mental. Prácticas alternativas en el Hospital Psiquiátrico*, La Plata, Ed. Universitaria de La Plata, 1997.
- 2- Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP): "Proyecto de Ley de Salud Mental, para la legislatura del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires". [On Line] [aap.org.ar](http://aap.org.ar) (Consulta: 20 de Enero de 2001).
- 3- Basaglia, Franco: "Entrevista a Franco Basaglia da "L'istituzione negata": Che cos'è oggi la psichiatria" [On Line] [FondazioneFrancoBasagliachecos'elapsichiatria.htm](http://FondazioneFrancoBasagliachecos'elapsichiatria.htm), 1998. (Consulta: 6 de Julio de 2000).
- 4- Basaglia, Franco: *La Institución Negada*, Barcelona, Barral, (1° Ed. 1968), 1970.
- 5- Bauleo, Armando: "Propuesta para sustituir por sistemas de atención en red los neuropsiquiátricos. Demolición física y mental del manicomio". [On Line], [pagina12.com.ar](http://pagina12.com.ar), 22 de Julio de 1999. (Consulta: 6 de Julio de 2000).
- 6- Bermann, Gregorio y Col.: *Las psicoterapias y el psicoterapeuta*, Buenos Aires, Paidós, 1966.
- 7- Bermann, Gregorio: *Nuestra Psiquiatría*, Buenos Aires, Paidós, 1960.
- 8- Bleger, José: *Psicohigiene y Psicología Institucional*, Buenos Aires, Paidós, 1966.

- 9- Bosch, Gonzalo y Ciampi, Lanfranco: "Clasificación de las enfermedades mentales", En: *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría* N° 5, Buenos Aires, Polemos, 1998.
- 10- Bosch, Gonzalo: "El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina", 5 de Abril de 1931, En: *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*, Vol. III, N° 10, Diciembre 1992, Enero - Febrero 1993, Buenos Aires, Polemos, 1993.
- 11- Bosch, Gonzalo: "Los propósitos de la "Liga Argentina de Higiene Mental" 1930", *Revista de la Liga Argentina de Higiene Mental*, Año 1, N° 1, Pág. 7 a 21, En: *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría* N° 10, Buenos Aires, Polemos, 1999.
- 12- Cabred, Domingo: "Discurso inaugural de la Colonia Nacional de Alienados", 21 de Mayo de 1889, En: *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*, Vol. II, N° 3, Marzo - Abril - Mayo de 1991, Buenos Aires, Polemos, 1991.
- 13- Carpintero, Enrique y Vainer, Alejandro: *La historia de la desaparecida Federación Argentina de Psiquiatras, 1959 - 1969*. Trabajo de investigación inédito.
- 14- Cartilla de Prestaciones 2000, del Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario "José Tiburcio Borda" [On Line] [drwebsa.com.ar/borda](http://drwebsa.com.ar/borda) (Consulta: 20 de Enero de 2001).
- 15- Casini, Silvia y Ramírez, Carlota: *Las prácticas alternativas y su inscripción histórico - social*, Material de circulación interna Cátedra de Psicología Preventiva, 1990.
- 16- Ciampi, Lanfranco: "La organización de la enseñanza psiquiátrica en la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario", En: *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría* N° 5, Buenos Aires, Polemos, 1998 .

- 17-Cohen, Hugo y Natella, Graciela: *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*, Buenos Aires, Lugar, 1995.
- 18-Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, [On Line] [buenosaires.gov.ar](http://buenosaires.gov.ar) (Consulta: 19 de Enero de 2001).
- 19-*Constitución de la Nación Argentina*, Buenos Aires, Astrea, (7° Edición), 1997.
- 20-Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), En: *Constitución de la Nación Argentina*, Buenos Aires, Astrea, (7° Edición), 1997.
- 21-Corominas, Joan: *Diccionario Crítico Etimológico de la lengua castellana*, Madrid, Gredos, 1974.
- 22-Corvalán de Mezzano, Alicia: *Institucionalistas trabajando. La psicología institucional en investigación y extensión universitaria*, Buenos Aires, Eudeba, 1998.
- 23-Cuyás, Arturo: *Nuevo Diccionario Cuyás de Appleton*, New Jersey, Prentice - Hall, (5° Edición), 1972.
- 24-Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, En: *Constitución de la Nación Argentina*, Buenos Aires, Astrea, (7° Edición), 1997.
- 25-Declaración Universal de Derechos Humanos, En: *Constitución de la Nación Argentina*, Buenos Aires, Astrea, (7° Edición), 1997.
- 26-Dellacasa, Carlos: "Ecos de las Mercedes. El órgano de la chifladura" En: *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría* N° 4, Buenos Aires, Polemos, 1998.

- 27-Foucault, Michel: *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1990.
- 28-Foucault, Michel: *La vida de los hombres infames*, La Plata, Altamira, 1996.
- 29-Galende, Emiliano: *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- 30-Galende, Emiliano: *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires, Paidós, 1990.
- 31-Gentile, Antonio S.: "La Psiquiatría en Rosario", En: *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría* N° 5, Buenos Aires, Polemos, 1998.
- 32-Goffman, Erving: *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1998.
- 33-Goffman, Erving: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1994.
- 34-Gorriti, Fernando: "Higiene Mental en Argentina (1928)", *Revista La Semana Médica* N° 35, Pág. 1375 a 1382, En: *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría* N° 10, Buenos Aires, Polemos, 1999.
- 35-Grimson, Wilbur R.: *La cura y la locura*, Buenos Aires, Búsqueda, 1983.
- 36-Grimson, Wilbur R.: *Sociedad de Locos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1972.
- 37-Guerrino, Antonio Alberto: *La Psiquiatría Argentina*, Buenos Aires, Cuatro, 1982.

- 38-*Historia del Hospital Psiquiátrico Braulio A. Moyano*, [On Line] [moyano.org.ar](http://moyano.org.ar) (Consulta: 21 de Enero de 2001).
- 39-Ingenieros, José: *La Locura en la Argentina*, En: *Obras Completas*. Vol. XII, Buenos Aires, Rosso, 1937.
- 40-Klappenbach, Hugo: "El Movimiento de la Higiene Mental y los orígenes de la Liga Argentina de Higiene Mental", En: *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría* N° 10, Buenos Aires, Polemos, 1999.
- 41-Klappenbach, Hugo: "Psicología y campo médico, Argentina: años '30", En: *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología*, Año 1 - N° 1/2, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, 1995.
- 42-Lardies González, Julio: "Los Hospitales de Buenos Aires hasta 1900", En: *Revista La Semana Médica*, Buenos Aires, Facultad de Medicina. UBA. 5/08/1980.
- 43-*Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*, [On Line] [buenosaires.gov.ar](http://buenosaires.gov.ar) (Consulta: 26 de Enero de 2001).
- 44-*Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires*, [On Line] [buenosaires.gov.ar](http://buenosaires.gov.ar) (Consulta: 26 de Enero de 2001).
- 45-*Ley 2440/91 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental. Gobierno de la Provincia de Río Negro*.
- 46-Lipovich, Pedro: "Hugo Cohen, conductor de la desmanicomialización en Río Negro. Aprender a soportar la incertidumbre", entrevista a Hugo Cohen, [On Line] [pagina12.com.ar](http://pagina12.com.ar), 29 de Julio de 1999, (Consulta: 7 de Julio de 2000).
- 47-Loudet, Osvaldo, *Qué es la locura?*, Buenos Aires, Columba, 1955.

- 48-Magrini, Liliana y Ganora, Mario: "Informe sobre violaciones graves de los derechos humanos (Tratos y Penas Crueles Inhumanas y Degradantes) a presos y minusválidos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos "Colonia Nacional Montes de Oca" y "Hospital Neuropsiquiátrico Domingo Cabred", 1° de noviembre de 2000, [On Line], *derechos.org*, (Consulta: 19 de febrero de 2001).
- 49-Marchant, Nestor F.: *Experiencias comunitarias en el Hospital Moyano*, Buenos Aires, Ananké, (1° Edición), 2000. [On Line] *moyano.org.ar* (Consulta: 20 de Enero de 2001).
- 50-Martínez Ferretti, José María: "Aportes para la legislación sobre internación de enfermos mentales", [On Line], *aap.org.ar* (Consulta: 25 de Enero de 2001).
- 51-Melía, E., Gargoloff, P. y Cattáneo, A.: "Procedimientos innovadores en la gestión administrativo financiera en el Hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero. Fundamentos, programas y resultados", En: *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*, Vol. X, N° 35, Marzo - Abril - Mayo de 1999, Buenos Aires, Polemos, 1999.
- 52-Naciones Unidas: "Principios y Garantías para la Protección de los enfermos mentales", En: *Revista del Frente de Artistas del Borda*, Buenos Aires, Noviembre de 1997.
- 53-Peluffo, Julio L.: "La obra médica de José Ingenieros", En: *José Ingenieros. Obras Completas*. Tomo I. Buenos Aires, Mar Océano, 1962.
- 54- "Principios y Garantías para la Protección de Enfermos Mentales", En: *Revista del Frente de Artistas del Borda*, Buenos Aires, Noviembre de 1997.
- 55-*Publicación Hospital Interzonal Psiquiátrico "Colonia Dr. Domingo Cabred": Centenario de la Fundación*. 21/05/1999.

- 56-Ramos Mejía, José María: *La locura en la Historia*, En: *Obras Completas*, Vol. VII, Buenos Aires, Científica y literaria argentina, (2° Edición), 1927.
- 57-Saidón, O. y Troianovski, P. (Comp.): *Políticas en Salud Mental*, Buenos Aires, Lugar, (1° Edición), 1994.
- 58-Seminario "Arte, Locura y Sociedad", Clase 4, Frente de Artistas del Borda [On Line] *madres.org*, 27 de Enero de 2000, (Consulta: 17 de Enero de 2001).
- 59-Stagnaro, Juan Carlos: "La salud mental en la provincia de Río Negro". Entrevista a Hugo Cohen y Graciela Natella, En: *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*, Vol. II, N° 3, Marzo - Abril - Mayo 1991, Buenos Aires, Polemos, 1991.
- 60-Stagnaro, Juan Carlos: "Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la Psiquiatría en Argentina", En: *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría* N° 1, Buenos Aires, Polemos, 1997.
- 61-Vezzetti, Hugo: "Domingo Cabred y el Asilo de puertas abiertas", En: *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*, Vol II, N° 3, Marzo - Abril - Mayo 1991, Buenos Aires, Polemos, 1991.
- 62-Vezzetti, Hugo: *La locura en la Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 1985.
- 63-Weissmann, Patricia: *Cuarenta y cinco años de psiquiatría argentina desde las páginas de ACTA*, Mar del Plata, Departamento de Servicios Gráficos de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Septiembre de 1999.
- 64-Wilhelm, Fernando: "Río Negro: experiencia inédita con enfermos mentales. Cinco años sin manicomios", [On Line], Viedma, 23 de Marzo de 1998, *ClarínDigital.com.ar*, (Consulta: 7 de Julio de 2000).