



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Facultad de Trabajo Social Licenciatura en Trabajo Social **Cátedra Medicina Social**

“Discursos y prácticas en Salud Mental”

Profesora: Lic. Laura Otero

Alumnas:

Natalia Maciel natitam@yahoo.com.ar

Luciana Martínez lucianapetit.75@hotmail.com

Marta Marenghi martaygus@hotmail.com

Resumen: En el presente trabajo intentamos dar cuenta de la evolución socio-histórica en el abordaje del tratamiento de la salud mental, viejas y nuevas representaciones sociales, en un recorrido que a su vez analizamos a partir de las actuales perspectivas que sobre ella se expresan, mencionando además el apuntalamiento que puede realizarse desde la disciplina de Trabajo Social, en el proceso de resignificación de las terapias alternativas al encierro de las personas con capacidades diferentes.

Año 2011

INTRODUCCIÓN

« ¿Qué es un hombre rebelde? Un hombre que dice no. Pero negar no es renunciar: es también un hombre que dice sí desde su primer movimiento. (...) El rebelde (es decir, el que se vuelve o revuelve contra algo)... opone lo que es preferible a lo que no lo es.»

Albert Camus - *El hombre rebelde*.

A partir del advenimiento de la Modernidad y hasta nuestros días, bastante se ha discutido tanto en relación al objeto como al abordaje de la salud mental. Sin embargo creemos necesario dejar en claro que el objeto de la salud mental no es natural sino que es un objeto que fue construido en relación a bases sociales hegemónicas de una época y que se ha ido transformando y también complejizando hasta nuestros días

Diferentes concepciones sociales, éticas, políticas, situadas en un contexto histórico particular, posicionaron un abordaje específico sobre el tratamiento de la locura, que va desde el nacimiento de la psiquiatría hasta las propuestas de reformulación en el abordaje de la enfermedad mental efectuadas por el movimiento antipsiquiátrico.

Desde estas bases intentaremos realizar un análisis sobre los principales movimientos en salud mental a nivel internacional que se desarrollaron desde la emergencia de la psiquiatría en la Modernidad hasta nuestros días, teniendo en cuenta cómo dichos movimientos fueron emergiendo a partir de continuidades y rupturas, en que la salud en general se fue construyendo según el proceso histórico y socio político de cada comunidad o sociedad en particular.

Incorporamos a este recorrido histórico algunas apreciaciones que, desde el Trabajo Social, sustentan la intervención profesional en la cuestión de la salud mental.

DESARROLLO

“La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar, aquello que deba ser cambiado y permita crear condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad”.

Floreal Ferrara (1984:2)

En función de esta cita, consideramos a la salud-enfermedad como un proceso socio histórico, dado por procesos particulares, que son al mismo tiempo sociales y biológicos que, como dice Ferrara, “la salud y la enfermedad representan variaciones de un mismo proceso de relación entre un ser determinado y los estímulos del medio que lo rodea” (en Weinstein;1988:38)

Como afirma Menéndez, el contexto socio histórico determina no solo formas diversas de comprender a la salud-enfermedad, sino también distintas maneras de atención.

Las enfermedades mentales, encarnadas en la cotidianeidad en la figura del “loco” tuvieron diferentes connotaciones a lo largo de la historia.

A su tiempo, Watts introduce el concepto de enfermedad como constructo para explicar que a lo largo de la historia se crearon diferentes respuestas de qué hacer con una determinada enfermedad, creando un tratamiento específico, justificado en el poder de la medicina científica que pregonaba universalidad y neutralidad. Esta mirada hegemónica tendrá un posicionamiento político determinado por las clases dominantes portadoras de los medios de producción que establecía la enfermedad y su tratamiento a favor de sus intereses concretos. (2000)

Hasta el siglo XVIII, la locura no tuvo un tratamiento médico específico, y las explicaciones que se le adjudicaban a esta “desviación” eran fundamentalmente de origen religioso o místico. Todas las enfermedades eran concebidas como advertencias Divinas y el pecado era la causa principal del mal que se sufría. También recibían el nombre de *miasmas*, algo así como hedores imperceptibles en el ambiente que provocaban estas enfermedades. (Achard; 1980; 36)

En su “Historia de la locura en la época clásica”, M. Foucault sostiene que las presiones que la sociedad ejerce sobre los sujetos son las que producen la alienación que, luego, los conduce a la reclusión y al abandono.

El loco no era diferenciado de una prostituta, un leproso o un delincuente; todos eran homogeneizados y recludos en espacios asilares administrados por instituciones religiosas.

Coincidimos con Paulo Amarante cuando afirma:

“El encierro no posee durante este período, connotación de medicalización. La mirada del

loco no es, por lo tanto, diferenciadora de otras categorías marginales, pero el criterio que marca la exclusión está referido a la figura de la des-razón”.

Con la emergencia de la Modernidad, apoyada en la certeza de la ciencia como fundamento de la razón del hombre, la locura deja de tener una fundamentación mística o religiosa, para insertarse en el campo de la medicina enmarcado en la psiquiatría. Desde aquí la locura es tomada en términos científicos y objetivos como una enfermedad, basándose en que el sujeto ha perdido la razón. No debemos olvidar que para el Iluminismo la razón sería la fuente del progreso absoluto.

Como señala Galende “El gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con legitimación de la Iglesia, a un tratamiento obligatorio de los enfermos; la vida de los asilos se tiñó en sus rituales cotidianos del mito del tratamiento, ya que se está en esos lugares para ello. (...) Si el hospital general era una institución policial-religiosa, el asilo era la gran figura institucional de la psiquiatría” (Galende: 1990: 134)

Se entiende entonces, que se trataba de restituir en el individuo su razón a partir del tratamiento moral, tomado éste como primer paso de la psiquiatría, y que consistía especialmente en el aislamiento.

Nace así la psiquiatría clásica enmarcada en el alienismo apoyando su tratamiento en la reclusión asilar y el tratamiento moral.

Uno de los exponentes a nivel mundial del Alienismo fue Pinel, que postulaba la enfermedad mental como producto de una desviación moral por parte del individuo.

De allí que *“Las bases del “tratamiento moral” son las nociones expresadas en el Tratado Médico Filosófico sobre la Alienación Mental de Pinel, donde se parte del principio de que los locos son desprovistos de razón y de que el tratamiento debe encaminarse en el sentido de una recuperación de la razón perdida. Los métodos utilizados implican el establecimiento de una orden constante e invariable” a la cual los alienados precisan someterse, garantizada por un centro de autoridad que decide sobre todo”.* (Rinaldi; 1998:2)

A partir de la revolución francesa, se consolida el estado como forma de organización social, en el que el manicomio resulta el lugar específico para la internación y tratamiento del “enfermo mental”, es decir, fue una decisión política, para atender un problema social. Como señala Saidón *“...el manicomio es la estrategia social para hacer controlable, regulable, la locura o el desecho, el muro que restablece un exterior libre de ellos, limpio, razonable”.* (1994: 68)

El fundamento de la modernidad se basa en la ciencia y la razón, siendo *el loco* el que pone en peligro la sociedad naciente que se está constituyendo, y desde la psiquiatría -ahora con status dentro de la ciencia médica- se legitima políticamente así el encierro.

Se asienta la psiquiatría clásica, enmarcada en el modelo alienista, con un carácter des-

subjetivante para todos sus actores; tanto para quien padecía “la enfermedad mental”, como para el médico. En este modelo clásico, el médico psiquiatra fue un instrumento de la red institucional en la que estaba inmerso, a la cual representaba y en la cual actuaba rodeado de una imagen de racionalidad científica, teniendo indefectiblemente que llevar a cabo este modelo moral, sin cuestionamientos ni modificaciones.

La relación asimétrica en este modelo es evidente: el médico decide e impone en base a la autoridad que le presta su cientificidad enmarcada en la medicina y el enfermo se somete, resistiendo por momentos y a la vez tomando conciencia de sujeción y aceptación de la autoridad médica.

En 1838 el modelo hegemónico introducido por Pinel en base a su tratamiento moral, es criticado por Esquirol -su discípulo- quien trató de establecer una normativa que instaure y regule el cuidado de los enfermos mentales, lo que logró eficazmente pues a partir de 1838 los sujetos con padecimientos mentales fueron acuñados bajo la legislación precisa de la “Ley Esquirol”.

P. Sivadon dice acerca de esta ley: *“(...) Es así que esta ley prevé la creación, sobre el plano departamental, de asilos para los alienados; ella fija también las condiciones de internación (certificados médicos de alienación) y las garantías concernientes a la libertad individual, prevé la situación del internado (suspensión de derechos ciudadanos), organiza la protección de sus bienes (inhibición para la administración de bienes propios o ajenos), y fija las reglas concernientes a los gastos del servicio de los alienados”.* (Galende y Kraut, 2006:43).

La emergencia de esta ley fue determinante en relación al poder otorgado al médico psiquiatra, dado que cumplía una doble función de juez y policía, sirviendo esto de dispositivo completo y ordenado para organizar el imaginario social sobre el loco. Como señala Foucault *“(...) Si el loco en su existencia pre - moderna había sido objeto de expulsión de la ciudad, o excomunión del mundo religioso, y en alguna medida también del mundo del conocimiento, la psiquiatría lo hace ingresar al ámbito de la ciencia al precio de despojarlo de su condición de sujeto de derecho y de convertirlo en objeto para el conocimiento.”* (Galende y Kraut, 2006:48).

Hacia a la Reforma Institucional: nuevos paradigmas en el abordaje de la Salud Mental

Los antecedentes que impulsan el quiebre con el viejo modelo asilar se expresan a partir de 1910 con el movimiento llevado a cabo por Clifford Beer que se autodenominó de Higiene Mental. Se trataba de un movimiento social que denunciaba el trato inhumano que los enfermos mentales alojados en los espacios asilares padecían. Este movimiento se basaba, por un lado en el énfasis en la prevención y por otra parte en la búsqueda de alternativas de

atención en instituciones abiertas.

Sin embargo con la finalización de la Segunda Guerra, se agudizó un estado de concientización general a nivel mundial sobre la preservación de los derechos del hombre, surgiendo así nuevos posicionamientos en Salud Mental, a modo de contrarrestar la enfermedad como *peligro* descrita por Berlinguer, quien afirma que la medicina en este caso es punitiva en lugar de curativa. (1994: 78). O como plantea Touzé (2006: 23) “la medicalización de la anormalidad tiene como consecuencia la expansión de la jurisdicción de la medicina, asociada a un crecimiento de la industria farmacéutica, individualización de las dificultades humanas y minimización de su naturaleza social.”

Después de la Segunda Guerra Mundial, la liberalización generalizada de la institución psiquiátrica dio origen a numerosos movimientos de impugnación del asilo, desde la experiencia de las comunidades terapéuticas realizadas por el psiquiatra anglo-norteamericano Maxwell Jones (1907-1990), en las que se experimentó con nuevas relaciones jerárquicas entre el personal de atención y los enfermos, hasta la antipsiquiatría.

Comunidad Terapéutica

Nos jactamos de democráticos, promotores de autonomía, impulsamos la igualdad y también la libertad individual entonces, ¿cómo es que continuamos -a la sazón- sosteniendo instituciones peores que los campos de concentración? ¿Se podrá sentar un real progreso de la humanidad sobre las bases de este sistema retrógrado des-subjetivante? A nuestro parecer estos son los ejes que pone en tensión el nuevo movimiento psiquiátrico enmarcado en la denominación de “comunidad terapéutica”.

Era evidente que para la reparación integral de todas las Naciones se necesitaban hombres fuertes, de rapidez integral; tanto su mente como su cuerpo debían ser óptimos para servir a su pueblo, a su nación, que se encontraba en plenas vías de desarrollo.

En este contexto la comunidad terapéutica se sitúa como la mejor “opción” ante los reiterados fracasos de la psiquiatría clásica y la emergencia de hacer “racionalmente” útil a este hombre inerte, que en ese momento, era de vital importancia para la continuación del modelo ideológico vigente .

Si la modernidad y el progreso del hombre sientan las bases sobre el crecimiento de la razón, basado en el trabajo como creación y se funda en las relaciones colectivas democráticas... ¿No es posible pensar que el espacio asilar podría desarrollarse en estas condiciones? Pregonando al trabajo como fuente de restitución de la normalidad, Hernan Simmon se inserta como innovador con su postura democrática y hasta por momentos seductora para el modelo hegemónico vigente.

A partir de este momento se postulará un nuevo tratamiento para salud mental, teniendo

sus principales fundamentos en la restitución de derechos, estableciendo su éxito en un desarrollo integral de relaciones democráticas para todos los actores y, como dice Marisa Barrios (2004; 111), “pensarla justamente en el plano de las diferencias existentes en la trayectoria de un sujeto en su padecimiento”.

Este movimiento plantea, situándose en estudios sociológicos, que bajo estas condiciones, puede mejorarse notablemente la calidad de vida del sujeto con padecimiento mental, en tanto que este deslizamiento conllevará en un aumento del fortalecimiento de la institución mental.

Solo motivaciones de orden políticas -o de mercado, dada la creciente industria médica y farmacológica, como refiere el Dr. Escudero (2008;) frenan este modelo, ya que hoy en día están dadas las condiciones para crear un ambiente propicio para un crecimiento del paciente en torno al desarrollo de lazos efectivos con su comunidad de pertenencia.

Maxwel Jones se posicionó como el principal exponente de la comunidad terapéutica desarrollando propuestas innovadoras en el campo de la Salud Mental.

Ideas como adaptación singular de capacidades en relación a la necesidad de cada individuo, democratización de espacios colectivos, actividades recreativas y escucha abierta, se encuentran en esta propuesta que plantea salvaguardar los derechos humanos del hombre ejerciendo a la vez nuevas políticas para la salud mental tendiente a la recuperación de la subjetividad de los hombres.

Es importante remarcar que este movimiento abre una verdadera reforma en términos de Salud Mental, pero no se evidencian signos de ruptura con estas viejas prácticas en las que la exclusión del sujeto conlleva la sumisión al especialista, significando la intrusión del orden social en el cuerpo. “...la medicina como ciencia, (...) tiene justamente por objeto reprimir y negar la función del sujeto en su cuerpo, a fin de hacer reinar un cierto orden -determinado históricamente- sobre el cuerpo y los sujetos.” (Achard; 1980:25)

Psicoterapia Institucional

En Francia la *psicoterapia institucional* tuvo un desarrollo particular, en cuanto tomó impulso en 1940 en el núcleo de la resistencia antinazi, y por lo tanto de un compromiso político para el cual el tratamiento de la locura estaba asociado con una lucha contra la barbarie y la tiranía. En mitad de la guerra, la esperanza de una liberación próxima llevó al equipo del hospital psiquiátrico de Saint-Alban, Francia, a reflexionar sobre los principios de una *psiquiatría comunitaria* que permitiera transformar las relaciones entre el personal de atención y los alienados en el sentido de una mayor apertura al mundo de la locura. Así se concibió la **psicoterapia institucional** francesa: Georges Daumezon le dio este nombre diez años más tarde. Por su anclaje en la psiquiatría dinámica, y su rechazo al asilo

petrificado, participó de ese gran movimiento de higiene mental generado a principios de siglo por la integración de la clínica psiquiátrica al psicoanálisis. Inspiró numerosas experiencias en el país, en particular la de la *psiquiatría de sector*, y después la *de la clínica de La Borde*, en Cour-Cheverny, a partir de 1953, donde alrededor de Jean Oury y Félix Guattari se elaboró un enfoque a la vez lacaniano y libertario de la locura.

En este sentido, Manero Brito alude a la Psicoterapia Institucional como un movimiento de análisis y cuestionamiento de la institución psiquiátrica, el que se dividió en dos corrientes: una psicoanalítica y una sociológica, que a su vez pasó por tres fases: la primera de cambiar la relación médico-paciente, la segunda de socialización mediante el grupo (club terapéutico) y la tercera psicoanalítica. (1990: 123)

Siguiendo a este autor, a su vez la Psicoterapia Institucional es uno de los tres terrenos profesionales del Análisis Institucional, junto a la Pedagogía institucional y el Socioanálisis. En correlación a la Psicoterapia Institucional, aparece el movimiento de la Pedagogía Institucional, en el que se abordaba la problemática de los niños desadaptados o “débiles mentales”. (1990:123)

Los practicantes de este movimiento encontraban tres puntos comunes de abordaje: la institución escolar como objeto de análisis, una regulación de funcionamiento más democrática en la relación maestro-alumno y un análisis colectivo de la institución escolar a partir de relaciones no directivas entre maestros y alumnos.

Respecto del Socioanálisis, se sitúa en la prolongación de la Psicoterapia y la Psicopedagogía Institucionales, que se ocupaba del análisis de los grupos pero desde el ámbito micro-social, pero lo más importante de este movimiento, es la Crítica de la Razón Dialéctica de Sartre y la experiencia del movimiento estudiantil del mayo francés del '68, base de este método de intervención en lo social. (Manero Brito, 1990:125 a 127)

La psiquiatría de sector y la psiquiatría comunitaria

La denominada psiquiatría de sector tiene su origen en Francia, durante la segunda posguerra.

Se trató de un movimiento que tomó las ideas de Lucien Bonnafé, y que pretendía “*hacer desempeñar a la psiquiatría una vocación terapéutica, lo cual [...] no se consigue en el interior de una estructura asilar alienante*”. (Amarante; 2006; 33)

La psiquiatría de sector procuraba evitar el aislamiento de los pacientes, y lograr que el tratamiento se llevara adelante en el marco de la comunidad de la cuál éstos provinieran. Teniendo en cuenta estas ideas, se entiende el motivo por el cual el pasaje por el hospital psiquiátrico se consideraba “*una etapa transitoria del tratamiento*”. (Amarante; 2006; 33) Al respecto, una de las críticas que esta modalidad de tratamiento recibió fue la de sectores conservadores, que se resistían a una “*posible invasión de las calles por los*

locos.” (Amarante; 2006; 3)

Es a partir de los años 60' que estas propuestas de la psiquiatría de sector, comienzan a convertirse en parte de la política oficial en relación a los 'enfermos mentales'. Y coincidimos con Amarante en la necesidad de destacar que para el estado francés era de interés ésta política en la medida en que afectaba a los costos de mantenimiento de los manicomios, si se tiene en cuenta sobre todo, el contexto de posguerra.

Por otra parte, la posguerra puso de relieve una serie de problemáticas vinculadas a la salud mental, que incrementaron las *“demandas al saber psiquiátrico, [el cual] amplía sus funciones de control social y normatización, presentándose como hábil y eficaz instrumento de control de las grandes poblaciones”*. (Amarante; 2006; 35)

Siguiendo la misma lógica, relacionada por una parte, con los costos que implicaba al estado el aumento de personas con 'enfermedades mentales', y por otra, con la guerra de Vietnam, el aumento en el consumo de drogas, y otras problemáticas que requerían de mecanismo de control urgentes; a partir de la década del 60', se origina en los EEUU, la llamada psiquiatría preventiva (o comunitaria).

Uno de sus objetivos, era reducir el número de casos de personas con 'enfermedades mentales' en las comunidades, de allí en parte su denominación. Conocido también como preventivismo, esta concepción y tratamiento de los padecimientos mentales de los sujetos, no sólo afectó las prácticas del sector salud mental en los EEUU, sino que también influyó en los países del tercer mundo, y en organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud.

El preventivismo *“viene a producir un imaginario de salvación no sólo para los problemas y precariedad de la asistencia psiquiátrica del país sino para los propios problemas norteamericanos”*. (Amarante; 2006; 36). Para Czeresnia el término prevenir tiene como significado reparar, llegar antes, de manera que evite un daño o mal, impedir que se realice. La prevención en salud exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia a fin de hacer improbable la exposición posterior de la enfermedad, reduciendo su incidencia y predominando en las poblaciones.

Nuevamente, tal como señalamos en el apartado referido a los orígenes de la psiquiatría en Francia, la locura y su tratamiento desde el campo de la ciencia médica, tiene un fuerte contenido moral, aún casi dos siglos más tarde. Esto se observa en el siguiente párrafo: *“considerando que los enfermos solamente buscan el servicio de salud [cuando están enfermos], es preciso salir a las calles, entrar en las casas, penetrar en los guetos para conocer los hábitos, identificar los vicios y mapear a aquellos que por sus vidas desarregladas, por sus ancestros, por sus constitucionalidades, vengán a ser ‘sospechosos’”*. (Amarante; 2006; 36). Esta imagen se vincula al rol asignado durante el higienismo al Trabajador Social, a partir de su saber-hacer profesional, con un carácter

auxiliar de la medicina que le otorgó un perfil científico a la intervención profesional y a la vez, significó un abordaje a priori sobre el objeto, cobrando mayor sentido las prácticas sustentadas en tipologías. (Basta; s/f: 3)

A partir de la idea de que las enfermedades mentales eran posibles de ser detectadas y prevenidas, y en función de una concepción de enfermedad asimilada a la idea de disturbio emocional, se esperaba erradicar los males de la sociedad.

Por lo tanto, la prevención era la herramienta para evitar el desvío y la marginalidad (que se asociaban a los disturbios emocionales), de sujetos o segmentos de la población, no “adaptados” a las reglas sociales.

Por último, al igual que la psiquiatría de sector, la psiquiatría preventiva proponía alternativas a la hospitalización de los sujetos, pero en este caso, lo que sucedió fue que los mecanismos para captar “sospechosos” de disturbios mentales, fueron eficaces, e hicieron ingresar al sistema “nuevos contingentes de clientes”, que “invisibilizaron” la permanencia de los pacientes crónicos ya internados en los hospitales psiquiátricos; de manera que “el modelo asilar es retro-alimentado por el circuito preventivista”. (Amarante; 2006; 42)

La reforma italiana

“La psiquiatría siempre colocó al hombre entre paréntesis y se preocupó por la enfermedad; es hora de colocar la enfermedad entre paréntesis y preocuparnos por el hombre”

Franco Basaglia

En el 1978, fue sancionada en Italia, la Ley 180 de Reforma Psiquiátrica. La misma, otorgó un marco legal a prácticas innovadoras respecto al tratamiento de las personas con padecimiento mental, implementando el denominado proceso de desinstitucionalización.

La ley 180 prohibió la construcción de manicomios nuevos, y prohibió la internación de personas en los ya existentes. Esto obligó al Estado, a llevar adelante un proceso gradual de externación de pacientes que concluyó en el vaciamiento de las estructuras manicomiales, para lo cual se crearon ‘servicios territoriales en la comunidad’.

Una de las formas que adoptó esta nueva estructura, fue el de ‘enfermerías psiquiátricas’ dentro de los diferentes hospitales generales. Al respecto, la ley de reforma, establecía un límite en el número de camas, a fin de intentar evitar reproducir la misma situación dada en el manicomio, pero dentro de un espacio un poco más reducido.

De todas formas, lo que interesa destacar al respecto es que la desinstitucionalización de los pacientes y la no repetición de prácticas que se pretendieron desterrar, excede el cierre de los hospitales psiquiátricos. “Debemos entender aquí que la desinstitucionalización no es idéntica a la simple apertura de las puertas del manicomio. La lucha que se desenvuelve es

contra la 'institución manicomial' o un 'manicomialismo' [...] es contra una lógica interna de la institución que tiende a su propia auto-reproducción, anulando actores, en cuanto sujetos de transformación.” (Kinoshita: 1998; 5)

Por otra parte, una de las rupturas importantes en relación con otros movimientos en el campo de la salud mental, radica en la eliminación del “estatuto de peligrosidad del enfermo mental”. El ciudadano que sufriera algún padecimiento mental, es considerado desde este paradigma, un sujeto de derecho, pero fundamentalmente, un sujeto con capacidad plena para el ejercicio de tales derechos. “La eliminación del estatuto de peligrosidad social del enfermo mental va a producir una fractura conceptual en la base constitutiva de la propia psiquiatría, o sea, devela la ‘contradicción psiquiátrica’ [...] La contradicción que vivenciamos en nuestro cotidiano entre un tratamiento y la custodia, entre un mandato social de contención y control y la demanda de aquellos que tienen un sufrimiento psíquico.” (Kinoshita: 1998; 3)

Franco Basaglia, denominaba al manicomio (al igual que a otras instituciones de encierro como la cárcel), como institución de la violencia, por tratarse de una institución que no responde a los fines para los cuales ‘se dice’ fue creada. Es decir, el manicomio no actúa a favor de la rehabilitación de los enfermos, sino que, como señalábamos al principio de este trabajo, se encarga de ‘proteger a la sociedad del enfermo mental’.

Basaglia se refería a las características del tratamiento manicomial, en términos de curación y custodia, como parte de una contradicción. La curación implica “afán, disponibilidad, ser-para, [pero el manicomio] no está en condiciones para responder a este cuidado, a este afán, a ésta disponibilidad hacia el otro [Y a la vez], el psiquiatra debe custodiar a los enfermos, de los excesos a que puede inducirle la locura” (Basaglia: 1978; 19) Como siempre, la preocupación por los excesos, es una preocupación centrada en la idea de peligrosidad del enfermo.

“Y bien, si hasta ahora el psiquiatra eligió entre los términos de la contradicción curación-custodia, hoy, decimos, nosotros elegimos el término curación” (Basaglia: 1978; 21), pero como enuncia Fabiana Mendoza en nuestro país, hay dos grandes dificultades para ello: “...la ausencia de una política sanitaria articulada en sus tres niveles de atención (...) la organización y estructuración de la política de salud pública que posicione a la salud mental en términos de especialidad, separada de los otros dispositivos de la atención de la salud general”, ya que el primer y segundo nivel se tornan en derivadores de pacientes hacia la institución especializada. (2003; 1),

Coincidimos con Wenstein cuando afirma que la salud “se puede definir como conjunto de *capacidades biopsicosociales* de un individuo o un colectivo” pero que, a quien sufre de un padecimiento mental, si se lo institucionaliza, se le impide el desarrollo de otras capacidades que hacen a su propio proyecto emancipatorio. “La salud-derecho, proyecto liberador- debe

absorber la capacidad de realización multidimensional del hombre, que solo florecerá en una sociedad liberada, sin estructuras de explotación - represión.” (1998: 46-49)

El trabajo social y su vinculación con la salud mental

Los antecedentes del trabajo social se remontan a las acciones de beneficencia implementadas en Inglaterra. Devenida la revolución industrial, hubo un aumento de las manifestaciones de la cuestión social, esta producida a su vez por procesos de pauperización ocasionados por dicha revolución, lo cual demandó mayor tecnificación de la ayuda social que brindaban las instituciones privadas ante la ineficacia que presentaban las prácticas caritativas.

La actividad filantrópica se convierte en la respuesta política durante el siglo XIX para enfrentar a la cuestión social del momento.

Luego, es en Estados Unidos que se institucionaliza la profesión a principios del siglo XX como una profesión subordinada a la medicina. Mary Richmond es la primera en sistematizar un método de intervención en la profesión: es el **estudio del caso social individual**, a través del diseño de una metodología que permitía establecer las diferentes etapas: estudio, diagnóstico y tratamiento. De esta manera, dado que sus experiencias se desarrollaron junto a médicos psiquiatras, se evidencia la apropiación que realiza del modo de atención de los médicos y psiquiatras como modalidad de intervención del trabajo social en el abordaje de los casos.

El aporte del trabajo social aquí, fue fundamental para la elaboración del diagnóstico real, debido a que es de suma importancia realizar una encuesta social para su tratamiento. De todas maneras el trabajo social, siempre estuvo subordinado al saber médico y conocimiento psiquiátrico. La tarea del trabajo social en este momento, era la de adaptar al sujeto al medio -premisa del positivismo imperante de la época- y lo hacía colaborando para mejorar las condiciones de vida de los sectores mas pobres.

Luego, mediados de la década del 60, llegaría el movimiento de Reconceptualización, el cual significó un proceso de continuidades y rupturas en la formación y en la práctica profesional. El trabajo social se enlaza en la incorporación del saber científico de otras disciplinas en un intento para fundamentar, en términos teóricos, su intervención asignada y asumida históricamente.

En lo que respecta a su intervención en el campo de la salud mental, el trabajo social se encargaría de actuar como agente socializador.

Esta influencia de la psicología americana, no solo permitió un tratamiento individual de los conflictos y problemas de las personas que padecen trastornos mentales, sino que también

instauró la construcción de un perfil profesional orientado a lo socio-terapéutico, vigente hasta el día de hoy.

CONCLUSIÓN

Luego de este recorrido por distintos movimientos en el campo de la salud mental, desde el nacimiento de la psiquiatría hasta nuestros días, podemos afirmar que la salud mental es una construcción tan social como histórica, que varía su abordaje acorde se van sucediendo los modos de producción y reproducción de la vida cotidiana, en los que la salud en general forma parte de esa misma estructura política-económica-social de esa y solo esa sociedad en particular.

Entendemos la importancia y valoramos las luchas de aquellos que apostaron y apuestan a un futuro mejor para las personas con padecimiento mental, y nos pronunciamos a favor de la desmanicomialización, pues creemos que es la forma de reconocerlos como sujetos de derecho, preparados para desarrollar otras capacidades que le permitan desenvolverse por sí solos o aún en colaboración con otros, dejando de sentirse estigmatizados por quienes los siguen viendo como “peligrosos”.

Consideramos que la desmanicomialización, es un proceso que involucra a la comunidad en general, a la clase política, a los trabajadores del campo de la salud, en particular a los médicos psiquiatras, pero fundamentalmente a los propios sujetos padecientes que adquieren centralidad no sólo porque en torno a sus padecimientos se desarrollan las prácticas, sino también porque entendemos que su palabra debe ser tenida en cuenta al momento de definir políticas en el sector, en términos de efectiva participación.

Teniendo en cuenta los postulados anteriores es importante destacar que en el año 2010 fue sancionada la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, cuya base se sostiene en el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimientos mentales. Sin embargo, no solo debemos contentarnos con el logro de la sanción de leyes que garanticen un enfoque integral de la salud basado en la perspectiva de derechos, sino que también debemos poner en marcha todas las estrategias necesarias para materializar esta realidad, crear dispositivos acordes a lo que promueve esta ley, pero no olvidando que esta normativa es atravesada por una realidad política – y mercantilizada de la salud- que promueve pero que a su vez nos limita, sin olvidar incluso, la representación social de la imagen que se le ha atribuido a estas personas desde el principio de la historia, las cuales serán difíciles de modificar, pero esperamos que no imposible.

Actualmente en Argentina, pueden mencionarse experiencias que apuestan a la desinstitucionalización del enfermo; un ejemplo claro se materializa en la provincia de Río

Negro, en El Bolsón, que bajo el marco de la Ley Provincial N° 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental”, encuadra a los clásicos establecimientos de salud mentales como de carácter ilegal y promueve la reinserción a la comunidad del sujeto con estos padecimientos.

En el 2005 los servicios de salud mental del Bolsón estaban conformados por un equipo de psicólogos, trabajadores de la salud mental, psiquiatras, trabajando de manera interdisciplinaria con las familias, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, etcétera, con el principal objetivo de reintegrar a los usuarios a la comunidad. (Cohen: 1994).

Sin embargo este modelo como muchos otros desarrollados en nuestro país, es condicionado por estructuras que presentan limitaciones de tipo presupuestal, pero también se incluyen otros motivos como la resistencia de la propia comunidad a integrar a los sujetos con padecimientos mentales, la resistencia de profesionales que en reiteradas ocasiones no generan un espacio propicio que involucre a los actores con padecimientos mentales, en la toma conjunta de decisiones sobre su propio tratamiento. Es decir en una realidad teórica la escucha de la voz de los sujetos con padecimientos mentales es priorizada, pero en la práctica muchas veces los resabios de las viejas estructuras manicomiales emergen con una fragilidad casi imperceptible.

Teniendo en cuenta todos estos condicionantes nuestro desafío se centra en poder reflexionar sobre las prácticas en el ámbito de la salud mental como profesionales de Trabajo Social, puesto que, como ya señalamos, el cierre de los manicomios no garantiza en sí un cambio en las intervenciones de los trabajadores de la salud mental.

Se trata, como afirman Serra y Schmuck, de entender que *“lo manicomial no está delimitado por lugares y espacios físicos, sino que es la expresión de aquellas lógicas implícitas en diversas prácticas [...] que contribuyen a la medicalización, el silenciamiento y a la exclusión social...”* (Serra; 2008:10-11)

BIBLIOGRAFÍA

ACHARD, Pierre (compilador). Discurso biológico y orden social. Cap 1. "Biología y gestión de los cuerpos" de Chauvenet. A. Nueva Imagen México. México. 1980

AMARANTE, Paulo. Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Ed. Madres de Plaza de Mayo, 2006. Bs. As.

BARRIOS, Marisa. Intervención profesional: Legitimidades en debate. "Las prácticas en salud mental ante nuevos desafíos. Cómo pensarnos en la reconstrucción del tejido social". Editorial Espacio. 2004

BASAGLIA, Franco. Razón, Locura y sociedad. Cap. "La institución psiquiátrica de la violencia". Edit. SXXI. 1997.

_____. La institucionalización psiquiátrica de la violencia. En: Razón, locura y sociedad. Siglo XXI Editores. 1° edición en español 1978.

Material disponible en: <http://books.google.com.ar> consultado el 26 Septiembre de 2011

BASTA, Roxana. Procesos de institucionalización y profesionalización del Trabajo Social, aportes desde un análisis histórico-crítico. Universidad Nacional de Luján. S/D.

BERLINGUER, Giovanni. "La enfermedad". Cap 1 a 6. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1994

COHEN, Hugo: "El proceso de desmanicomialización en Rio Negro", en Políticas en Salud. Mental. Cohen, Saidon, Stolkiner y otro. Lugar Editorial. Bs. As. 1994.

CZERESNIA, Dina. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En: "Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias." CzeresniaD y Machado de Freitas C. Compiladores. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2006.

ESCUADERO, José C. "Políticas sociales y de salud ante las actuales crisis." En: La Inter-hospitalaria N 30. Buenos Aires. Junio 2008.

FERRARA, Floreal: Teoría social y salud. Cap 1. Ed. Catálogos. Bs. As. 1984.

GALENDE, Emiliano: Psicoanálisis y Salud Mental. Cap III. Ed. Paidós. Bs. As. 1997.

KINOSHITA, Roberto. Una experiencia pionera: la reforma psiquiátrica italiana. En: Saude mental y ciudadanía. Plenario de trabajadores de salud. San Pablo. 1998.

MANERO BRITO, Roberto: Introducción al análisis institucional, Rev. Tramas Nº 1 UAM-1990.

MENDOZA, Fabiana. "La modalidad de atención en salud mental: aproximación analítica desde la intervención del Trabajo Social". UNLP. Escuela Superior de Trabajo Social.S/D.

MENÉNDEZ, Eduardo. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? En Revista Alteridades. 1994.

SAIDÓN, STOLKINER Y Otros. Políticas en salud mental. Lugar Editorial. Bs. As. 1994.

SCHMUCK, M. y SERRA, F. Sustitución de lógicas manicomiales: de las perplejidades a los desafíos. Jornadas de residentes de salud mental. Facultad de Medicina. La Plata. 2008

TOUZÉ, Graciela. Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Cap 1 "Entre la cura y el control". Intercambios. Buenos Aires. 2006.

WATTS, Sheldon. Introducción (pp.13-20 y 373-376). En: "Epidemia y Poder". Editorial Andrés Bello. Barcelona. 2000.

WEINSTEIN, Luis. Salud y autogestión. Cap. 1 "El concepto de salud". Editorial Nordan. Montevideo. 1988.

<http://www.tuanalista.com/Diccionario-Psicoanalisis/6933/Psicoterapia-institucional-pag.1.htm> Dato consultado el 12/09/11