



Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología  
Trabajo Final de Carrera

“El proceso de desmanicomialización desde la perspectiva  
de la psicología social.”

Alumno: Matías Abella Roberts.

Matrícula: 402-20930.

Tutor: Lic. Antonio Domingo Virgillo.

2019

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
Presentación del tema	4
Problema y pregunta de investigación	5
Relevación y justificación de la temática	5
Objetivos generales y específicos	6
Alcances y límites del trabajo	6
Antecedentes	7
Estado del arte	8
Marco Teórico	10
Desarrollo metodológico	14
<b>Capítulo I - Valoraciones de la locura en la historia de la cultura occidental</b>	<b>15</b>
Origen social y conceptual de la locura	
La locura desde la Grecia de Galeno hasta el surgimiento de la psiquiatría	
La locura a partir de la psiquiatría en la temprana Edad Contemporánea	
<b>Capítulo II - Las representaciones sociales y la locura</b>	<b>24</b>
Surgimiento del concepto de representación social	
La Representación Social de la locura, el inicio de su investigación	
<b>Capítulo III - Procesos de desmanicomialización en la cultura occidental</b>	<b>27</b>
Los inicios de la antipsiquiatría y del desarrollo de la psicofarmacología	
Procesos de desmanicomialización más relevantes en Europa	
Algunos modelos de desinstitucionalización en Latinoamérica	
La vuelta a la democracia y las primeras leyes provinciales en Argentina	
<b>Capítulo IV - Neuropsiquiátricos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires</b>	<b>39</b>
La fundación de las primeras instituciones públicas	
Origen y fundación del Instituto Frenopático	

Ley N°448

Neuropsiquiátricos en la actualidad

**Capítulo V – De los dispositivos tradicionales a nuevos abordajes en salud mental 45**

Abordajes comunitarios en salud mental

Dispositivos de internación domiciliaria

Modelo finlandés de Diálogo Abierto

**Conclusiones 51**

**Referencias bibliográficas 54**

El proceso de desmanicomialización desde la perspectiva de la psicología social.

## **Resumen**

La locura ha sido un tema que siempre se buscó mantener aislado, generalmente en instituciones cerradas y alejadas de los centros urbanos.

El propósito del presente trabajo será profundizar en la representación social de la locura en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como inferir las actitudes de los profesionales de la salud ante la misma en las principales instituciones psiquiátricas de adultos de dicha ciudad.

La tesina propone desde la perspectiva de la psicología social analizar la representación social de la locura, dado que es un tema vigente en nuestra sociedad actual, en los profesionales de la salud en general y en particular en los de la salud mental, esto por el inminente proceso de desmanicomialización dado por la vigencia de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

¿Acaso los profesionales de la salud de las instituciones y hospitales polivalentes están preparados para recibir a las personas con padecimiento mental? ¿Sería necesario que se desarrollen dispositivos específicos para este proceso, así como programas formativos para trabajar con las actitudes de los profesionales?

Estos son algunos de los interrogantes que me surgieron durante el período en el que realice mis prácticas profesionales en el Instituto Frenopático S.A. y que me motivaron a realizar esta investigación.

## **Palabras Claves**

Desmanicomialización. Representación Social. Actitudes. Locura.

# Introducción:

## Presentación del tema

El tema de la locura ha tenido siempre una posición relevante dentro de la sociedad occidental, así como en los diferentes tipos de culturas y tribus a nivel mundial. Esta relevancia es significativa en los distintos grados de valoración en que se representa la locura, tanto si es positiva o negativa, vista en los términos de normal, anormal o como la posesión de facultades sobrenaturales.

Haciendo un breve recorrido por la representación social de “el loco” en el mundo occidental, tanto a nivel de la comunidad en general como específicamente a nivel institucional, es significativo comprender que a fines del siglo XVIII el trato que recibía el loco era exactamente el mismo que recibía el delincuente, un anormal que alteraba el orden social, con lo cual el pequeño gran acto producido por Pinel de desencadenar a los locos, hace más de doscientos años, podemos entenderlo como un inicio en el proceso de recuperación de la subjetividad de las personas que padecen una enfermedad mental. También siendo relevante la figura del profesional, así como el cambio de paradigma y la posibilidad de implementar políticas públicas de salud mental.

Es importante destacar que en este período podemos ubicar el inicio de la psiquiatría que se desarrollará en el transcurso del siglo XIX, con un marcado interés en la nosografía y la clínica. El siglo XX comienza con la vigencia del modelo de Kraepelin plasmado en su *Tratado de psiquiatría*, con un sistema de clasificaciones de los trastornos mentales que integraba el enfoque descriptivo y longitudinal. Las tendencias doctrinales en la psiquiatría actual o contemporánea surgen a partir de la segunda guerra mundial, primero por la cantidad de intelectuales europeos que imprimen una importante influencia psicoanalítica y luego la aparición de las nuevas terapéuticas farmacológicas en los años cincuenta, ambas en Estados Unidos. (Vallejo Ruiloba, 2015, págs. 9, 12)

Dentro de la corriente político-social, se conecta lo individual y lo social, la alienación mental y la alienación social, por lo que la enfermedad deja de ser una situación personal para convertirse en fruto de las contradicciones internas de la estructura social en la que aparece. Dentro de esta línea e inmerso en el movimiento de la antipsiquiatría se llega a un quiebre promovido por Franco Basaglia con la experiencia de Trieste, Italia, en 1978 con la ley de la reforma psiquiátrica, conocida como la Ley 180, que puso en marcha un proceso nacional de eliminación de los hospitales psiquiátricos. Podemos situar aquí el inicio de un proceso de desmanicomialización que generaría grandes repercusiones en el resto de Europa y los Estados Unidos. Hoy se plantea ya un tránsito de lo que fue el movimiento antipsiquiatría a la nueva psiquiatría comunitaria, que extiende su campo de interés al ámbito de la salud mental. (Vallejo Ruiloba, 2015, págs. 15, 16)

En Argentina tuvimos una experiencia significativa realizada en la provincia de Río Negro con la Ley provincial N° 2440, la cual fue sancionada en la Legislatura de la provincia de Río Negro el 11 de septiembre de 1991. Hoy nos encontramos inmersos en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 que en el Decreto N° 603 de fecha 28 de mayo de 2013, reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental, dispone en su Artículo 27 que “La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020”, el cual nos deja en una situación que requiere un trabajo en conjunto por parte de muchos sectores para poder desarrollar y llevar a cabo proyectos en tiempo y forma.

### **Problema y pregunta de investigación**

En las instituciones psiquiátricas se encuentran pacientes crónicos, algunos con más de 30 años de internación, así como los que entran y salen por períodos interrumpidos, los últimos por diferentes causas, como por ejemplo por no poder llevar un tratamiento ambulatorio dificultándose así una integración y sostenimiento de actividades cotidianas compartidas en el ámbito social y familiar.

¿Cómo trabajar con la representación social de “la locura” tanto dentro de las instituciones como fuera en el ámbito social y familiar? ¿Qué tipo de dispositivo nos puede ayudar a facilitar la integración? ¿Cuál es el rol de psicólogo desde una concepción enfocada en lo intersubjetivo en el marco de la Psicología Social para liberar a la persona del estigma que tiene por padecer una enfermedad mental?

### **Relevancia y justificación de la temática**

La relevancia de esta investigación está dada por el momento histórico en el que nos encontramos como sociedad, la cual está atravesada por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Con ella debemos articular prácticas, también nuevas conceptualizaciones, en el marco de una regulación de los profesionales y agentes de salud mental, así como de la reestructuración de las instituciones y servicios de salud.

La importancia de la temática está dada por la necesidad en la que nos encontramos de tener dispositivos tanto en lo que es la prevención como en el proceso de externalización de los pacientes crónicos, así como programas claros y detallados de cómo proceder con las personas que son internadas hoy y que su estancia en las instituciones será breve.

La investigación busca indagar sobre contenidos teóricos, a través de una revisión bibliográfica, y analizar cómo se dio este proceso en otros lugares, tanto a nivel provincial como internacional, sin dejar de tener en cuenta las diferencias sociales y culturales en dicho análisis.

Destacando que durante la misma me encuentro realizando prácticas profesionales que implican la participación en diversos talleres específicos en el Instituto Frenopático S.A., el cual

se encuentra en un proceso de adecuación, siendo la practica más importante la coordinación de un taller de teatro destinado a poder ensayar en un ámbito controlado escenas de la vida cotidiana con variables conflictivas, para que los pacientes puedan desarrollar recursos creativos con los cuales poder dar respuesta a los problemas planteados y contar con más herramientas al momento de resolver situaciones fuera del ámbito de la institución.

Está investigación está dirigida a la población en general y a los profesionales de la salud en cuanto a poner en discusión y reflexión la representación social, valorando el proceso de objetivación y anclaje, que se tiene de la persona con un padecimiento mental. Así como plantear la importancia de la subjetividad en tanto una construcción social. A su vez espera poder hacer un aporte específico, si es posible de orientación a la práctica en sí, para los profesionales de la salud desde una concepción interdisciplinaria, haciendo hincapié en el rol del psicólogo dentro de esta modalidad de trabajo y teniendo en cuenta las actitudes de los profesionales de la salud.

### **Objetivo general**

Profundizar en la representación social de la locura en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### **Objetivos específicos**

Describir el proceso de objetivación y anclaje en las principales instituciones psiquiátricas de adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Inferir las actitudes de los profesionales de la salud mental ante la locura en el Hospital Psiquiátrico Braulio Aurelio Moyano, el Hospital Psiquiátrico José Tiburcio Borda y en el Instituto Frenopático S.A.

### **Alcances y límites del trabajo**

El siguiente trabajo abarca el abordaje de la representación social de la locura, los procesos de objetivación y anclaje, así como las actitudes de los profesionales de la salud en los servicios de salud mental de las principales instituciones psiquiátricas de adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ya mencionadas en los objetivos específicos, y desde una perspectiva de la Psicología Social. Otros análisis de la locura no serán desarrollados en este escrito.

Quiero destacar que en el transcurso de esta investigación me encuentro realizando en el Instituto Frenopático S.A. un taller de teatro con pacientes adultos crónicos, los mismos con más de 10 años internados y destacando que algunos llevan más de 30 años allí.

Dentro de un contexto caracterizado por los cambios y dada la situación actual de las instituciones de salud en relación con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, pueden aparecer nuevos planteos que requieran un análisis desde esta perspectiva y que no han sido consideradas en el presente trabajo.

Al mismo tiempo se presenta una perspectiva desde la Psicología Social, dentro del contexto de la cultura occidental contemporánea, no siendo posible extender el abordaje y las conclusiones a otros marcos teóricos.

Por último, encontramos que, al tomar las principales instituciones psiquiátricas de adultos antes mencionadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como encuadre de la problemática planteada, no será posible generalizar estos desarrollos a otros contextos institucionales y no institucionales.

### **Antecedentes**

Podemos tomar como un momento muy significativo en la historia cuando Philippe Pinel en el año 1792 al ser nombrado director en el manicomio de La Bicêtre e inspirado en el trabajo de Jean-Baptiste Pussin, él mismo de características caritativas y benévolas hacia los pacientes, decide pedir autorización para reformar la manera de tratar a los pacientes. Dentro de los pedidos uno de los más significativos fue el de la autorización para suprimir el uso de cadenas en los pacientes. Su pedido en primera instancia fue negado y resistido, finalmente fue aprobado en 1794. Luego continuó su trabajo y aplicación de reformas en La Salpêtrière. Convirtió estos sanatorios en centros dignos, donde tanto los aspectos materiales como la decoración, las habitaciones soleadas, los jardines, así como los aspectos morales fueron tenidos cuidadosamente en cuenta.

Pinel le confiere al alienado la categoría de enfermo, situándolo en el marco de la medicina y reivindicando para él unos principios teóricos y terapéuticos similares a los de cualquier otro paciente. Tomando las prácticas en los hospitales psiquiátricos como fuente de conocimiento y centrándose en las grandes enfermedades mentales, las psicosis. El modelo orgánico-médico es la posición conceptual predominante. Este contexto llevará al desarrollo de la psicopatología descriptiva. (Vallejo Ruiloba, 2015, pág. 9)

Luego son publicadas dos obras de excepcional importancia para la psiquiatría, ellas son *Dementia precoz o grupo de las esquizofrenias* de Eugene Bleuler en 1911 y luego la *Psicopatología General* de Jaspers en 1913. A partir de este momento podemos hablar de diferentes tendencias que van adhiriendo a distintos marcos teóricos para dar cuenta de los síntomas y diagnósticos. Estas son: tendencias órgano-mecanicista, órgano-dinamistas, conductistas, psicodinámicas, sociogenéticas, corriente fenomenológico-existencial, así como las que plantean una fuerte oposición a la psiquiatría institucionalizada como la corriente ético-sociológica y la corriente político-social. (Vallejo Ruiloba, 2015, pág. 12)

Evidentemente, para una comunidad de "sanos" es muy cómodo tener un "tacho de basura psicológico" donde proyectar las partes locas y sentirse más sanos todos; pero esta solución para resolver las ansiedades psicóticas es muy injusta, pues condena al papel de locos a una parte de su sociedad y, además, no es del todo eficiente pues la



locura que se coloca imaginariamente en un hospicio no desaparece de la sociedad y, al negarla, se evita enfrentarla y, tal vez, elaborarla o convertirla en energía creadora.

De todos modos, existe algo espantoso, terrible, loco, en los manicomios, pero en general está mal imaginado su lugar: no es en la mente del paciente sino en las condiciones infrahumanas a que es sometido un ser humano por la institución manicomial por el sólo delito de haber, en algún momento, tenido ideas extrañas y no comprensibles. (Moffat, 1974, pág. 18)

El símbolo de la locura será en adelante el espejo que, sin reflejar nada real, refleja secretamente para quien se mire en él, el sueño de su presunción. La locura no tiene tanto que ver con la verdad y con el mundo, como con el hombre y con la verdad de sí mismo que él sabe percibir. (Foucault, 2002, pág. 35)

La locura en el mundo occidental, en pleno siglo XXI, aún sigue cayendo del lado de la anormalidad y sigue siendo muy difícil poder ver en las personas que padecen una enfermedad mental algo propio, el rechazo y el temor predominan tanto en la representación como en el encuentro con estas personas. Parecería que resulta más fácil separar y excluir que vérselas con la incertidumbre que generan en la sociedad, así como en las personas.

Resulta difícil aún poder incorporarles como una parte del conjunto de la sociedad e intentar crear puentes que habiliten una convivencia en la cual las diferencias no sean planteadas de manera tan tajante y la valoración que se haga de estas personas no tenga el peso de un estigma.

### **Estado del arte**

En Argentina, Mariano Villarrubia (2016) con esta investigación, sobre la construcción simbólica y colectiva de un nuevo espacio para el padecimiento subjetivo, se propone como objetivo general conocer las Representaciones Sociales de los profesionales del área de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del servicio al hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. El contenido cualitativo es obtenido a través de entrevistas semidirigidas con 5 profesionales del Nuevo Hospital: una psicóloga, un médico psiquiatra, un miembro de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, una trabajadora social y una enfermera. Con el fin de señalar correspondencias y discrepancias entre componentes discursivos y prácticos de las Representaciones Sociales de los profesionales, el análisis de las entrevistas se complementó con datos registrados por medio de la técnica de observación cualitativa. Los resultados exhiben un predominio de actitudes escépticas acerca de la efectiva implementación de la Ley en la

práctica concreta, asociadas principalmente al faltante de los recursos necesarios para la creación de los dispositivos alternativos que aquella prescribe. Se muestran, asimismo, representaciones que operan resistencialmente a los cambios, entre las cuales se acentúa la restringida circulación del poder entre los agentes del campo. Valora algunos aspectos de la práctica asistencial como facilitadores de la aplicación de la Ley, entre ellos se enumeran: el énfasis en las estrategias de atención comunitaria, el trabajo de interconsulta, el fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios, y el potencial instituyente del colectivo de profesionales. (Villarubia, 2016)

Otro estudio realizado en México se plantea como objetivo explorar las representaciones sociales (RS) de la salud mental (SM) y la enfermedad mental (EM) de población adulta de Guadalajara, México. En el estudio se utilizaron listados libres y cuestionarios de pares para identificar el contenido y la organización de dichas RS. En cuanto a los resultados del análisis de las RS evidenció que la SM se identificó como un estado que comprende emociones positivas y estados satisfactorios de tranquilidad y estabilidad, lo que genera bienestar y calidad de vida; mientras que la EM se asoció a la locura, causada por daños orgánicos y emocionales, por lo cual su tratamiento sería de tipo biomédico y psicológico, y con pocas probabilidades de recuperación. Resulta muy significativa la gran diferencia entre una y otra. (Torres, 2015)

El estudio realizado en España por el área de investigación de Psicología Comunitaria de la Universidad de Valencia ha abordado la imagen de los trastornos mentales desde la teoría de las Representaciones Sociales, considerando empíricamente la Representación que en la prensa escrita posee la enfermedad mental en la era de la post Reforma Psiquiátrica. La muestra de la prensa seleccionada toma noticias aparecidas en la prensa española durante los años 1997 y 1998, estas tomadas de cuatro periódicos. Se han seguido los trabajos cuyos resultados señalan que la información con capacidad para incidir sobre las conductas de enfermedad y el afrontamiento de esta, son las disponibles en el tejido social respecto a la identidad del trastorno, etiología, curso, terapia, duración y tipo de curación. Los resultados de la investigación indican contenidos provenientes del pensamiento científico y la judicialización de la agresión como núcleo central de la representación, es muy significativo ver como son fuertemente influidos por el posicionamiento ideológico de la prensa y en menor medida por el ámbito de su tirada. (Bueno Abad, 2005)

Desde Europa también, pero dentro de un contexto cultural diferente al de España, nos encontramos en Suiza con esta investigación que aborda la diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos. Puesto que la representación social de la enfermedad mental y su tratamiento juegan un papel importante en su detección y en la orientación de los pacientes hacia distintas terapias, es importante determinar si la sociedad diferencia entre los distintos trastornos mentales y sus tratamientos. Estas representaciones se examinan en una encuesta realizada en una muestra estratificada de la población suiza para tres enfermedades mentales, marcando así una diferenciación clara entre esquizofrenia, por un lado, y depresión y trastorno de pánico por otro. La esquizofrenia se

considera con más frecuencia una enfermedad real con etiología multifactorial, un pronóstico más pesimista y para la que la psicoterapia y la terapia familiar son tratamientos recomendados. Hay una falta de diferenciación en cuanto a los distintos factores etiológicos, en particular los factores psicosociales, que se consideran muy importantes, y ciertos tratamientos, especialmente la medicación, recomendada sólo por un cuarto de la población. (Goerg, 2004)

Volviendo a Latinoamérica nos acercamos al trabajo realizado por Francisco Rodríguez (2004) en el servicio de salud mental de Ciudad Bolívar en Venezuela. En cuanto a la representación social de la enfermedad y de la institución psiquiátrica en el paciente mental, entendemos que es muy importante analizarla para poder trabajar la actitud en los profesionales de la salud mental dentro de la institución. El modo como el paciente psiquiátrico aborda el problema en que se constituye la enfermedad, depende de una multiplicidad de factores concurrentes. Su personalidad, el nivel de status socioeconómico, su historia de vida, etc., son algunos de estos factores; no obstante, las representaciones y simbolizaciones de la institución psiquiátrica, actúan de manera decisiva en el proceso de respuesta a la enfermedad como hecho fundamental de la biografía del sujeto. La interacción entre la manera de cómo se vive y cómo se percibe la enfermedad mental y el modo cómo se construye simbólicamente el objeto institución, es un proceso de una gran complejidad y por lo tanto resistente a una visión unilateral y parcelada. Entendemos por institución psiquiátrica, no sólo al hospital como lugar de reclusión, sino también a la psiquiatría como discurso de autoridad y al psiquiatra como propietario de este discurso. Podemos construir el objeto de estudio institucional como un campo de significaciones y representaciones sociales estructurado de acuerdo con una gramática de producción y reconocimiento de sentido, con un cierto grado de coherencia. Las narraciones orales de los sujetos fueron estructuradas en un corpus de acuerdo con categorías de análisis previamente definidas ad hoc para esta investigación, lo cual permitió la construcción de mapas representacionales basados en el análisis de discurso. Se trabajó con una muestra de 8 pacientes hospitalizados, masculinos y femeninos, en fase de remisión con diagnóstico de psicosis. Se parte de la focalización en la experiencia que el sujeto ha tenido con respecto a la enfermedad y la institución para seguirle la “huella discursiva” a la trama representacional y simbólica que está presente en la manera de narrar lo vivido. Es fundamental la importancia de poder darle voz propia a los pacientes y su experiencia. (Rodríguez, 2004)

### **Marco Teórico**

Como se plantea en el texto Historia de la Psicología de Social de Susana Seidman (2000), definir la psicología social es una tarea cercanamente ligada a la práctica de esta y a la posición teórica que se adopte en el abordaje de la psicología frente a la problemática de la interacción entre individuo y medio ambiente, individuo y sociedad, estos son dos ejes centrales en una polémica medular en la psicología desde su constitución como disciplina independiente. En cuanto a la definición de Amalio Blanco Abarca (Seidmann, 2000), nos dice que hay tantas definiciones de Psicología Social y tantas Psicologías Sociales como profesionales la practican, según este autor, la psicología social es como un personaje que se esconde detrás de diversas

máscaras con cierta coherencia y unidad. Lo que caracteriza a la Psicología Social es el concepto de relación, interdependencia, interacción, influencia - modificación de la conducta y las creencias de una persona debido a la presencia de otros. Podemos decir que la Psicología Social enlaza la conducta a fenómenos micro y macrosociales; implica una perspectiva no individual para enfrentar la problemática humana. La psicología social aborda la experiencia subjetiva de las personas, tal como se construye en la interacción social. Las personas intentan explicar sus experiencias de vida, atribuyendo significados intersubjetivamente a las circunstancias vividas. En el abordaje de esta problemática, diferentes teorías psicológicas intentaron enfatizar algún aspecto de la relación, que lejos de cualquier intento de integración teórica, generó una multiplicidad de teorías de corto o medio alcance que fueron abordando temas específicos y abrieron nuevos campos de investigación. La psicología social se desarrolló en un terreno empírico al ritmo de las demandas de la sociedad y de la utilidad de las respuestas que fue brindando. Esta situación posibilitó importantes desarrollos metodológicos y técnicos y la elaboración de modelos conceptuales teóricos cada vez más rigurosos. Cartwright (Seidmann, 2000) intenta una definición que sintetice sus dos orientaciones: "La psicología social es una rama de las ciencias sociales que intenta explicar cómo la sociedad influyó en la cognición, la motivación, el desarrollo y el comportamiento de individuos y es influida por ellos", vemos como el autor destaca las relaciones recíprocas entre sociedad e individuos a través de dos constructos básicos, el ambiente social (normas, roles, grupos, organizaciones, redes sociales) y comportamiento social (enactuar un rol, ejercer poder, votar, liderar). La psicología Social es una disciplina joven con dificultades temáticas y metodológicas, sin embargo, la diversificación en la población de psicólogos sociales puede ser un interesante incentivo para la innovación y la creatividad dentro de la disciplina. (Seidmann, 2000, págs. 5 - 6)

En cuanto a las Representaciones Sociales, si tomamos el desarrollo del concepto del texto Actitudes y Cambio Social de Susana Seidmann (2003) vemos que se trata de un concepto desarrollado por Serge Moscovici en "El psicoanálisis, su imagen y su público" del año 1961, donde realiza su investigación sobre la representación social del psicoanálisis en la cual retoma la idea de Durkheim (1898) acerca de las representaciones colectivas. Estas representaciones se refieren a la forma en que el grupo piensa acerca de sus experiencias. Son las formas en que la sociedad se representa a sí misma, diferente de las representaciones individuales, estudiadas por la psicología. Los mitos, las leyendas, la religión o la ideología son "hechos sociales", con una realidad objetiva, externos a los individuos y que se les imponen. La representación social es "una preparación para la acción", que guía el comportamiento, son conjuntos dinámicos de acciones que producen comportamientos y relaciones con el medio. Las RS permiten a las personas orientarse en su entorno material y social y controlarlo, ordenando sus significados. Es importante destacar que las representaciones sociales son un puente entre la vida social y la subjetividad. Las representaciones sociales son sistemas cognitivos compartidos por los miembros de una comunidad, explicaciones de sentido común que les permiten evocar objetos ausentes, pasados o futuros, portando una condensación de significados que conllevan emociones, imágenes e ideas. Estas se crean y transforman en la comunicación de la vida

cotidiana. Moscovici (Seidmann, 2003) señala que cuando una teoría científica se difunde entre el público lego se hace un saber común, la representación social cambia la visión que la gente tiene del mundo y de sí misma. De esta manera el mundo ya no volverá a ser el que era antes porque la representación social tiene repercusiones sociales poderosas, tiene la función de hacer familiar lo desconocido y prescribe así conductas. Moscovici plantea el concepto de representación social como alternativa al de actitud, criticando este último por su raíz conductista que lo reduce a disposiciones parciales de respuesta, señala que el surgimiento del concepto de representación social implica una conformación única entre el sujeto cognoscente y el objeto conocido, ambos surgen en el mismo proceso. Una representación social representa un objeto y es, al mismo tiempo, representación social de un sujeto. Esta área de conocimientos impulsó varias líneas de investigación, entre las cuales cobran importancia los trabajos de Denise Jodelet y Darío Páez que tratan sobre la representación social de la enfermedad mental, representación social y estereotipos grupales. Podemos decir que es unánime la consideración de la teoría de las representaciones sociales como uno de los desarrollos más importantes de la psicología social europea que resaltó la dimensión más "social" de la psicología social, aún así el concepto tiene sus críticas. Se le cuestiona sobre todo la vaguedad de la definición, su escasa diferenciación de la noción de actitud, la ambigüedad de su definición, esto es porque cada autor va a dar relevancia a diferentes aspectos. Tomás Ibañez (Seidmann, 2003) expone las contradicciones que emergen de la teoría de las representaciones sociales de Moscovici, en tanto las representaciones se construyen en el mismo proceso de construir la teoría de las representaciones sociales. Por la tanto, es falso que existan representaciones sociales objetivas en la sociedad, éstas no tienen estatus ontológico independientemente de la teoría de las representaciones sociales. Por su parte otra crítica es la que plantea Maritza Montero (1994), que considera que el concepto de representación social de ninguna manera aclaró sus diferencias con conceptos afines como actitud, creencia, opinión o estereotipo. (Seidmann, 2003, págs. 35 - 36).

Podemos decir que lo social transforma un conocimiento en representación y esta representación transforma lo social. Estos dos procesos son la objetivación y el anclaje, los mismos se refieren a la elaboración y el funcionamiento de una representación social. La objetivación, lo social en la representación y el anclaje, la representación en lo social. (Jodelet, 1986, pág. 480)

La actitud es un concepto que vamos a utilizar en nuestra investigación infiriendo la que tienen los profesionales de la salud ante la locura dentro del marco de la institución. Si tomamos la definición del texto *Actitudes y Cambio Social* de Susana Seidmann (2003), actitud es el producto de un proceso de socialización, resultado del proceso de influencia social. Esta condiciona las respuestas de la persona hacia otras personas, grupos, creaciones culturales y también hacia sí mismo. Esta desempeña un rol prominente en los procesos de cambio social, porque ocupa un lugar mediador entre la persona y su contexto social. El conocer cuáles son los mecanismos de formación y cambio nos permite anticipar y proyectar conductas. La actitud se define como una tendencia psicológica, un estado interno de la persona que media entre el

ambiente social y las reacciones de la persona. Es un *constructo* y, por lo tanto, no es directamente observable, sino inferido a partir de conductas concretas. Las actitudes se pueden medir y existe una gran cantidad de instrumentos contruidos a tal fin, los más numerosos fueron las escalas y su objetivo central era la predicción de la conducta y, por ende, su control social. Podemos plantear que las características salientes de las actitudes son: el carácter relacional de sus elementos, que se basa en el aprendizaje (de una orientación; hacia un objeto: personas, conceptos, objetos; relacionado con un sistema de valores positivos o negativos), que es duradera y sin embargo es pasible de cambios y que la exactitud en la predicción de una actitud dependerá de la congruencia de la relación actitud/acción, más que de la relación actitud/objeto o actitud/expresión verbal (Seidmann, 2003, págs. 5 - 6)

Locura: De *loco* y *-ura*.

1. f. Privación del juicio o del uso de la razón.
2. f. Acción inconsiderada o gran desacierto.
3. f. Acción que, por su carácter anómalo, causa sorpresa.
4. f. Exaltación del ánimo o de los ánimos, prod. por algún afecto u otro incentivo.

con locura: 1. loc. adv. Muchísimo, extremadamente;

de locura: 1. loc. adj. Extraordinario, fuera de lo común.

(Real Academia Española, 2018)

Manicomio: De *manía* y el gr. *κομῆν komeîn* 'cuidar'. 1. m. Hospital para locos. (Real Academia Española, 2018)

Institución: Del lat. *institutio*, *-ōnis*.

- 1.f. Establecimiento o fundación de algo.
- 2.f. Cosa establecida o fundada.
- 3.f. Organismo que desempeña una función de interés público, especialmente benéfico o docente.
- 4.f. Cada una de las organizaciones fundamentales de un Estado, nación o sociedad. *Institución monárquica, del feudalismo.*

5.f. *desus*. Instrucción, educación, enseñanza.

6.f.pl. Colección metódica de los principios o elementos de una ciencia, un arte, etc.

7.f.pl. Órganos constitucionales del poder soberano en la nación. (Real Academia Española, 2018)

El concepto de “desmanicomialización” trata sobre el cuestionamiento al manicomio y su modalidad de atención y cura, caracterizada como violenta y represiva. El mismo nace en la segunda posguerra y hace referencia a las innovadoras experiencias iniciadas y llevadas a cabo por grupos políticos y técnicos en Gran Bretaña, Europa y Estados Unidos. Los movimientos antipsiquiátricos que apuntan a redefinir el concepto de Salud Mental y son propuestas contrahegemónicas, que se oponen al modelo médico manicomial que se basa en el internamiento crónico, promoviendo prácticas alternativas a éste como instancias de cura. El objetivo de la desmanicomialización es transformar los dispositivos institucionales, considerando el sistema custodial y el cuerpo de ideas que lo constituyen, una negación de los principios y derechos elementales de la condición humana. Lo que se busca es transformar las técnicas con las que se aborda la enfermedad, exigiendo cambios en la estructura edilicia sanitaria y sobre todo en la mirada social hacia la enfermedad mental. Lo más importante, procura rescatar la condición humana del internado, liberar su dignidad, y reparar su identidad movilizándolo sus capacidades expresivas. (Sampayo, 2005)

La elección de estos conceptos puntuales ha sido realizada dado que los entendemos como fundamentales para poder dar cuenta de los procesos que se dan tanto dentro como fuera de las instituciones.

### **Desarrollo metodológico**

En este trabajo se empleará como método de investigación la revisión bibliográfica, dentro de un procedimiento explicativo, en el cual se describirá y explicará el contenido de la temática que abordaremos. El material será organizado en cinco capítulos, organizados en función de poder realizar un recorrido histórico para abordar los objetivos planteados en el presente trabajo.

## Capítulo I

### Valoraciones de la locura en la historia de la cultura occidental

El recorrido planteado en este capítulo busca que podamos analizar el conocimiento científico y las prácticas pasadas en relación con la salud mental, lo haremos como un intento de comprender las actuales e infiriendo que las representaciones sociales que las personas tienen de la locura están íntimamente ligadas a los procesos de construcción históricos que determinan los parámetros y valoraciones que tiene cada sociedad.

#### 1.1. Origen social y conceptual de la locura

Así como lo presenta Oswaldo Salaverry (2012) en su investigación sobre los inicios de la salud mental, la primera referencia que podemos situar en relación con la locura la vamos a hallar en la biblia y es de carácter sobrenatural, está la encontramos dentro del antiguo testamento en el capítulo cuatro del libro de Daniel y es la locura de Nabucodonosor. Allí se relata como dios lo castiga por su soberbia con la locura, con la pérdida de la razón, la cual es interpretada como pasar a vivir y comer de la misma forma en la que lo hacen los animales. Nabucodonosor permanece en ese estado cumpliendo el castigo durante el tiempo asignado de siete años hasta que por decisión divina recupera la razón, este momento aparece en el texto bíblico narrado por él en primera persona. (Salaverry, 2012)

“34 Mas al fin del tiempo yo Nabucodonosor alcé mis ojos al cielo, y mi sentido me fue vuelto; y bendije al Altísimo, y alabé y glorifiqué al que vive para siempre; porque su señorío es sempiterno, y su reino por todas las edades.

35 Y todos los moradores de la tierra por nada son contados: y el ejército del cielo, y en los habitantes de la tierra, hace según su voluntad: ni hay quien estorbe su mano, y le diga: ¿Qué haces?

36 En el mismo tiempo mi sentido me fue vuelto, y la majestad de mi reino, mi dignidad y mi grandeza volvieron a mí, y mis gobernadores y mis grandes me buscaron; y fui restituido a mi reino, y mayor grandeza me fue añadida.

37 Ahora yo Nabucodonosor alabo, engrandezco y glorifico al Rey del cielo, porque todas sus obras son verdad, y sus caminos juicio; y humillar puede a los que andan con soberbia.” (Daniel, 1955, pág. 737)



La interpretación generalizada sobre el origen sobrenatural de la enfermedad mental que se tenía en la antigüedad se ve reflejada en este relato bíblico y era compartida tanto por los eruditos como por la plebe. Hay algunas diferencias en cuanto a la atribución que hacían las culturas de la locura, las más complejas la atribuían a los dioses mientras que las más primitivas a los demonios o fuerzas naturales. Estas diferencias que derivan del pensamiento primitivo no son esenciales. Esta forma de pensar y atribuir el origen de la locura fue la que dio lugar las trepanaciones craneales, con estas se buscaba dejar salir a los demonios que provocaban las enfermedades mentales, que datan de hace más de 5000 años. (Salaverry, 2012)

El origen desde una visión naturalista lo podemos ubicar ya en la Grecia Antigua con Hipócrates en el siglo V a.C. En sus escritos se puede apreciar que son especialmente descriptivos y precisos en todo lo referido a los estados emocionales y a las enfermedades mentales, donde por ejemplo vamos a encontrar que por un lado la epilepsia y el delirium trémens son incluidas como enfermedades orgánicas, y por otro, que los trastornos como la depresión y la ansiedad se describen con perspicacia. En cuanto a los aspectos terapéuticos para sus tratamientos, se toma en cuenta la utilidad del sueño. (Bercovitz, 2007)

En esta época el humoralismo como doctrina interpretaba la salud como el equilibrio de los cuatro fluidos o “humores” que conformaban el cuerpo humano, estos eran: la bilis negra, la bilis amarilla, la flema o pituita y la sangre. Frente a un desequilibrio en la composición humoral de los órganos afectados, era la labor del médico restablecer el balance que el paciente había perdido. Es importante destacar que desde esta perspectiva el desequilibrio se situaba topográficamente, con lo cual en el caso de las enfermedades mentales también se debía ubicar el lugar preciso del desequilibrio que las causaba, el mismo era el cerebro. Evidentemente este planteo respecto del origen está en una clara contraposición a la postura sobrenatural de la locura, con lo cual debió luchar contra esa interpretación hegemónica que estaba ampliamente difundida. En esta época de la cultura griega nos encontramos con la llamada enfermedad sagrada, la cual era tomada como una posesión de los dioses o inspiración que llevaba a profetizar, hablar en lenguas extrañas o hacer raras contorsiones a los eran poseídos. En el conjunto de escritos que desde la antigüedad se atribuye a Hipócrates, Corpus Hippocraticum, se encuentra un breve tratado dedicado al tema de la enfermedad sagrada, donde lo que argumenta es que le parece que de ningún modo es más divina o sagrada que las demás enfermedades, sino que la misma tiene una causa natural. A su vez atribuye que la creencia divina que hacen los hombres es por ignorancia o por el carácter maravilloso, ya que tiene la particularidad de no parecerse en nada a otras enfermedades. (Salaverry, 2012)

## **1.2. La locura desde Galeno hasta el surgimiento de la psiquiatría**

Este abordaje desde las conceptualizaciones de Galeno hasta el surgimiento de la psiquiatría lo realizaremos teniendo en cuenta cuatro períodos históricos, el primero momento será en el que surge el cristianismo y sus diferencias con la concepciones grecorromanas, luego

pasaremos al de la edad media, siguiendo con el período del renacimiento y finalmente con la edad moderna o época clásica en la cual tomaremos como fecha significativa la fundación del Hospital de París en 1656, dado que a partir de aquí asistiremos a parte de una reestructuración del orden social y con ello a una nueva forma de representar a la locura y al loco en la sociedad, que será el preludio para el posterior desarrollo de la psiquiatría científica dentro del contexto de la revolución industrial y ya atravesada la revolución francesa.

### **1.2.1. La locura en los inicios de la era cristiana**

Este período de la historia nos presenta otra vez una tensión en lo referido a las concepciones naturalistas y sobrenaturales, esta vez lo referido a un origen sobrenatural estará dentro las concepciones de un cristianismo que viene creciendo y avanzando en la sociedad.

La medicina griega para el siglo II d.C. ya se encontraba sistematizada por Galeno, heredero de la Terapéutica Hipocrática. Galeno dentro de su extensa obra no dedicó un tratado especial al tema de la enfermedad mental, pero aceptaba como Hipócrates que los principios en relación con la etiología eran de carácter natural. Las clasificaciones que se hacían de las enfermedades mentales eran dos, por un lado, la manía y por otro la melancolía. La etiología de la manía es debido a un exceso o plétora, ya sea del humor sangre o de la bilis amarilla, y en cuanto a sus manifestaciones se darían con alucinaciones o delusiones (ilusión), en lo referido a la melancolía su origen, estaba dado por un exceso de la bilis negra y en cuanto a sus manifestaciones predominaría la depresión. El imperio romano mantuvo este sistema de clasificación y fue pionero en lo que podríamos llamar políticas de salud pública, desarrollando acueductos y cloacas, así como realizando controles de alimentos. Si bien existían algunos dispositivos que podrían ser vistos como los antecesores de los hospitales, todo lo referido a la enfermedad mental continuó siendo un tema para ser atendido dentro del hogar bajo el cuidado de la familia. (Salaverry, 2012)

Algo muy interesante sucede en este momento, podemos asistir a la existencia de una manera de pensar la salud dentro de lo social y como es una cuestión en la cual el estado es tanto responsable como participe. Si bien no vemos una acción directa en lo referido a la salud mental, nos permite ver como se estructuran políticas públicas en lo referido a la salud, entendiendo también que estas medidas en un punto están teniendo en cuenta la variable contextual y una clara orientación a la prevención y promoción de la salud. En este escenario se hace evidente como el posicionamiento es en su totalidad naturalista.

Dentro de este contexto de predominancia naturalista, la expansión y difusión del cristianismo avanza sin parar y ya por el año 313 d.C. se oficializa el mismo con el decreto de Constantino. En este momento la tensión y los conflictos en lo referido por un lado al carácter naturalista de la ciencia y la medicina grecorromana y por el otro a la predominante visión cristiana en la cual el énfasis estaba puesto en la omnipotencia y omnipresencia divina, comenzaron a generar presión entre los médicos. Los que se convertían al cristianismo tuvieron que supeditar sus convicciones profesionales a las religiosas, de esta manera pasaron a

entender la enfermedad como un designio divino. Esta adopción del dogma cristiano posicionó a los médicos en una interpretación de la realidad que se manifestaba como la eterna lucha entre el bien y el mal por el alma humana, con lo cual volvemos a encontrarnos con una predominancia sobrenatural en lo referido a la etiología y resurgiendo entre los médicos cristianos la vieja interpretación que había de la locura, una posesión demoníaca. Asistiendo al período de decadencia del Imperio Romano que luego lo llevará a su caída, vemos en esta pujante sociedad cristiana como surgen administrados por las matronas cristianas los primeros hospitales, los mismos como expresión de la caridad y compasión cristiana para con el enfermo, pero de ninguna manera pretendiendo intervenir en ellos y así alterar los designios divinos. Estos hospitales evidentemente no estaban destinados a curar a los enfermos, su función principal era la de acompañarlos brindándoles apoyo físico y espiritual mientras se cumplía la voluntad de dios. Teniendo en cuenta la concepción de que la etiología de la enfermedad mental era la de una posesión sobrenatural, mayormente considerada demoniaca, es entendible que los enfermos mentales no tuvieran acogida en estos hospitales y que dentro de este contexto el sacerdote fuera quien se ocupara de tratarlos. No debemos olvidar la vigencia de prácticas como el exorcismo para expulsar a los demonios. (Salaverry, 2012)

### **1.2.2. La locura en la Edad Media**

Pasando a la época de la Edad Media describiremos como se da el contexto de salud y el rol de los curadores en general para luego seguir indagando en cómo era la realidad de las personas que padecían enfermedades mentales, los locos. Según Pedraz (1999), nos encontramos en una época donde al imaginario religioso de la enfermedad debemos sumarle el auge de las universidades, de esta conjunción saldrá la profesión médica de la cual se llevará a cabo la construcción de la ética sanitaria occidental en general. Al inicio del medioevo el campo del saber médico en términos generales se presentaba en dos modos de ejercicio curativo con diferencias que se presentaban desde las concepciones del enfermo, la enfermedad o la curación y fundamentalmente en relación entre la persona que dispensaba y la que percibía los servicios de sanación, estos era el popular-profano y el técnico-profesional. En cuanto los saberes populares, eran encarnados por algún miembro carismático de la comunidad los cuales solían llevar adelante las prácticas dentro de los ámbitos doméstico y vecinal, era frecuente la figura del barbero, así como la de los empíricos sin doctrina, desde las denominadas mujeres sabidoras, pasando por los especieros, boticarios, sangradores hasta los cirujanos, esto por citar algunos. Su marco de trabajo se basaba en la experiencia personal dentro de las creencias colectivas y supersticiones difundidas oralmente, estas prácticas tenían la singularidad de que se realizaban dentro de la relación de cercanía que tenían los miembros de pequeñas comunidades. Respecto de los saberes técnicos los mismos solían estar reservados casi de manera exclusiva a los clérigos, en este punto es interesante ver como se da una transición desde una práctica inicial donde la curación se realiza de forma irregular y es de carácter no lucrativo, siendo la misma una manera de complementar las denominadas curas espirituales se va pasando a formas que son cada vez más regularizadas y profesionalizadas, las mismas dentro de un marco institucional

que brindan los distintos establecimientos monacales. Esto se sostuvo hasta el siglo XI cuando comenzó a ingresar a occidente el saber médico greco-árabe. (Vicente Pedraz, 1999)

En términos socioeconómicos el medievo es considerado como una época en la que predominaban tanto la pobreza, como la penuria y la indigencia. Una pobreza que podía llevar directamente a la muerte, pero que también podía ser un pasaje a la locura ya que la situación de pobreza solía ir acompañada de un fuerte rechazo social que generaba situaciones de soledad, derivando de las mismas una sensación de impotencia y pérdida de la autoestima. Los pobres era maldecidos, se los blasfemaba y esto hacía que perdieran la sensatez, muchas veces cayendo en la locura. En este contexto los locos siempre aparecían inmersos en la pobreza, sufriendo tristeza y desesperación, en este análisis podemos ver como el factor social puede ser tenido en cuenta como factor predisponente o desencadenante. (Pileño Martínez, Morillo Rodríguez, Salvadores Fuentes, & Nogales Espert, 2003)

En cuanto a las preocupaciones y ocupaciones de la salud pública vemos que están fuertemente orientadas al aislamiento de los leprosos. En este contexto de preocupación por las plagas y los contagios, a el loco o lunático, recordemos que dicho término fue acuñado por la supuesta influencia de la luna en el origen de la enfermedad mental, se lo puede ver vagando por las calles asimilándose en algunos casos al bufón. En estas descripciones se puede ver una visión complaciente y pintoresca que está acompañada de cierta despreocupación tanto por parte de los gobernantes como por parte del pueblo, ya que al estar dentro de las enfermedades no contagiosas no suponen un riesgo directo para ellos. (Salaverri, 2012)

Ya entrando en el final de la Edad Media, dentro del período llamado Alta Edad Media, nos encontramos que empieza a existir un cambio en la noción de la locura. A los locos se los empezaba a considerar como individuos que poseían sabiduría e incluso como seres elegidos por dios. Santo Tomás de Aquino reconocía en los locos aspectos y valores cristianos que debían ser tenidos en cuenta, entre estos su desprecio a los bienes materiales, otra consideración que hacía era que al estar libres de apetencias carnales esto los alejaba pecado y también resaltaba que poseían un conocimiento divino. (Fernández Vázquez, 2015)

Así como empezamos a encontrar un cambio en la representación social de la locura y en lo referido al cuidado de los locos, también vamos a encontrar nuevos tipos de instituciones que comienzan a surgir para tal fin. Una de estas intuiciones, y podríamos decir la más relevante de esta época, es El Hospital de Inocentes de Valencia, el cual tiene una historia que da motivo a su fundación y la cual merece ser narrada. Hay registros que ubican el viernes 24 de febrero de 1409 al padre Gilabert Jofré en las calles valencianas, en las cuales se encontró con una escena que más de cuatrocientos años después fue inmortalizada por el pintor Joaquín Sorolla en su pintura, El padre Jofré protegiendo a un loco de 1883. Puntualmente en el trayecto hacia la catedral, donde los domingos daba el sermón, el Padre Jofré se encontró con un grupo de jóvenes que agredían y gritaban a un loco, el cual tirado en el piso intentaba defenderse, ante esta situación intervino defendiendo al hombre y luego llevó a la residencia mercedaria, orden a la que pertenecía el fraile. Una vez allí, el hombre agredido recibió cobijo y pudo curar sus

heridas. A partir de este suceso comenzó a pedir caridad por los enfermos mentales, así como a promover la creación de un hospital que tuviera como fin atender a estas personas. En ese entonces el Papa era Benedicto XIII, a quien le llegaron las noticias de la labor que llevaba adelante el Padre Jofre, el mismo autorizó el hospital en una bula del 16 de mayo de 1410 indicando que debía estar bajo la advocación de los Santos Inocentes Mártires, de ahí su nombre. Luego de la autorización Papal, el 1 de junio de 1410 se procede a su fundación, el mismo es creado para recoger a enfermos mentales, pobres y niños abandonados, considerándose el primer hospital psiquiátrico del mundo. Esto aún genera polémicas respecto a otras instituciones previas, como el Hospital de Bethlehem en Londres fundado en 1247, que comenzó a recibir a pacientes psiquiátricos en 1377 pero, a diferencia del Hospital de Inocentes de Valencia, no impartió tratamiento especializado para los enajenados hasta finales del siglo XV, sucede algo parecido con el Maristán de Granada, que fue fundado por Muhammad V en 1367. Lo que es importante resaltar y tiene que ver con la razón por la cual nos interesa tomarlo de como referente en el desarrollo de este trabajo, es por el hecho de que el grado de especialización de los cuidados fue superior a los desarrollados por sus antecesores, el discurso del Padre Jofre produjo un cambio en el trato del paciente de salud mental. Las formas de trabajo del Hospital de Valencia supusieron una verdadera revolución sanitaria en materia de los cuidados con el paciente psiquiátrico, sobre todo en lo referido al trabajo de enfermería y también incluyendo nuevos tipos de tratamientos como la terapia ocupacional. Es la primera vez que se reconoció la posibilidad de curación de los locos y la necesidad de que tengan un trato digno. Esta mencionada revolución sanitaria permitió que se pusiera en marcha un movimiento de expansión para la atención de los enfermos psiquiátricos, llevándose a cabo la construcción de nuevos edificios en todo el territorio de la Península Ibérica. (Fernández Vázquez, 2015)

La historia del Padre Jofre y El Hospital de Inocentes de Valencia nos permite ver como al existir un cambio en la representación social de la locura también lo hay en la actitud hacia los locos y en este caso también en lo referido al orden de la salud pública lo cual se vio reflejado en las prácticas de los encargados de llevar adelante el cuidado de estas personas.

### **1.2.3. La locura en el Renacimiento**

El renacimiento es un período de transición entre la Edad Media y la Edad Moderna, con su llegada comienzan a cambiar los tratos que reciben los locos, entre estos cambios dos prácticas fuertemente arraigadas, los exorcismos y las trepanaciones de cráneos, las cuales a partir de este momento comienzan a dejarse a un lado. Las nuevas medidas ahora consisten en erradicar directamente a los locos, el objetivo es sacarlos de las calles y la ciudad, es decir de todo el espacio público, para tal cometido se opta por dejarles en campos apartados de las urbes y también en se recurre a método que consistía en dejarlos en un barco sin timón en medio de la mar. En este momento vemos como también se pide a los gobernantes que provean de medios para gestionar a los pobres, dementes y enfermos, el inicio de esto ya lo pudimos ver con el Padre Jofre y el Hospital de los Inocentes en Valencia, es de destacar también como muchas de estas nuevas instituciones eran para en el XV civiles y su control estaba en manos de los

municipios. Mientras vemos como en Europa se extiende esta política de confinamiento nos encontramos con un humanista, filósofo y pedagogo valenciano de origen judío llamado Joan Lluís Vives i March, autor del tratado *De anima et vita* (Basilea, 1538), libro en el cual niega categóricamente el origen sobrenatural de la locura y en el que desarrolla varios aspectos de psicología y psicopatología. Dentro de estos nuevos desarrollos encontramos a otros autores en los cuales todos se oponen a que los locos sean quemados en la hoguera y reivindican el origen médico de la locura, aunque varios continúan mezclando la locura con el demonio y la brujería. Además de Joan Lluís Vives i March otro autor relevante a ser tenido en cuenta es Jean François Fernel (1485-1558), quien describe en sus trabajos varias capacidades de la mente como la memoria, la inteligencia y el sentido común, y reafirma que el origen de la enfermedad mental es natural. Una publicación que es tenida en cuenta por muchos historiadores es la de Erasmo de Rotterdam que en 1511 publica el *Elogio de la locura*, este es un ensayo escrito en forma de sátira en el que realiza una crítica a las supersticiones y a las prácticas piadosas de la Iglesia Católica en relación con la locura. Sí bien la obra fue más una crítica sobre las prácticas del catolicismo contra la locura, la misma tuvo gran influencia dentro de la visión cambiante sobre enfermedad mental durante gran parte del renacimiento. (Berenguer, 2018)

#### **1.2.4. La locura en la Edad Moderna**

Este período de historia Michael Foucault (2006) nos señala que desde el siglo XV el loco era considerado como portador de cierta sabiduría, pero llegará el momento en que tanto el loco, como el delincuente y todos los marginados de la sociedad pasarán a ocupar el espacio de los leprosos, es decir de los apestados sociales. Esto llevará a que sea muy elevado el aumento de las prisiones en la Francia del siglo XVII. (Foucault, 2006)

En este momento en Europa existían muchos lugares reservados sólo para los locos como el Hotel Dieu en París o el Hospital Bethlem en Londres. Los encierros en los asilos y los hospitales generales cada vez son más, en ese momento los médicos contaban con muy pocos conocimientos acerca de la locura y tampoco existían los espacios institucionales especializados. Los locos entonces pasaran a compartir espacio con todos los considerados fuera de las normas, como los delincuentes, los desertores, las prostitutas y también los borrachos, ya que en esa época los alcohólicos eran tratados como delincuentes. En esta época se realizaba una clasificación de los locos que los dividía en tres grupos dentro de los cuales estaban los furiosos, los deprimidos y los tranquilos. Según fuese el grupo al que pertenecían eran tratados de distinta manera, con los furiosos los intentos por tranquilizarlos se realizaban desde la aplicación de ayunos, duchas de agua fría hasta golpes con palos, y en caso de no resultar ninguna de estas se les ponía un grillete para luego fijarlos a un muro mediante una cadena corta. En el caso de los deprimidos la práctica se realizaba en el propio domicilio de la familia, aislándolos en una habitación y separándolos del resto de los miembros, en muchos casos se procuraba ocultarlos de las relaciones sociales. Finalmente, para los tranquilos, al no constituir peligro, el régimen era de alternancia con la familia y las amistades. En 1656 un edicto en Francia estableció asilos para todos los insanos, el poder conferido a los directores los autorizaba a detener a estas personas

indefinidamente. En esta fecha se realiza la fundación del Hospital de París, dentro de esta institución al igual que en las anteriormente mencionadas se llegó a encerrar a los enfermos mentales con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos e incluso enfermos crónicos, dentro del encierro se realizaban tratamientos de carácter inhumanos donde soportaban: eméticos, purgantes, sangrías y torturas. Este es el clima tanto social como institucional que atraviesa la vida de los locos hasta ingresar en la denominada era contemporánea. (Berenguer, 2018)

En este momento asistimos a una representación social de la locura muy tajante y negativa, la cual carece de cualquier tipo valoración positiva como supo tener en épocas anteriores entre ellas las de tintes sobrenaturales o divinas, esto se evidencia en la actitud que hay hacia los locos, así como en los edificios en los que son confinados y claramente en el trato de los médicos a los cuales son asignados.

### **1.3. La locura a partir de la psiquiatría en la temprana Edad Contemporánea**

La época de la ilustración da comienzo a la Edad Contemporánea, en el siglo XVIII de a poco comienza a darse un trato teóricamente más humano a los enfermos mentales. Como ya hemos presentado en los antecedentes del presente trabajo es en París donde Philippe Pinel, director del Hospital de La Bicêtre, en 1794 libera por primera vez de las cadenas a los enfermos mentales, acto que lo lleva a ser considerado como el padre de la psiquiatría moderna. Luego continuara su trabajo en La Salpêtrière. En este momento empezamos a asistir a una importante tendencia a categorizar y explicar la etiología de las enfermedades mentales. En el caso de Pinel plantea que en los orígenes hay que tener en cuenta la herencia, así como las influencias ambientales, por su parte en el *Tratado de la locura* realiza una clasificación de las enfermedades mentales en cuatro tipos, que son: primero la manía, la cual la describe como un delirio generalizado con agitación, segundo la melancolía, como un simple delirio parcial y que va de la mano con la depresión, tercero el mutismo, básicamente no hablan y tienen una tendencia a quitarse la vida, y por último la demencia en la cual resalta la pérdida de las funciones mentales. Hay que tener en cuenta que, si bien Pinel pasa a dar un trato más moral a los enfermos mentales, como la supresión de las cadenas, así mismo dentro del hospital continúa usando las camisas de fuerza y las duchas heladas como tratamiento para curar a los alienados. Otro psiquiatra relevante de la época fue Samuel Tuke, su objetivo principal era que los locos actuaran con normalidad, para lograr su cometido los metía en asilos y les aplicaba castigos hasta que aprendieran a actuar con normalidad, entendiendo por esta una manera sumisa y ajustada a lo que la sociedad consideraba "normal" en esa época. Dentro de este encuadre normativista y sostenido por el castigo empiezan a investigarse y comienzan a darse avances en el conocimiento de las enfermedades mentales. Entrando en el siglo XIX, es imparable el crecimiento de los manicomios, dentro de estas instituciones se disfrazaba la tortura como una forma de terapéutica destinada a la cura. El hospital psiquiátrico Charenton en París,

fue una de estas instituciones donde como tratamientos extremos se aplicaban prácticas tales como mantenerlos atados, sumergirlos en agua fría o golpearlos con palos y sumergirles la cabeza en una bañera, podemos apreciar que todas llevan un elevado nivel de violencia y desprecio hacia quienes las recibían, los locos. Por otro lado, en los manicomios ingleses las prácticas realizadas, si bien variaban de las francesas, seguían teniendo como predominante el factor castigo, una de estas consistía en un dispositivo rotatorio en el que hacían girar al paciente a una velocidad vertiginosa, otra práctica consistía en marcarle la cabeza con un hierro al rojo vivo para que el loco así recuperara el sentido. El objetivo de esto era anular sus ideas e ilusiones, consideradas anormales. Un cuadro que escenifica el ambiente en el que se encontraban los enfermos mentales es "Casa de locos" de Francisco Goya, pintado entre 1812-1819. Avanzando en el tiempo nos encontramos con Esquirol (1782-1840), que fue discípulo de Pinel y continuador de la terapia moral, este consideraba al asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental, también acuñó el término "alucinación", que diferenció de la ilusión. A mediados del siglo XIX mientras pierde auge la psiquiatría francesa, Morel (1809-1873) quien en su Tratado de enfermedades mentales (1860) postuló que algunas de estas podían heredarse de padres con afecciones similares, es quien introduce la denominación de demencia precoz para referirse a lo que hoy se llama esquizofrenia. Luego ocurre una nueva revolución en el ámbito de la psiquiatría con las concepciones de Kraepelin (1856-1926), que valoró por sobre todo la investigación clínica, fundamentalmente sobre la especulación teórica y la anatomía patológica, dando especial valor al estudio del curso completo de la enfermedad, planteando que hay que acercarse al enfermo y observarlo, y las de Freud (1856-1939) quien por su parte propone que hay que escuchar al enfermo y comprenderlo, descubriendo que el ser humano tiene algo más que una mente consciente y creando el Psicoanálisis a finales del siglo XIX. El siglo XX comienza desarrollando dos concepciones diferentes de lo que se entiende como enfermedad mental, por un lado, una concepción biologicista sostenida por Kraepelin y Bleuler, y por otro lado una concepción más psicológica, que apunta al trabajo psicoterapéutico, aunque no descarta que pueda existir una base biológica, la cual es sostenida por Jaspers y por Freud. (Berenguer, 2018)

En este momento también comienza a desarrollarse la psicología, la misma irá ganando peso y aportando diferentes marcos teóricos a lo largo del siglo XX. En cuanto a la psiquiatría hay dos temas importantes a tratar que surgen a mediados de este siglo y que aún afectan de manera directa a las prácticas de salud mental actuales, estos temas son la Psicofarmacología y sobre todo la Antipsiquiatría de los cuales nos ocuparemos más adelante en el capítulo que aborda los procesos de desmanicomialización. En cuanto a nuestros locos, en este momento de la historia han quedado atrapados tanto físicamente en los manicomios que restringen su libertad como en las representaciones sociales que los ubican como anormales.



## Capítulo II

### Las Representaciones Sociales y la locura

En el capítulo anterior realizamos un recorrido histórico desde el origen social y conceptual de la locura hasta el surgimiento de la psiquiatría, pudiendo investigar como a partir de ese momento comienza una habida carrera por establecer categorías diagnósticas las cuales terminan operando como estigmas. Esto nos permitió comprender como los parámetros utilizados están íntimamente ligados a procesos de regulación social, los cuales responden al paradigma científico de la época y en los cuales prácticamente no hay posibilidad de inclusión social para las personas que padecen la locura, quedando en evidencia que desde ese punto de vista la mejor opción es ubicar a estas personas en sitios aislados de la vida comunitaria y en una situación donde toda su rutina diaria está controlada y regulada. Estos dispositivos claramente similares a los penitenciarios son uno de los elementos que refuerzan la tendencia al posicionamiento bipolar en materia de salud mental, donde el enfermo mental, o mejor dicho él que padece, es entendido como anormal y ha de quedar encerrado. Esta es una situación análoga a la del presidiario en tanto un anormal que no encaja en la sociedad, este será un factor fundamental para comprender como se juega la representación social de la locura, tema que abordaremos en este capítulo, tanto en los agentes de salud como en las personas llamadas sanas o normales que viven por fuera de los muros de las instituciones neuropsiquiátricas.

#### 2.1 Origen de la representación social

La noción de representación social surge a mediados del siglo XX, cuando en 1961 en París tras de varios años de estudio Serge Moscovici la presenta en su Tesis Doctoral titulada "El psicoanálisis, su imagen y su público". La investigación la realizó mediante el análisis de la prensa y de entrevistas tomadas a diferentes grupos sociales, su interés estaba centrado en estudiar la manera en que la sociedad francesa veía el Psicoanálisis. En su tesis se plasma su interés en querer redefinir los problemas y conceptos de la Psicología Social. Hay un influencia de Durkheim, quien desde la sociología propuso el concepto de representación colectiva pero del cual Moscovici señala que es una propuesta más rígida y estática respecto de la suya, tal como la propia sociedad en que se desarrolló en la cual los cambios se procesaban de manera más lenta, hace hincapié en el uso de social para considerar que las representaciones sociales son explicaciones del sentido común, fundamentando su mayor dinamismo y fluidez en la intensidad y ritmo de los procesos sociales en general y de movilidad social en específico, más acordes a la modernidad. Al plantear la teoría de las representaciones sociales, lo que busca Moscovici es integrar al campo de la psicología social las aportaciones de diversas disciplinas, dentro de un contexto europeo y así tomar una dirección diferente a la del hegemónico paradigma norteamericano. Las diferencias más relevantes para tener en cuenta giran en torno al origen

sociológico de sus conceptos, una psicología social sociológica, en una clara contraposición al individualismo y psicologismo dominante en U.S.A, una psicología social psicológica. Propone también un énfasis en los contenidos tanto como en los procesos y una marcada apertura metodológica, caracterizada por la combinación, donde no se privilegia ningún método o técnica en particular. (Pérez, 2003)

## **2.2 La Representación Social de la locura, el inicio de su investigación**

La pionera en estudios de representación social sobre la locura fue la francesa Denise Jodelet, quien cuando se formó el Laboratorio de Psicología Social, en 1965, ingresó a trabajar con Serge Moscovici. Jodelet traía una formación en filosofía que integraba la formación psicológica y sociológica y a su vez había trabajado como investigadora en la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales con Pierre Bourdieu y con Roger Bastide. En la entrevista realizada por Sonia Alzamora y Liliana Campagno (2006), plantea su interés en el tema:

“Estaba muy interesada en el problema de las representaciones sociales de la locura, tomando al enfermo mental como una figura de la alteridad y, de esta manera, cómo se podrían estudiar los procesos de exclusión y de categorización psicosocial. Con esta figura no pretendía considerar el problema del origen étnico o social, sino observar cómo, en una sociedad, una diferencia se construye en alteridad. Mi problemática era esa: cómo se pasa de la diferencia a la alteridad y de ahí a la exclusión.” (Campagno, 2006, pág. 1)

Para ubicarnos contextualmente, no podemos dejar de mencionar que en ese momento existía un interés muy importante tanto en las prácticas como en lo intelectual alrededor del problema de la locura en Europa. Se había publicado La Historia de la Locura de Michel Foucault, libro en el cual realiza una crítica exhaustiva al poder psiquiátrico, y comenzaban los movimientos de apertura de los hospitales neuropsiquiátricos. Jodelet para desarrollar la investigación abandonó la idea de hacer entrevistas a una muestra representativa de la población, el motivo según la autora era:

“...porque la experiencia indicaba que cuando se solicitaba una respuesta sobre “qué es la enfermedad mental”, la gente respondía con estereotipos. De modo que busqué un sitio en el cual se tuviera contacto con enfermos mentales, para explorar la génesis y el funcionamiento de las representaciones sociales. En efecto, tenía el interés, además de conocer cómo la diferencia de un grupo se vuelve alteridad, de estudiar la representación social en un cuadro y en un contexto concreto que permitiera analizar todos los procesos que entran en la formación de las representaciones sociales. Para investigar esto busqué

hospitales con puertas abiertas, ya que no quería trabajar con las familias porque están involucradas en el problema.” (Campagno, 2006, pág. 2)

El interés de Jodelet estaba en poder estudiar la representación de la enfermedad mental de una manera amplia, a partir de sus condiciones de producción. Para ello realizó su investigación en un hospital psiquiátrico que atendía a enfermos derivados desde los manicomios de París. La institución estaba en un medio rural, se encontraba funcionando desde comienzos del siglo XX, tenía como propósito principal posibilitar una vida más libre y propiciar la reinserción social de los enfermos mentales. El sistema que se utilizaba era el del emplazamiento familiar, por el cual los pacientes vivían en las casas de los campesinos, insertos en las mismas familias. En el hospital aún había personas que estaban desde su fundación, así que pudo entrevistarlas e indagar sobre cómo fue la constitución de esa institución. En esa época, una forma de abordar la investigación era teniendo en cuenta los aspectos del contexto, tanto de la cultura local, así como de los modos de vivir y relacionarse. Para esta investigación el trabajo de campo duro cuatro años, realizándolo con la participación de 500 familias y 1200 pacientes, Jodelet plantea que tal dimensión fue para tener un bosquejo total, siendo esta la mejor forma de comprender la manera de organización del sistema de acogida de los enfermos mentales y de los modos de relación establecidos con ellos por la gente local. (Campagno, 2006)

En ese contexto social que vivía Europa y con estas nuevas formas de llevar a cabo las investigaciones, tanto desde la utilización de diversos métodos como con un enfoque multidisciplinar, podemos ver como se fue generando una influencia en la comunidad psiquiátrica y su vez posibilitando que exista una reflexión para trabajar la representación de la locura fuera de las instituciones, en el seno de la comunidad. En nuestra situación actual dentro del marco de la Ley de Salud Mental N° 26657 se nos hace casi obligatorio reflexionar sobre las representaciones sociales de la locura en el conjunto de la sociedad, fundamentalmente en los profesionales que se desarrollan en el ámbito de la salud mental. Para ello es importante poder hacer un revisionismo sobre los aspectos históricos que incluyan una integración de nuestra cultura con los procesos ya realizados en otras sociedades. Esto entendemos que es fundamental ya que no podemos dejar de tener en cuenta que los modelos de salud mental aún vigentes o en vía de adecuación están basados sobre los mismos principios de los que ya sufrieron una adecuación en Europa u otros países de Latinoamérica.

## Capítulo III

### Procesos de desmanicomialización en la cultura occidental

En este capítulo abordaremos las primeras bases teóricas que sirvieron de motor para llevar adelante los procesos de desmanicomialización en Europa, los que luego con el pasar de los años fueron llegando a nuestra región, teniendo en cuenta que durante todo este tiempo se inicia dentro de la industria farmacológica el psicofármaco, el cual jugará un doble papel en los abordajes terapéuticos, por un lado aliviar y estabilizar al paciente ante una descompensación y por el otro el de ser utilizado para acallar la subjetividad del que padece e incluso ser el mejor aliado para promover internaciones que duran décadas sin brindar la posibilidad de una vida en comunidad.

#### 3.1. Los inicios de la antipsiquiatría y del desarrollo de la psicofarmacología

Al hablar de antipsiquiatría no podemos dejar de mencionar la crisis de los valores que se fueron sumando en la sociedad durante las décadas posteriores a la finalización de la Segunda Guerra Mundial, podemos situar un punto culmine con los movimientos sociales de mayo del 1968. Los mismos son la manifestación de una profunda crisis en el terreno de las ciencias, del arte, de la ideología y también en el campo de todas las disciplinas de la salud mental. El término Antipsiquiatría es utilizado por primera vez por David Cooper, un psiquiatra sudafricano residente en Inglaterra, quien lo utilizaba para describir una experiencia llamada Villa 21, que se realizaba en un pabellón de un hospital psiquiátrico de Londres trabajando con jóvenes esquizofrénicos. La propuesta es una psiquiatría que se plantea como alternativa a la psiquiatría tradicional, la cual se basa fundamentalmente en oponerse a la violencia institucional, lo hace cuestionando el hospital y yendo aún más allá de la comunidad terapéutica, buscando en una práctica alternativa ensayar un clima de libertad para los pacientes, donde se dejen de lado la violencia y las restricciones. Será en la obra "*Razón y Violencia*" escrita por David Cooper y de Ronald Laing en 1964, en Inglaterra, donde debemos situar en un sentido estricto la fundación de la antipsiquiatría. (Desviat, 2006)

Aunque como hemos mencionado el término antipsiquiatría fue creado en Inglaterra por David Cooper, en un contexto muy preciso, el mismo sirvió para designar un movimiento político que iría a dar batalla de manera radical sobre el saber psiquiátrico en Estados Unidos en donde entre 1955 y 1975 se habían institucionalizado la psiquiatría y el psicoanálisis como saber hegemónico, siendo así los reguladores de las denominadas normalidad y anormalidad. Allí, con las comunidades terapéuticas y los trabajos de Thomas Szasz, la antipsiquiatría ha tratado de reformar la condición asilar de la institución psiquiátrica y a su vez transformar las relaciones entre el personal y los internados en la misma con la intención de generar una gran apertura al

denominado mundo de “la locura”, buscando así eliminar la noción de enfermedad mental. En cuanto a la institución psiquiátrica, podemos ver que se presenta como una instancia de carácter opresor, donde regularmente se denunciaron y cuestionaron las formas en como los procesos de internación habían funcionado como una conspiración de silencio. La esencia de la locura es vista como disturbio social, molesta, un comportamiento anormal que interpela los usos y costumbres establecidas. La “enfermedad mental” se transforma así en un mecanismo social, que será regulado y determinado por la ciencia desde la psiquiatría, desde allí se va a patologizar la heterogeneidad humana, atentando contra su carácter antinómico y su singularidad. Szasz en el año 1970 publicó su libro *“La fabricación de la locura: Estudio comparado de la Inquisición y el Movimiento de la Salud Mental”*, en este realiza un exhaustivo estudio histórico en el que se dedica a demostrar como con la pérdida de adherencia a la cosmovisión teológica y del poder del Estado Teocrático y al mismo tiempo el ascenso de la cosmovisión científica y del poder del Estado Terapéutico, nos lleva a asistir a una sociedad donde se produce un cambio de mitos, donde el alguna vez predominante mito teológico de la herejía va a ser remplazado por el nuevo y pujante mito científico de la enfermedad mental. Desde este análisis se pasa de la persecución de brujas y herejes a la persecución de pacientes mentales y drogadictos, en términos institucionales de la poderosa burocracia papal de la Inquisición a la poderosa burocracia estatal de la Psiquiatría Institucional. En esta obra, Szasz, define a dos tipos de psiquiatría, una será la institucional y la otra la contractual. Por Psiquiatría Institucional se entiende a la que comprende todas las intervenciones que son impuestas a las personas por los demás, estas intervenciones se caracterizan por la completa pérdida del paciente del control de la relación que mantiene con el psiquiatra, aquí el aspecto económico más relevante es que el psiquiatra es un empleado pagado por una entidad, sea esta, tanto de carácter privado como público. En cuanto a la Psiquiatría Contractual vemos que comprende a las intervenciones psiquiátricas que la persona busca cuando se encuentre en dificultades, en estas intervenciones predominara la completa retención por parte del paciente del control en la relación con el psiquiatra. Aquí en términos económicos el psiquiatra es un profesional privado que va a ser pagado por la propia persona que lo consulte. Como característica social relevante veremos la evitación de la coacción o del engaño. Por su parte, Szasz, ya en una publicación anterior de 1963, titulada *“El derecho, la libertad y la psiquiatría”*, había advertido que la Psiquiatría Institucional se había convertido en una agencia represiva de control social. En ambas producciones de Szasz se puede ver una manera de analizar y conceptualizar muy próximas a las de Foucault. (Vásquez Rocca, 2011)

Durante estos movimientos sociales y políticos en el que surge la antipsiquiatría también se produce un importante desarrollo en el campo de psicofarmacología, si bien a fines del siglo XIX y principios del XX se utilizaban fármacos con los pacientes psiquiátricos, el desarrollo de drogas terapéuticas con fines específicos para cada una de las patologías se va a dar a partir de los años 50’s, hay tener en cuenta que el consumo no solo será por parte de los locos de la sociedad y que sus descubrimientos en ocasiones se dieron al estar desarrollándose fármacos que estaban lejos de buscar un efecto psicoterapéutico. A continuación, desarrollaremos los grupos más relevantes de manera cronológica.

En el desarrollo de los Antipsicóticos nos encontramos que en febrero de 1952 se publica la primera comunicación respecto de empleo de la clorpromazina como un nuevo estabilizador neurovegetativo. En el año 1957, mientras Janssen se encontraba buscando analgésicos que fueran más eficaces, sintetizó la primera butirofenona: el haloperidol. A partir de ese momento y por muchos años ha sido el fármaco de elección en el tratamiento de las psicosis. Un cambio radical en los futuros planteamientos sobre las bases psicofarmacológicas de la esquizofrenia lo va a traer la introducción de la clozapina en 1960. A partir de aquí el concepto de «atipicidad» aparece con la demostración de la eficacia antipsicótica de este producto, de todas formas, recién en la década de 1980 es cuando se producirá la incorporación del término «atípico». En cuanto a los Antidepresivos, se darán también avances históricos en la década de 1950 en lo referido a tratamientos de los llamados trastornos afectivos. Se descubren los antidepresivos tricíclicos (ADT) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). En la década de 1960 se utilizaron las sales de litio en el tratamiento y profilaxis de los trastornos del humor y en la de 1970 se introdujeron antidepresivos que pasarían a llamarse atípicos. Ya desde finales de la década de 1980, se da la incorporación al mercado de una serie de nuevos productos con unas propiedades farmacodinámicas altamente selectivas, suponiendo así otra nueva revolución en el tratamiento de los trastornos afectivos. Con respecto a las sales de litio, aún hoy constituyen el tratamiento de primera elección para las fases maníacas de los trastornos afectivos bipolares y es de tratamiento indispensable en la profilaxis de episodios cíclicos de la enfermedad maniaco-depresiva. En lo que se refiere a los Ansiolíticos, hasta 1950 los barbitúricos fueron los agentes más utilizados como inductores del sueño y sedantes. En su consumo existía una alta peligrosidad por el estrecho margen terapéutico entre las dosis efectivas y las letales, sumando a esto un alto potencial de abuso. Por este motivo se iniciaron investigaciones con el fin de encontrar otros compuestos que tuvieran propiedades ansiolíticas, estas llevaron al descubrimiento del meprobamato y de dos benzodiazepinas, el clordiazepóxido y el diazepam. Las benzodiazepinas presentaron una mayor seguridad en caso de sobredosis, sumando a esto que también tienen un menor potencial de dependencia, lo cual les permitió ubicarse en el mercado como un producto de primera elección desplazando a los existentes. Luego en la década de 1980 se sintetizó la buspirona, un nuevo ansiolítico que no estaba relacionado químicamente con el resto de los ansiolíticos, su principal efecto lo produce en el sistema serotoninérgico y en el dopaminérgico. (Eguíluz Uruchurtu, 2010)

El abordar estos temas, nos lleva a reflexionar sobre como los discursos y el ejercicio profesional van generando, a partir de este momento histórico, una tensión en la representación social de la locura. Por un lado, el reforzamiento de la polaridad entre normal y anormal y por el otro una apertura para empezar a habilitar la heterogeneidad de los seres humanos.

### **3.2. Procesos de desmanicomialización más relevantes en Europa**

Como ya pudimos ver con anterioridad el movimiento de la antipsiquiatría se funda sobre un posicionamiento político muy claro, siendo el mismo de un marcado carácter

contrahegemónico. En este capítulo nos acercaremos a algunos de los primeros casos donde estas ideas pasan a la práctica desafiando el orden de lo establecido, tanto en el seno mismo de las políticas públicas en el área de salud mental, como en lo referido a la cotidianidad de las comunidades donde se encuentran funcionando los hospitales neuropsiquiátricos. En este momento histórico podemos apreciar como el proceso de objetivación que se fue dando inicialmente durante la teorización de la antipsiquiatría ya encuentra un anclaje que moviliza hacia nuevas prácticas, desde las cuales están dando un nuevo sentido a la locura, tenemos ahora a un grupo que sostiene una nueva representación social de la locura y por ende unos profesionales en los cuales la actitud será opuesta a la sostenida por la psiquiatría hegemónica. A partir aquí las puertas comienzan a abrirse y sin más asistiremos al proceso de desmanicomialización.

### **3.2.1. Trieste, Italia**

La experiencia de Trieste por su relevancia se presta para hacer una investigación aparte, dentro de nuestro trabajo haremos una aproximación a la misma tomando los acontecimientos más importantes y puntualizando también las repercusiones respecto de los aspectos legales. Según los datos que nos aporta Peppe Dell'Acqua (2012), desde que Franco Basaglia asumió la dirección del hospital psiquiátrico provincial de Trieste en agosto de 1971, en ese momento estaban internadas 1.182 personas. Ese mismo verano comenzó un trabajo de transformación, rehabilitación y construcción de alternativas, los mismos fueron llevados a cabo por un equipo de técnicos y que de a poco fue involucrando instituciones, gobiernos, voluntarios y asociaciones tanto locales como provenientes de todo el mundo. Desde el inicio formó un grupo de jóvenes médicos, sociólogos, trabajadores sociales, voluntarios y estudiantes de diferentes ciudades italianas y europeas, para todos estos Trieste suponía un lugar donde el debate intelectual que se daba en Europa en torno a la salud mental y sus instituciones podía ser llevado a un cambio en la práctica. Para 1978 con la promulgación de la Ley 180, la cual representa la conquista de todos los que participaron activamente durante estos años en la transformación de los manicomios, se convertirá en una herramienta fundamental para completar el proceso de reforma de la psiquiatría, particularmente en Trieste se fortalecen todos los servicios y las actividades territoriales que se venían realizando, tanto desde el punto de vista administrativo así como en lo referido a la asignación de los recursos. La ley plantea un cambio en la manera en la que deben ser llamados los servicios de psiquiatría, así el Servicio de Atención Psiquiátrica del Hospital General pasa a institucionalizarse como Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento, cuya función es tanto atender la urgencia psiquiátrica, como brindar apoyo a las distintas unidades del Hospital y a su vez orientar la demanda a los Centros de Salud Mental del territorio de donde proviene el paciente. Con la Ley 180 generando un cambio a nivel nacional, Franco Basaglia, en noviembre de 1979, es nombrado director de los servicios psiquiátricos de la Región Lazio. En ese momento el nuevo director del hospital psiquiátrico de Trieste será Franco Rotelli quien ya venía trabajando con Basaglia, este asumirá el cargo con la indicación

de asegurar el cierre definitivo de la institución. A partir de este momento comienza una gran labor, que durará varios años, en la inserción de la reforma psiquiátrica en el marco del Sistema Nacional de Salud, así como en lo referido a la transferencia de las funciones de las Provincias a las Unidades Sanitarias Locales. Ya en 1980, los servicios que operaban en el territorio habían remplazado las viejas formas de asistencia y el 21 de abril de este año, la Administración Provincial de Trieste aprueba una resolución declarando que el Hospital Psiquiátrico de Trieste, bajo la dirección de Franco Rotelli, puede dejar sus funciones y por lo tanto ser definitivamente suprimido. (Dell'Acqua, 2012)

En el libro *“Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste”*, Franco Rotelli (2014) describe la importancia de la experiencia a ser la misma planteada dentro de un hospital psiquiátrico la cual los llevo a entender que su práctica dentro del mismo estaba destinada a su destrucción. En esta cita también encontramos un claro posicionamiento a favor de un cambio de paradigma:

En la experiencia de Trieste, el énfasis extremo, justamente planteado sobre el hospital psiquiátrico, ha producido una escuela concreta de la libertad que, a diferencia de Tosquelles y de la psicoterapia institucional, y al nacer dentro mismo del hospital psiquiátrico y en oposición a él, no podía sino exigir y practicar, o aún más **practicar y exigir su destrucción**, a riesgo de faltar a sus propios supuestos y a las evidencias producidas por la práctica. Algo que sucedía en cuanto quien realizaba esa práctica tuvo siempre en mente que el problema no era el manicomio, que ese instituto no era la Institución constituida como objeto verdadero del ímpetu práctico y crítico que estaba expresando. Otra cosa era la institución compleja contra la cual nos medíamos: aquello que alguien definiera como “el fin del deseo de hacer y de no sufrir”, es decir el **propio ser institución**. Lo que se quiso fue comprobar la verdad del antiguo dicho de que “la libertad es terapéutica”, la expansión del estado de las libertades, la ampliación extendida de un diálogo que hoy se diría entre “diversidades”, el gusto del diálogo con la diversidad extrema: con la apertura verdadera de la democracia (para sí mismo y para los otros), es decir lo exactamente contrario a cuanto practican y predicán las culturas del miserable imperio que hoy nos aplasta: la cultura del miedo como la última carta capaz de legitimar el poder. Y qué otra cosa fue, qué otra ha sido la matriz de poder atribuido a los psiquiatras sino el miedo. En el estereotipo de la relación con el loco, ¿qué otra cosa está en juego sino la realidad y la ideología del miedo? Y en qué nos hicimos escuela a



nosotros mismos y a tantos jóvenes que trabajaban con nosotros en Trieste sino en el hecho de vencer al miedo. (Rotelli, 2014, pág. 135)

Desde entonces la ciudad de Trieste, que hoy tiene más de 200.000 habitantes, vive sin manicomio. Paso de tener ese único lugar de atención a 40 diferentes servicios, los cuales le garantizan a la población distintas funciones y tareas, destacándose entre estas la atención domiciliaria. Todos los resultados que empezaron a surgir con la implementación de los nuevos métodos mostraron que para el estado en términos de presupuesto significaba una importante reducción del gasto asignado para la atención psiquiátrica. Con la experiencia de Trieste se tenía que ir más allá del manicomio, no se trataba de simplemente hacerle reformas sino de superarlo pudiendo brindar una red de servicios territoriales sustitutivos. Claramente el desafío era muy complejo, ya que a pesar de las muchas experiencias de reforma que se implementaron tanto en Francia como en Inglaterra después de la Segunda Guerra Mundial, ninguna de estas había sido verdaderamente capaz de cambiar radicalmente el eje de la atención desde el hospital hacia la comunidad. Es importante puntuar que no existían conocimientos ni prácticas que pudieran inspirar el proceso de reforma. Yendo al terreno de las normas jurídicas y legislativas que existían en ese entonces, que se encontraban basadas en los juicios de peligrosidad de los enfermos mentales, evidentemente no permitían una apertura real ni la modificación de las funciones de atención psiquiátrica en un sentido territorial y comunitario. Continuando el análisis en términos presupuestarios, los datos más relevantes son que para finales de 1971 la gestión del hospital psiquiátrico era de unos 55 millones de euros y para el 2010 con 18 millones de euros se cubría el costo de la gestión de todos los servicios territoriales. En cuanto al personal la reducción fue de 524 en 1971 a 225 operadores en el año 2010. Otros números impactantes son los referidos a las camas, el hospital en 1971 tenía unas 1.182 que pasaron a convertirse, distribuidas en todo el territorio, en unas 140. El número promedio de usuario de estos servicios es de 20 personas cada mil habitantes. En lo referido a lo edilicio, la construcción que albergó el hospital psiquiátrico se fue devolviendo de a poco a la ciudad, ya en el 2012 albergaba facultades universitarias y otros servicios. Lo importante en cuanto al cambio en las leyes es que en 1971 aún regía una ley de 1904, que ponía en primer término la protección de la sociedad de los enfermos mentales, se antepone la custodia a la atención. En 1978, la Ley 180 inicia un cambio de paradigma, el cual genera la necesidad de trabajar arduamente en la articulación de las nuevas reglas a todas las normativas, tanto las nacionales como las locales. Para marzo de 1999, el Ministerio de Salud dio el anuncio de que todos los hospitales psiquiátricos públicos en Italia debían ser cerrados definitivamente, en este momento y gracias a la progresiva creación que hubo de servicios basados en el territorio, a las personas que padecen problemas de salud mental se le permiten conducir su vida dentro de un normal contexto social. Esta ley tiene una característica que la hace única en el mundo, ya que fue la primera en haber cambiado de manera radical las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría. (Dell'Acqua, 2012)

### 3.2.2 España

A partir de la muerte de Francisco Franco en 1975, comienzan a sucederse muchos cambios en España, se logran las primeras elecciones democráticas en 1977 de las cuales saldría electo Adolfo Suárez, así como la aprobación del referéndum para una nueva constitución en 1978. En este contexto se empieza a trabajar en la Ley General de Sanidad.

Ya en tiempos de democracia nos encontramos con una fuerte demanda social que exigía un cambio ante la desastrosa situación de la atención en el área de la salud mental, también el reclamo se venía haciendo por parte de un colectivo profesional que se mantenía en lucha desde los años setenta, el cual venía demandando otra psiquiatría y sanidad. Los principios que guían la reforma psiquiátrica en España están incluidos en la Ley General de Sanidad que se cerró en el año 1986, luego de un duro debate que se había iniciado en la Transición. La Ley General de Sanidad logro, frente a un modelo más liberal que proponían los sectores más conservadores, que el Sistema Nacional de Salud sea de financiación pública, garantizando una prestación universal, equitativa y descentralizada. En lo referido a la salud mental, dentro del artículo 20 se encuentran las coordenadas de la transformación de la asistencia psiquiátrica donde se la integra totalmente a la sanidad general en base a un modelo comunitario y desinstitucionalizador. España con esta norma asumió los mismos principios que ya venían rigiendo los procesos de cambio en la asistencia psiquiátrica iniciados tras la II Guerra Mundial, donde en el horizonte se encontraba una nueva salud pública que incluye el estado de bienestar, la creación de servicios nacionales de salud y el desarrollo de la atención primaria. Algunos principios contemplados en la ley serán los bases desde donde trabajarán los procesos llevados a cabo por las diferentes Comunidades Autónomas. Primero se buscó romper definitivamente con la marginación de la asistencia de los enfermos mentales con la integración de todos los servicios de salud mental en el sistema sanitario general como atención especializada desde la puerta de entrada al sistema de salud en la atención primaria, que a su vez está en coordinación con los servicios locales de atención social. Esta organización va a permitir desarrollar servicios de salud mental en cada región, pudiendo así incorporarlos en una sola red a todos. Los servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de salud mental, lo que supuso algo más que un cambio de nombre. Se priorizó la toma del paciente por los equipos ambulatorios, así como el desarrollo de unidades y programas de hospitalización parcial, también atención ambulatoria, atención domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales para quienes se encontraban con internaciones crónicas. Este proceso incluyó la creación de unidades en el hospital general, se procuró la disminución de camas buscando así el progresivo cierre de los hospitales psiquiátricos. En segundo lugar, en lo referido a los derechos de los pacientes mentales nos encontramos con uno de los aspectos más originales y vanguardistas de la ley española, ya que se diseñaron cambios en las normativas legales que les afectaban, lo cual supuso que se reguló en el marco de las leyes ordinarias, evitando así una legislación específica que pudiera discriminarlos. En tercer lugar, se modificaron aspectos fundamentales en lo referido a la práctica de los profesional dentro de los cuales nos encontramos con la formación de médicos residentes en psiquiatría, la creación de las especialidades de psicología clínica y

enfermería en salud mental, estas se adaptaron al nuevo modelo asistencial incluido en la ley, el cual plantea rotaciones obligadas por parte de los profesionales por todas las unidades asistenciales, abarcando desde los centros de salud mental a los programas de rehabilitación. A su vez en los servicios de salud mental de cada área sanitaria se crearon comisiones de docencia. (Desviat, 2011)

### **3.3. Algunos modelos de desinstitucionalización en Latinoamérica**

A partir de esta parte del trabajo nos iremos acercando progresivamente a nuestro ámbito local, con ello a las problemáticas que nos plantea el artículo N°27 para el año 2020, tanto en términos de adecuación de las instituciones, así como en el efecto que generaran estas a nivel profesional y social. Para este acercamiento tomaremos dos casos de nuestra región latinoamericana en los cuales la finalización de sus respectivos períodos dictatoriales fueron un terreno propicio para llevar adelante una reforma psiquiátrica, también realizaremos una breve descripción de como en iguales circunstancias de advenimiento de la democracia en la Argentina solo se pudo lograr algunas modificaciones a nivel provincial.

#### **3.3.1 Brasil, la vuelta a la democracia y la reforma psiquiátrica**

En Brasil, también nos encontramos un proceso de cuestionamientos y enfrentamientos de los sentidos atribuidos a los denominados "locos", así como a los aparatos médico-asistenciales prestados a esas personas. Aquí también vemos como inspirados por Foucault, así como por los cambios llevados adelante en la psiquiatría italiana, los trabajadores de la salud, las personas internadas, los familiares, también los profesores, intelectuales y movimientos sociales van a denunciar las atrocidades que son cometidas dentro del modelo manicomial. Se puede situar el inicio del Movimiento de la Reforma Psiquiátrica brasileña entre los años 1978 y 1980, este en el marco del paro de profesionales de la División Nacional de Salud Mental iniciado debido a las condiciones precarias de su funcionamiento. En el Movimiento de la Reforma Psiquiátrica intervinieron actores de diferentes ámbitos, teórico, político, jurídico, cultural y social, los mismos llevando a cabo un complejo proceso de estrategias que se fueron articulando para lograr la transformación del paradigma psiquiátrico. Tuvo por finalidad cambiar la atención prestada a la salud de personas que eran diagnosticadas con los distintos trastornos mentales, trabajando en dos puntos fundamentales, haciendo efectiva su ciudadanía de estas personas, cuidando sus derechos, y buscando transformar las relaciones que la sociedad tenía con la experiencia de la locura. Aquí vemos como si hay una ocupación en lo referido a la representación de la locura. La reforma en Brasil, como también lo estuvo en España, se encuentra directamente relacionada con el proceso de democratización, en un momento de apertura política y de la amnistía de los perseguidos por la dictadura militar. En el marco de la VIII Conferencia Nacional de Salud del año 1986, finalmente fue aprobada la implementación de la Reforma Sanitaria brasileña la cual creó las bases para la construcción del SUS (Sistema Único de Salud), esto derivara en la realización la I Conferencia Nacional de Salud Mental en 1987. De apoco la Reforma Psiquiátrica se va instituyendo y consolidando de manera paralela a la creación del SUS, se comienza a trabajar la creación de otros dispositivos extrahospitalarios

y en la habilitación de camas para pacientes psiquiátricos en hospitales generales, esto motivado por la necesidad de la reducción de camas en los hospitales psiquiátricos, estos cambios contribuyeron a la desinstitucionalización de la locura. Nuevos servicios, recursos y opciones terapéuticas fueron creados con el fin de ampliar e integrar diversas posibilidades de atención, propiciando y construyendo la atención psicosocial en todo el país. Actualmente, están disponibles servicios que deben estar articulados en red y que tienen como referencia la Estrategia de Salud de la Familia, estos son: los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), que son servicios de puertas abiertas, los cuales prestan atención diaria a personas con trastornos mentales severos y persistentes, estos cuentan con un equipo mínimo que está compuesto por al menos un psiquiatra, un enfermero, un psicólogo y un trabajador social. Otros son los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT), están localizados puntualmente en la comunidad donde viven las personas con trastornos mentales graves que son acompañadas por los servicios de salud de la red extrahospitalaria ya que estas personas no poseen vínculos familiares. Funcionan como espacios para la convivencia y la provisión de habitación, dentro del cual se posibilita la construcción y fortalecimiento de lazos, tanto afectivos y sociales. También se cuenta con los Centros de Convivencia y Cultura (Cecco), que están abiertos a toda la población, pero que apuntan su trabajo a las personas en situación de riesgo personal y social. Por último, encontramos los servicios de atención integral que propician la hospitalización de corta duración en casos necesarios, estos cuentan con el cuidado de un equipo multiprofesional e interdisciplinario, el cual se encuentra disponible en los hospitales generales y en CAPS III, ambos funcionan las 24 horas. A estos servicios podemos sumar el Programa De Vuelta a Casa que ofrece un auxilio financiero para a la asistencia, acompañamiento y rehabilitación psicosocial de los pacientes dados de alta, luego de haber pasado por largas hospitalizaciones en hospitales psiquiátricos, este programa lo que busca es aumentar la posibilidad de su reinserción en el grupo familiar. Actualmente en Brasil dentro del área de la salud mental se busca superar la escisión que persiste entre la salud mental y la salud pública, esto con la insistencia en que el trabajo será mejor realizado por equipos multiprofesionales e interdisciplinarios, fomentando la producción y fortalecimiento de las redes de salud, así como la intersectorialidad, y entendiendo que todo compone en su conjunto a las prácticas psicológicas. (Aragaki, 2012)

### **3.3.2 Chile, la vuelta a la democracia y la reforma psiquiátrica**

Así como pudimos ver en países como España y Brasil, el período de la transición y los inicios de los gobiernos democráticos son momentos donde los reclamos facilitan las posibilidades de que se realicen cambios que la sociedad necesita.

En 1990 cuando se produce el retorno de la democracia en Chile, la situación que se presentaba en términos de atención psiquiátrica era la siguiente, se encontraba concentrada en cuatro grandes hospitales psiquiátricos, "El Peral", "El Pinel", "El Horwitz" y "Del Salvador", en los cuales el 70% de las camas estaban ocupadas por internaciones de larga duración, las mismas con un promedio aproximado a los 20 años. En términos presupuestarios absorbían el 80% destinado a salud mental y en cuanto a las personas que ahí vivían el 80% lo que requerían eran apoyos para vivir fuera de la institución, no continuar internados. Para 1993 se firma el primer

plan nacional de salud mental, el mismo contemplaba que sería evaluado por su funcionamiento y resultados, a este se le fueron sumando el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial y el trabajo en salud mental en los centros de atención primaria con la intención de disminuir la brecha de tratamiento psiquiátrico por medio de programas específicos. En 2000 luego de una detallada evaluación de los aciertos, fracasos, obstáculos y facilitadores del trabajo iniciado siete años atrás, en Chile se lanza un segundo plan nacional de salud mental en el cual se hace una revisión de otras experiencias internacionales en lo referido a reformas psiquiátricas, en particular la de Granada, en este momento se inicia un trabajo en conjunto con equipos españoles tanto desde la asesoría directa como de su participación en el terreno. Parte de este trabajo en equipo incluyó la capacitación de los actores claves en el proceso de reforma chileno. En términos de presupuesto el planteo fue aumentar la partida de Salud Mental, durante un período de 10 años, desde un 1,3% hasta el 5%, esto acompañado de la reasignación del financiamiento privilegiando en esto a la atención primaria. Tanto a nivel local como nacional se involucró a las personas con trastornos mentales y a sus familias en las transformaciones que se llevarían a cabo, tanto en la planificación como en la evaluación. Las áreas prioritarias serían siete, la promoción y prevención en salud mental; la atención de niños y adolescentes con trastorno por déficit atencional e hiperactividad; el padecimiento mental asociado a la violencia (fuera esta doméstica o derivada de la dictadura militar); la depresión; la esquizofrenia; el abuso y dependencia del alcohol y drogas; La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. También se promulgó una ley para proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, con o sin discapacidad, la cual a través de comisiones nacionales y regionales monitorearía a las instituciones psiquiátricas para asegurar que se cumpla su aplicación. El Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) es sancionado en el año 2004, en este se incluyen 56 enfermedades prioritarias, entre las cuales figura el tratamiento para la esquizofrenia a partir de su primer episodio, la depresión en mayores de 15 años, el abuso de sustancias para menores de 20 años y el trastorno bipolar en personas mayores de 15 años. Hubo resistencias tanto por parte de los médicos como por parte de los otros profesionales del área de atención primaria, generando ciertos problemas ya que estuvieron muy parcialmente inclinados a percibir los beneficios de la integración de la salud mental. Este nuevo plan de Salud Mental prioriza a las siguientes siete líneas de trabajo: regulación y derechos humanos; provisión de servicios de salud mental; financiación; gestión de la calidad, sistemas de información e investigación; recursos humanos y formación; participación; intersectorialidad. Aún hoy el cuerpo normativo que sustenta la atención de las personas con trastornos mentales presenta varias contradicciones, en las cuales actualmente se está trabajando para a través de una legislación que sea específica de Salud Mental poder superarlas. (Agrest, 2018)

### **3.3.3 Argentina, la vuelta a la democracia y las primeras leyes provinciales**

En Argentina el regreso a la democracia se comienza a transitar en diciembre de 1983 con el gobierno del presidente Raúl Alfonsín, el cual asigna como director en la Dirección Nacional de Salud Mental al médico psiquiatra Vicente Galli. Como hemos visto en los casos de

España, Brasil y Chile, el momento social que se vive luego de salir de un régimen dictatorial parecería ser el propicio para realizar grandes cambios dentro de los cuales sea posible plasmar un cambio de paradigma en las políticas vigentes. En 1986, Galli presenta un documento en el cual incluía entre las estrategias generales para Salud Mental, las siguientes: la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud; la integración intersectorial; la ampliación de la cobertura, incluyendo acciones de promoción y prevención, de manera que la misma fuera equitativa para toda la población; la participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades, estrategias y asignaciones de recursos; el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital-Enfermedad hacia el modelo Comunidad-Salud y con esto el incremento de presupuestos para ello y nunca para incrementar prácticas y sistemas custodiales, segregacionistas y/o exclusivamente asistencialistas; la transformación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y desaliento de los institutos privados que funcionaran similarmente; el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Salud Mental. Otras de las cuestiones que planteaba Galli era la urgente necesidad de renovar profundamente de la formación de los nuevos profesionales y a su vez la transformación de tendencias de los que se encontraban en actividad. Durante el desarrollo de su cargo Galli no pudo con los grandes hospitales psiquiátricos en la ciudad de Buenos Aires, si en cambio desarrolló una intensa actividad a nivel provincial, particularmente con las gobernadas por el radicalismo. Al finalizar su gestión logro que casi todas las provincias tuvieran una organización de conducción en Salud Mental diferenciada, al interior del área de Salud, esto permitió que fuera reconocida como una problemática importante para las políticas provinciales. En varias provincias se crearon programas de resocialización de pacientes y sistemas alternativos a los vigentes dentro de sus propios hospitales. Por su parte hubo provincias que realizaron importantes cambios legislativos, que se vieron plasmados en los inicios de la década de los años 90, como Río Negro, Santa Fe y Entre Ríos. Todas se basaron en un enfoque comunitario con relevancia en la atención primaria, en cuanto a la institución neuropsiquiátrica en las provincias de Río Negro y Entre Ríos se apuntó directamente a la sustitución de los manicomios, y en el caso de Santa Fe a su transformación. (Chiarvetti, 2008)

Desde Río Negro la Ley Provincial N°2440, de 1991, ha sido un ejemplo para seguir y ha servido para reflexionar durante la elaboración de la actual ley nacional de salud mental. Esta ley provincial ofrece otro modelo positivo de atención en la comunidad para las personas con padecimientos mentales, a su vez establece la ilegalidad de los hospitales mentales públicos y define la estructura a seguir para la reinserción social de las personas con enfermedades mentales. Para el año 2008 la provincia ofrecía servicios de salud mental en 33 hospitales generales, en 178 centros de salud, en seis hogares de medio camino y en seis empresas sociales para reinsertar socialmente a las personas externadas. Con el objetivo de reintegrar a los usuarios de los servicios de Salud Mental a la comunidad los equipos trabajaban de manera interdisciplinaria con las familias, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, policías, abogados y empresarios. Dentro del trabajo que se realiza, los trabajadores de la salud mental desempeñaban un papel fundamental para ayudar a los usuarios a lograr una buena

transición entre el hospital y la comunidad, esto se realiza dedicando mucho tiempo a acompañarlos durante el proceso. Si bien el modelo es bastante alentador, no carece de problemas propios, luego de estudio independiente llevado a cabo sobre los servicios de salud mental en la provincia, arrojó como resultados que hace falta mayor financiamiento para cumplir la ley plenamente. Apuntando a la provisión de alternativas para individuos con enfermedades mentales crónicas y sin familiares para que estos puedan ser acompañados en el proceso, es ahí donde debe hacerse una inversión, también se señaló el hecho de que no se involucró de manera adecuada a los usuarios en las tomas de decisiones. (Filipponi, 2008)

En este capítulo pudimos ver la construcción y consolidación, a través del proceso de objetivación y anclaje, de una nueva representación social de la locura en Trieste, Italia. A partir de esta nueva representación también una nueva actitud, tanto en los profesionales de la salud como en la comunidad cuando comienza a recibir a los pacientes desinstitucionalizados. A su vez esta nueva realidad social tuvo la consistencia de promover cambios tan profundos que llevaron a que a nivel nacional se realizara un cambio en la legislación por entonces vigente. En cuanto a los cambios realizados en otros países a partir de esta experiencia de Trieste, han tenido como principio el camino inverso, ya que desde una nueva reglamentación se ha salido al encuentro de una realidad en la cual, la representación social de la locura se encontraba definida de otra manera, en esta la peligrosidad del loco y el miedo a la locura estaban aún fuertemente arraigadas. Este análisis es importante realizarlo ya que nos puede permitir empezar a reflexionar en los próximos capítulos sobre las resistencias ante un cambio de paradigma, sobre todo por lo visto en Argentina en su ingreso a la democracia y respecto a la dificultad de implementar nuevas prácticas, aún cuando estas estén estipuladas dentro de un marco legal.

## Capítulo IV

### Neuropsiquiátricos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En este capítulo asistiremos a la fundación de las primeras instituciones neuropsiquiátricas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, luego daremos un salto al proceso vivido con la ley de salud mental N°448 pudiendo con ello ver como se dan las representaciones sociales de la locura y las diferentes actitudes de los profesionales en distintas épocas; no sin dejar de encontrar posiciones, que luego de más de 150 años de desarrollo científico y social, permanecen sostenidas en viejos paradigmas positivistas.

#### 4.1. La fundación de las primeras instituciones públicas

Los históricos Hospitales psiquiátricos Braulio Aurelio Moyano, para mujeres, y José Tiburcio Borda, para hombres, recibieron sus respectivos nombres en 1967, aunque las instituciones ya llevaban más de 100 años en funcionamiento. Los nuevos nombres fueron asignados durante el gobierno de facto de Juan Carlos Onganía, estando en ese momento como ministro de bienestar social Conrado Bauer, cabe destacar que en 1966 se había disuelto el ministerio de salud quedando sus funciones dentro del ministerio de bienestar social.

La fundación de los primeros Hospicios de la ciudad de Buenos Aires se da en la segunda mitad del siglo XIX. El primer hospital psiquiátrico que se construye en la ciudad se debe a la iniciativa del Dr. Buenaventura Bosch, médico del Hospital de Hombres que había realizado en 1851 un viaje de estudios por Europa en el cual conoce los tratamientos que habían implementado Philippe Pinel y Jean Esquirol en Francia, Vicente Chiarughi en Florencia y William Tucker en Inglaterra. Cuando Bosch regresa a Buenos Aires, se hace cargo de la Presidencia de la Sociedad Filantrópica, la cual había sido creada 1828 por el coronel Dorrego, la misma tenía por funciones la administración de las cárceles y los hospitales, también la asistencia a la vejez y los niños abandonados. La Sociedad Filantrópica y la inspectora Tomasa Vélez Sarsfield, perteneciente a la Sociedad de Beneficencia, llevaron a cabo un relevamiento en la Cárcel y en el Hospital General de Mujeres para saber cuál era la situación de las mujeres dementes, luego solicitaron fondos al Gobierno Nacional para así crear en 1854 el primer Hospicio de Mujeres dementes en las afueras de la ciudad, llamado La Convalecencia. En el año 1863, hacía el norte del ya Hospital de Alienadas y dentro de los terrenos de la Convalecencia, Bosch inicia la construcción de la Casa de Dementes, la inauguración será en 1865 y en honor a su fundador se le dará el nombre de Hospital de San Buenaventura. Luego, en 1873, la Municipalidad pasaría a llamarlo "Hospicio de las Mercedes", siendo su primer director el Dr. José M. de Uriarte el cual implantó el tratamiento moral del alienado e instituyó el trabajo como recurso terapéutico, dentro de las actividades que llevaban a cabo los pacientes encontramos la sastrería, zapatería,



carpintería, imprenta, fotografía y el lavadero, parte del trabajo de lavandería incluía higienizar toda la ropa que se utilizaba en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires. (Navarlaz, 2011)

Durante las décadas de 1870 y 1880 las mujeres que eran designadas socialmente como dementes y que transitaban por la experiencia de ser recluidas en el hospicio de la Convalecencia, padecían los modos en que determinados sujetos y grupos se involucraban en la definición de los significados sociales de la locura, repercutiendo esto en la formación de una barrera que marcó el límite entre quienes podían incluirse en la vida pública y quienes debían ser excluidos de ella. Los modos en que tanto familiares, policías, vecinos, jueces, curadores y médicos señalaban a estas mujeres como locas fueron diversos. Algunas conductas como entrometerse en una casa ajena, hablar de manera disonante o directamente no hablar, entre otras situaciones, fueron tomados como síntomas de enajenación que para varios requerirían de la intervención de la fuerza pública, así como de una institución capaz de contenerlas. Los alcances de la etiqueta social de loca y su naturalización parecieran haber tenido poco fundamento, quizás porque no era sostenida por la ideología de la medicina científica. El tránsito de estas mujeres por la internación nos hace reflexionar en torno a cómo esta fue una institución que funcionó como una caja de resonancia, acompañando a una ciudad y a una sociedad que también lo hizo a un ritmo verdaderamente vertiginoso y desordenado. Podríamos pensar que replicaba dentro de sus muros, lo que en cierta medida acontecía fuera de estos. Los usos y significados sociales del manicomio en esta época no estuvieron constituidos como un asunto de ciencia, ya que este manicomio fue atravesado por las demandas y reclamaciones de jueces, policías, familiares, médicos y políticos, lo cual nos da una situación que nos invita a continuar reflexionando hoy, y en relación con nuestra situación actual, sobre cómo sus sentidos fueron moldeados de manera relacional por las presiones y expectativas de distintos sectores sociales. (Pita, 2015)

#### **4.2. Origen y fundación del Instituto Frenopático**

El Instituto Frenopático de Buenos Aires fue la primera institución privada de salud en Argentina y de psiquiatría en Latinoamérica, se fundó en 1880. La procedencia fue el Instituto Frenopático de Las Corts, en Barcelona, que había sido fundado en 1863 por T. Dolsa i Ricart. El primer Tratado de Psiquiatría español fue el “Tratado teórico práctico de la Frenopatología y estudio de las enfermedades mentales” escrito por Giné i Partagàs (1836-1903), en él se hablaba de un tratamiento moral “de la conjunción del manicomio y el médico especialista habría de nacer la Frenopatía”. En Buenos Aires entre los años 1880 y 1910 se construyeron los primeros hospicios y se organizaron las primeras cátedras de medicina mental y las primeras publicaciones, en esas décadas también se crean los servicios de internación privada. En el caso del Instituto de Frenopático de Buenos Aires, sus fundadores fueron Rafael Herrera Vegas, Médico infectólogo y pediatra venezolano formado en la Sorbona, que había sido contratado por el gobierno argentino por la epidemia de fiebre amarilla, el cual salvo a la hija de Mitre con una traqueotomía, siendo también Miembro de la Sociedad Médica Argentina y primer director provisorio del Hospital de Niños. Otro de los fundadores fue Felipe Solá, un médico español que

trabajaba en el Hospital de Alienadas, perteneciente al grupo de alienistas de Lucio Menéndez. Solá trae la idea del Frenopático de España y dona los terrenos para la construcción del Instituto, también donó las tierras para la construcción de una estación ferroviaria de la ciudad, Felipe Solá. Por último, las Hermanas de Nuestra Señora del Huerto que cumplen funciones de asistencia en el Instituto Frenopático. Las mismas son originarias de Chiavari-Génova y llegan a Buenos Aires en 1859, siendo una madre y 7 monjas, luego en 1887 llegan 23 monjas más. Sus capellanes que eran jesuitas diferencian “caridad” de “filantropía”, deshabitada de fe y esperanza. Inicialmente bajo la dirección de Eduardo Pérez, los servicios que se prestaban era el alojamiento de enfermos nerviosos y mentales de ambos sexos. El servicio se ofrecía con atención permanente para enfermedades mentales, nerviosas, toxicomanías y convalecencias en dos pabellones, uno para Hombre y otro para mujeres que estaban unidos por un puente, también contaba con Chalés para el tratamiento de sus rentistas y departamentos con cocina. Sus edificios fueron diseñados y construidos por el arquitecto italiano Borghi, siendo su dirección original Montes de Oca 656, próximo al Hospital Borda, al Moyano y al Hospital Británico. Hoy se encuentra emplazado en la calle Entre Ríos 2144 de la ciudad de Buenos Aires. (Rossi, 2018)

#### **4.3 Ley N°448**

Dentro del proceso de la elaboración de la Ley N°448 y su sanción, asistiremos a dos posicionamientos diametralmente opuestos en los cuales la representación social de la locura, así como la valoración de la institución psiquiátrica y de lo que es una buena práctica profesional en salud mental difícilmente encuentren puntos en común. Hoy a casi 20 años, y teniendo en cuenta una ley nacional de salud mental sancionada mediando este período, se siguen sosteniendo prácticamente de la misma manera.

En el año 2000 se sancionó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley de Salud Mental N° 448, luego en el 2004 fue reglamentada en forma parcial. La Ley se presenta, como una ley progresista la cual se caracteriza principalmente por el reconocimiento y defensa de los derechos humanos, así como por el planteamiento moderno de concepciones teóricas y estrategias de intervención. La composición de la ley es de 48 artículos que encuentran organizados en dos títulos a saber, el primero “La salud mental en la Ciudad de Buenos Aires” donde se plantean las cuestiones definitorias sobre la comprensión de la salud mental, el tratamiento de los recursos humanos, así como la organización de los servicios de salud y las autoridades de aplicación y el segundo “Régimen de internaciones”, y disposiciones transitorias, donde se definen los procedimientos en las internaciones psiquiátricas, tanto voluntarias e involuntarias, como judiciales. Es importante destacar que se define como objetivo: “garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, la definición de “salud mental” está dentro de la concepción de la salud integral y de la comprensión de las personas en tanto seres bio-psico-socioculturales. El texto que comprende la ley, en consonancia con la tendencia de los organismos internacionales, destaca una transformación de la atención de la salud mental desde un paradigma centrado en los hospitales a otro de corte comunitario. Dejando de ser el hospital psiquiátrico eje central de la

atención, para ubicarse en su lugar a la comunidad y los dispositivos alternativos, en todo lo referido al cuidado de las personas con trastornos mentales. En cuanto a las estrategias, serán la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el trabajo comunitario, siempre desde lo intersectorial e interdisciplinario. Tomando en cuenta la perspectiva de los participantes de la discusión y diseño de la ley N° 448, encontramos dos grupos claramente diferenciados, por un lado, los denominados “psiquiatrones”, férreos defensores de las instituciones neuropsiquiátricas, y, por otra parte, quienes promulgaban un proceso de desinstitucionalización, conjuntamente con la Psicología y Psicopedagogía, en reivindicación de los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales, en particular de las internadas de manera crónica en las instituciones psiquiátricas. Durante el transcurso de los dos años previos a su sanción, si bien participaron numerosos y diferentes actores sociales e instituciones, los diputados participantes y sus asesores, así como algunos profesionales de la salud mental, ubican como principales a la Asociación de Médicos Municipales y miembros de la Multisectorial intersindical de salud mental, particularmente de los neuropsiquiátricos Borda y Moyano, posicionados como defensores de las instituciones de internación psiquiátrica y de los intereses de la corporación médica, enfrentados a los restantes, Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA), Asociación de Profesionales del Centro de Salud Mental N° 3, Arturo Ameghino, quienes de manera tajante defendían los procesos de trabajo de tipo horizontal, siendo estos viables desde una igualdad entre las diferentes disciplinas que conforman el campo de la salud mental. También consideraban que se debía, con urgencia, iniciar un proceso de desmanicomialización, ya que la función de los neuropsiquiátricos era la de ser depósitos de personas y que en los mismos se sucedían situaciones violatorias de los derechos humanos. (Rosendo, 2009)

#### **4.4 Neuropsiquiátricos en la actualidad**

Para hacer una valoración de los neuropsiquiátricos hoy, así como para procurar una inferencia acerca de las representaciones sociales de la locura y las actitudes de los profesionales en la actualidad, nos gustaría retomar algunos temas antes vistos, pero en esta ocasión de manera más puntual. Es importante tener en cuenta que las primeras instituciones neuropsiquiátricas se fundan tomando como modelo las instituciones europeas de mediados hacia fines siglo XIX, y que a su vez los profesionales que las fundan y/o gestionan en Buenos Aires tuvieron su formación en Europa o realizaron viajes específicos de los cuales traen para aplicar acá lo que podríamos llamar lo último en terapias para pacientes psiquiátricos. Hasta este punto podríamos hablar de un alto grado de innovación y vanguardia en lo referido a la salud mental. Retomando también lo visto en los procesos de desmanicomialización, hicimos referencia a que la ley que se logra modificar en Trieste en 1978 era de 1904, la cual se sancionó en una época en el que el modelo institucional se asemeja en cierta manera al mismo que inspiró a quienes fundaron nuestras primeras instituciones psiquiátricas, la cual estaba fundamentada en la protección que se le debía brindar a la sociedad del loco, podemos ubicar claramente que la representación social de la locura está dentro del orden de la peligrosidad y el miedo. También vimos como Vicente Galli en 1986 fracasa en su intento de generar cambios acordes a las tendencias occidentales actuales en materia de Salud Mental, tanto en el Moyano como en el

Borda. También dentro de este capítulo asistimos a la fuerte confrontación en torno la Ley N°448. Parecería que aún hoy cuando estamos a más 150 años de la fundación de la primera institución neuropsiquiátrica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sigue en gran parte del colectivo profesional, como en muchos miembros de la sociedad, una representación social de la locura que se corresponde con la que tenían nuestros antepasados cuando comenzaron a escribir la historia de la salud mental, no solo de nuestra ciudad sino también de nuestro país.

En lo que refiere al Instituto Frenopático S.A. (IFSA), actualmente encabezado en la dirección por el Doctor César Lucchetti y en busca de un cambio de paradigma, el mismo se encuentra en pleno proceso de adecuación, el cual contempla desde modificaciones a nivel edilicio, pasando por programas de actualización profesional, hasta un progresivo cambio del servicio de tipo monovalente a uno polivalente acorde con la ley vigente.

Antonio Virgillo (2019) nos expone en un reciente Congreso, que IFSA ha encabezado una descabellada ruptura del modelo médico hegemónico y predominantemente asilar, que se expresa a partir de la insatisfacción de las personas internadas, relacionada con su salud percibida y su bienestar. La creciente "medicalización" y el deterioro de la relación médico-paciente, con abandono o mal uso del método clínico y las grandes expectativas insatisfechas de las personas con los resultados de la práctica clínica y la salud pública actuales. Es por ello que, aún en la actualidad y muy probablemente en el futuro, parece válido insistir en las principales cualidades que los pacientes esperan encontrar en los profesionales: que los escuchen y los comprendan, que se interesen por ellos como seres humanos, que tengan competencia profesional, que se mantengan razonablemente actualizados y que no los abandonen. Si bien los avances científicos abren nuevas interrogantes sobre la subjetividad futura, por ahora reflejan y confirman los anhelos ancestrales de la humanidad, así como han hecho los constructores de nuestro país, representados en nuestro caso por los precursores que fundaron el antiguo Instituto Frenopático. Apoyados en la Ley de Salud Mental y en las experiencias de países como Brasil a partir del plan de volta a casa, o la experiencia comunitaria de la escuela de Trieste, entre otros, debemos asumir el compromiso de poner en marcha un nuevo perfil asistencial que supere el conformismo actual y las actitudes reaccionarias de muchos actores sanitarios de nuestro medio. (Virgillo, 2019)

En relación con el ámbito público la situación es más delicada, en agosto del corriente año, el presidente la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (AMM), Jorge Gilardi en una columna de opinión publicada en Telam, la misma titulada "*Sin neuropsiquiátricos no es posible lograr una acertada política de salud mental*", consideró errada a la ley nacional de salud mental más allá de sus buenas intenciones. Posicionando a la Asociación como una férrea defensora de la salud pública desde los inicios de su actividad, así como de todo avance en normativas las cuales garanticen la seguridad a los profesionales y que brinden una mejor atención a los pacientes. Dejando en claro que la asociación debatió profundamente en todos los ámbitos, sosteniendo como base que nunca avaló ni va a avalar políticas de salud mental las cuales impliquen el cierre de hospitales de esta especialidad,

tampoco la dilución de las incumbencias del médico psiquiatra dentro del equipo interdisciplinario. Según él, esto podía interpretarse como uno de los sentidos que trae esa ley. En esta columna manifiesta estar convencido de que la mejor manera de avanzar para tener un sistema de salud moderno es lograr consenso para realizar mejoras en los hospitales, no para cerrarlos. Este posicionamiento es manifiesto luego de haber firmado un acta el 16 de julio pasado con en el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, que le garantiza que no se cerrará ningún hospital y que, por el contrario, serán transformados en hospitales polivalentes, especializados en salud mental, psiquiatría y neurociencias. (Giraldi, 2019)

El acta firmada entra en una clara contravención con la Ley Nacional de Salud Mental N°26657 y con lo dispuesto en el Decreto N°603/13 artículo 27. Así mismo, mientras nos encontramos realizando este trabajo se publicó en el Boletín Oficial de la República Argentina el 25 de noviembre de 2019 la Resolución 3250/2019 la cual resuelve en el Artículo 2°- Establézcase como fecha para la presentación de los planes de adecuación, el día posterior a la publicación de la presente en el Boletín Oficial de la República Argentina, venciendo el mismo, de pleno derecho, en fecha 31 de Agosto del año 2020. Lo cual estaría dando un nuevo margen para determinar el destino de estas dos emblemáticas instituciones públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## Capítulo V

### De los dispositivos tradicionales a los nuevos abordajes en salud mental

Entendemos que estas nuevas formas de abordar las problemáticas de las personas con padecimientos mentales que presentaremos a continuación no son tan nuevas en otros países, tampoco lo son desde el punto de vista teórico para nosotros, pero si hay una distancia importante en lo que se refiere a una articulación de estas a la práctica, por lo menos en un nivel generalizado. Pensamos que, en los próximos años, con la adecuación institucional que está siendo promovida desde las leyes vigentes, dentro de los plazos establecidos, asistiremos a nuevas prácticas las cuales esperamos retroalimenten la posibilidad de construir nuevas representaciones sociales de la locura, ese es el motivo por el cual las incluimos en el presente capítulo.

#### 5.1. Abordajes comunitarios en salud mental

La Psicología Comunitaria es nombrada como tal por primera vez en los Estados Unidos en el año 1969, al recogerse los resultados de la Conferencia sobre Educación de Psicólogos para la Salud Mental Comunitaria, la cual se realizó en Massachussets ese mismo año. Allí se planteó el propósito de empezar a intervenir directamente en el ambiente cotidiano de la población, tomando como principio el hecho de que la salud mental se produce en ese ámbito. Los profesionales de la Salud Mental, en particular los psicólogos, enfrentan la dificultad y el desafío de transitar desde un abordaje en el ámbito institucional que está centrado en el individuo y en su enfermedad, modelo médico hegemónico, hacia el desarrollo de una intervención en el ambiente de los sujetos centralizándose en la promoción de la salud. Hay algunos aspectos que son importantes a considerar, uno el vinculado a la concepción de salud, en la cual hoy en día se sigue sosteniendo una falsa separación entre lo que es mental y lo que es orgánico, que a su vez también es evidentemente una separación tanto de lo social, como de lo económico y lo político. Esta separación desvaloriza la posibilidad de tener una comprensión del sujeto como sujeto integral y complejo, en la cual estará presente la subjetividad durante todo el proceso de salud-enfermedad. En cuanto a los psicólogos permanecemos aún en un dilema, porque si hablamos simplemente de salud, nos estamos sometiendo al riesgo de una rápida asociación con la medicalización y por lo tanto una invisibilidad de los procesos subjetivos y si en cambio hablamos de salud mental caemos en una verdadera falacia que ha sido superada en el plano conceptual de las ciencias de la salud. Tomando como punto de partida el cuestionamiento de la noción de Salud Mental desde los paradigmas científicos actuales que se encuentran operando en el campo de las ciencias de la salud, los cuales admiten la complejidad de los fenómenos

sociales, siendo los procesos de salud-enfermedad uno de ellos, hemos intentado ubicar la relación de la Psicología Comunitaria con dicha noción. Para ello hemos partido del acto mismo de su fundación, en 1969, a partir del cual a los psicólogos se los convocados para que operen incidiendo de manera favorable en la Salud Mental de los sujetos, siendo su intervención en el ambiente inmediato de los mismos, en su vida cotidiana. En cuanto a la Psicología Comunitaria que se desarrolla en varios países de América Latina, la misma concibe principalmente que las condiciones concretas de existencia de los sujetos y las comunidades a las que pertenecen son producto de los componentes socioeconómicos estructurales característicos del continente, y que será en ese contexto donde se producirán determinadas subjetividades las cuales favorecerán la permanencia o la transformación de las condiciones dadas. La implementación Proyectos Sociales que son dirigidos a los sectores más vulnerados en sus derechos, la principal Política Social destinada a la comunidad, son un instrumento que tiene posibilidad de incidir en esas tendencias de permanencia o de cambio. Con lo cual dependiendo del tipo de abordaje comunitario que se lleve a cabo se generarán las condiciones más o menos favorables para la producción de Salud Mental, siendo fundamental el entramado entre el equipo que sostiene dichos proyectos y la comunidad, y con los sentidos de pertenencia que dicha relación adquiera para unos y otros actores. Los equipos profesionales tendrán como desafío poder establecer relaciones que ofrezcan a la vez espacios para dar respuestas a las necesidades fundamentales y a el sostén afectivo que dignifique a las personas y algo muy importante, que es que le restituyan un lugar como sujetos de derecho, teniendo como objetivo que se logre romper con los riesgos de un vínculo de mutua dependencia y favoreciendo los procesos de una genuina autonomía y autodeterminación. (Rodríguez, 2007)

## **5.2. Dispositivos de internación domiciliaria**

Un tema de constante preocupación en la moderna atención psiquiátrica es el referido a la asistencia domiciliaria en la Salud Mental. Planteemos algunas consideraciones de base del concepto de asistencia domiciliaria especialmente orientadas hacia la Salud Mental. Antes que nada, diferenciar tres aspectos de la asistencia domiciliaria, primero el sanitario-asistencial, en lo relativo a la atención médica en sentido genérico, incluye lo que respecta a lo propiamente somático, como a la psiquiatría y psicología como tales. El segundo aspecto, el de lo referido a lo socio-asistencial, está particularmente ligado a la vinculación social, en los ámbitos familiares y comunitarios del paciente; así como en el aprendizaje de la utilización de recursos. Por último, el aspecto de lo hotelero-asistencial, que está referido a la propia definición de lo que es un espacio residencial con tres grandes apartados a ser tenidos en cuenta, que son el mantenimiento de ese espacio, la limpieza y la alimentación. En cuanto al el interés de que el paciente psiquiátrico resida fuera del hospital y, según sus posibilidades, en medios más o menos protegidos, no parece necesitar ya tantas argumentaciones dado que hoy se encuentran inclusive avaladas legalmente, y con una tendencia la desaparición de lo que se ha dado en llamar "institución total". En este punto, la noción de apoyo comunitario gradual, según las necesidades y por tanto dificultades de los pacientes, cobra un particular valor para la comprensión del tema. En el abordaje del apoyo asistencial, debemos tener en cuenta la

diferencia entre comunitario, referido a personas viviendo en la comunidad, y gradual, según las posibilidades que tiene el paciente. Respecto del carácter gradual, la problemática principal estará en relación con la autonomía de los pacientes viviendo en la comunidad. Aquí el tipo de asistencia que será prestada por un lado debe ser suficiente y a la vez debe permitir que la persona objeto de ayuda pueda asumir la gestión de su propia vida en sus diferentes áreas, propiciando el mayor nivel de autonomía posible. Uno de los principios básicos utilizados en Salud Mental comunitaria es el denominado "continuidad asistencial", esto significa que el paciente debe ser asumido, en lo posible, por un mismo equipo terapéutico a lo largo de todo su tratamiento, ya sea hospitalario o comunitario. En asistencia domiciliaria en Salud Mental conviene diferenciar puntualmente la "asistencia continua" de la "intermitente", esto porque las condiciones son otras que las del hospital donde en principio estaría estipulado el tiempo de permanencia y las terapéuticas a llevar adelante. La asistencia domiciliaria implica el carácter intermitente de la ayuda prestada, siendo esta discontinuidad algo que exigirá un trabajo específico y a su vez permitirá que la persona asistida pueda asumir un rol activo para así desarrollar su autonomía. En relación con lo sanitario-asistencial y la atención domiciliaria conviene tener muchas posibilidades de intervención según el programa de tratamiento, desde las visitas a domicilio que son realizadas, según las indicaciones, por los diversos miembros del equipo, que van desde una enfermera comunitaria, asistente social, psicólogo o médico-psiquiatra, apuntando a sostener relaciones que son de carácter informativo y de evaluación. También están los tratamientos a domicilio, aquí las intervenciones van del "entrenamiento" a la plena psicoterapia pasando por los cuidados tipo básicos e incluso la administración de medicamentos, estos tratamientos suelen ser dirigidos a la familia del paciente para las labores apoyo. En cuanto hospitalización a domicilio, es la modalidad intensiva de lo desarrollado en el tratamiento a domicilio, casi siempre en colaboración con la familia del paciente ya que frecuentemente se dan intervenciones en momentos de crisis. Para que el paciente pueda vivir en la Comunidad va a ser necesario poder prestarle una serie de apoyos dentro de los cuales nos encontramos con "Apoyo económico y administrativo", "Apoyo residencial", "Apoyo familiar", "Apoyo sanitario en general y psiquiátrico en particular" y "Apoyo comunitario". A diferencia de como veíamos antes, en que en la visita o el tratamiento a domicilio el carácter de la intervención será puntual en una persona, en ciertos pacientes y especialmente residentes en viviendas protegidas, la demanda asistencial va más allá y se focaliza en la estructuración del tiempo libre y en lo referido a sus ocupaciones, también en la organización y apoyo del propio lugar de residencia. En los procesos de externación de los pacientes con muchos años internados en hospitales psiquiátricos, así como en la posibilidad de evitar que nuevos pacientes, con características y demandas similares, puedan generarse en la propia Comunidad, además de algunas medidas de tipo organizativas, la exigencia será que se pueda proporcionar una asistencia integral en la Comunidad. En principio, quien será el que proporcione los diversos apoyos es un tema menos importante que el hecho mismo de que se les preste el apoyo. Sin embargo, tras momentos asistenciales más o menos coyunturales, si parece necesario que se



pueda distinguir las tareas específicas a realizar según corresponda, especialmente en los referido al campo del Bienestar Social o al de la Salud Mental. (Zuazo, 1987)

### **5.3. Modelo finlandés de Diálogo Abierto**

El diálogo abierto es un enfoque construccionista social para el tratamiento de la enfermedad mental grave, el cual se desarrolló a principios de la década de 1980 en el Hospital de Keropudas en Finlandia, donde en la actualidad continúa evolucionando y expandiéndose. Podríamos decir que más que un método definitivo, es más una forma de pensar y de trabajar en contextos psiquiátricos. El área de tratamiento de Länsi-Pohja, se encuentra situada en el oeste de Laponia y bordeando Suecia al oeste, la población de esta área de 68.500 habitantes, la cual es lingüística, étnica y religiosamente homogénea. El Hospital de Keropudas se encuentra emplazado en Tornio, es el único que alberga un centro de tratamiento psiquiátrico en la zona y su capacidad es para 55 pacientes, en los cuales se incluyen 30 casos agudos. Aunque la superficie total de Länsi-Pohja es de 7.000 kilómetros cuadrados, cabe destacar que el ochenta por ciento de la población se encuentra concentrada en Tornio y Kemi, sus dos ciudades importantes. El modelo de trabajo desde la experiencia clínica y los estudios de investigación, ambos práctica y contextualmente relevantes, han servido para identificar siete principios fundamentales que pueden aplicarse en todas las crisis psiquiátricas sin importar el diagnóstico específico. El primer principio es: La intervención inmediata, la cual plantea que la primera reunión se prepara para dentro de 24 horas a partir del primer contacto realizado por el paciente, un familiar, o institución referencial. Esto le permite al equipo tratante aprovechar todas las oportunidades que la crisis ofrece, incluyendo la movilización de todas las redes sociales de apoyo de la familia y del paciente. En las crisis se liberan recursos no explotados previamente y también se movilizan cuestiones que antes no fueron discutidas a la luz pública, lo cual ofrece un potencial de tratamiento único. En esta primera etapa todas las posibilidades están abiertas. El segundo principio: La red social y los sistemas de apoyo, aquí los miembros de la familia y los otros significativos para el paciente, son invitados a participar en la sesión de tratamiento y seguimiento de lo acordado. También se incluyen dentro del apoyo los miembros de instituciones en relación directa con la vida del paciente en ese momento, como los trabajadores de servicio social, el empleador del paciente, así como los trabajadores de seguros de salud y otros empleados o supervisores del hospital también están invitados a participar en el tratamiento. El tercer principio: Flexibilidad y movilización, esto se refiere a que el tratamiento está adaptado a las necesidades específicas y cambiantes del paciente y su familia, con lo cual por parte de los profesionales se podrá modificar las prácticas de trabajo e integrar terapias especializadas e intervenciones según sea necesario para ese caso. El cuarto principio: El trabajo en equipo y responsabilidad, esto hace en parte referencia que el integrante del personal que inicialmente es contactado es responsable de la organización de la primera reunión de tratamiento. De acuerdo con las necesidades del paciente, se realizará la conformación de un equipo que tendrá la posibilidad de incluir tanto personal ambulatorio como de hospitalización. Puntualmente en el tratamiento de la psicosis, un equipo de tres integrantes es especialmente adecuado, el cual está

conformado por un psiquiatra, un psicólogo de la clínica local del paciente ambulatorio y una enfermera de sala del hospital. Una vez determinado los miembros del equipo todos asumirán la responsabilidad de todo el proceso de tratamiento. El quinto principio: Continuidad psicológica, dada por los integrantes del equipo que siguen manteniéndose coherentes durante todo el proceso de tratamiento, esta continuidad se garantiza independientemente de la situación del paciente, ya sea que este en su casa o en el hospital y de la duración de tratamiento. Por ejemplo, en una crisis de primer episodio se puede esperar una duración de dos a tres, con lo cual para este tratamiento será requiriendo un compromiso a largo plazo. El sexto principio: La tolerancia a la incertidumbre, la cual es fundamental en una crisis aguda, aquí es donde el terapeuta debe mantener todas las vías abiertas y evitar sacar conclusiones apresuradas o dar rápidamente como soluciones de tratamiento la hospitalización y la medicación neuroléptica. Aquí la confianza del equipo en su propio trabajo es fundamental para poder fomentar la esperanza y confianza en la familia. Es importante poder contar con una buena cantidad de tiempo para crear un entorno de trabajo seguro para el paciente, la familia y el equipo. El séptimo principio: Diálogo, la atención del equipo se centra en generar el diálogo entre todos los participantes en la reunión de tratamiento. El diálogo nos va a permitir que se creen nuevos significados y explicaciones, lo cual permite que se introduzcan posibilidades y la cooperación de todos los participantes. Es fundamental que el equipo cree un entorno seguro, para que dentro de ese clima todo lo que se diga pueda ser discutido abiertamente, esto permite la generación de una nueva comprensión colectiva sobre la naturaleza del problema planteado. Dentro de estos siete principios es fundamental la inclusión de la propia voz del paciente, siendo así, que esas ideas delirantes y sus palabras se vean como una clave importante para poder entender el mundo que el paciente psicótico habita en ese momento. Aquí son los miembros de la familia los que pueden ayudar mucho en las conexiones entre los acontecimientos de la vida del paciente y las experiencias psicóticas. Desde el punto de vista de los terapeutas, las múltiples voces en las sesiones para el tratamiento son siempre un reto. Desde principios de 1980, los equipos han desarrollado su trabajo hacia el diálogo abierto. Esta instancia actual les permite tener aún más flexibilidad, aumentando así las opciones en cada caso que se presenta. El método del diálogo abierto también ha transformado al paciente en un compañero de trabajo y a los terapeutas en oyentes activos. Los autores plantean que el trabajo de apoyo a las familias atrapadas en una crisis de salud mental, podrían llamarlo "caminando juntos". (Haarakangas, Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2016)

En los tres abordajes propuestos vemos como el alejamiento del modelo médico hegemónico y de la concepción de la Institución Psiquiátrica como eje de un modelo de Salud Mental, se sostiene a través de la construcción de nuevos significados, en los cuales predomina una posición que podríamos llamar más horizontal y dentro de la cual se deja un espacio para que se manifieste la subjetividad del paciente, propiciando así la caída del estigma. Estos procesos implican sostener por parte de los profesionales un alto nivel de incertidumbre, así como desprenderse de las viejas representaciones sociales de la locura basadas en el miedo a

lo desconocido, las cuales no contemplan la posibilidad de construir soluciones junto con quien la padece.

## Conclusiones

El recorrido realizado en el presente trabajo planteó una revisión histórica de largo alcance en lo referido al concepto de la locura y al trato recibido por los locos, tanto por parte de la sociedad como por parte de los encargados de salud en las diferentes épocas descriptas. El motivo por el que decidimos realizarlo de esta manera fue porque desde la Psicología Social podemos abordar la experiencia subjetiva de las personas desde su construcción en la interacción social, por lo que decimos buscar en el contexto de la cultura occidental las primeras referencias y representaciones, para desde allí llegar a nuestro contexto actual.

Las personas intentan explicar sus experiencias de vida atribuyendo significados intersubjetivamente a las circunstancias vividas. En todo este recorrido pudimos ver como los significados atribuidos a la locura, al loco y a las terapéuticas propuestas han tenido siempre como factor principal un contexto cultural. Ya en la antigua Grecia pudimos ver la confrontación entre quienes planteaban un origen natural de la locura y los que se lo asignaban a un orden sobrenatural, desde allí hemos asistido a varias luchas durante todo este recorrido histórico, en las cuales en algún momento una posición domina a otra, determinando así una manera específica de significar, la cual será la hegemónica y a partir de esta representaremos la locura de una determinada manera.

En materia de salud mental hay una tensión entre un modelo hegemónico y un modelo contrahegemónico que vivimos intensamente en nuestro contexto actual, podemos situar, de manera general, que tiene su origen en la Europa de los años 60 y particularmente en la experiencia de Trieste, Italia, donde la construcción de otra forma de representar la locura consiguió cambiar las políticas de salud mental de todo el país, con la implementación de la Ley 180, esto fue acompañado de un trabajo interdisciplinario dentro del cual se sumaban la voz del paciente y la comunidad, teniendo una relevancia antes no dada. Si bien podemos situarlo como antecedente, es importante entender las diferencias, dado que cuando se realiza un recorrido histórico está la tendencia a ver los hechos de manera lineal y debemos estar atentos a que esto no limite nuestro análisis. Lo importante para reflexionar en lo que refiere a nuestro país y las Instituciones Psiquiátrica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es que el recorrido es inverso. En Trieste un cambio en la forma de trabajar en una Institución va generando un cambio en la representación social de la locura, a su vez a nivel administrativo se va bajando el gasto y también se brinda un mejor servicio, lo cual luego de 8 años en los que se va expandiendo esta nueva manera de trabajar se consigue una Ley Nacional; por su parte acá, en materia de Salud Mental se sancionó una Ley en el año 2000 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y luego una Ley Nacional en el 2010, las cuales contemplan mucho del modelo italiano, pero aquí lo que se está buscando es generar un cambio social y de representación en la dirección opuesta, desde la ley hacia la comunidad y los profesionales, lo cual lleva a que esta tensión se siga sosteniendo desde hace casi 20 años y no pudiendo hacer un cambio profundo que beneficie a los usuarios del sistema.

Teniendo en cuenta el análisis realizado recordemos que las representaciones sociales permiten a las personas orientarse en su entorno material y social y poder controlarlo, de esta manera ordenan sus significados cumpliendo así la función de puente entre la vida social y la subjetividad. Estas son sistemas cognitivos compartidos por los miembros de una comunidad, podemos llamarlas explicaciones de sentido común.

Nos encontramos en un problema que no termina de encontrar un camino claro que permita consensuar en buenos términos propuestas de trabajo superadoras. Lo cual complejiza la situación ya que no podemos dejar de tener cuenta que es una necesidad que está dada dentro de un marco legal que exige cambios inminentes.

Durante el desarrollo de este trabajo el hecho de estar involucrados en la problemática, a través de las prácticas profesionales obligatorias exigidas por la universidad, en el IFSA, nos llevó a pensar diferentes formas de trabajo con el fin de generar recursos que puedan desde nuestro lugar actual de estudiantes avanzados y futuros de psicólogos profesionales hacer algún aporte. Por ese motivo fue que presentamos en el capítulo V, los denominados nuevos abordajes en salud mental, donde incluimos los dispositivos de internación domiciliaria, la psicología comunitaria y el modelo de Diálogo Abierto. La intención fue tomarlos como material de reflexión para construir nuevas propuestas, no como modelos para ser reproducidos de manera exacta, si no desde las características conceptuales que nos da la Psicología Social de relación, interdependencia, interacción e influencia, entendiendo a esta última como la modificación de la conducta y las creencias de una persona debido a la presencia de otros.

Dentro de estas reflexiones y en conjunto con los responsables de nuestra labor en el IFSA, el Lic. Antonio Virgilio y el Dr. César Lucchetti, surgió la idea de realizar un “Programa de prácticas profesionales e inserción laboral para estudiantes avanzados de la carrera de psicología”, el objetivo de este programa es el de promover dentro de la carrera de psicología con los alumnos más avanzados, la posibilidad de que puedan tener contacto directo con pacientes y con los profesionales que se desarrollan en área de la salud mental dentro del ámbito propio de su ejercicio, esto desde un enfoque comunitario. Partiendo de que al tener la posibilidad de pasar por esta experiencia, la misma los enriquecerá tanto en el campo del conocimiento teórico como en el de las prácticas que llevan adelante los agentes de salud mental, buscando con está el desarrollo de habilidades para el trabajo en ámbitos institucionales de la salud, la conciencia de la importancia del abordaje interdisciplinar, un mejor uso del léxico profesional y la capacidad para interpretar la totalidad de la información plasmada en las historias clínicas. En cuanto evolución del programa y ámbitos de desarrollo, el proceso es planteado de manera gradual dando la posibilidad de cumplir en una primera instancia con las horas de prácticas profesionales requeridas por la universidad, mediante la realización de tutorías en las cuales se hará el seguimiento global de un paciente, seguimiento del cual deberá dar cuenta mediante informes, y en una segunda instancia una vez finalizada la cursada, valiéndose de su título intermedio y solamente teniendo pendiente el TFC, de tener la posibilidad, dependiendo del cupo disponible, de acceder a un trabajo remunerado como Asistente Terapéutico de Guardia en IFSA

hasta el momento en que reciba su título y posteriormente su matrícula profesional. La idea de esta propuesta es sostener un puente que se inaugura con las prácticas profesionales y que culmina con la matriculación del profesional.

Esto tiene también como objetivo afianzar el rol del psicólogo y su actitud en relación con los alcances conseguidos para el profesional en la ley nacional de salud mental. El plantearlo de esta manera está vinculado con el concepto ya abordado de actitud, la cual es el producto de un proceso de socialización, resultado del proceso de influencia social y entendiendo que esta condiciona a las respuestas de la persona hacia otras personas, grupos, creaciones culturales y también hacia sí mismo. La actitud desempeña un rol prominente en los procesos de cambio social, porque ocupa un lugar mediador entre la persona y su contexto social. Consideramos que esta propuesta podría ser un atisbo de respuesta a las preguntas planteadas al comenzar el presente trabajo en lo referido al rol del psicólogo.

Como reflexión final, nos gustaría quedarnos con algo que circuló durante toda la experiencia conjunta entre producir este trabajo y a su vez estar realizando en grupo las prácticas profesionales en el IFSA: “La ley de salud mental por sí misma no cambia un paradigma, lo hará sí está acompañada de la voluntad de un grupo de revisionistas dispuestos a llevar adelante nuevas prácticas, con el mismo espíritu que tuvieron los vanguardistas de la generación del 80”.

## Referencias Bibliográficas

- Agrest, M. M.-B. (2018). *Researchgate*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/330522116\\_Leyes\\_de\\_Salud\\_Mental\\_y\\_reformas\\_psiquiaticas\\_en\\_America\\_Latina\\_multiples\\_caminos\\_en\\_su\\_implementacion](https://www.researchgate.net/publication/330522116_Leyes_de_Salud_Mental_y_reformas_psiquiaticas_en_America_Latina_multiples_caminos_en_su_implementacion)
- Aragaki, S. S. (2012). *Scielo*. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-89612012000200007&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000200007&lng=en&tlng=en).
- Bercovitz, L. K. (2007). *Medigraphic*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2007/muv071h.pdf>
- Berenguer, A. (2018). *Ser Histórico, Portal de Historia*. Obtenido de <https://serhistorico.net/2018/01/20/breve-historia-de-la-locura/>
- Bueno Abad, J. M. (2005). *Prensa y representaciones sociales de la enfermedad mental*. Obtenido de Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/98996.pdf>
- Campagno, S. A. (2006). *Biblioteca UNLPAM*. (U. N. Pampa, Ed.) Obtenido de <http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/ieles/n04a08alzamora.pdf>
- Chiarvetti, S. (2008). *Cencia Red*. Obtenido de [http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/642/racp\\_xvii\\_2\\_pp173\\_182.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/642/racp_xvii_2_pp173_182.pdf)
- Daniel. (1955). *La Santa Biblia Antiguo y Nuevo Testamento*. (S. B. Unidas, Ed.)
- Dell'Acqua, P. (2012). <http://www.triestesalutementale.it/>. Obtenido de Dipartimento di Salute Mentale di Trieste: <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>
- Desviat, M. (2006). *Norte de Salud Mental*. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/79f4/2ff33c86ebc4fe0ca04f25389aa61d7164ba.pdf>
- Desviat, M. (2011). *Scielo*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es&tlng=es).
- Eguíluz Uruchurtu, I. (2010). *Biblioteca Virtual de la Universidad Nacional de Rosario*. Obtenido de [http://bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica\\_panamericana/9788498351095.pdf](http://bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica_panamericana/9788498351095.pdf)
- Fernández Vázquez, A. (2015). *Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante*. Obtenido de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46618/1/Cultura-Cuidados\\_41\\_13.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46618/1/Cultura-Cuidados_41_13.pdf)
- Filipponi, E. B. (2008). *www.cba.gov.ar*. Obtenido de [http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/07/sal\\_refsalmental.pdf](http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/07/sal_refsalmental.pdf)
- Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica. S.I.* Fondo de Cultura Económica de España.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Giraldi, J. (08 de 08 de 2019). *TELAM*. Obtenido de <https://www.telam.com.ar/notas/201908/382653-sin-neuropsiquiatricos-no-es-posible-lograr-una-acertada-politica-de-salud-mental.html>
- Goerg, D. F. (2004). *Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales*. Obtenido de Scielo: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1579-699X2004000400004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2004000400004)
- Haarakangas, K., Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2016). *www.scpc.cl*. Obtenido de Sociedad Chilena de Psicología Clínica: <http://www.scpc.cl/wp-content/uploads/2016/05/Dialogos-Abiertos.pdf>
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici, *Psicología Social* (págs. 469 - 464). Barcelona: Paidós.
- Moffat, A. (1974). *Psicoterapia del oprimido*. Buenos Aires: Librería Ecro.
- Navarlaz, V. E. (2011). *Acta Académica*. Obtenido de [www.aacademica.org](http://www.aacademica.org): <https://www.aacademica.org/000-052/142>
- Pérez, M. P. (2003). *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales*. (C. -C. Sociológicas, Ed.) Obtenido de Biblioteca CLACSO: [http://biblioteca.clacso.org.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera\\_perez\\_repr\\_social\\_es.pdf](http://biblioteca.clacso.org.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_social_es.pdf)
- Pileño Martínez, M. a., Morillo Rodríguez, F. J., Salvadores Fuentes, P., & Nogales Espert, A. (2003). *Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante*. Obtenido de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC\\_13\\_06.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC_13_06.pdf)
- Pita, V. S. (2015). *Redalyc*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4556/455644905005.pdf>
- Real Academia Española. (2018). *rae.es*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=ODJb5UD>
- Real Academia Española. (2018). *rae.es*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=NYDU9d>
- Real Academia Española. (2018). *rae.s*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=instituci%C3%B3n>
- Rodríguez, A. (2007). <http://www.learntechlib.org/>. (U. P. Ecuador, Ed.) Obtenido de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/paper\\_195367.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/paper_195367.pdf)
- Rodriguez, F. (2004). *La representación social de la enfermedad y de la institución psiquiátrica en el paciente mental*. Obtenido de Redalyc: <http://www.redalyc.org/pdf/122/12213203.pdf>
- Rosendo, E. (2009). *Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la*. Obtenido de <http://virasoro.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/rosendo.pdf>
- Rossi, L. (2018). *psi.uba.ar*. Obtenido de ARCHIVO HISTÓRICO VIRTUAL: [http://www.psi.uba.ar/institucional/historia/instituciones/instituto\\_frenopatico/instituto\\_frenopatico\\_red.pdf](http://www.psi.uba.ar/institucional/historia/instituciones/instituto_frenopatico/instituto_frenopatico_red.pdf)
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: TOPIA.



- Salaverry, O. (2012). *scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
- Sampayo, A. (2005). *La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental*. Obtenido de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdf>
- Seidmann, S. (2000). *Historia de la Psicología Social*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Seidmann, S. (2003). *Actitudes y cambio social*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Torres, T. M. (2015). *Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v8n1/v8n1a06.pdf>
- Vallejo Ruiloba, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Vásquez Rocca, A. (2011). *Revistas Científicas Complutenses. Universidad Complutense de Madrid*. (N. R. Jurídicas, Ed.) Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/viewFile/36823/35644>
- Vicente Pedraz, M. (1999). *www.raco.cat*. Obtenido de <https://www.raco.cat/index.php/ApuntsEFD/article/view/306993/396972>
- Villarubia, M. (2016). *La construcción simbólica y colectiva de un nuevo espacio para el padecimiento subjetivo*. Obtenido de Repositorio Universidad Siglo XXI: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13004/VILLARRUBIA%20Mariano.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Virgilio, A. (29 de 11 de 2019). XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. *El Archivo histórico virtual de la Facultad de Psicología*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Zuazo, J. I. (1987). *www.dialnet.unirioja.es*. Obtenido de Dialnet, Univesidad Nacional de la Rioja: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-AsistenciaDomiciliariaEnSaludMental-2700251%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-AsistenciaDomiciliariaEnSaludMental-2700251%20(1).pdf)