

T
584

 XCHMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

94437

PSICOSIS, SUBJETIVIDAD
Y RESPUESTAS INSTITUCIONALES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

Psicosis, subjetividad y respuestas institucionales

Tesis para optar al grado de Doctor en Ciencias Sociales,
con especialidad en Psicología Social de Grupos e Instituciones

Ma. Eugenia Ruiz Velasco Márquez

TUTOR DE TESIS: Dra. Silvia Radosh Corkidi

México, D.F., junio de 2006



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO División de Ciencias Sociales y Humanidades
Doctorado en Ciencias Sociales

A FABIÁN, RICARDO Y BETO,
QUIENES PADECIERON LA LARGA GESTACIÓN DE ESTE TRABAJO
DURANTE UNA IMPORTANTE FASE DE SUS VIDAS.
PORQUE SU PRESENCIA ME DIO FUERZA.

Agradecimientos

A Silvia Radosh, porque siempre conté con su atenta lectura, con su valiosa asesoría y con su compañía, indispensables para sostener el largo proceso de elaboración de este trabajo.

A Juan Carlos Plá, por su lucha por un tratamiento posible, por transmitirme la importancia de ese compromiso, por sostener el Seminario “Clínica Psicoanalítica de la Psicosis”, espacio de encuentro entre el equipo tratante de la psicosis y la trama familiar, así como de reflexión sobre las dificultades y posibilidades creativas que ese encuentro genera.

A Manuel Desviat, por haberme mostrado que más allá del oscurantismo psiquiátrico que prevalecía en México, existía un terreno posible de grandes luchas comprometidas con el paciente psiquiátrico, porque desde mi encuentro con su trabajo en “Leganés” me abrió otros referentes para aproximarme al trabajo institucional. También agradezco su gran pasión por rescatar y documentar la teoría y la experiencia psiquiátricas, lo cual ha enriquecido profundamente este trabajo. Por su amistad.

A Ramón Blasi, quien ha apostado por la riqueza de las aproximaciones comunitarias para los pacientes psiquiátricos y por haber hecho posible la experiencia de “Arapdis” con su gran capacidad creativa y organizativa. Gracias por sus enseñanzas, su amistad y su apoyo que permitieron mantenerme cerca de la red de servicios y convivir con sus integrantes.

A Lidia Fernández, por su cercanía en este proceso, en el que hemos compartido reflexiones múltiples sobre los espacios académicos y sobre otras experiencias, referentes imprescindibles para la elaboración de esta tesis. Por su amistad y su lectura crítica y enriquecedora.

A Verónica Alvarado, quien me ha acompañado en la laboriosa escritura y reescritura de este trabajo, gracias por su apoyo siempre oportuno y por haberse mantenido cerca y dispuesta a continuar con esta ardua labor.

A todos los que me apoyaron y enriquecieron con sus aportes y experiencias.

Presentación

MI ACERCAMIENTO A LA EXPERIENCIA con la locura y sus instituciones inició en 1989; desde esa época he seguido de cerca los avatares de quienes han intentado cambiar las condiciones de vida de los pacientes que habitan estos lugares y también de quienes generan otras propuestas, tanto en México como en otros países.

Como docente del octavo módulo de la Licenciatura en Psicología, “Pensamiento y creatividad”, en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, donde parte de la reflexión gira en torno a las concepciones “salud-enfermedad mental”, a partir de 1989, como parte de las actividades académicas, coordiné el recorrido de los alumnos por las instituciones psiquiátricas manicomiales que se encuentran en zonas aledañas a la Ciudad de México, entre ellas, el Centro de Día de la Fundación para la Rehabilitación del Enfermo Mental (Fumerem). Mi acercamiento a esta Fundación ha sido desde distintas miradas: transité de la fascinación a la reflexión crítica. Acompañé y participé en diferentes situaciones festivas y dramáticas, asesoré a varios alumnos en servicio social y fungí como co-evaluadora a través de Cáritas Alemania. Entre los hallazgos más sorprendentes se encuentra la positiva respuesta de los pacientes frente al trabajo asalariado y los efectos en sus vidas.

En 1991 tuve mi primer acercamiento a las experiencias de otros países. En ese momento, un gran vacío atravesaba la Institución Psiquiátrica en México. Me sorprendí al conocer los avances de otra psiquiatría que durante años había generado experiencias de gran riqueza, movimientos colectivos, profesionales, gobiernos interesados en la salud mental pública, transformaciones sustanciales en las formas de abordaje

del problema de la psicosis que habían sustituido al manicomio. En cambio, en México era evidente el oscurantismo psiquiátrico.

La vida académica en la UAM-Xochimilco —que me había acercado a este campo— me permitió organizar actividades para la transmisión de estas valiosas experiencias. Me sorprendió el desinterés de los psiquiatras, con excepción de unos pocos, y el gran interés de profesionales que han luchado en este campo, al margen de la hegemonía institucional, intentando hacer otra cosa. Ante mi resistencia a participar en las denuncias que generaban acontecimientos riesgosos, opté por un camino diferente: mostrar otras experiencias silenciadas en México.

A través de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR, por sus siglas en inglés) y de compañeros de diferentes instituciones de México, convocados por los objetivos de esta asociación mundial, en 1992 fundamos el Capítulo Mexicano e integramos un grupo de profesionales para promover estas propuestas. Este grupo interinstitucional ha sido muy enriquecedor; con ellos, y en especial con Lidia Fernández, compañera de la Universidad y amiga entrañable, hemos promovido, a través de la Universidad, diversas actividades académicas, de servicio social y de intercambio con otras instituciones.

El silencio respecto de las transformaciones en la psiquiatría en México, contrasta con las movilizaciones de ese momento en España, mismas que tuve la oportunidad de seguir de cerca gracias a Manuel Desviat, quien dirige la Reforma Psiquiátrica en una área de Madrid y a través de diversas publicaciones que dan cuenta de estos movimientos y sus avatares; los medios de comunicación ante los acontecimientos de la reforma, la participación ciudadana, los psiquiatras preguntándose sobre su lugar, médicos o gestores de recursos.

En Brasil, el movimiento colectivo era sorprendente; visité los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), y establecí vínculos significativos. Estas experiencias tan contrastantes con el momento que vivíamos en México marcaron mi vida.

En colaboración con el Capítulo Mexicano de la WARP, junto con Lidia Fernández y la colaboración de Eugenia Vilar, en 1998 organizamos en la Universidad un diplomado que nos permitió convocar a profesionales de las instituciones y acercarnos a sus experiencias; también pudimos darnos cuenta que pensar lo comunitario como recurso no es tarea fácil, que la rehabilitación poco tiene que decir más allá de una serie de prácticas —en espera de teoría, como plantea Saraceno—, y que la clínica psicoanalítica de la psicosis es un referente indispensable para reflexionar las estrategias de atención.

Cerca de diez años en un seminario de clínica psicoanalítica de la psicosis (espacio clínico privilegiado que agradezco profundamente al doctor Juan Carlos Plá), experiencia crucial como lugar de escucha del psicótico y su familia, me han acercado a la experiencia de la locura desde las redes familiares y a la transmisión del drama del que el psicótico es portador.

Mi experiencia culminó en el año 2002 con una breve estadía en la Asociación para la Integración Sociolaboral de Pacientes Psiquiátricos (Arapdis), en Barcelona; el sorprendente trabajo de Ramón Blasi y su equipo —lo más logrado en el abordaje comunitario—, me dejaron muchos aportes acerca de los efectos subjetivos de los vínculos, en una red donde la asistencia clínica sólo es una parte de la oferta de vida. Es más humanizante, mejora la cotidianidad de los participantes; es un sistema que, sin dejar de ser educativo, los provee de una red de relaciones afectivas y de vínculos mediados por la actividad laboral. Una escucha psicoanalítica lo complementaría y posibilitaría un mayor proceso de subjetivación.

En este trabajo pretendo articular las experiencias y observaciones que iniciaron en el manicomio hace más de diez años, y se enriquecieron con las alternativas de atención y tratamiento, derivadas tanto de los aportes de la clínica psicoanalítica, como de las transiciones de la institución psiquiátrica y en especial de las propuestas creativas y comprometidas de algunos grupos de profesionales, con el objeto de aportar, a partir de la reflexión, una propuesta sustentada y fundamentada acerca de las posibilidades de vida en común con la psicosis y sus avatares.

Introducción

ESTE TRABAJO APUNTA al estudio de un campo problemático que se devela en las experiencias de intervención para la atención e integración del psicótico en la comunidad. Entre estas experiencias se documentan los discursos y prácticas de los programas llamados psicosociales, validados institucionalmente como “rehabilitación psicosocial”, en el marco de las transiciones de la psiquiatría.

Las políticas sociales del Estado y el lugar que dentro de ellas ocupa la salud mental, determinan la posibilidad de alternativas provenientes de las transformaciones psiquiátricas, las cuales no serían posibles sin la activa labor de organizaciones, profesionales y diversos actores sociales que las promueven, además de la profesionalización de los grupos que comparten y dan continuidad a un proyecto colectivo.

En México, el vacío de proyecto institucional que apunte hacia una transformación psiquiátrica implica el predominio de la mirada biologicista y el tratamiento farmacológico, centrado en el hospital y con gran prevalencia del modelo asilar por la carencia de estructuras públicas intermedias que favorezcan la atención cercana a la comunidad y la creación de redes de apoyo para los pacientes psiquiátricos fuera del hospital.

En el contexto de este trabajo, las preguntas en relación con la institución psiquiátrica en México son: ¿por qué nuestras instituciones no fueron tocadas por las propuestas de transformación psiquiátrica? ¿Por qué fueron tan mal recibidas y expulsadas del discurso y de las prácticas, dejando el terreno entregado casi totalmente a los paradigmas neurobiológicos?

A la luz de las experiencias internacionales y del escenario de México, surgen preguntas acerca de la relación que se genera entre el psicótico y la institución cuando ésta se transforma, haciéndose cargo de la atención fuera del hospital y proponiéndose su integración a la comunidad, modificando su lugar social.

En las experiencias de atención comunitaria de la psicosis observamos los efectos positivos de la integración social y laboral, que atraviesa por supuesto el lugar social del psicótico y la red que, dentro de su comunidad más próxima, los sostiene, así como la importancia de la inclusión de la familia a esta red. Cabe profundizar acerca de los efectos subjetivantes de estas prácticas, más allá de la notoria modificación de las condiciones de vida, el reconocerlos como sujetos con derechos, deseos, necesidades y obligaciones como cualquier ciudadano.

Partiendo de los aportes de la clínica y la teorización acerca de la constitución subjetiva asociada a la psicosis, en su dimensión intersubjetiva y transindividual —que señalan la devastación subjetiva y alteraciones en el lazo social—, a partir de las observaciones en experiencias de atención se reflexionan las posibilidades del psicótico de adherirse a los programas y a la normatividad, así como de modificar su lugar social.

El psicótico, a través de su decir delirante en un tiempo detenido, da cuenta de su saber y de su relación con la verdad; muestra en carne viva las experiencias de la trama familiar transgeneracional; experiencias que lo han dejado abandonado en el vacío existencial, en el silencio; con ello, el campo transferencial representa una posibilidad de existencia en el vacío subjetivo que lo constituye.

Si bien contamos con diversos desarrollos teórico-clínicos que intentan dar cuenta de los enigmas de la locura, para los fines de este trabajo los aportes del psicoanálisis —a partir de las teorizaciones de Freud y Lacan— son referentes indispensables para aproximarse a la psicosis como organización psíquica y para reflexionar acerca de los tratamientos y las prácticas del campo de la rehabilitación psicosocial.

Mi búsqueda parte del interés que surge de la experiencia clínica que he desarrollado en el trabajo con la psicosis. Esta mirada clínica está atravesada centralmente por mi formación psicoanalítica, que incluye una posición epistemológica del no saber sobre la psicosis y la necesidad de seguir indagando en los diversos abordajes que se han desarrollado en México y en otros países.

Esta búsqueda está enmarcada en observaciones acerca de la insuficiencia de algunas aproximaciones para dar respuesta al complejo campo de atención a la psicosis. Desde la perspectiva de la psiquiatría, su mirada reduccionista se centra en el origen biológico de la enfermedad y toma la medicación como su recurso central; por otra parte, los abordajes clásicos de la visión manicomial han llevado a aislar al enfermo mental y excluirlo del medio social; la comprensión psicoanalítica, que si bien trabaja con la idea del vínculo del paciente y su familia, la transferencia en la relación psicoanalítica y el proceso de subjetivación, no da respuesta a la necesidad de acompañarlo en su inclusión social y laboral.

La observación de estos límites en los distintos enfoques, me llevó a explorar en experiencias clínicas del trabajo con la psicosis y la familia, así como a indagar el trabajo psicosocial y las reformas psiquiátricas en otros países como España y Brasil, tomando en cuenta que en estos países se han desarrollado procesos vinculados a las reformas a nivel nacional.

Es importante destacar que el interés por estos lugares deriva no sólo de las reformas psiquiátricas que en ellos se han dado, sino también por los antecedentes y nuevas modalidades de trabajo que precedieron a las actuales transformaciones institucionales. En España se dieron cambios políticos y sociales derivados de la caída del franquismo, que permitieron nuevas políticas de salud que dieron paso a la reforma psiquiátrica; en Brasil los cambios y las reformas aparecen asociadas a una formación de los profesionales orientada por un pensamiento psicoanalítico y una ideología de trabajo que prioriza

las formas colectivas de organización y la creación de redes comunitarias; mi indagación tiene también relación con las actividades de formación en la Universidad que me llevaron, junto con los alumnos, al conocimiento de distintas instituciones psiquiátricas y centros de atención, recorrido que nos permitió recoger diversas miradas y voces para comprender las condiciones de los psicóticos en las diversas respuestas institucionales. En México, la Fumerem representó la posibilidad de observar en diferentes momentos una experiencia asociada a la búsqueda de procesos de rehabilitación del enfermo mental.

La comprensión del papel que desempeña el Estado y las políticas públicas para los cambios y formas de tratamiento, me llevó a destacar la importancia de la legislación, tanto en relación con los derechos del enfermo mental en todos los planos, como también el papel que juega la legislación en cuanto a la distribución de los recursos. La integración del enfermo mental depende centralmente de un financiamiento a los equipos interdisciplinarios de trabajo, a las organizaciones que buscan alternativas a la psiquiatría tradicional y a las prácticas comunitarias que incidan en la formación de redes.

Esta búsqueda me llevó a ver la trascendencia de incorporar en la comprensión del drama del psicótico, no sólo los fenómenos intrapsíquicos y de la familia, desde las distintas perspectivas teóricas, sino la comprensión del lugar de los factores sociales. Mi expectativa es que este recorrido me permita complejizar el horizonte de comprensión de las estrategias de abordaje de la psicosis, de los tratamientos y de sus técnicas.

Supuestos

Los supuestos básicos que guiaron mi búsqueda en la investigación y que constituyeron mi punto de partida fueron los siguientes:

- La hegemonía del paradigma de la psiquiatría tradicional ha llevado a la prevalencia de las instituciones de reclusión y encierro que van acompañadas generalmente de la estigmatización del enfermo mental a nivel social.
- Al no existir políticas públicas de salud que comprendan al enfermo mental con una visión integral o psicosocial, no se ha posibilitado el desarrollo de otras alternativas.
- En México los intentos de desarrollo de integración del enfermo mental a la sociedad y de formas de atención que proponen la integración del enfermo mental, han sido reducidos y aislados, no recibiendo el apoyo ni el reconocimiento de las instituciones de salud.
- El paradigma hegemónico de la psiquiatría imposibilitó el desarrollo de la formación de los profesionales en el sentido de una comprensión comunitaria y una aproximación integral hacia el psicótico y su familia.
- En la medida que el psicótico no es considerado un ser humano que puede circular y habitar el medio social en las mismas condiciones que sus semejantes, sus derechos se ven limitados y no se plantea la necesidad de incluirlo en la legislación que corresponde a todos los ciudadanos.
- Los mecanismos de exclusión más que permitirle el ejercicio de sus derechos, ha llevado a una revisión de su condición para sustraerle los derechos que tienen todos los ciudadanos (herencia, contrato laboral, paternidad o maternidad, entre otros).
- Ampliar el campo de comprensión del drama del psicótico crea la necesidad de buscar nuevas formas de tratamiento que apunten a su rehabilitación psicosocial.
- La rehabilitación consiste en prácticas diversas que inciden en lo social, en la familia y en el sujeto en cuanto a una apropiación de su experiencia de vida.
- Partiendo del psicoanálisis, si consideramos la construcción de lazos sociales como central en los procesos de subjetivación, cualquier intento potencial de rehabilitación tendría que dirigirse a incluir a la familia y a las redes sociales en el trabajo con la psicosis.

Objetivos

- Estudiar el lugar de los vínculos en las diversas experiencias alternativas del trabajo con la psicosis, tanto a nivel del sujeto psicótico como de la institución.
- Observar los efectos que estas nuevas experiencias arrojaron en cuanto a la vida del psicótico y a su destino.
- Estudiar específicamente en México algunas experiencias de centros comunitarios, el trabajo en un equipo psicoanalítico, los resultados que han arrojado en cuanto a la integración psicosocial y los procesos de subjetivación del enfermo mental y su familia.
- Reflexionar sobre algunos mecanismos que inciden en el tratamiento con el psicótico en relación con sus manifestaciones clínicas, el lugar del delirio, el pasaje al acto, las crisis y las internaciones.
- Revisar las legislaciones y declaraciones de organismos internacionales.

Esta tesis es un recorrido personal que inició con mi actividad académica, como docente, mismo que me llevó al campo de las instituciones psiquiátricas y de la clínica de la psicosis. Cabe señalar que no se trata de una investigación de categorías *a priori*, sino el producto de una larga experiencia —clínica y en instituciones— obtenida en diferentes lugares de intervención de los fenómenos de la locura, de donde se transita a una conceptualización posterior, en un proceso donde se fue ampliando mi visión desde distintos referentes. Debido a las dificultades para aproximarse a las instituciones psiquiátricas, caracterizadas por el encierro y la relación persecutoria con la mirada de otros —especialmente las instituciones mexicanas, por las condiciones que han prevalecido en ellas—, durante el tiempo de realización de este trabajo fue necesario recurrir a diferentes vías de acercamiento: la observación participante, las entrevistas, experiencias y observaciones de los alumnos expresadas en sus trabajos académicos (modulares, de servicio social y trabajos terminales), además de la actividad académica

que dio inicio y continuó siendo un permanente recurso para la observación directa e indirecta de los cambios institucionales.

Para realizar entrevistas a pacientes, al personal y directivos de instituciones psiquiátricas y de otras organizaciones no gubernamentales, la participación en una organización civil nacional e internacional representó una vía muy importante, ya que convoca a los profesionales del campo de la rehabilitación psicosocial de la psicosis (me refiero a WAPR y al Capítulo Mexicano); esto me permitió diferentes formas de registro, no sólo de las condiciones que prevalecían en México para los enfermos mentales, sino que también hizo posible seguir algunas experiencias internacionales y la observación participante en algunos centros de rehabilitación en España y Brasil.

A partir de la clínica pude aproximarme a los tratamientos del enfermo mental y a las vicisitudes del paciente identificado y de su familia frente a las respuestas de los profesionales y de las instituciones. Desde ahí se va gestando una observación que tiene que ver con el trabajo clínico prolongado¹ y observaciones en el campo institucional.

El acercamiento inicial a las instituciones psiquiátricas y otras organizaciones no gubernamentales en México se enriqueció con el seguimiento de procesos en otros países y con las propuestas de los organismos internacionales de reforma y reestructuración psiquiátrica, en especial las llamadas estructuras intermedias. La lectura está atravesada por la experiencia clínica desde el psicoanálisis y por las transformaciones observadas directa y documentalmente en otros países.

La elección de los lugares de intervención se fue conformando mediante una búsqueda de propuestas llamadas “alternativas” a la institución psiquiátrica hegemónica. El referente para una lectura de la experiencia en las instituciones en

¹ Centralmente a través del Seminario Clínica Psicoanalítica de la Psicosis, que coordina el doctor Juan Carlos Plá desde 1985, al que me incorporé a partir de 1993 cuando se impartía a través de Extensión Universitaria de la Universidad Iberoamericana.

México y para la elección de lugares de observación en otros países, partió (en 1992) de las propuestas de reforma y reestructuración psiquiátrica y del campo de la rehabilitación psicosocial, por apuntar a un cambio de paradigma en el tratamiento de los enfermos mentales, así como en el desarrollo de técnicas y prácticas dirigidas a su atención en la comunidad.

Antes de 1990 inicié las observaciones en tres instituciones psiquiátricas manicomiales en México llamadas “Hospitales Campestres”: José Sáyago, Samuel Ramírez Moreno y Adolfo M. Nieto.

Posteriormente, a partir de 1990, las observaciones institucionales se ampliaron a otras experiencias no-gubernamentales en México, el Instituto Mendoa, Casa de Medio Camino, y el Centro de Día y la Casa de Medio Camino de la Fumerem. Esta última, por sus actividades en hospitales campestres de la Secretaría de Salud, facilitó un acercamiento más abierto y flexible al personal y a los pacientes internados en las instituciones manicomiales.

La observación participante en la Fundación se realizó en diferentes momentos, dando inicio en 1990 durante diferentes actividades en los hospitales y en el Centro de Día, en las fiestas y convivencias, en actividades cotidianas —especialmente los talleres ocupacionales— y en presentaciones en actos públicos. Las entrevistas al equipo, usuarios y familiares se realizó en diferentes contextos.

Los cambios en las instituciones manicomiales gestados en México a partir de 1992, y su relación con otras propuestas que mostraran una experiencia diferente, hicieron patente la necesidad de dar continuidad a la observación en los hospitales psiquiátricos y otras instituciones en México donde se han organizado otro tipo de respuestas (Centros de Día, Casas de Medio Camino, Comunidades Terapéuticas).

En 1999 se realizaron entrevistas semi-abiertas a pacientes de los hospitales, colaboradores de la Fundación y personal directivo.

El material de observación indirecta (trabajos de los alumnos, de periodistas, de representantes de otros organismos) también fue parte de las fuentes de referencia.

A principios de la década de los ochenta, a nivel internacional, las experiencias de intervención en los centros de rehabilitación psicosocial fueron creadas como una propuesta innovadora, alternativa o complementaria al internamiento institucional de los pacientes psiquiátricos. No tienen fines de lucro, son instituciones públicas apoyadas con recursos privados o son subsidiadas con recursos públicos y privados.

El acercamiento a los avances de otros países en la transformación de las instituciones psiquiátricas manicomiales hacia otras formas de atención, se inició en 1992 mediante el registro de material de cursos, asesorías, conferencias y otras fuentes documentales, programas institucionales y artículos que reflexionan sobre estas prácticas; la observación directa en las instituciones, entrevistas a dirigentes de estos procesos y a representantes de la Organización Panamericana de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Los lugares de observación de estructuras intermedias, en especial los centros de día y estructuras comunitarias, en otros países, fueron los siguientes: *a)* Instituto Psiquiátrico José Germain de la Comunidad de Madrid, España (1995 y 1996); *b)* Centro de Atención Psicosocial (CAPS) en la ciudad de São Paulo, Brasil (1997); *c)* Asociación para la Rehabilitación y Adaptación de Personas Disminuidas en su Capacidad de Integración Sociolaboral (Arapdis), en Barcelona, España (2002).

Por último, la observación en México se realizó en diferentes momentos durante más de diez años (1989 a 2002) en Hospitales psiquiátricos públicos y un Centro de Día, donde interviene la Fundación para la Rehabilitación del Enfermo Mental, Fumerem: *a)* Samuel Ramírez Moreno; *b)* José Sáyago; *c)* Adolfo M. Nieto; *d)* Hospital Ocaranza; *e)* Fundación Dignidad (Centro de día).

En cuanto al contenido de esta investigación, en el primer capítulo, “Marco conceptual”, realizo un recorrido por teorizaciones que me acercan a la constitución del sujeto, a la psicosis como estructura y sus mecanismos, y a una clínica diferencial, tanto en relación con las neurosis y otras organizaciones clínicas, como también con las que aportan criterios para dialogar con los aportes de la psiquiatría en relación con fenómenos observados que han sido descritos y homologados con la psicosis, como el término de esquizofrenia y el automatismo mental.

La rehabilitación psicosocial es un campo que tiene un amplio desarrollo a partir de la Segunda Guerra Mundial. Tomando en cuenta la consolidación de procesos de reforma psiquiátrica, mismos que se han concentrado en cerrar los grandes manicomios y crear estructuras que posibiliten la reinserción comunitaria de los pacientes psiquiátricos, se problematiza la concepción del sujeto de las prácticas de rehabilitación. En este apartado se revisan las concepciones más generales de este campo de atención psicosocial. Asimismo, se presenta un marco general sobre la locura y su institucionalización y las concepciones de los movimientos críticos y la salud mental comunitaria que circularon en México. Además, se plantean los principios de los procesos de reforma o reestructuración psiquiátrica para transformar el manicomio y el hospital psiquiátrico.

El capítulo “La psiquiatría en México y sus instituciones” aborda la problemática de la institución psiquiátrica y el complejo proceso que derivó en el rezago en el ámbito de la rehabilitación psicosocial. Se revisan los antecedentes de las instituciones y de la actividad científica que dieron pie a la creación de los hospitales psiquiátricos. Este recorrido abarca desde la edificación de “La Castañeda” hasta la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, que marcará la línea de investigación científica y la respuesta institucional dominante a la salud mental.

En el capítulo “Los organismos internacionales y las reformas psiquiátricas” se hace una revisión de los antecedentes internacionales, entre los que destacan la Reforma

italiana y la Ley 180, en que se sustentan los organismos a cargo de hacer propuestas para la salud (OMS/OPS) y se documentan las Declaraciones y legislaciones que dan marco a las transformaciones en salud mental en América Latina.

En “Análisis de cuatro experiencias” se plantea la revisión, por medio de observación directa e investigación documental, de cuatro experiencias de rehabilitación psicosocial y sus centros comunitarios. En cada una se establece el contexto en que surgen las prácticas de rehabilitación, sus programas y proyectos, así como las experiencias de los participantes —profesionales, directores, fundadores y usuarios. En el caso de México, se retoman las observaciones realizadas por los alumnos de la Licenciatura en Psicología en hospitales psiquiátricos y centros de día, además de la participación de los medios en la denuncia. Este capítulo se cierra con un cuadro comparativo de las cuatro experiencias, mismo que apunta a la reflexión de la situación en México.

El capítulo “Los hospitales psiquiátricos asilares desde la mirada de los alumnos de Psicología de la UAM-Xochimilco” establece tres momentos de observación de los hospitales psiquiátricos, originalmente llamados “granjas psiquiátricas”, casas de medio camino y el Centro de Día de la Fumerem. Estas observaciones dan cuenta de las transformaciones en los hospitales y propician la reflexión acerca de las condiciones de los pacientes psiquiátricos.

Por último, las “Reflexiones finales” abarcan las propuestas internacionales y la transición psiquiátrica en Latinoamérica, los aportes de las experiencias para la integración comunitaria de pacientes psiquiátricos, el proyecto transformador, la subjetividad psicótica y la atención psicosocial.

I. Marco conceptual

Entre la locura y la psicosis

Hablar de la historia de la locura implica aproximarse a las interpretaciones e imaginarios colectivos que subyacen a las formas socialmente instituidas para nombrarla, comprenderla y atenderla. En los intentos de significación del drama subjetivo, como enfermedad, trasgresión o desventaja, entre otras, suele estar ausente el discurso del sujeto de la atención y su experiencia. El acercamiento a las diferentes producciones y respuestas institucionales en relación con la locura, hacen evidente la necesidad de reconocer nuestro no saber,¹ nuestra falta de comprensión que intentamos llenar con construcciones que escapan a la locura; por ello, como señala J. M. Álvarez (1999:23), es esencial que el loco tome la palabra para guiarnos a través de su experiencia.

Si bien la locura es parte inherente del hombre y su historia, la enfermedad nos remite a las crisis y sufrimiento extremo que vive un sujeto en su experiencia singular. En torno a este acontecer entre la locura y la enfermedad, se producen y organizan instituciones, normatividades, relaciones de control y de poder, atravesados por significaciones imaginarias sociales² que intentan dar cuenta y sustentar las “soluciones” que se gestionan.

Hablar de cualquier campo de la “salud-enfermedad”, en este caso de la mental, nos lleva a preguntarnos acerca de las concepciones de sujeto de la salud-enfermedad mental a las que están dirigidas las prácticas. Las llamadas “enfermedades mentales” a cargo de la medicina y sus instituciones, han sido conceptualizadas y tratadas de

¹ Al referirse a la relación del psicoanálisis con la psicosis, Willy Apollon señala: “el psicoanálisis faltante del saber del psicótico, quiere saber” (conferencia en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, México, diciembre de 2002).

² Como lo plantea J. Garrabé (1996), ante lo enigmático de la locura, suele dársele un carácter no humano, se le teme y se construyen teorías y entidades que la representan, la esquizofrenia es la construcción actual en la que se ha intentado encasillar a la locura.

acuerdo con las corrientes dominantes de la disciplina médica, desde donde se nutre la psiquiatría principalmente para responder a su encargo. La medicina hegemónica actual, como lo describió E. Menéndez (1992) al hacer un análisis comparativo con diferentes modalidades de atención, se caracteriza por la concepción predominantemente orgánica, a-histórica y a-social de la enfermedad. Es decir que tiende a dejar de lado los factores sociales y subjetivos y atribuye el origen de los trastornos a perturbaciones orgánicas neuronales, metabólicas o genéticas. Menéndez describe, en la mayoría de las modalidades de atención que analiza, el control ejercido por el médico o curador. Es importante destacar, en el caso de la psiquiatría y sus instituciones, las relaciones de poder y control en la totalidad de la vida de los sujetos institucionalizados, objeto de denuncias y luchas actuales que entre sus propuestas pretenden modificar el predominio del discurso y control médico sobre los pacientes y el resto de los profesionales en este campo. Habría que reflexionar el lugar del médico en la actualidad, ya que la tecnología y los avances de la farmacología y las neurociencias imponen concepciones sobre el sujeto de la salud-enfermedad mental y determinan las prácticas.

En el caso de las personas con sufrimiento mental,³ que circulan por otros pasillos fuera de la medicina oficial o hegemónica y sus instituciones, recurren a brujos, curas basadas en la sugestión, medicina tradicional u otros recursos de la comunidad para atenuar su sufrimiento. En los países desarrollados han tenido gran auge los grupos de autoayuda para los padecimientos crónicos.

Los reduccionismos en el abordaje de la enfermedad mental son un hecho cotidiano, no sólo las concepciones biológicas que predominan en este campo, sino también algunas corrientes, en un psicologismo extremo, reducen su concepción y su abordaje a la estructuración del aparato psíquico. Otros enfoques de la medicina social, a pesar

³ Implica, de alguna manera, que no se trata como enfermedad porque no se le concibe como tal.

de que amplían su mirada, ubican la etiología de la enfermedad como un emergente de las contradicciones de clase — como lo muestran los estudios sobre el estrés laboral, la doble jornada y aquellos centrados en las condiciones laborales— y lo demuestran a través de investigaciones epidemiológicas (Fernández y Ruiz Velasco, 2002a:2).

Lo disruptivo de la psicosis

En relación con el enfermo mental, una mirada sobre las diferentes concepciones nos muestra que se le ha considerado como un sujeto *fuera de la norma*, un sujeto que no se ha constituido como ciudadano por su rol desorganizador y disfuncional. La idea de peligrosidad que acompañó a las ideas de degeneración, incurabilidad y cronicidad, fueron el sustento de las respuestas institucionales que se observan hasta nuestros días. Como lo puntualiza M. Desviat, la función de la psiquiatría desde sus orígenes se sostiene en estas concepciones:

Las concepciones sobre el enajenado como irresponsable es el soporte de la función que la psiquiatría aporta a la sociedad y que funda una alianza complementaria entre psiquiatría y derecho [1994:21].

En “La locura y la sociedad” (1999), Foucault se pregunta tanto por el sistema de prohibiciones e imposibilidades, como por lo que excluye a un sujeto:

[plantea que] hay cierto estatuto universal y general del loco, que no tiene nada que ver con la naturaleza de la locura, sino con las necesidades fundamentales de todo funcionamiento social [1999:78].⁴

⁴ La sociedad no puede funcionar sin reglas y éstas requieren de coacciones que plantean simultáneamente un sistema de exclusiones. Foucault destaca cuatro sistemas de exclusión presentes en todas las

Plantea que los llamados locos, están en todos los sistemas de exclusión social:

[...] hay una categoría de individuos que están excluidos al mismo tiempo de la producción, de la familia, del discurso y del juego. Dichos individuos son los que en líneas generales podemos denominar locos [1999:80].

Con esto, Foucault deja sobre la mesa una reflexión esencial que atraviesa también las transiciones de la psiquiatría actual:

El corte que los historiadores situaron en 1792 como momento de liberación de los locos y su atención médica fue un fenómeno superficial, pues el estatuto del loco no cambió en lo esencial [Fernández y Ruiz Velasco, 2002a:60].

Dimensiones de la psicosis: subjetividad otra

F. Colina señala la necesidad de abrir la mirada y explorar el vínculo de la psicosis con las ideas y experiencias pasadas de la locura,

[...] para captar lo que la clínica es capaz de apreciar y escuchar del psicótico desde el momento en que decide alternar el juicio de la locura con el de la enfermedad [1996:31].

Para salir de la mirada signica y redescubrir la locura, propone que habría que retomar la vieja idea de la *psicosis única* y en este mismo sentido también la de *locura universal* (todos locos, todos deliramos), para después poder transitar con legitimidad a las

sociedades relacionados con el trabajo y la producción económica, la familia, el sistema de producción de símbolos — que determina que la palabra de unos sujetos no sea escuchada — y con el juego.

diferencias, las distintas estructuras diagnósticas que corresponden a la enfermedad y la locura singular e intransferible de cada uno.⁵

A partir del discurso del paciente identificado y de su familia, la clínica muestra que el psicótico expresa con su locura un drama ocurrido en una trama familiar transgeneracional, historia atravesada por secretos y alianzas que la familia porta inconscientemente. El psicótico localiza la catástrofe que otros no ven, áreas de muerte que se producen en algunas familias, donde ciertos potenciales humanos no llegan a desarrollarse y se expresan en la experiencia subjetiva de un vacío existencial, en el que el psicótico edifica su delirio y sus certezas en un tiempo detenido (Benedetti, 1996).

Para el psicótico, la locura está en que no hay otro que le responda, en el silencio del otro, su propio silencio (Plá, 2004); ha experimentado el drama del desamor y el rompimiento del lazo social que lo deja en el abandono, fuera de la norma y de los garantes simbólicos de la cultura.

El psicótico, desde su particular manera de hacer lazos sociales, aunque se encuentre excluido y radicalmente aislado de los garantes de la cultura, es plenamente cultural.⁶ Foucault plantea que la presencia del loco denuncia el fracaso de la ley y de sus

⁵ Desde la psiquiatría clásica y hasta nuestros días, como lo señala J. M. Álvarez (1999:21-22), se han desarrollado construcciones teórico-clínicas que abordan distintas cuestiones: las modalidades de nacimiento de la psicosis y sus fenómenos, el desgarramiento de la identidad y sus posibles estabilizadores, la arquitectura del delirio y su función, el estatuto de la certeza en la psicosis, la responsabilidad del loco en la locura, y las cristalizaciones sintomatológicas que predominan y alternan en la dimensión de la experiencia llamada psicosis o locura.

⁶ Elías Canetti, en *Masa y poder*, aludiendo a la visión de Schreber y su posición paranoica, donde su significación esencial es defender y asegurar una posición exaltada, señala que “la paranoia, en el sentido literal de la palabra, es una enfermedad del poder” (1982:445). Raymundo Mier alude a la lectura de Canetti, y señala: “La racionalidad del universo mítico de Schreber figura ya, en su propia red de trazos, un fundamento de la racionalidad histórica del delirio [...] no es posible distinguir y aislar el componente paranoico de la racionalidad del aparato político, no es posible separar la gestación de la psicosis de la entronización de la racionalidad del poder [...] El delirio cobra en su literalidad la calidad de un testimonio de la racionalidad intrínseca de la esfera del poder” (1997:118; citado en Fernández y Ruiz Velasco, 2002a:60).

instituciones (Fernández y Ruiz Velasco, 2002a:56). La experiencia clínica da cuenta de la violencia, la exclusión inaugural de la que el psicótico ha sido objeto, el *asesinato del alma* como lo expresó Schreber. A través de sus delirios toca lo indecible, lo imposible de reprimir de ese campo intersubjetivo familiar, donde las alianzas y secretos lo anudaron a una existencia sin enigma, a un destino mortífero ya escrito. La subjetividad psicótica devela lo destruido, la catástrofe, las ruinas, el mundo devastado, como en una guerra (Davoine, 1997).

En el trabajo clínico con la psicosis, las formas habituales de la técnica no funcionan, ya que en el psicótico lo inconsciente escapa a las posibilidades de la represión, y lo enigmático se expresa fuera de los juegos habituales del lenguaje; subjetividad otra que nos lleva a otras dimensiones de la clínica, psicoanálisis al revés, plantea F. Davoine en *La locura Wittgenstein* (1994).

Para hacer una lectura de las propuestas actuales y sus aproximaciones para la atención de la psicosis y su condición social, la clínica psicoanalítica aporta elementos relevantes para reflexionar estas prácticas; la escucha de la experiencia de la psicosis como un acontecimiento que se produce en una trama transubjetiva inconsciente, que aprisiona y estigmatiza al paciente identificado, da cuenta de lo que suele excluirse en estas experiencias. Entre estas exclusiones se destaca el lugar de la familia como parte de la trama donde se produce el drama subjetivo. F. Davoine destaca el linaje de los pacientes y el recorrido traumático que hacen de la historia transgeneracional a través de sus síntomas.⁷

⁷ Seminario "Psicosis y lazo social", México, 1997.

Aproximaciones conceptuales

Las vicisitudes del sujeto con psicosis se pueden pensar a partir de la aproximación conceptual estructural, que da cuenta de la organización psíquica y teoriza los procesos internos asociados a los momentos constitutivos del sujeto; en esta propuesta adquiere otra dimensión la concepción de la subjetividad, donde el estudio del sujeto y la locura se abordan a partir de las producciones imaginarias y simbólicas que se generan a partir del vínculo con el otro en las relaciones intersubjetivas, o su fracaso en el caso de la psicosis, donde la circulación transindividual de los deseos mortíferos inconscientes y los imaginarios que se anudan en torno a ellos, se manifiestan en lo singular a través de discursos y actos. Es en esta circulación de lo mortífero donde pueden pensarse los pactos y alianzas inconscientes que precipitan la condición social del loco.

En los contenidos de este apartado se revisan aportes de la psiquiatría que se han articulado con la teoría psicoanalítica; entre ellos, la nosografía clásica y la aproximación fenomenológica que se refiere al automatismo mental. Todos los autores revisados parten de aportes teóricos iniciados por Freud y replanteados y enriquecidos por Lacan; permiten pensar la clínica a partir del planteamiento estructural y la teoría del sujeto, y ubicar en la forclusión el dominio y presentación del Otro en la psicosis. Los aportes de Freud intentan dar cuenta de la etiología y la elección de la paranoia y la demencia precoz, de la diferencia entre neurosis y psicosis y de sus mecanismos; desde Lacan se revisa el fundamento estructural a la clínica de la psicosis, los avatares del significante en el sujeto y el recurso del delirio.

Acerca de la subjetividad

Las concepciones sobre la subjetividad en el pensamiento filosófico moderno y posmoderno atribuyen diferentes miradas a la idea de sujeto, generando una tensión

entre la articulación de los valores de la subjetividad y los de la individualidad. Alain Renaut señala que en el pensamiento moderno el humanismo consiste en valorar en el hombre la capacidad de ser consciente de sí mismo y de fundar su propio destino, en este sentido, la idea de la *subjetividad* es concebida como “designando la aptitud de ser el autor consciente y responsable de sus pensamientos y de sus actos. Su fundamento, su *sub-jectum*” (1993:21-22).

En el pensamiento posmoderno, como consecuencia del descubrimiento del inconsciente y del fin de la idea del hombre como poseedor de la naturaleza y del saber absoluto,⁸ que precipita el desmoronamiento de la idea de subjetividad asociada a un sujeto “enteramente transparente a sí mismo, soberano, maestro de sí y del universo” (Renaut, 1993:22), este desmoronamiento, para el autor, ha acarreado el abandono de la subjetividad por la filosofía y el pensamiento científico.

El tema de lo inconsciente señala lo ilusorio de la idea de sujeto asociado a la voluntad de identidad de sí, idea que se articula con el problema que plantea M. Foucault (1968:303) de la “finitud radical insuperable de nuestro saber y de nuestro poder respecto a lo real”, pensamiento que representa el fin de los valores de la metafísica de la subjetividad, valores que para el autor se han reflejado en la concepción de una sociedad sin opacidad y enteramente racionalizada, representada en el panóptico (Foucault, 1976).⁹

Son preocupaciones filosóficas de la posmodernidad el lugar de las normas comunes y su dimensión transindividual:

⁸ Ideas atribuidas a Descartes de hacer del sujeto “dueño y poseedor de la naturaleza”, y de la idea hegeliana de “acceder al Saber absoluto” (Renaut, 1993:23).

⁹ “El ejercicio de la disciplina exige una mirada atenta, un observatorio constante. Sin observación habría sido imposible que esta técnica se desarrollara. Requirió la ayuda de la arquitectura para convertir el diseño de los espacios en una máquina de ver, y buscó ver, no por el placer de mirar, sino para controlar y actuar inmediatamente sobre lo visto, encauzando la conducta de los sujetos sometidos a la observación” (García Canal, 2002:75).

[...] se trata de saber cómo concebir, en el marco de la inmanencia¹⁰ en sí del sujeto, las normas que puedo plantear y que sin embargo, limitando mi individualidad, sean susceptibles de valer no sólo para mí sino para todos: normas subjetivas, ciertamente, en tanto que yo las planteo, pero también intersubjetivas, transindividuales [Renaut, 1993:70].

La capacidad de la normatividad de limitar la individualidad, lleva a la discusión sobre la idea de autonomía e independencia “respecto a una alteridad o una exterioridad radicales que prescriben al sujeto sus actos”, dice Renaut (1993:70). Esto plantea la idea de trascendencia respecto de la individualidad para ir más allá de la preocupación de sí y el ceder sobre (su) deseo. Esta Ley o normatividad que establece un límite al sujeto no apunta al modelo arcaico, pre-moderno, de la alteridad como Ley divina o de la exterioridad de la tradición. Para Renaut:

El humanismo no metafísico es un humanismo no individualista, que además de apuntar a cómo conservar un sentido para la idea de sujeto, después de la crítica de las ilusiones de la metafísica (la racionalidad y la autonomía), limita la individualidad para dar lugar a la intersubjetividad [1993:71].

La idea de una red psíquica intersubjetiva es correlativa a la de una estructuración de la psique en la intersubjetividad; Lacan (1956:207-226) se suscribe a estas problemáticas de la subjetividad, la alteridad y la ley como lugar de un orden que va más allá del sujeto y lo constituye, la palabra se constituye y se sitúa en el Otro (1956:230). Rompe con la idea de individuo como mónada y ubica al sujeto en su dimensión transindividual.

¹⁰ El ser inmanente se contrapone a ser trascendente; el “inmanentismo racionalista” es una tendencia característica del pensamiento moderno, a diferencia del reconocimiento de la trascendencia (acción y efecto de traspasar el límite); inmanente también puede entenderse como lo que permanece o reside dentro (Ferrater, 1999:1845-1846).

En el Seminario 3, *Las psicosis*, Lacan destaca el campo relacional con el Otro en el delirio. En cuanto hay delirio entramos en el dominio de la intersubjetividad:

[...] el delirio comienza a partir del momento en que la iniciativa viene de Otro, con O mayúscula [...] iniciativa fundada en una actividad subjetiva. *El Otro quiere* esto, y quiere sobre todo que se sepa, quiere significarlo [1956:275 y ss.].

En la psicosis, a diferencia de otras estructuras donde el sujeto es capaz de valerse del juego signifiante, se trata de una perplejidad respecto del signifiante:

[...] todo transcurre cual si el sujeto reaccionase a él mediante la tentativa de restitución, de compensación. Es a nivel del entre-yo, del otro (con minúscula), del doble del sujeto, que es y no es a la vez su yo, donde aparecen palabras que son una especie de comentario corriente de la existencia [1956:277].

El estructuralismo en Lacan y su teoría psicoanalítica sobre la constitución del sujeto ubicará al fenómeno psicótico en una estructura (1956:107-128), caracterizada por el rechazo, la expulsión, de un signifiante primordial, es decir, la forclusión del Nombre del Padre (1956:226).

La realidad humana está estructurada irreductiblemente en una trama signifiante [diferente a la significación, el signifiante no significa nada, insiste Lacan], en el caso de la psicosis, está vinculada esencialmente con algo que se sitúa a nivel de las relaciones del sujeto con el signifiante [...] un puro signifiante, imposible de imaginar [1956:279-294].

Para Lacan el signifiante, como registro del ser, está en las palabras, con su juego y su insistencia propios interviene en todos los intereses del ser humano (1956:284).

El Edipo es esencial para el ser humano, la estructura simbólica es la condición para que pueda acceder a una estructura humanizada; en los procesos identificatorios constitutivos del Edipo el sujeto “es a la vez él mismo y los otros dos participantes (Lacan, 1956:283).

Lacan plantea que en la psicosis algo no se completó en el Edipo, “la psicosis consiste en un agujero, en una falta a nivel significante, un vacío” (1956:287); inicia cuando la pregunta viene de allí donde no hay significante como “la sensación que tiene el sujeto de haber llegado al borde del agujero” (1956:289). Es la ausencia del registro del padre, la falta de un significante primordial, que deja al sujeto en la imposibilidad de asumir la realización del significante padre a nivel simbólico. La función paterna es una imagen que no se inscribe en ninguna dialéctica triangular, sí puede fungir como modelo especular, para aprehender en el plano imaginario (1956:289).

La captura imaginaria, dual y desmesurada, no deja lugar a la exclusión recíproca para fundar la imagen del yo en la órbita del otro. La función significante es la única que retiene al sujeto a nivel del discurso, el cual amenaza faltarle por completo, y desaparecer, crepúsculo de la realidad que caracteriza la entrada en la psicosis (1956:293). Ha fallado la integración simbólica a través de un conflicto imaginario (1956:304).

En El Seminario 3, *Las psicosis*, Lacan define el Otro, no como un ser ontológico, sino como el lugar donde se constituye el que habla con el que escucha, “el lugar donde se constituye la palabra [...] a partir de un *yo (je)* y un *tú*, dos semejantes; El otro es el alter ego” (1956:389).

En la psicosis, el otro es un ser de puro deseo, un ser de pura interdestrucción (1956:390). Cuando trabaja el tema de la disolución imaginaria en la psicosis, Lacan ubica el drama que conlleva a la disolución del mundo y que ejemplifica con el análisis de los escritos de Paul Schreber, “es que ese *él* (El Otro garante de lo simbólico) está perdido, y que sólo subsiste un *tú*”. P. Castoriadis-Aulagnier señala que en el momento

constitutivo del Ego Especular, para el psicótico, “lo que el espejo le devuelve indefinidamente es él mismo ‘como lugar de castración’, cierra para siempre la posibilidad de toda vía a la identificación. Toda relación imaginaria al Otro se vuelve imposible” (s/f, I:9).

En relación con la transmisión transgeneracional y la constitución del sujeto, Piera Castoriadis-Aulagnier, en “Observaciones sobre la estructura psicótica” (s/f, I:2), señala las condiciones subjetivas que dan cuenta de la inserción del sujeto en el mito familiar, “son los discursos, ‘réplicas del Otro’, que se refieren no a él sino al personaje que encarna en la escena familiar que tendrán que constituirlo como sujeto”. Señala la relación imaginaria con el sujeto hijo, sobre la que se vuelca la libido materna, donde hay lugar a la simbolización de su discurso en torno de un significante, “fiador del orden de lo humano en el que ella se inserta”. La madre es portavoz de un orden intersubjetivo al que ella misma está sometida y que organiza su propia subjetividad en su relación con el niño.

En la constitución de la psicosis, Castoriadis-Aulagnier destaca la imposibilidad de la madre de toda representación imaginaria del futuro niño:

La relación parecía jugarse entre la madre y esa masa que está dentro de ella misma, especie de relleno corporal, de órgano sobreañadido que se desarrolla gracias a ella, producción endógena de algo que viene a añadirse al propio cuerpo [s/f, I:7].

Plantea la mala inclusión de la madre en el orden de la ley; la autora observa que “no es alguien que haga la ley: ella es la ley, ley arbitraria, como en un juego sin contrincante ni apuesta [...] de una omnipotencia autística”.

En relación con la dimensión transindividual de la dinámica subjetiva, donde se asientan los contratos o pactos de los grupos, R. Käs (1994) señala:

[que] las alianzas inconscientes tienen una doble pertenencia metapsicológica: son constitutivas de la realidad psíquica del sujeto singular, en tanto que éste es sujeto del grupo; y forman la materia de la realidad psíquica propia de un conjunto intersubjetivo.

Este marco ayuda a pensar el síntoma en el grupo, en relación con la investidura que el sujeto recibe de éste y que contribuye a mantenerlo.

Piera Aulagnier a partir de su noción de contrato narcisista planea:

[que] cada sujeto viene al mundo de la sociedad y de la sucesión de generaciones siendo un portador de esta misión de asegurar la continuidad de la generación y del conjunto social. A su vez el conjunto debe investir narcisísticamente a ese elemento nuevo. Este contrato le asigna a cada uno un cierto lugar que le es ofrecido por el grupo y significado por el discurso, acorde al mito fundador del grupo. Discurso que transmite los ideales y valores de la cultura y sus certezas (de un porvenir).

En palabras de Kaës:

La generación no es solamente prolongación narcisística, es también lo que amenaza al narcisismo [...] el rechazo de la generación, es también el rechazo del otro, del rival amenazante, el riesgo de la desilusión para el grupo maravilloso que formamos. Tal vez el odio de la herencia [2000:139].

La hipótesis de una metapsicología transgeneracional es fundamental para pensar la constitución de la psique y sus posibilidades de transformación o repetición alienante de un destino inevitable. En el trabajo psíquico no sólo participa el aparato singular, sino también un trabajo extraindividual. El aparato psíquico se constituye a través de las generaciones que intervienen en la construcción de un cuerpo erógeno, significado. Libidinizado que lo desprende del cuerpo biológico (cf. Fernández y Ruiz Velasco, 2005:534-550).

Considerando la transgeneración y el linaje en el ámbito de la psicosis, Apollon y Rouleau, entre sus observaciones clínicas, destacan la alianza entre mujeres que apunta a lo fallido del lado de la función paterna. La autoridad parental es la que asegura la ley social en las prácticas familiares.

Se trata del hecho de que la sobrevivencia de la alianza entre un hombre y una mujer parece tener que estar condicionada por la posibilidad de un contrato, al menos tácito, entre las tres mujeres más implicadas con esta alianza, nos referimos a la madre de la mujer, a la madre del hombre y a la mujer misma. La colaboración de los cuatro linajes, como la sucesión de dos clanes y, sobre todo, el *contrato* entre las mujeres, constituyen las condiciones estructurales para que una autoridad parental, significada por el Apellido, pueda representar al orden simbólico para los hijos a nacer dentro de esta alianza [Apollon y Rouleau, 1997:143]

En cuanto a la subjetividad social, planteada por distintos teóricos y fundamental en la perspectiva académica de la UAM-Xochimilco:

[se considera que ésta] se produce en el intercambio con los otros, a partir de factores singulares y sociales mutuamente constituyentes que dibujan un panorama complejo, pero distinto al del individuo aislado. La subjetividad así entendida apunta a un proceso que interviene en la constitución de los sujetos tanto en su dimensión grupal como institucional [Fernández, 1998:71].

En este sentido, la relación sujeto-subjetividad se aborda pensando en *el sujeto de la subjetividad*, como lo sugiere Lilia E. Vargas:

[pensar] en una subjetivación que está más allá de cada sujeto y de la que cada sujeto es cristalización, producto —siempre inacabado— de factores producentes, de múltiples ejes de subjetivación. Los procesos de subjetivación que hacen posible al sujeto son transubjetivos —es decir, están más allá de cada subjetividad— y

ordenan y conforman, a partir de la intersubjetividad —el “espacio” construido entre subjetividades— los procesos de construcción de lo subjetivo [1998:63].

La organización psíquica y una clínica diferencial. Aportes de Sigmund Freud (1856-1939)

Los aportes de Freud a la clínica de la psicosis se inician a partir de su enriquecedor intercambio con Jung y Bleuler, de la escuela psiquiátrica de Zurich,¹¹ y se encuentran a lo largo de su obra.

De acuerdo con la nosografía clásica, en su intento de pensar una clínica diferencial entre las entidades clínicas que considera como modelo de psicosis, la paranoia y la demencia precoz (descrita por Kraepelin y conocida actualmente como esquizofrenia),¹² intenta dar cuenta de su etiología a partir de la regresión, el fracaso de la represión (*Verdrängung*) y la posibilidad de restablecimiento a partir del delirio.

En relación con la represión, si bien no logra establecer una clara diferencia para la neurosis y la psicosis y a esta última la consideraba con pocas posibilidades para el tratamiento psicoanalítico, debido a que la transferencia constituía un recurso de la neurosis, Freud plantea diferencias importantes para pensar los recursos de los que se vale la psicosis;¹³ para la psicosis Freud habla de la introversión de la libido (1914:72).

En el caso de la demencia precoz el logro de la regresión al autoerotismo tiene un efecto desorganizador, aniquilador de la integridad de la persona, donde se da la

¹¹ Sus reflexiones acerca de la paranoia y la esquizofrenia se encuentran en su correspondencia (Álvarez, 1999:306). Un cuidadoso seguimiento de la propuesta de Freud a la clasificación clínica en el marco de la psiquiatría clásica se pueden consultar en el texto *Proceso de constitución del método psicoanalítico*, de José Perrés, UAM-Xochimilco, México, 1989, pág. 90.

¹² Freud hablaba de tres formas clínicas, la demencia precoz, demencia precoz paranoide y paranoia.

¹³ Las contribuciones de Freud para pensar la psicosis se basan en su teoría de la pulsión en el desarrollo psicosexual y en textos metapsicológicos, entre ellos “Lo inconsciente”, que dan cuenta de la resignificación de la historia constitutiva libidinal y las representaciones asociadas a ésta.

identificación con el objeto autoerótico, con el propio cuerpo, cuerpo fragmentado, habitado por las pulsiones más arcaicas. El estatuto del cuerpo en la esquizofrenia por la retirada de la libido del mundo, es retomado por Freud en su escrito metapsicológico "Lo inconsciente" (1915), donde habla del lenguaje de órgano o inervaciones del cuerpo: "el dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondriaco, ha devenido lenguaje de órgano"; agrega que las palabras son sometidas al mismo proceso psíquico primario que rige al proceso onírico, las palabras son tratadas como cosas. En relación con la escisión (*Spaltung*), que había definido a la esquizofrenia en las descripciones clínicas a lo largo de la obra freudiana, en el conflicto psíquico la *escisión del yo* es un concepto que se amplía como constitutivo y por lo tanto no es exclusivo de la psicosis.

En el caso de la paranoia, la considera el fracaso de la regresión de la libido a partir de las percepciones y su retorno:

[...] la pulsión sexual, originariamente autoerótica, más adelante confiere a las representaciones recordadas de objetos ocupación emocional, amor de objeto [Freud, 1915].

Sus planteamientos sobre el narcisismo¹⁴ darían cuenta de la paranoia y su sistema delirante como tentativa de curación,¹⁵ la retirada de la libido del mundo, la regresión a una elección de objeto narcisista, con la imagen unificada del cuerpo.

A diferencia de las neurosis de transferencia (histeria, obsesión y fobia), en las que el vínculo erótico se sostiene a través de la fantasía, en las llamadas por Freud

¹⁴ J. M. Álvarez dice: "Así se desprende ya de la correspondencia con Karl Abraham, quien en este punto parece haber guiado decisivamente los pasos de Freud" (1999:306).

¹⁵ Estas observaciones de Freud dan pie a pensar la relación especular con el Otro, desarrollada por Lacan.

afecciones narcisistas o psicosis, la sustracción de la libido —libido narcisista— recae en el yo, surgiendo el narcisismo primitivo (Freud, 1915:193).

En “Duelo y Melancolía” (1917), plantea que en la melancolía la identificación se establece con el objeto perdido, objeto narcisista; mientras que en la paranoia, como lo desarrollará en “Acerca del mecanismo paranoico” (1911), la referencia permanente al objeto es el perseguidor, el amador: “entretanto el objeto perdido continúa en lo psíquico” (1917:243).

En un estudio profundo del caso de Paul Schreber en *Memorias de un neurópata* (1911), Freud encuentra elementos que dan cuenta de su teoría de la paranoia y sus mecanismos: el delirio de persecución, erotomanía, delirio de celos y megalomanía. Cabe señalar que este profundo análisis que hace Freud y posteriores investigaciones que se sustentan en la experiencia de la locura, han representado un importante legado a la clínica de la psicosis. J. M. Álvarez cuestiona, con base en los aportes del caso Schreber, el modelo médico de la sobredeterminación de la enfermedad para pensar la psicosis y el delirio como recurso:

Ese relato tan intenso como escalofriante de la locura desde dentro, no se reduce a un testimonio de primera mano que contiene prácticamente el conjunto de la psicopatología psicótica, sino que detalla con una precisión exquisita y un rigor inigualable las coyunturas precipitantes de la crisis, el dramático desmoronamiento de su universo subjetivo, y sobre todo las conquistas estabilizadoras conseguidas merced al trabajo delirante. Este testimonio de la experiencia de la locura nos permite ponderar y enjuiciar el grado de artificialidad que contienen los saberes anteriormente expuestos, pues el modelo médico de la “enfermedad mental” parece quebrarse cuando se lo somete al examen de un caso particular cuyos avatares biográficos y cuyos particulares trastornos psicopatológicos sugieren más bien estar gestionados por el sujeto y no sobredeterminados por la “enfermedad”; en ese sentido, bien podría decirse que también en la psicosis más que estar todo decidido

por la “enfermedad” es esencialmente la respuesta del psicótico la que comanda cuándo habrá de sobrevenirle. Las construcciones e interpretaciones diversas sobre Schreber y las discrepancias etiológicas y diagnósticas llevan a plantearse la discusión sobre la unidad o la variedad de la psicosis y el privilegio de lo ideativo sobre lo afectivo, o viceversa [Alvarez, 1999:318-319].

Sobre el significante en la psicosis

Para Freud, los procesos inconscientes, condensación y desplazamiento, dan cuenta de la cadena de representaciones o ideas que se desencadenan asociadas a una palabra. En relación con la esquizofrenia, Lacan hace una lectura a partir de los tres registros, “para el sujeto esquizofrénico lo simbólico se ha tornado real”. O. Mannoni (1976) plantea que todo sucede en un plano único, el del significante, no existe enigma ni posibilidad de interpretación. En relación con la primacía que adquieren las palabras sobre las cosas, Maleval señala la fascinación del psicótico por la palabra:

[...] son las propias palabras en las cuales estaba expresado el pensamiento preconsciente las que se convierten en objeto de elaboración por el proceso primario; en el sueño, no son las palabras sino las representaciones de cosas, a las cuales las palabras han sido reconducidas. El sueño conoce una regresión tópica, la esquizofrenia no; en el sueño, el comercio entre las cargas de palabra y las cargas de cosa es libre; lo que permanece característico en la esquizofrenia es que este comercio está vedado [1998:51].

En esta línea de reflexión, se puede destacar en la psicosis el lenguaje de órgano, el estatuto de cuerpo y el lugar central de la falla significante.

La forclusión

El estatuto de la función paterna en la psicosis y lo que Freud dejó pendiente respecto del mecanismo específico de la estructura psicótica, fue retomado y discutido por Lacan. Freud buscó un mecanismo particular de la psicosis llamado repudio o forclusión (*Verwerfung*), en otras proyección (*Projektion*), mecanismo radicalmente opuesto a la represión (*Verdrängung*) neurótica; indagación que en la segunda tópica pierde su impulso. La noción de forclusión define el mecanismo intrínseco de la estructura psicótica como la ha teorizado Lacan.

El concepto de forclusión es una construcción teórica que intenta explicar el mecanismo psíquico que está en el origen de la psicosis. Estas manifestaciones clínicas (alucinación, delirio, pasaje al acto) serían ocasionadas por un desorden en la simbolización de la experiencia de la castración. Esta ausencia de simbolización de la castración se expresará por una incertidumbre del paciente psicótico respecto de su identidad sexual y por una pérdida del sentido de realidad. En sus trabajos, Lacan irá adoptando una posición teórica diferente según la cual la forclusión no recaerá sobre el Todo sino sobre un significante: el del *Nombre del Padre*. La forclusión es la no-respuesta a un mensaje o a una demanda que proviene de una persona en posición tercera respecto de la relación dual e imaginaria entre el sujeto y un semejante amado u odiado apasionadamente. La persona que llama a la emergencia del Nombre-del-Padre en el futuro psicótico es, según Lacan, *Un-padre*, es decir, una persona en posición tercera en cualquier relación que tenga por base la pareja yo-objeto (Fernández, Vargas y Rahman, 1997:83).

En esta noción de forclusión destaca la función del Nombre del Padre. Apollon y Rouleau (1997:263) señalan:

La psicosis, en efecto, testifica, en la toma de posición de un sujeto, de esta limitación, en donde, en una socio-cultura la elección necesaria de cada uno avala los fundamentos de la Autoridad y del Sentido. Es el significado profundo de la referencia lacaniana a la forclusión del Nombre-del-Padre, puesto que el padre, figura que se desdibuja en nuestras sociedades, no es más que la representación subjetiva e intra-familiar de la Autoridad, de ese mito fundador que le da sentido a las elecciones históricas de una sociedad [1997:263].

Desde la lectura de Waelhens “el psicótico se distingue, entre otras cosas, por su incapacidad de acceso al Edipo, mientras que el neurótico, por su parte, no llega jamás a salir de él auténticamente” (1985:74).

El origen de la forclusión del nombre del padre y del destino del cuerpo del hijo como testigo de la omnipotencia de la función materna, tendrían su origen en los avatares en la constitución edípica en la madre, desencadenados con el embarazo, causa del retorno de lo reprimido, “todo aquello de su cuerpo que recuerde el aporte paterno es negado, anulado y en primer lugar todo lo que recuerde que es el fruto de una unión sexual, que es hijo del padre (Castoriadis-Aulagnier, sf:l:7). Ha fallado la transmisión de las represiones que garantiza las construcciones identificatorias de los padres.

El Otro en la psicosis

La descripción fenomenológica de la presencia y el dominio del Otro en el psicótico, que le habla, le manipula y le induce sensaciones, fue descrito y teorizado por Clérambault (1995); teorización que representa una transición entre la psiquiatría clásica, que planteaba los síndromes y las entidades clínicas como compartimentos cerrados, y una psiquiatría dinámica estructural y evolutiva fundada sobre procesos

psicopatológicos dinámicos —muy alejados de la actual nosografía del DSM— (Álvarez, 1999:298).

Las descripciones y constataciones de Clérambault se articulan con las elaboraciones de Freud (cf. Schreber, 1985) y con los aportes de Lacan sobre la tiranía del significante en la psicosis, donde el sujeto se ve compelido a reconstruirse mediante el trabajo delirante con esos significantes “xenopáticos”.¹⁶

El automatismo mental da cuenta de cómo se presenta en el sujeto con gran claridad el sometimiento, posesión y determinismo que lo posee y lo despedaza, describe J. M. Álvarez (1999).

F. Colina, en “El vigía de la palabra” (1995:15-16), plantea que el sujeto es poseído “de sí por el automatismo, sucede como si el lenguaje se desmoronase [...] queda así el psicótico inerme ante la inercia de lo *real* cuya angustia o, lo que es lo mismo, cuya verdad lo invade y le habla, o mejor, le arrasa con signos desconocidos”. En relación con los aportes de Clérambault, Lacan argumenta, “si el lenguaje habla por sí solo”, es aquí donde se debe utilizar el término de automatismo y así darle su resonancia auténtica (1956:483).

El recurso del delirio

En los diferentes abordajes de la clínica de la psicosis está el estatuto del delirio y la dimensión de la certeza. El término delirio, como lo plantea J. M. Álvarez:

Procede del latín *delirare*, salirse del surco; en francés, y en el resto de las lenguas romances [...] el término ha servido para abarcar un campo semántico que alemanes

¹⁶ XENO: extranjero o ajeno. Moliner, María, *Diccionario de uso del español*, Gredos, Madrid.

e ingleses han delimitado en dos términos: *delirium* (episodio agudo confuso-onírico) y *delusion* (ideas delirantes) [1999:26-27].

La clínica psiquiátrica clásica ha ido construyendo los distintos tipos clínicos a partir de la descripción y clasificación del recurso fundamental,¹⁷ el trabajo de construir el delirio y también la estructura del sujeto (Ruiz Velasco, 2001). Apollon y Rouleau señalan:

Requerir al psicotizado una toma de posición en su propio nombre, lo precipita inevitablemente al borde de lo que para él es el vértice del sentido. Es de alguna manera ponerlo en la situación de tener que construir una barrera y un dique contra el barullo de voces, este goce del Otro que invade hasta la posesión de su espacio subjetivo [1997:62].

Entre las reflexiones de Maleval (1998) acerca de los efectos de los diferentes tratamientos que se ponen en juego con el psicótico, destaca la cura que apunta a la regulación del goce del Otro; el lugar de la escucha del delirio; también, cuando esto es posible, un cierto aprendizaje del paciente del lugar de su delirio para él y para los otros, lo que abre la posibilidad de conciliar sus relaciones con su entorno y la certeza del delirio.

Como recurso para poner en juego la recreación del sujeto y de su delirio, Apollon y Rouleau, en el programa de la clínica 388, dan un lugar central a los espacios para la creación:

¹⁷ El desarrollo del campo semántico del término delirio da cuenta del momento en que aparece el término crónico que definió a los cuadros clínicos y su asociación con incurable. La expresión Delirios crónicos (*Délires chroniques*), en la clínica francesa, se acuñó hasta mitad del siglo XIX. En esta época los términos genéricos locura (*folie*) y alienación mental (*Aliénation mentale*) son abandonados (Álvarez, 1999:26-27).

La práctica de los talleres de arte crea un espacio particular, moviliza el deseo del sujeto en una creatividad donde el escrito, esta marca del goce del Otro que trabaja su cuerpo en el síntoma, pasa a la producción de un objeto de arte que viene, en el imaginario del sujeto, a articular lo real de su experiencia despedazada con las reglas que rigen el espacio de producción en ese espacio estético. Tal práctica enmarca y da a la vez un sentido al vacío que confronta el sujeto psicótico al salir del estado de crisis [1997:73].

En el Seminario Clínica de la Psicosis (2000), E. Sanquer planteó, en relación con el delirio, que por medio del tratamiento psicoanalítico se va circunscribiendo al análisis el lugar donde el paciente delira; por ello, cuestiona que el analista se salga del consultorio a encontrarse con el paciente, sería como dispersar los lugares donde el delirio se expresa.

Maleval retoma discursos de Guez, el paciente, que hacen patente la necesidad de un espacio donde su delirio sea escuchado y que no produzca reacciones violentas como la sobremedicación o el encierro.

El provecho que puede conseguir un psicótico se comprueba aprovechando las numerosas curas analíticas conducidas no buscando reforzar al yo, sino orientadas hacia una regulación del goce del Otro, dejando al sujeto la posibilidad de elaborar una solución original para sus dificultades. Se ha comprobado que ésta a veces pasa por el delirio [1998:253].

Lo que Maleval señala es muy pertinente para reflexionar las prácticas de la rehabilitación y la reinserción social cuando éstas no dan lugar a la palabra del psicótico. El autor plantea una línea de trabajo sobre cómo ubicarse en relación con el delirio del paciente; considera que el tratamiento sin escucha no reditúa para el médico ningún tipo de apertura o acercamiento al mundo del paciente quien está, sobre todo, preocupado por su delirio.

Es interesante advertir cómo la intervención del tratamiento del tratante, en relación con el delirio y los otros, tiene para Guez un efecto en la posibilidad de vivir con su delirio y con los otros, cuando le dice: “No puedo pedir que me crean, mientras no se me prive de la posibilidad de creer en ello, necesito creerlo para poder permanecer en contacto con ellos” (1998:257). Maleval plantea que en “el proceso de la cura a veces se opera una suerte de aprendizaje o de afirmación de la parafrenización” (1998:257).

Dentro del tratamiento del psicótico, la transferencia —negada en los escritos de Freud para la psicosis— aparece de manera distinta a la del neurótico, ya que el psicótico no busca el saber del analista; a decir de Apollon y Rouleau, el psicótico “sabe, está atravesado por la dimensión de la certeza sobre lo que acontece” (1997:75). Si la locura remite a la alteración del lazo social, sólo podrá ser tratada actuando en la recreación de esas tramas intersubjetivas. El vínculo transferencial con el psicoanalista es un ámbito de trabajo, pero es esencial también que empiece a transitar por ese mundo social y simbólico del que ha quedado excluido y a experimentar una existencia en esos nuevos vínculos (Fernández y Ruiz Velasco, 2004).

Si bien la transferencia es entendida habitualmente como un proceso que ocurre entre el paciente y el analista, dentro del espacio terapéutico, también es posible considerarla en un sentido más amplio, tal como plantea Silvia Radosh:

La transferencia en el análisis —y en un concepto ampliado pensamos que se da en toda situación vital— es algo necesario e incluso ineludible, no hay modo de evitarla, hay que trabajarla. Freud no restringe este concepto a la cura analítica, habla de ella por ejemplo en los institutos de internación (donde predomina la transferencia “negativa”) [2002:242].

Radosh retoma las definiciones de Freud según las cuales, la transferencia es “un fenómeno humano universal, decide sobre el éxito de cada intervención y aun gobierna los vínculos de una persona con su ambiente humano”, mientras que de la contratransferencia destaca que “se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre sus sentimientos inconscientes” (2002:242 y 247).

Respecto de la locura considerada como un instrumento que se juega y se produce en la transferencia, Jean Max Gaudilliere señala que “el mecanismo de acción de la locura, sea cual fuera su escala, es la de la transferencia psicótica”.¹⁸

La rehabilitación psicosocial.

El discurso de un campo institucionalizado y sus prácticas

Rehabilitación psicosocial y los procesos de reforma

Los movimientos para la transformación de la psiquiatría surgen a partir del cuestionamiento de los grandes hospitales psiquiátricos y de la modalidad de atención basada en el aislamiento y el control, principalmente los que se destinaron a los llamados pacientes crónicos, en un proceso transformador que ha culminado en la institucionalización de la reforma psiquiátrica que se apoya más en recursos comunitarios (Desviat, 1994:95 y ss.; Saraceno, 1992a:235).

Los movimientos de derechos humanos, los avances de la farmacología, los efectos en la sintomatología al atender socialmente al paciente, son algunos de los factores que favorecieron estos procesos que intentan revertir los efectos de los internamientos prolongados mediante una aproximación que incluye las necesidades sociales de los atendidos.

¹⁸ Seminario “Psicosis y lazo social”, México, 1977 (apuntes).

Los procesos de reforma psiquiátrica se han orientado centralmente en cerrar los grandes manicomios y generar otras estructuras que hagan factible la reinserción comunitaria, es precisamente este campo que se abre entre la institución y la comunidad, donde se desarrollan las prácticas de *rehabilitación psicosocial*. La rehabilitación como práctica oficial de la psiquiatría se había orientado al entretenimiento de los asilados y a dirigir sus prácticas con fines adaptativos y normalizadores del comportamiento, también a actividades ocupacionales con fines terapéuticos (Saraceno, 1992a:235-243); cuando se cierra el manicomio o se transforma el hospital psiquiátrico, dejando de ser la única alternativa de tratamiento, la rehabilitación se convierte en el campo de mayor relevancia desde el momento en que hay que habilitar en la comunidad la vida de los pacientes con largo internamiento.

Son muchas las definiciones que intentan dar cuenta de la especificidad de este campo, todas parecen converger en que el objetivo de la rehabilitación psicosocial psiquiátrica es lograr la reinserción social de los enfermos mentales, para ello se proponen habilitar la vida en la comunidad, promoviendo su autonomía y su inclusión en las redes de intercambio, lo más cercanas a la vida social común. Esta apuesta a la que se dirigen las prácticas, al salirse del encierro institucional, se transforman en su sentido y su vinculación con el entorno, donde los escenarios cambian: la red social, el trabajo, las relaciones familiares, los estudios, el tiempo libre, la vivienda; los nuevos retos han puesto sobre la mesa de discusión la efectividad de los recursos técnicos y asistenciales, para ello se han desarrollado una serie de instrumentos para evaluar las condiciones y resultados de los múltiples programas.

Los objetivos que se han planteado en torno a la rehabilitación son muchos y recorren amplios campos; para Bennet,¹⁹ "el objetivo de la rehabilitación psiquiátrica debe ser facilitar a la persona discapacitada que haga el mejor uso de su capacidad

¹⁹ Citado como uno de los teóricos más relevantes en este campo, en Rodríguez y Bravo (2003:38).

residual en el mejor contexto social posible”; se destaca que más allá del sujeto y el rescate de sus potencialidades, las acciones en el medio implican diferentes caminos en un campo problemático; las concepciones sobre las discapacidades de la persona con psicosis (ahora incluidas en una definición ambigua, “trastornos mentales graves”), implican al sujeto y a los otros, en el sentido que llevan a la desventaja que depende del medio. B. Saraceno define a la rehabilitación como:

El conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de las oportunidades del individuo, para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad. Estos objetivos contemplan el manejo ambiental a nivel individual, familiar y comunitario [1991:3].

El desarrollo de la rehabilitación psiquiátrica actual, al incluir una concepción psicosocial del sujeto, ha ido poniendo el acento en el campo relacional y, lo más importante, ha puesto en circulación la problemática de los otros en relación con la locura y sus avatares. En los planteamientos actuales se destacan, como lugar central, las habilidades sociales, esto apunta a los vínculos del sujeto y de los otros. Por ello suele aparecer en primer plano la necesidad de promover un marco de legislaciones y normatividades y de derechos humanos y ciudadanos, para abrir posibilidades de atención e inclusión y proteger a las personas con psicosis del despojo y abandono que suele generarse en las relaciones de la sociedad y sus instituciones con la locura, la lista de principios de la rehabilitación que recogen los autores de diversas fuentes que definen este campo, inicia con los derechos humanos y ciudadanos.

La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia e integral de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna [Rodríguez y Bravo, 2003:40].

Las miradas y abordajes reduccionistas también suelen acompañar las actuales propuestas. A partir de la Segunda Guerra Mundial, la rehabilitación, como práctica oficial de la psiquiatría, ha pasado por grandes transformaciones hasta convertirse en complejas prácticas con intervenciones en el sujeto y en el contexto. En estos abordajes, asociados a la transformación de la psiquiatría y sus reformas, al loco se le considera un discapacitado mental a quien es necesario habilitar para la vida, para el autocuidado y para la convivencia social. Atribuyen parte importante de la evolución de la enfermedad a las condiciones que generaron el estigma y el aislamiento institucionalizado, ubicando la cronificación en las respuestas institucionales.

Es importante señalar que la clínica que acompaña a estas prácticas se apoya centralmente en la clínica nosográfica psiquiátrica, que ubica al sujeto de la enfermedad mental a la luz de un diagnóstico, generalmente el DSM²⁰ elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana y el CIE-10²¹ elaborado por la OMS. Habría que destacar que el diagnóstico homologador de la locura, la esquizofrenia, utilizado frecuentemente con poca especificidad, suele ser el campo de trabajo al que se dirige la rehabilitación con un importante apoyo en la administración de medicamentos, recurso al que suele reducirse el abordaje directo de los síntomas.

El contexto en el que se edifican muchas de estas prácticas de rehabilitación del enfermo mental es el desarrollo en la atención a las discapacidades por daños físicos y de las intervenciones en el contexto para reducir la desventaja social. Reconocer la importancia del contexto en la producción de la desventaja para el sujeto y su familia en las relaciones sociales es un gran avance, el problema es el reduccionismo que atraviesa estas prácticas debido a la herencia de la idea de lesión orgánica en la psicosis,

²⁰ American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

²¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), décima revisión de la clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento. Esta clasificación tiene por objeto unificar los criterios diagnósticos de las enfermedades mentales.

sumada a las concepciones predominantes de la psiquiatría y de la psicología (conductismo y cognoscitivismo) que favorecen el desarrollo de prácticas donde la subjetividad no tiene lugar, menos una reflexión sobre la “discapacidad” en la psicosis y el campo relacional.

La rehabilitación psicosocial se refiere a un amplio campo de prácticas que se derivaron de la institución psiquiátrica, que adquieren sentido y amplio desarrollo cuando por diversas razones los pacientes deben ser atendidos en corta estancia en los hospitales y se reducen de manera importante las camas para internamiento prolongado, a veces, esto acompañado de una red de servicios y cuidados externos (en la década de los noventa más del 40 por ciento de pacientes a nivel mundial se encontraba fuera de los grandes hospitales).²² Este campo, empírico y polémico, ha transitado del desprestigio del entretenimiento, la readaptación, la reeducación, a considerarse una práctica que abanderó la modernidad psiquiátrica.

El centro de las prácticas rehabilitadoras se ha desplazado del sujeto identificado como el “loco”, hacia la necesidad de intervenir en los otros: la familia y el entorno más próximo al sujeto, las organizaciones sociales, las instituciones.

La rehabilitación y sus alcances

Para algunos autores que han participado en las reformas psiquiátricas, lo que se considera en este campo “rehabilitador” es que las prácticas y estructuras que se

²² La externación de pacientes, en algunos casos, respondió a los movimientos de desinstitucionalización formal, la sustitución de la modalidad asilar por otro tipo de recursos asistenciales. O bien por el desarrollo de una red asistencial de corte comunitario complementaria de los grandes hospitales, aun sin cuestionarse el manicomio. En otros casos fue la transinstitucionalización o tránsito del hospital psiquiátrico, servicio de atención terciaria, de especialidad, a otras instituciones de menores recursos como las de asistencia social o las cárceles. También muchos acabaron en la calle abandonados.

generen vayan acompañadas de una filosofía que atraviese los servicios implicados en la atención comunitaria orientada a favorecer la autonomía y “competencia” del usuario y apoyar su integración al entorno mediante roles socialmente valorados.

Demostrar que el despliegue de recursos tiene efectos significativos en la vida de los pacientes es una cuestión por evaluarse; de acuerdo con lo que plantean A. Rodríguez y M. F. Bravo (2003:26), al revisar los resultados de las investigaciones sobre distintos aspectos abordados por la rehabilitación psicosocial, éstos no muestran un efecto significativo en la vida de los pacientes, sino más bien “resultados modestos”. En relación con la metodología y estrategias de intervención, las investigaciones de las que se dispone describen que las intervenciones denominadas rehabilitación son una serie de estrategias empíricas, en ocasiones creativas y acertadas y otras ineficaces e irrelevantes que muestran la evidente falta de una mínima identidad metodológica. Si bien la rehabilitación psicosocial moderna se ha desarrollado desde hace tres décadas, en los noventa las intervenciones psicosociales se han desarrollado con mayor despliegue de técnicas y herramientas de evaluación. En este campo también se ha incrementado la promoción de asociaciones de familias, pacientes y otros grupos como el voluntariado, que apoyan la gestión de recursos sociales que la institución no puede cubrir (casa, club social, trabajo, etcétera).²³

Es evidente que las concepciones (acerca de los sujetos a rehabilitar) que atraviesan estas prácticas determinan los abordajes para modificar las condiciones de vulnerabilidad y discapacidad en el sujeto, así como la desventaja en el contexto. Actualmente se habla de la recuperación, idea que parece dar un sentido de apropiación de la vida, sus posibilidades y sus síntomas; sin embargo, parecería en

²³ La importancia de estas organizaciones civiles de usuarios y familiares han hecho patente sus posibilidades de actuación, por ejemplo en Santos, ciudad cercana a São Paulo, Brasil, fueron estas organizaciones las que sostuvieron el proyecto transformador ante la amenaza de ser desmantelado por el cambio de gobierno (OMS, 1997:84).

momentos que esta concepción no se refiere a personas que han sufrido una devastación subjetiva histórica y que nunca fueron dueñas de su vida:

Uno de los temas actuales es el concepto de recuperación (*recovery*) de la enfermedad, pero más del proyecto vital; una vez que ha aparecido la enfermedad y la discapacidad, es necesario apoyarse en las fortalezas, en las potencialidades que quedan y en el proceso dinámico de querer seguir desarrollándose en esa nueva situación. El sentido de rehabilitar no es sólo recolocar en un nuevo lugar y con un tiempo ocupado, es hacer que esa persona sea de nuevo dueña de su vida, de sus proyectos, pero con un sentido realista, sabiendo cuáles son sus posibilidades (Rodríguez y Bravo, 2003:26).

Esta propuesta que apunta a un proyecto de vida, centrado en el propio dinamismo del paciente y participación en el entorno, se acerca más a las reflexiones que la clínica de la psicosis abre en el sentido de una restitución del sujeto, la toma de la palabra y el control suficiente de su vida personal.

A lo largo de la historia institucional de la locura, se han buscado diversos términos para circunscribirla a partir de que es considerada una “enfermedad mental”; para las nuevas prácticas rehabilitadoras, generadas para trabajar con pacientes que la psiquiatría tradicional había definido como “crónicos” —y que fueron destinados a los manicomios—, debido a la irremediable estigmatización de este término, dicho concepto se ha sustituido por el de “trastorno mental grave”. Concepto ambiguo que incluye tanto a las psicosis no orgánicas como a lo que la psiquiatría ha denominado “trastornos de personalidad” asociado a las adicciones, por presentar problemas graves de conducta (de acuerdo con el CIE-10); también se incluye en este rubro a personas con diagnóstico dual (psicosis y adicción). En estas prácticas el funcionamiento social²⁴

²⁴ La OMS (1980) ha desarrollado una escala de discapacidad WHO-DAS, que mide el autocuidado, la autonomía, el autocontrol, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre, habilidades cognitivas, etcétera.

aparece en primer plano como indicador para el pronóstico del paciente, asociado al grado de autonomía e independencia y necesidades de supervisión y apoyo. Consideran que son estas discapacidades, dificultades o alteraciones en el funcionamiento psicosocial las que generan problemas para que el sujeto pueda interactuar a partir de roles sociales, lo que produce las barreras que enfrenta en el medio.

- La dimensión intersubjetiva en las prácticas rehabilitadoras

En los trabajos presentados por la psiquiatría y las prácticas rehabilitadoras difícilmente se habla de personas con sufrimiento, es notable el distanciamiento del sujeto portador de la enfermedad mental. Para pensar estas prácticas es indispensable pensar la locura desde el otro y sus miedos sustentados en imaginarios y angustias ancestrales inconscientes que circulan en lo colectivo;²⁵ también la identificación especular, en tanto que la locura nos constituye, nos implica y nos convoca. La angustia que produce el encuentro con la locura y los recursos que se organizan como defensa es una línea a trabajar. Lo que se construye en torno a la locura, a nivel familiar, institucional y en la sociedad en general, es impensable si no se analizan los imaginarios y temores más profundos. Lo que se ha gestado a nivel social e institucional no puede entenderse si sólo se piensa en ese sujeto de la locura y no en la gran necesidad de describirlo, conceptualizarlo, desubjetivizarlo, definirlo hasta convertirlo en un objeto —extraño— de conocimiento. La necesidad de hacer borde, establecer un adentro y

También la Asociación Psiquiátrica Americana propuso la Escala de Funcionamiento Global (Global Assessment of Functioning). OMS WHO-DAS, 1980 y Global Assessment of Functioning, APA, 1987 [véase Rodríguez y Bravo, “Marco general y conceptualización”, en Gisbert A., Cristina (coord.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*, AEN, Madrid, 2003, pp. 29-30].

²⁵ Estas reflexiones acerca de los miedos asociados a la significación de la locura y que subyacen a lo que la sociedad y sus instituciones organizan en torno a ella, se han desarrollado en el artículo “El miedo y la locura”, en co-autoría con Lidia Fernández, en *Los dominios del miedo*, UAM-Xochimilco, 2002.

un afuera, una especie de tónica que establezca claramente los campos de la “no-locura” como vía para apaciguar las angustias que genera.

En este sentido, la singularidad de cada experiencia de rehabilitación podrá indicar en qué medida se han transformado o no las relaciones con la locura que se suelen establecer en las instituciones psiquiátricas, como lo analizó Goffman (1997:19), quien describe lo que llama “prácticas protectoras”, refiriéndose a formas preventivas, defensivas y de control, que se producen en la interacción con los internos; esta excesiva normatividad que organiza las relaciones, para Goffman tiene el sentido de dejar claro quién es el loco; el lugar del sujeto internado y las interacciones que con él se establecen, promueven el sometimiento y la invalidez; la regulación de todos sus actos, la desappropriación de sus tiempos, donde el sujeto no tiene control de su vida.

La dimensión intersubjetiva, ausente en las experiencias de rehabilitación psicosocial, reubica a la locura, la inscribe como un acontecimiento que devela la experiencia subjetiva de un drama vivido por un sujeto y su familia, se expresa en alteraciones en los vínculos sociales y expresiones de sufrimiento extremo que acompaña a la vivencia de angustia y de vacío. Las formas de relación se caracterizan por el encierro y el aislamiento de la trama social cultural, grandes dificultades para inscribirse en los proyectos socialmente reconocidos como válidos (cabe mencionar el enorme trabajo psíquico que suele ocupar al sujeto y que se expresa en sus síntomas delirantes). Parte del destino que se va configurando es un proceso en el que el sujeto va quedando fuera de las redes de pertenencia, identidad e intercambio, con la vivencia para él y para los otros de ser una carga subjetiva y económica, el consecuente abandono, en diferentes formas de expresarlo, es evidente si se revisan las historias de vida de los pacientes. Se suman al aprisionamiento de quien vive los síntomas, el discurso institucional que lo excluye de la trama de relaciones y apoya la necesidad de marginar lo intolerable.

- El sujeto y las prácticas de rehabilitación

En este sentido, parecería abrirse una vía que podría dar cuenta de las formas de relación con la locura, que invitan a problematizar, no al loco y su locura, sino los pactos y alianzas históricas que se anudan en torno a él y que lo aprisionan y estigmatizan. También la manera como el psicótico se vincula con los otros, las particularidades para hacer lazo social, atravesado por la historia en que se ha edificado el drama constitutivo y los efectos de la enfermedad.

Un importante obstáculo de estas aproximaciones incluyentes de lo psicosocial, consiste en que la institución psiquiátrica no abandona los pilares explicativos de la enfermedad a partir del cuerpo biológico y sus alteraciones; sobre esta inamovible concepción fundante de la psiquiatría llamada tradicional se edifican las nuevas prácticas. Las concepciones de la rehabilitación también participan de esta concepción de la enfermedad mental como lesión orgánica, que si bien ésta no ha sido demostrada, como plantea F. Rotteli (1977:18 y ss.), sí lo han sido las consecuencias discapacitantes como efecto de la condición social que produce el hecho de ser paciente psiquiátrico.

La contradicción central que atraviesa estas propuestas es la evidente coexistencia de un discurso de saberes excluyente de lo histórico y social, la prevaleciente concepción de la enfermedad mental como predominantemente biológica y genética y la poca incorporación de los aportes de otros cuerpos teóricos y clínicos.

Este vacío en la conceptualización de la psicosis atraviesa a estas prácticas rehabilitadoras que atienden socialmente los efectos *discapacitantes* de la enfermedad pero no se escucha al sujeto y a su familia, esencial para un tratamiento, en tanto que la psicosis no es un proceso individual ni aislado, sino el producto de una red generacional y social que participa activamente en la producción de la enfermedad.

Locura e institución

Después de un breve recorrido por diferentes concepciones sobre la locura, se reflexionan las condiciones de la locura y su institucionalización como “enfermedad mental”. La psiquiatría, desde su fundación como parte de la ciencia médica, se ha sustentado en las nosografías diagnósticas para inscribirse en un discurso “científico”. Sin profundizar en las condiciones que llevaron a la modalidad asilar, el gran encierro como recurso médico-asistencial, en este apartado se hacen puntualizaciones generales sobre la gestación de una severa crítica y las posteriores transformaciones institucionales, conocidas como movimientos de desinstitucionalización, de reestructuración y de reformas psiquiátricas. Estas transiciones de la atención, del manicomio a la comunidad, generan el desarrollo de técnicas para la habilitación, tanto del sujeto con sufrimiento mental, como de su familia y su contexto. Es este campo el que más devela las relaciones de la sociedad con la locura.

Para poder reflexionar las respuestas actuales institucionales frente a la psicosis, es necesario plantear los procesos más relevantes de los que la psiquiatría actual ha sido heredera, es decir, el manicomio y la psiquiatría comunitaria. Estos procesos que atraviesan a todas las instituciones dirigidas a tratar la *enfermedad mental* podrían pensarse en diversos planos, uno de ellos es la producción de la psiquiatría en el campo teórico-clínico que se expresa de manera central en las nosografías o manuales clasificatorios de los padecimientos mentales.²⁶ Otra dimensión importante se centra

²⁶ Se puede observar que existe un enorme esfuerzo teórico-clínico para dar significación a los fenómenos de la llamada “enfermedad mental”; en el campo de la psiquiatría las grandes construcciones nosológicas, sin sujeto, sin historia y sin incluir las condiciones sociales, muestran que la relación con estos fenómenos, en su aparente sin-sentido, producen un apresuramiento a comprenderlos, nombrarlos, explicarlos y clasificarlos. Como lo expresa J. M. Álvarez: “frente a estas conceptualizaciones, creadas por especialistas, bulle soberana, a veces casi ajena, la experiencia concreta de la locura. Los esmerados retratos fenomenológicos han pretendido apresar las manifestaciones más características de esa subjetividad otra” (1999:22).

en los momentos de transformación de la institución psiquiátrica que podrían sintetizarse en dos grandes modalidades: el aislamiento y el tratamiento en la comunidad.

Mucho se ha escrito sobre los momentos históricos en que se ha constituido y cuestionado el manicomio. Actualmente, la crítica al encierro institucionalizado ha dejado lugar a la discusión sobre los procesos de transformación de los grandes hospitales psiquiátricos, de los grandes manicomios. Las experiencias de los llamados movimientos de reforma o reestructuración psiquiátrica, que se iniciaron en diferentes lugares del mundo a partir de los años sesenta, sus hallazgos y obstáculos, constituyen la problemática central actual. Se habla de un nuevo paradigma: la psicosis en la comunidad y el tratamiento integral psicosocial.

Entre los conflictos de la institución psiquiátrica está la lucha entre la psiquiatría tradicional, que se sustenta en el paradigma biológico como eje de la investigación y las prácticas clínicas, y los que proponen las reformas, que enriquecen con abordajes psicosociales las concepciones y formas de atención. Propuestas en conflicto donde está tomando gran fuerza el retorno a las concepciones y respuestas reduccionistas, predominantemente biológicas, centradas en el tratamiento farmacológico que descalifican las aproximaciones psicosociales y sus importantes aportes. Cabe destacar la penetración de los laboratorios farmacéuticos como los organizadores de las concepciones y tratamientos; en la actualidad, su dinámica de mercado va más allá de los profesionales e inciden directamente en las organizaciones de usuarios, familiares y otras instituciones sociales.²⁷

A treinta años de procesos de transformación psiquiátrica en varios países, coexisten diversas modalidades que responden a diferentes momentos en el proceso de

²⁷ Dentro del campo de la institución psiquiátrica, una estrategia generalizada de los laboratorios farmacéuticos consiste en financiar las actividades científicas, como congresos e investigaciones, así como promover y ofrecer beneficios para constituir organizaciones de pacientes y familiares. Estas prácticas responden a una dinámica de mercado.

sustitución del gran hospital psiquiátrico por estructuras en la comunidad. Los antiguos manicomios, ahora llamados hospitales psiquiátricos, prevalecen sin haber sido modificados en lo sustancial. También se encuentran centros no psiquiátricos organizados por entidades civiles o públicas, que actúan a partir de otras redes que eluden el discurso médico-asistencial como eje de las relaciones y logran para sus atendidos una vida más integrada a la comunidad.

Como lo plantea F. Rivas Guerrero (2000),²⁸ a pesar de que el manicomio y los grandes hospitales psiquiátricos no han sido erradicados, para los gestores de los movimientos transformadores de la institución psiquiátrica, el manicomio como respuesta institucional dominante ha sido superado; en la teoría y la práctica internacional se plantea que el espacio privilegiado para el tratamiento de la locura es la propia comunidad en la que vive el loco.

En una visita a México en 1992, B. Saraceno,²⁹ planteaba que el gran interés en desarrollar modalidades de tratamiento fuera de los grandes hospitales se debe a que, por diferentes procesos, más del 40 por ciento de los pacientes mentales han sido externados —por desinstitucionalización, transinstitucionalización o simplemente abandono. A pesar de que no siempre han sido respuestas adecuadas a las necesidades de los pacientes, Saraceno enfatiza que hay un sentimiento generalizado en la comunidad psiquiátrica mundial y es una recomendación a nivel de la OMS que la modalidad asilar debe ser transformada. También destaca el papel de los movimientos de derechos humanos que han actuado sobre la impunidad médica, y plantea que la cronificación del paciente es consecuencia de la institucionalización prolongada, con lo que la

²⁸ Coordinador del libro *La psicosis en la comunidad*, que trata sobre las experiencias de tratamiento psicosocial de la psicosis en el marco de las reformas psiquiátricas de España.

²⁹ Benedetto Saraceno funcionario de la División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud. Expresidente de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR).

evolución de la enfermedad, en este caso la cronificación, se atribuye a la modalidad asistencial, al contexto, cuestionándose el destino de abandono e internamiento como condición de vida para el psicótico.

En este sentido, los movimientos actuales de la psiquiatría han transitado de la lucha contra el manicomio, a reconocer que no es suficiente sustituir esta modalidad asistencial. En todos los espacios en que vive el loco, el abandono, la violencia y la estigmatización se reproducen. No se idealiza la reintegración a la comunidad que en sí misma no es terapéutica; las redes sociales tienen que generarse y fortalecerse, para que el paciente no sea abandonado, disponga de cuidados continuos y pueda reintegrarse en el intercambio social. La “vulnerabilidad”, la “patología”, la “discapacidad” y las “desventajas” que la enfermedad mental conlleva se convierten en el campo de trabajo. Las estructuras para los servicios, los tratamientos y los programas se dirigen, no sólo al paciente sino también a su familia, y cabe destacar como un aporte central, al contexto social e institucional.

El discurso transformador se ha ido imponiendo, respaldado por acontecimientos y experiencias concretas, locales, con diferentes niveles de actuación; se ha convertido en un ideal a alcanzar valorizado, cuando antes era marginal. La defensa de los derechos humanos, la reintegración socio-laboral del paciente, los espacios de convivencia fuera de los grandes hospitales, organizaciones de usuarios y familiares, la participación amplia y abierta de otros sectores sociales, todo ello forma parte de procesos que se fueron gestando a partir de los primeros movimientos críticos de la psiquiatría que se produjeron en Inglaterra, Italia, Francia y Estados Unidos, ampliamente analizados y evaluados en sus aportes y limitaciones.

La transición hacia otra psiquiatría

En la actualidad se han gestado diversas experiencias que, dentro de sus diferencias, tienen en común el desarrollo de una red de atención que se dirige a incluir las necesidades clínicas, de vida cotidiana e integración social de los pacientes psiquiátricos; se hacen cargo del paciente en tanto sujeto y sus necesidades y no de la enfermedad exclusivamente.

Habría que destacar que si bien ha habido un amplio desarrollo en este campo, los logros se ven amenazados severamente por el endurecimiento de las políticas actuales en relación con la protección social por parte del Estado y por el avance de la privatización del sistema de salud y el desmantelamiento de las instituciones públicas, como parte del modelo de desarrollo neoliberal que se ha impuesto,³⁰ campo fértil para que, sin encontrar resistencia, las empresas farmacéuticas incrementen su control en las concepciones y tratamientos que privilegian la modalidad asistencial que más conviene a sus intereses, evidentemente, en decremento de los avances que promueven el llamado tratamiento psicosocial que apunta hacia la atención en la comunidad, donde el tratamiento farmacológico es un recurso más y no el único.

En el marco de un discurso de lucha, con planteamientos generales coincidentes sobre la atención integral y la reinserción social del paciente, cada experiencia en su singularidad muestra que los principios generales toman caminos específicos que habría que reflexionar en cada caso concreto. Lo que he encontrado son movimientos minoritarios frente a la psiquiatría llamada “hegemónica” que se resiste a valorar estas propuestas; los logros suelen corresponder a las condiciones sociales y políticas de cada país o región. Algunas de estas experiencias han trascendido la marginalidad

³⁰ En el contexto actual, impulsar el cierre de las instituciones psiquiátricas, sabiendo que hay pocas garantías de que los recursos se apliquen en el desarrollo de propuestas asistenciales más humanizantes, es un riesgo de desmantelamiento de los pocos lugares que existen para atender al paciente psiquiátrico.

y han formado parte de los sistemas nacionales de salud, han aportado nuevas legislaciones y promovido la discusión y participación de diferentes actores sociales, gubernamentales y civiles.

En la década de los sesenta y setenta entre los discursos de los primeros movimientos mal llamados “antipsiquiátricos” se puede leer la idealización de la locura al considerar al loco como el emergente con un rol de protesta, el que denuncia y es capaz de no asimilarse a la sociedad, un no-alienado a los valores sociales. Más allá de esta lectura, se destaca el énfasis y crítica a la condición social que acompaña al diagnóstico y a la institucionalización de los pacientes, condición que actualmente se expresa como la pérdida de los derechos ciudadanos. Las propuestas para transformar la institución manicomial en el movimiento encabezado por Franco Basaglia en Italia, pronto enfrentó obstáculos para que los pacientes accedieran a un trabajo asalariado, a la educación y a la vivienda, no eran sujetos con derechos y obligaciones como cualquier ciudadano, no podían establecer contratos de trabajo, ni contaban con derechos educativos, entre otros obstáculos, por ello se hizo necesario incidir en las legislaciones y en el código civil. En los movimientos actuales, como el que vive Brasil, se observa un lugar central de lucha por la ciudadanía del loco, las obligaciones del Estado, la regulación de los internamientos involuntarios, los derechos a un trabajo, a un salario, a diferentes servicios para la atención, entre otros. Si bien la defensa por condiciones de ciudadanía no es suficiente, la importancia de esta lucha reivindicativa constituye un eje esencial en los procesos de transformación de las reformas psiquiátricas actuales.³¹

³¹ En el desarrollo de la transformación de la red asistencial en “Trieste”, iniciado por Basaglia, el trabajo asalariado es un recurso muy importante de integración social, pero pronto enfrentan obstáculos debidos a la condición de no ciudadanía del loco (véase Dell Acqua, G., 1995).

Hacia finales de los años setenta los movimientos críticos llegaron a Latinoamérica; en 1977 se publicó *Los crímenes de la paz*, que refleja la postura y el pensamiento que prevalecía en la época. Cito este texto y otros que circularon en México, donde los discursos de los movimientos críticos en su tránsito por las instituciones psiquiátricas, lejos de dejar frutos transformadores, sembraron una idea muy persecutoria³² de sus propuestas, a diferencia de otros países de América Latina. Los discursos de Basaglia, Laing, Szasz, entre otros, reflejaban las enormes diferencias de cada movimiento en el contexto de cada país y las ideas que exportaban, así como el enriquecimiento de las reflexiones en este campo tan cuestionado (Foucault, Castel, Goffman). Desde diferentes lugares, muchos fueron los aportes en reflexión crítica y algunas propuestas que dejaron su huella en las actuales transformaciones. En el caso de Basaglia, por ejemplo, una gran actividad política acompañada de un movimiento colectivo transformador de los servicios psiquiátricos que continuó con la experiencia de Trieste y que tuvo también gran influencia en los movimientos de América Latina, entre los que podría destacar el movimiento colectivo brasileño que con sus discursos (reflejo de aquella época: “por una sociedad sin manicomios”, “locos por la vida”) han trascendido la crítica y la denuncia. Su importante movimiento con una amplia participación de la sociedad y sus diferentes instituciones implicadas, ha culminado en la transformación de la psiquiatría como parte del Plan general de salud (cf. Bezerra y Amarante, 1992a) y generado interesantes propuestas que actualmente han sido parte central de la reforma psiquiátrica de ese país, iniciada formalmente en 1990.

³² Todo aquel que hacía propuestas de transformación o de otras formas de atención fuera de la psiquiatría tradicional era estigmatizado como “anti-psiquiatra”, término que el propio Laing cuestionó “no soy un antipsiquiatra. Si existen antipsiquiatras se trata de aquellos psiquiatras que no practican la psiquiatría como la entiendo yo”. “Consideraciones sobre la psiquiatría” (Laing, 1987:243).

Desde su mirada de investigador y teórico, Goffman aportó mucho al estudio de las relaciones que se establecen al interior de las instituciones totales, entre las que se encuentran los hospitales psiquiátricos, describe lo que observa en aquella época (1975); si bien este investigador muestra lo que se vivía en Estados Unidos frente a las propuestas de desinstitucionalización, la problemática tiene actualidad. Lo que Goffman plantea forma parte de los discursos de las propuestas de reforma que pretenden revertir las condiciones del paciente psiquiátrico confinado al aislamiento a veces de por vida:

Muchas de estas instituciones se han manifestado como simples asilos sin esperanza, cubiertas por una coartada psiquiátrica. Han servido para alejar al paciente del lugar en el que se ha desarrollado su comportamiento sintomático, hecho por sí mismo positivo, pero esta función ha sido desempeñada por las rejas y no por los médicos. Además el precio que el paciente ha tenido que pagar por este servicio es considerable: el alejamiento de la vida civil, el despegue afectivo de las personas amadas, consideradas como responsables de su reclusión, la humillación inferida por la reglamentación y la vigilancia hospitalaria, la estigmatización indeleble después de su salida [1987:257].

Goffman aborda el tema de la familia y su papel de tutela que los lleva a decidir en el lugar del paciente. Alude a la “red de complicidad”, alianzas donde el paciente queda excluido, considera que “es dentro del tratamiento psiquiátrico donde la complicidad llega a ser discutible y peligrosa” (1987: 261).

El mismo autor reconoce los cambios que se observan en mejoras de las condiciones de vida en los hospitales psiquiátricos a partir de los años setenta en Estados Unidos.

Las propuestas a mantener al enfermo potencial el mayor tiempo posible en la comunidad y a reintegrar a la misma al enfermo recuperado lo más pronto posible. Los derechos legales de las personas a quienes se les puede imputar la enfermedad mental, han aumentado a tal grado en algunos estados, como California, que es difícil un

internamiento por la fuerza. La idea difundida [...] la meta a alcanzar no es la curación, sino lograr conservarlo en el seno de la sociedad libre, en *un nicho*, donde pueda ser tolerado. Donde no sea posible encontrar *un nicho* ya disponible, frecuentemente se construye uno artificial, como sucede en las instituciones: la curación domiciliaria, el hospital diurno. En esta situación, este nuevo enfoque de la enfermedad pesa mucho sobre la familia, sobre el vecindario y sobre el lugar de trabajo del enfermo [...] existe ya una nueva interpretación, el paciente ha sido oprimido, dado que él no es otra cosa que el portador de síntomas de una situación enferma, es justo que todo el grupo se distribuya el peso; es justo animar al paciente y a aquellos que lo rodean para que encuentren, preferiblemente con la ayuda de la psiquiatría una solución conjunta.

Goffman plantea que al lado de la vida de los hospitales psiquiátricos y la estigmatización, parece mejor la teoría de la contención del trastorno mental dentro de la comunidad, habría que ver qué significa “para los demás” que están en relación con el paciente, los más significativos de su vida. Los ambientes cotidianos del paciente en la comunidad, trabajo, amistades, de modo particular la familia.

En julio de 1975, en la ciudad de Cuernavaca, se realiza un histórico encuentro en el que participa, entre otros, el Instituto Mexicano del Seguro Social, con la idea de propiciar el debate a través de programas de televisión y otros foros, como la Facultad de Ciencias Políticas de la UNAM. El objetivo de estas actividades, como lo expresa Armando Suárez en la publicación *Razón, locura y sociedad*, que prosiguió a este encuentro: “no se propuso encontrar *soluciones técnicas*,³³ sino develar la lógica oculta de las contradicciones y la ideología de sus encubrimientos y manipulaciones” (1999:7).

Thomas Szasz, en ese entonces miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional y profesor de psiquiatría en Nueva York, cuestionó el psicoanálisis, el

³³ Los actuales movimientos de reforma psiquiátrica, si bien sus discursos transformadores están atravesados por los discursos de los movimientos críticos, consideran que éstos fracasaron por su falta de propuestas asistenciales acordes a las necesidades de los pacientes psiquiátricos para vivir en la comunidad.

“imperialismo psiquiátrico” y la ideología sobre salud mental. Los títulos de sus libros hablan por sí mismos, sus críticas apuntan a las construcciones en torno a la llamada “enfermedad mental”: *El mito de la enfermedad mental*, *La fabricación de la locura e ideología de la enfermedad mental*. En México (Cuernavaca, 1975) planteó con ejemplos sus tesis; cuestionó en la psiquiatría la naturaleza metafórica de la enfermedad mental y el carácter totalitario de la práctica psiquiátrica, resituó el lugar del “síntoma”: “el que se crea Dios no es un problema, es una solución, no cuestiona, no duda, él sabe”.

Franco Basaglia,³⁴ en su exposición “La institución psiquiátrica de la violencia” (Cuernavaca, 1975), plantea que el sistema social no puede dar cuenta de las contradicciones del hombre; el loco tiene trastornos que afectan su relación con los demás,³⁵ sus tesis coinciden con las de Foucault, considera que lo que se excluye es al sujeto que se sale de la norma y el lugar de custodia más que de cura:

El manicomio protege a la sociedad de la persona que se desvía de la norma [...] responde a una exigencia del sistema social, igual que la cárcel [...] la lógica de las instituciones cerradas es que no hay una ideología curativa, terapéutica, sino más bien una ideología punitiva, de castigo [1999:18-19].

³⁴ La presentación que hace Armando Suárez (1999:9) de Franco Basaglia sintetiza su trayectoria: “Fue director del Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, de 1961 a 1972, emprendió la subversión más radical de la institución psiquiátrica, que llevó a nivel de la práctica y la política. No se quedó en la reforma de las relaciones internas dentro del hospital sino también de éste con las instancias político ideológicas que atravesaban a la institución. Su trabajo colectivo, siguió dando frutos, el primero que trascendió internacionalmente fue la Ley 180, sus propuestas se continuaron con la experiencia de Trieste, experiencia que ha tenido transiciones muy interesantes acordes a lo que ahora se ha institucionalizado como reformas psiquiátricas”, *Razón, locura y sociedad*, Siglo XXI, México, 1999.

³⁵ Es importante destacar dónde ubica la problemática de la locura en la sociedad y las respuestas institucionales que de esta problemática se derivan, las actuales propuestas de rehabilitación psicosocial, parecería que, por ser herederas del campo de las discapacidades físicas, dejan de lado la habilitación del vínculo.

En el terreno teórico-ideológico de la lucha de clases, estos pensadores reflexionan el destino de los “locos”, ubicándolo como revelador de las contradicciones de la racionalidad burguesa.

Lo interesante es pensar la influencia de estos movimientos a la luz de lo actual, en qué medida trascendieron cambiando la mirada en torno a la locura y sus instituciones y si forman parte de los actuales escenarios. Lo que se observa en México es que a partir de la década de los ochenta, la psiquiatría hegemónica cerró filas, impidió cualquier penetración asociada al fantasma amenazante de la “antipsiquiatría”, inclusive sin diferenciar propuestas, el término genérico se aplicaba por igual a todo lo que se saliera de la propuesta hegemónica, se estableció la guerra desigual y con ella la exclusión que culminó en 1990 con el borramiento de la coordinación de salud mental del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de su director, el doctor Pucheu, frente a su entusiasmo por los acuerdos de la Conferencia de Caracas (1990, OMS/OPS) sobre la reestructuración psiquiátrica en América Latina.

En México se podría pensar que, tanto las propuestas de los organismos internacionales de reforma o reestructuración psiquiátrica, como de los movimientos críticos que les precedieron, se quedaron como un fantasma que sirvió para estigmatizar a quienes participaron, se sumaron o estuvieron de acuerdo con las propuestas internacionales. “Es un antipsiquiatra”, término que dejaron estos movimientos y la exclusión de quienes se sumaban a esta nueva forma de institucionalización psiquiátrica.³⁶

Las concepciones comunitarias en el campo de la salud mental

La psiquiatría comunitaria que se originó en Estados Unidos, representada por los aportes de Kaplan, plantea que la enfermedad mental se produce y se repara en la

³⁶ Véase capítulo “La psiquiatría en México y sus instituciones”.

comunidad. Esta concepción parte de que el sujeto se constituye en las relaciones sociales, donde se encuentra la posibilidad de comprensión de su malestar y los medios para su recuperación. Revalorizan el saber del sujeto y sus posibilidades de gestión del bienestar (Galende, 1992:32-33).³⁷ Estudios actuales sobre el campo de la salud mental, como son las investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS),³⁸ han tratado de articular al individuo enfermo con la estructura social de los países, pobreza, desempleo, desnutrición, violencia, desintegración familiar, etcétera. La epidemiología social expresa la incidencia por regiones. De ahí deriva una nueva concepción de esta problemática, el abordaje parte del sujeto en su condición de vida, “niños de la calle”, “mujeres maltratadas”, “ancianos abandonados”, etcétera.

Estas aproximaciones han incidido en las diferentes corrientes psiquiátricas y se han expresado también en las propuestas y programas de los organismos internacionales como la OMS, en relación con el campo de la salud mental y específicamente de la institución psiquiátrica.

Las transiciones de la psiquiatría y el campo de la rehabilitación psicosocial

La historia de la institucionalización de la locura y de la psiquiatría como especialidad médica, se inicia cuando se funda el manicomio,³⁹ espacio de reclusión asociado a la

³⁷ Estas propuestas retomadas en otro contexto pueden sustentar formas reduccionistas para mitigar el sufrimiento y los síntomas de la enfermedad, como se proponen en algunos grupos de autoayuda.

³⁸ La Organización Panamericana de la Salud, en su gran investigación “Salud mental en el mundo”, pone gran énfasis en las condiciones sociales como promotoras de la violencia y las adicciones en los países de bajos ingresos (OPS/PALTEX, 1995).

³⁹ El antecedente sobre el que se instituye el manicomio es el gran encierro que analiza Foucault (1992:82), borramiento absolutista de la desviación y la indigencia, con una jurisdicción sin apelación posible del orden absolutista monárquico y burgués que se organiza en Francia, representado por las condiciones del Hospital General, en el Siglo XVII, instancia no médica, similar al mundo al que pertenecen los alienados que Pinel encontrará en Bicêtre y en la Salpêtrière.

idea de cura y diferenciación de las formas de locura o enajenación mental. Desde su origen, la institución responde a dos encargos: se trata de encerrar a los individuos que pueden causar daño a la sociedad y también, poner medidas de curación a personas enfermas.

Hay un informe sobre el debate que se produce en Francia, previo a la promulgación de la Ley de 1838 sobre alienados, que legitima administrativa y jurídicamente la psiquiatría y el manicomio, instaura la tutela médica del enfermo mental e influye decisivamente en toda la legislación psiquiátrica occidental hasta nuestros días. Informe donde se introduce junto con las medidas cautelares el término *curación* [Desviat, 1994:19].

La idea de curación a personas enfermas y la necesidad de una nueva conceptualización de la locura y de sus formas de atención, surgen en un contexto en que la “Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano”, con el Contrato Social y la libre circulación de personas y bienes, la nueva soberanía civil tiene que reflexionar sobre la responsabilidad y los límites de la libertad (Desviat, 1994:19). A partir de entonces la reclusión de los enajenados ha de definirse como algo terapéutico y necesario, surge así el internamiento, el aislamiento y el tratamiento moral⁴⁰ como los recursos terapéuticos en los que se sustenta el movimiento alienista, representado, entre otros, por Pinel y Esquirol.⁴¹ En relación con la responsabilidad, y de acuerdo con las normas que establece la burguesía en el siglo XIX, al considerarse al enajenado irresponsable no es considerado sujeto de derecho, escapa a la ley y a las nuevas

⁴⁰ El tratamiento moral, método del alienismo, si bien puede cuestionarse, apostó a un posible diálogo entre el médico y el enfermo, lo que implica el reconocimiento de una subjetividad y parte de razón en la sin razón del alienado.

⁴¹ La reclusión de los enfermos se sustenta en la idea que aislando a los pacientes de un mundo externo perturbador e irritante se actúa “directamente sobre el cerebro y se condena a ese órgano al reposo, sustrayéndolo de las impresiones irritantes, reprimiendo la vivacidad y la movilidad de las impresiones y moderando la exaltación de las ideas” (Esquirol, 1991).

normas de convivencia; la psiquiatría como tutora se hará cargo y con ello se establece el origen —como antes se planteó— de una alianza entre psiquiatría y derecho. Como destaca Desviat, las ideas de irresponsabilidad criminal y la teoría de la degeneración, junto con los conceptos de peligrosidad, incurabilidad y cronicidad, constituyeron la red de discursos y condiciones que favorecieron el modelo manicomial que prevalece hasta nuestros días, alejado de las primeras propuestas del movimiento alienista, con severos procesos de masificación y el triunfo del organicismo favorecido por el positivismo en la ciencia médica.

Hay hechos no previstos por los primeros alienistas que pronto se unen a las características constitutivas de los nuevos asilos, de los manicomios. El optimismo sobre el que se funda la psiquiatría, el optimismo de los primeros alienistas, su fe en la posible curación del loco, propia de aquellos tiempos ilustrados dominados por la confianza en la razón y en el sujeto humano, pronto se verá roto por dos acontecimientos: la masificación de los asilos y el rápido triunfo del organicismo [Desviat, 1994:24].⁴²

El manicomio, por las condiciones históricas que lo constituyeron, más allá de la cuestionada función médica y terapéutica, también ha sido refugio para locos pobres, necesitados de un medio protegido de vida, y ha respondido al encargo de protección para la sociedad de una población inclasificable desde la psicopatología psiquiátrica que transita en el límite de la legalidad, cuya forma de vida no suele ser aceptada por la mayoría.

Los movimientos para la transformación de la institución psiquiátrica se iniciaron en la segunda mitad del siglo pasado y llevaron a la idea generalizada, en la comunidad profesional y cultural, que el hospital psiquiátrico debe ser transformado o suprimido.

⁴² Con las tesis de Bayle la idea de lesión, organicidad e incurabilidad dominan este campo.

M. Desviat plantea que estas ideas de cambio están estrechamente vinculadas con la ruptura del paradigma psiquiátrico de la degeneración y la incurabilidad del consenso Kraepeliano, que había dominado la práctica psiquiátrica; estos cambios se generan en un contexto de movimientos anti-institucionales, junto con la voluntad colectiva de crear una sociedad más libre e igualitaria, más solidaria; contribuyeron también el descubrimiento de los medicamentos psicotrópicos, el psicoanálisis y la salud pública en las instituciones psiquiátricas (Desviat, 1994:27-28).

Estos proyectos colectivos transformadores, partícipes de una historia y sistema cultural y de valores, logran una dinámica de trabajo en equipo y funciones de mediación con la comunidad que trascienden a la identidad de los profesionales implicados, más allá de su adhesión a una corriente teórica, se suman a un proyecto cultural y científico más amplio que subyace al cambio (García y Aparicio, 1997:7). En los movimientos transformadores de la psiquiatría, las modificaciones en las prácticas fueron acompañadas de reformas de la estructura y de la dinámica de las relaciones de los actores en las instituciones de salud y modificaron las concepciones acerca de la relación de la institución y la sociedad con la enfermedad mental.

Entre los movimientos que se gestaron a partir de la Segunda Guerra Mundial, y que pusieron en cuestión los tratamientos tradicionales que han conformado lo que Castel describe como la marginación institucionalizada, se destacan por su contribución a las reformas y reestructuraciones de la institución psiquiátrica actual, la lucha anti-institucional italiana, la comunidad terapéutica inglesa, la psiquiatría de sector francesa y la prevención y la psiquiatría comunitaria en Estados Unidos. Estas primeras experiencias y sus aportes y limitaciones han sido referentes indispensables para otros países como España, Brasil y Canadá, que iniciaron tardíamente su proceso de transición; en estos países, las transformaciones se cristalizaron en el sistema nacional de salud, creando condiciones favorables para los

cambios en las legislaciones y programas en salud mental y específicamente en la institución psiquiátrica rompiendo su encierro.

Todas las experiencias, ya sea aquéllas donde las propuestas de transformación forman parte de un programa nacional, como las que se han gestado como propuestas aisladas, responden a una apuesta, la confianza en que los pacientes, aún después de décadas de internamiento, pueden vivir en otras condiciones en la sociedad; ello conlleva la confianza en las posibilidades del paciente, de los profesionales y del entorno social. Los resultados de esta apuesta están en el debate actual, los pacientes que no logran ser integrados, la respuesta de las familias y la sociedad civil, la continuidad de los dispositivos asistenciales en la comunidad, la penetración de las empresas farmacéuticas y su economía de mercado en detrimento de las prácticas psicosociales.

En las diferentes experiencias de reformas psiquiátricas —si bien cada país o región vive procesos singulares, de acuerdo con las condiciones en que los movimientos se producen— se pueden encontrar ciertas líneas rectoras comunes a todos ellos: las transformaciones se sustentan en la apuesta de mantener a los pacientes integrados a su medio, misma que se respalda en los evidentes efectos positivos que han mostrado.

Las experiencias en este campo, si bien responden a las condiciones singulares, reflejan un cierto acuerdo en la organización de servicios psicosociales y de urgencias 24 horas, hospital de día, talleres protegidos, centros de día y, posterior a esto, un programa de deshospitalización y reinserción comunitaria.⁴³ En cada una de las experiencias es

⁴³ La OPS/OMS (1995), en el libro *Salud mental en el mundo, problemas y prioridades para los países de bajos ingresos*, publica diferentes experiencias que aluden a estos procesos, en Bremen, Alemania. Dentro de este libro, G. Raab, en su artículo “Del uno al otro lado del muro”, habla sobre el proceso que iniciaron en 1975, con una investigación que muestra las condiciones de extremo abandono en las instituciones asilares y describe los recursos asistenciales que favorecieron la “rehabilitación” de los internos; en Santos Brasil el

evidente el consenso internacional sobre la necesaria apertura y transformación o bien, en una postura más radical, el cierre del hospital y su sustitución por otras estructuras que, en grados diferentes de protección respondan a las necesidades para vivir en la comunidad de los sujetos portadores de una enfermedad mental grave.

Entre los elementos generales que pueden observarse en cada proceso de reforma psiquiátrica, mismos que parten de la crítica al hospital psiquiátrico y la propuesta de transformarlo para recuperar su papel terapéutico, se suelen encontrar propuestas para sustituirlo por centros de atención en la comunidad. Además, el eje de atención antes centrado en el hospital se desplaza hacia la comunidad; la hospitalización pasa a ser un recurso más en la red de servicios comunitarios; la externación de los pacientes llamados “crónicos” favoreciendo su reinserción en la comunidad; la apuesta a desarrollar servicios para atender los problemas de salud mental en el entorno más próximo al sujeto con una concepción sobre la enfermedad y su proceso en el que intervienen los factores psicosociales; la tendencia a integrar los tres niveles de intervención (prevención, atención y rehabilitación) y la transdisciplinariedad y multidimensionalidad en la intervención misma; su articulación con los modelos de salud pública y salud comunitaria; la sectorización o zonificación para la planeación y organización de los servicios dirigidos a una población acotada; el intento de articular

cierre progresivo del hospital psiquiátrico, fue acompañado de acciones en el contexto social, la movilización de grupos cívicos y la sensibilización de familiares y de los pacientes. La transformación de las estructuras del hospital para humanizar la atención y la generación de estructuras autónomas del hospital, el centro de rehabilitación psicosocial, el acento en actividades para la expresión creativa. Centros abiertos 24 horas para atender urgencias (NAPS) y reuniones de grupos de pacientes y familiares; M. Desvial (1995), en su artículo “La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio”, describe los límites que enfrenta el despliegue de recursos frente a algunos pacientes gravemente incapacitados para la vida social mínimamente autónoma y un amplio grupo de pacientes con “trastornos de personalidad” (pacientes con problemas asociados a adicciones) para los cuales no se han desarrollado estrategias terapéuticas comunitarias y que “empiezan a colapsar los servicios de salud mental”.

la continuidad de cuidados (Rodríguez y Bravo, 2003:20);⁴⁴ el reto es articular un sistema de atención, rehabilitación y apoyo comunitario.

En estos procesos de reforma, cuyo eje es habilitar la atención de los pacientes mediante una red clínica y de atención a las necesidades de los pacientes para vivir en la comunidad, se fortalece y tecnifica cada vez más el campo de la rehabilitación psicosocial, campo que tiene que ver con todo el proceso global desde la intervención precoz hasta la habilitación de pacientes con largo internamiento.

A partir de estos referentes se puede concluir que el discurso institucional ha cambiado; de la lucha antimanicomial que había prevalecido, se ha transitado a la participación plural de voces —actores sociales, profesionales, familiares y usuarios—, con el apoyo de organizaciones que abanderan los derechos humanos y ciudadanos, que promueven mejores condiciones de vida para los pacientes y sus familiares, dejando de lado los ideales de normalización, de adaptación o de cura y proponen una oferta de servicios y estructuras donde los locos puedan vivir en otra condición social sin ser abandonados por la sociedad y sus instituciones. Esto se ha acompañado por la necesaria modificación de legislaciones a favor de los pacientes y la defensa de sus derechos ciudadanos.

⁴⁴ Como la apuesta actual en casi todos los países es la transformación de sus servicios de atención psiquiátrica —recomendación de la OMS— muchos de estos procesos han sido documentados y publicados por esta institución internacional. Véase *Salud mental en el mundo*, “Trastornos mentales y servicios psiquiátricos”, capítulo 2, pp. 32-94, OPS/OMS, 1995.

II. La psiquiatría en México y sus instituciones

La institución psiquiátrica mexicana al margen de la transición

El panorama de México respecto de la transición psiquiátrica merece un análisis detenido, con el objeto de dar cuenta de los elementos que propiciaron el vacío de propuestas alternativas. Mientras que los discursos internacionales se pronunciaban, desde los años sesenta, a favor de la atención fuera de los grandes hospitales —la psiquiatría comunitaria, entre ellas—, México se sumió en el oscurantismo psiquiátrico, ya que las pocas iniciativas pronto se apagaron y predominó el manicomio como lugar de custodia y abandono. Las corrientes meramente organicistas como emblema de la cientificidad de la psiquiatría mexicana y un gran hospital de agudos —el espacio más relevante para la formación de profesionales en este campo— fue el panorama que predominó en la Ciudad de México durante tres décadas, de 1965 a 1995.

La primera pregunta es: ¿cómo se concretó el aislamiento cuando en la década de los años setenta circulaban en México las recomendaciones internacionales¹ y tenían presencia e influencia los primeros movimientos críticos a la psiquiatría y sus principales representantes y estudiosos de estos procesos (Basaglia, Szasz, Laing, Goffman, entre otros), con la participación y adhesión de muchos profesionales al pensamiento crítico de la época que cuestionaba severamente a la institución psiquiátrica?²

Es difícil responder a las complejas condiciones que propiciaron el rezago que en México vivimos en este campo. Como propuesta asistencial, el reduccionismo y pobreza

¹ La Organización Panamericana de la Salud de la Organización Mundial de la Salud recomendaba los servicios comunitarios en salud mental, la atención psiquiátrica en hospitales generales, el estudio de estrategias comunitarias alternativas al hospital psiquiátrico, la formación de profesionales de salud pública, la discusión de los fundamentos de la psiquiatría comunitaria, entre otros.

² Actualmente podríamos preguntarnos por las consecuencias de los encuentros en los años setenta y ochenta en Cuernavaca y el Debate en la Facultad de Ciencias Políticas de la UNAM en 1975, en el sentido de la poca repercusión en las políticas públicas sobre salud mental.

de alternativas sitúa a nuestro país en un lugar de gran retraso a la luz de los esfuerzos de reestructuración psiquiátrica —incluso en comparación con países con menor desarrollo—,³ a pesar de que la investigación en neurociencias y los tratamientos farmacológicos responden a las prácticas vanguardistas de otros países. Como plantea la OMS (1996) en la declaración sobre rehabilitación psicosocial, está demostrado que los resultados favorables se incrementan exponencialmente cuando se atiende psicoterapéutica y socialmente al paciente con actuaciones en su contexto más próximo.

Las reformas psiquiátricas que se iniciaron a mediados de los sesenta no han tocado sustancialmente a la institución psiquiátrica en México; en la historia fueron pocos los intentos —frágiles, aislados y tardíos— y no llegaron a formar parte de los programas del Estado. Es importante destacar el activo rechazo y exclusión, por parte de los poderes hegemónicos de la medicina y en especial de la psiquiatría, a todo lo que se asociara a la transformación institucional.

En el caso de la Ciudad de México, una mirada a algunos acontecimientos históricos de la psiquiatría pública, en especial las respuestas institucionales derivadas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), que después pasó a ser la actual Secretaría de Salud, permite apreciar la tradición psiquiátrica hospitalocéntrica y el creciente alejamiento a las alternativas. Llamen la atención las tres ocasiones en que el Estado

³ Nicaragua ha sido de las experiencias que más significación han tenido en México para los profesionales de la época, su proceso mostró las posibilidades de transformación de los servicios de salud mental, sostenidas por redes comunitarias. El momento histórico y la convocatoria a participar en su programa a militantes de la región le dio una significación mayor. González Uzcátegui (1992:299) destaca entre los logros institucionales la creación del Centro de Atención Psicosocial de Ciudad Sandino. En 1980, con las bases para un Plan Nacional de Salud Mental, sectorizaron el equipo de salud mental y llevaron a cabo la desocupación progresiva del Hospital Psiquiátrico (de 300 pacientes en 1979 se redujo a 150 en 1986). Se crearon como alternativas hospitales diurnos y servicios ambulatorios operados por equipos de salud mental, voluntarios internacionales, entre ellos de México, y la participación de psiquiatras y trabajadores de la salud.

mexicano se ocupó de la creación de grandes soluciones para los enfermos mentales. Iniciativas que, en ese momento, parecían responder a valores de la modernidad de la época y que, vistas retrospectivamente, han sido la base generadora de importantes obstáculos para una transición hacia la reestructuración o reforma psiquiátrica: la creación del Manicomio General de la Ciudad de México, “La Castañeda”, en 1910; la sustitución en 1968 de este gran manicomio por una red de grandes hospitales, predominantemente asilares,⁴ y la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1980, fueron grandes proyectos que desde su origen se edificaron con objetivos y propuestas contrarias a los avances que han mostrado la generación de redes asistenciales alternativas al hospital y la continuidad de cuidados en la comunidad, que ni antes ni ahora responden a las necesidades del campo de la salud mental y que obturaron la organización de otras propuestas que con más de veinte años de probar sus estrategias, aún tienen mucho que decir.

Al revisar algunos elementos históricos sobre las condiciones en que se origina la formación y clínica psiquiátrica en la Ciudad de México, encontramos que la sede más importante fue el gran manicomio “La Castañeda”, lugar donde el hacinamiento incrementado por su función de asilo, la miseria, generaban condiciones que poco dejaban lugar para mirar la locura desde un lugar clínico.

Con relación a los recursos, en todos los países se debate su distribución entre los movimientos transformadores que luchan por más apoyo para hacer sustentables los programas comunitarios, centros de día, centros de rehabilitación psicosocial, trabajo protegido, centros de convivencia que, como lo han demostrado las cifras de internamiento, optimizan las intervenciones clínicas psicoterapéuticas y farmacológicas al favorecer la vida de los pacientes con mejores condiciones para su integración social. En México el destino de los recursos no tiene otras propuestas en conflicto que tengan

⁴ También conocidos como hospitales campestres o granjas.

la fuerza política para ser defendidas frente a la hegemonía psiquiátrica. Habría que analizar las transformaciones más recientes, tanto las promovidas por la Secretaría de Salud, como por las organizaciones ciudadanas y por experiencias que, a pesar de que se encuentran aisladas de un proyecto global, han avanzado en el sentido de las tendencias internacionales y sobrevivieron a los embates de la institución psiquiátrica frente a las propuestas de la “Declaración de Caracas” en 1990, como el Centro comunitario de Zapopan (Jalisco).⁵

Las propuestas asistenciales absorbieron los recursos en una modalidad que ya era cuestionada en Europa y Estados Unidos: el manicomio. La investigación y la transmisión o enseñanza, a partir de la década de los sesenta margina el lugar de la clínica sustentada en la psiquiatría clásica, psicodinámica y fenomenológica. El positivismo que dominó a la medicina en el mundo y al que las instituciones de investigación y formación pronto se adhirieron, se centraron casi exclusivamente en las corrientes neurobiológicas, lo que propició la descalificación —por considerarlas “no científicas”—⁶ de otras propuestas cualitativas incluyentes de otros paradigmas necesarios para la comprensión clínica y psicosocial de la “enfermedad mental”.

Del lado de las prácticas institucionales se observa un fuerte estancamiento y una enorme dificultad por incluir y valorar otros aportes que, a pesar de haber sido probados en otras latitudes, en el contexto de la institución psiquiátrica de México son recibidos como una amenaza. El repudio y estigmatización de estas propuestas y de sus defensores dejó un enorme vacío en el que actualmente es muy difícil edificar

⁵ Este Centro Comunitario es un servicio subrogado del Instituto Mexicano del Seguro Social que forma parte de la clínica de los Juaninos y que ha desarrollado una cooperativa de producción.

⁶ Es cierto que esta ha sido la historia de la psiquiatría y sus instituciones, ya Foucault planteaba que siempre se apoyaba en otros campos para sustentar su saber. Que no había una producción propia. También Desviat en “La ruptura de un cierto consenso” y Saraceno, B., y otros autores, ubican que los cambios de la psiquiatría se debe a acontecimientos fuera de ella, no a avances científicos propios de su quehacer.

una reestructuración, tarea de por sí difícil aun con el convencimiento de los actores participantes y de la colectividad. Pese a que desde la década de los noventa se han abierto relativamente los hospitales psiquiátricos —se ha ablandado su cerrazón—, hubo una especie de silenciamiento de las débiles voces que pensaban de otra manera, la inhibición de voces que abandonaron lo público o se sometieron a la línea hegemónica para sobrevivir. Las nuevas generaciones no recibieron una transmisión que genere algún cambio de paradigma porque no tiene ningún sustento ni en su formación ni en sus prácticas.

“La Castañeda”, el Manicomio General de la Ciudad de México

Como lo plantea Cristina Sacristán (2001), cuando se edifica “La Castañeda”, al igual que otros manicomios en el mundo, ya estaba sobre la mesa su fracaso como institución terapéutica. En todo el mundo se incrementó el número de crónicos internados: “de cientos a principios del siglo XIX, a miles a principios del siglo XX” (Sacristán, 2001:113). Lo cuestionable de “La Castañeda” era su fin terapéutico; se convirtió en depósito para enfermos considerados incurables y con funciones meramente de custodia; es muy importante esta herencia del movimiento alienista francés que, en otro contexto, sostenía que el aislamiento era terapéutico.

En la historia de la psiquiatría en México se ha documentado el informe presentado por la comisión que propuso la reproducción del modelo manicomial, sabiendo que ya era fuertemente cuestionado en muchos países y que existían otras alternativas que mantenían a los pacientes en la comunidad, como la experiencia de Gheel en Bélgica, ubicados con familias y las colonias de locos como jornaleros en Clermont.⁷

⁷ Su argumentación de desacuerdo en relación con estas propuestas era que no confiaban en el “modo de ser social [...] la falta de educación de los incultos jornaleros” (Sacristán, 2001:113-115).

Como lo describe Cristina Sacristán, entre los problemas que obstaculizaron que esta institución fuera un lugar terapéutico está el hacinamiento y la dificultad para rehabilitar y externar a los pacientes por el abandono de las familias. A este hospital-asilo se trasladaron los pacientes que albergaban en los viejos hospitales de la Colonia: San Hipólito y el Divino Salvador, también conocido como La Canoa. Es muy importante destacar que desde su origen —por el traslado de estos pacientes, muchos de ellos sin trastornos mentales, y el permanente internamiento de personas sin que se certificara su condición de “enfermos”, promovido por la Beneficencia Pública aludiendo a la función asilar— se trató de una población donde era difícil generar prácticas terapéuticas. La situación más relevante de este abandono eran las condiciones de vida, falta de recursos y de espacio. Llegó a albergar 3 mil 400 pacientes cuando contaba con mil 330 camas. En 1959 se cuestiona la posibilidad terapéutica de la institución, en la que el recurso médico para los locos se diluía.

Cabe destacar el lugar político⁸ del Manicomio General de la Ciudad de México: representaba que México se ubicaba a la altura de los países civilizados y humanitarios, era visto también como muestra de la transición a una nueva época —fue inaugurado por Porfirio Díaz en septiembre de 1910 como parte de los festejos que conmemoran el centenario de la independencia de México.⁹

A partir del estudio del contexto que dio lugar a la fundación de “La Castañeda” en la Ciudad de México, Carlos Rodríguez Ajenjo (1993) plantea algunos de los factores

⁸ La aportación de Martha L. Mancilla (2001) acerca de la locura durante el porfiriato, da cuenta del contexto sociopolítico y económico en el que se inserta la reforma médica y hospitalaria que se dio durante esa época. La fundación del Hospital “La Castañeda”, así como las orientaciones teóricas de la psiquiatría, fueron determinantes para llevar a cabo dicha reforma.

⁹ La creación de obras monumentales para resolver los problemas cuando se ha demostrado que las grandes instituciones no son el mejor recurso, sigue repitiéndose en México; el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (Ceferepsi) ubicado en el estado de Morelos, es un ejemplo de esta tendencia en México que no ha escuchado otras propuestas.

históricos que a partir del siglo XVII van generando las condiciones para optar por el manicomio:

Los valores de la época, en la ciencia y en la política y la situación de la formación médica, favorecieron la creación de la gran institución como un híbrido que se esperaba respondiera a diversos encargos: el encierro y asilo y como lugar terapéutico y de formación para la naciente psiquiatría.¹⁰

1. La aplicación, en todos los campos de la ciencia y de otras actividades humanas, de los principios del positivismo filosófico de importación francesa, paradigma que inspira la instauración del lema porfirista de gobierno: orden y progreso.
2. La tradición de un modelo de atención a los locos basado en el aislamiento y la reclusión iniciado en la época colonial por Bernardino Álvarez, continuado por José Sáyago y las órdenes religiosas de los siglos XVII y XVIII y rescatado —casi intacto para la posteridad— por la beneficencia pública del Estado liberal, al finalizar el siglo XIX e iniciar el XX.
3. La práctica ausencia de médicos alienistas en el país en ese momento [...] que es a partir de fines del siglo XIX y principios del XX que se inicia la formación (en el extranjero fundamentalmente) de los primeros especialistas médicos en varias ramas.
4. A la Comisión, de entrada, se le encargó estudiar y proyectar la construcción de un manicomio para la Ciudad de México, y no explorar las modalidades terapéuticas

¹⁰ “La Castañeda” es considerada actualmente como la cuna de la psiquiatría pública en México. Por esta institución pasaron los grandes maestros y fue la sede de las prácticas y transmisión de la clínica psiquiátrica. Actualmente, como lo plantea Manlio Valero (1999), esa transmisión se ha ido perdiendo, las nuevas generaciones nada saben de la clínica dinámica y fenomenológica. El doctor Patiño, quien fuera director de “La Castañeda” durante diez años, es considerado uno de los principales transmisores de una clínica basada en la escucha del paciente y su historia. En sus apuntes, ya publicados, plantea entre sus enseñanzas “poner ante los ojos la problemática psicológica tal como se hace manifiesta a fin de seguir con la valoración clínica, el método biográfico, para abordar la subjetividad en su más amplia dimensión y profundidad. Una historia clínica también debe contener una historia de las experiencias internas tenidas por esa persona, ordenada en plan evolutivo. Las vivencias y su significación individual, una psicodinámica elaborada directamente por el paciente, con el fin de despejar el problema a resolver, no supuesto o teoría preconcebida para dar significados e interpretar el suceder, tener a la vista los fenómenos psíquicos vivenciados”.

existentes en el mundo en aquel momento. Podríamos afirmar que el encargo determina la modalidad de institución proyectada, es decir, la Junta únicamente responde así a la demanda del Estado [Rodríguez, 1993:33-34].

En resumen, “La Castañeda” se edificó cuando la psiquiatría asilar en Europa y Estados Unidos ya era cuestionada; cumplía una doble función de hospital y lugar de asilo, lo cual representó la creciente reclusión de todo tipo de personas, sin instrumento legal para frenarla, sumado al incremento de pacientes.¹¹ Fueron éstas algunas de las condiciones en que se gestó la justificación de la llamada “Operación Castañeda”, su desmantelamiento y borramiento de la escena de la ciudad. En 1968 el Manicomio General de la Ciudad de México fue sustituido por una red de once hospitales, nueve de ellos hospitales-granja, uno de crónicos, Fray Bernardino Álvarez y el Psiquiátrico Infantil, Juan N. Navarro, para niños y adolescentes.

Desde el origen de la institución psiquiátrica, el encierro sin salida y la difícil externación y rehabilitación fueron una importante herencia para las futuras instituciones y sus profesionales. El posterior traslado de pacientes a los hospitales-granja, marginados y cerrados, asilos que poco favorecían el desarrollo de propuestas terapéuticas, se vuelve en parte comprensible por la falta de interés institucional durante casi treinta años. La miseria y el abandono de todo tipo de personas fue el rostro que en primer plano mostraban estas instituciones y sus habitantes, ya que no fueron valoradas, desde su reciente creación, para una apuesta como espacio clínico-científico, como se consideró el hospital Fray Bernardino Álvarez, ubicado en Tlalpan, que ocupó un lugar muy importante como sede de investigación y formación.¹²

¹¹ Es importante destacar que es a partir del desmantelamiento de “La Castañeda” que el término “crónicos” comienza a utilizarse para designar a los pacientes incurables.

¹² En un encuentro organizado durante la visita en México, en 1999, de Jean Garrabé (investigador de la historia de la psiquiatría), el director del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, después de la

Más allá de la herencia manicomial.

La institución psiquiátrica frente a otras propuestas

Como expresa Velasco Fernández¹³ (1974:116 y ss.), en México, desde la Colonia, los problemas psiquiátricos han sido abordados con un enfoque asistencial. En el Hospital de San Hipólito se buscó dar albergue a los enfermos, su tratamiento consistía en “aislarlos de la comunidad y de sus familias”; las terapéuticas que aplicaban eran las de la época. Haciendo historia, el autor reconoce que las propuestas internacionales que pugnaban por modalidades comunitarias a partir de 1965 fueron postergadas en México porque se estaba realizando la “Operación Castañeda”; fue hasta 1968 que se pensó en los centros de Salud Mental Comunitaria, “para dar un impulso a las labores preventivas y de promoción de la salud”, y en talleres protegidos como tareas de rehabilitación del enfermo mental. Es interesante ver el paralelismo entre la construcción de otros lugares asilares que reproducían el encierro y el abandono, mientras la propuesta de otro tipo de atención circulaba en nuestro país.

Velasco Fernández considera, a partir de la “Operación Castañeda”, que la creación del Hospital Fray Bernardino Álvarez, para pacientes agudos, representó una alternativa que permitió el tratamiento en mejores condiciones: “centenares han sido reintegrados a la comunidad”; también considera valiosa la labor de enseñanza,

exposición de psicoanalistas y psiquiatras sobre sus concepciones y prácticas, planteó: “es el principal hospital que imparte formación en psiquiatría; en este hospital, la enfermedad mental es considerada orgánica y la atención farmacológica representa el eje del tratamiento”. Cabe destacar la crítica que hace el doctor Valero a la actual formación de los psiquiatras, “sólo palomean formatos y recetan fármacos, poco saben de neurología y otros aspectos que una psiquiatría organicista requiere” (UAM-Xochimilco, diplomado, 1999).

¹³ En 1995 el doctor Velasco Fernández, a cargo de la Dirección de Normas de Salud Mental de la Secretaría de Salud, propuso un programa que incluía muchas de las recomendaciones internacionales actuales, entre las que se destacan las estructuras extrahospitalarias, iniciativa que no prosperó, ni él en su cargo. Véase *Programa de Salud Mental 1995-2000*, Secretaría de Salud (1995).

investigación y atención de pacientes externados en consulta externa, a diferencia del panorama que se perfiló desde el origen de los hospitales campestres, también llamados hospitales-granja,

[...] los hospitales campestres que desde su fundación padecieron la ocupación de sus camas por un elevado porcentaje de enfermos incurables, abandonados por sus familiares. Han constituido una carga administrativa muy onerosa. [...] la reaparición de los mismos males que afligieron al viejo manicomio, amenazan convertir los hospitales-granja en nuevas “Castañedas”. Cada vez más pobres y cada vez más albergues.

Para este autor, los talleres protegidos dentro de los hospitales son una invitación para una estancia prolongada, dificultando la pronta reintegración a la comunidad.

Es interesante destacar el discurso del doctor Velasco Fernández porque, teniendo una postura más abierta a la necesidad de transformar a la institución psiquiátrica, es consciente de que los hospitales-granja tendrían que haberse dejado como espacios de tratamiento externo con internaciones breves y no de depósito de “crónicos-incurables”. Es vigente lo que planteó en 1974, ya que a partir de 1995 en estas instituciones se están modificando parte de sus prácticas para darles un cierto funcionamiento de hospital, intentando la creación de espacios terapéuticos.

Este autor, representante de la psiquiatría en México, deja ver el impacto de los discursos de los primeros movimientos mal llamados “anti-psiquiátricos” y —sorprendentemente— de las propuestas de los organismos internacionales, recibidos como fuera de lugar para las condiciones que prevalecían en México y para las necesidades asistenciales de los pacientes psiquiátricos graves. Alarmado por las voces radicales que señalan que el psiquiátrico debe desaparecer, también planteó, con cordura, que “una cosa es admitir plenamente que el hospital psiquiátrico debe cambiar a que debe desaparecer”. La historia le daría en alguna medida la razón.

La formación de la psiquiatría en México había transitado exclusivamente por el manicomio y por otras pocas clínicas de la ciudad. El doctor Velasco Fernández¹⁴ muestra cómo eran recibidos los discursos de los movimientos críticos de la psiquiatría, con un claro ejemplo de lo amenazante, ridículo y fuera de lugar que resultaban para las instituciones mexicanas:

[...] hablo de “enfermo mental” cuando ciertas corrientes del pensamiento tienden a negar su existencia; la expresión se refiere a los “trastornos psíquicos” justo ahora que se adjudica a los psiquiatras el papel de rotuladores de diagnósticos que dependen de prejuicios pseudocientíficos, como convencionalismos anacrónicos [...] los psiquiatras somos, así, el blanco de los defensores de ese hombre al que hemos decidido apartar de la sociedad y su familia solamente porque no se ajusta a los términos que nosotros mismos inventamos para definir la salud mental [1974:117].

Este autor plantea una mentalidad muy diferente a la que se instauraría como dominante:

La filosofía inspiró a algunos psiquiatras el método fenomenológico, Jean Paul Sartre, desde una posición no médica, influyó en nosotros para recordarnos que cada enfermo tiene su manera personal de sufrir y expresar, reflexión que nos lleva a evitar el uso forzoso de los cuadros nosológicos. No está de más recordar que mucho tiempo antes ya un clínico había dicho que no existen enfermedades sino enfermos [1974:116].

¹⁴ Velasco Fernández, en otro momento reconoce y valora los trabajos de Freud y sus aportes a la clínica: “desde los trabajos de Freud, la psiquiatría cambió radicalmente, los conceptos psicodinámicos enriquecieron la clínica con su método sutil y fértil” (1974:120). A pesar de que cuestiona las interpretaciones poco acertadas en las prácticas concretas del método y lo elitista de su práctica, representa con su texto una apertura a otras corrientes y aportes más allá de la biología y a la psicología psicométrica que había sido tan bien recibida por la psiquiatría como validación de sus prácticas, “creían que los problemas de la psicopatología eran cuantificables y que con ello la psiquiatría se hacía más científica” (1974:119).

La postura de una defensa de la clínica deja ver, también, a quienes plantean propuestas contra la institución, como ajenos a un saber.

La antipsiquiatría deviene de doctrinas políticas y no de conocimientos científicos [...] esta moda, pretendidamente intelectual, pasará sin dejar huella alguna [...] Según esta postura, la psiquiatría ha sido una monstruosa aberración [1974:116 y ss.].

El positivismo y la psiquiatría tradicional, a la luz de una historización de la investigación en salud mental en México

Dadas las circunstancias, el modelo vigente en México es el psiquiátrico asilar y el paradigma biologicista, heredero del positivismo — predominante hasta nuestros días — que sustenta la formación, la investigación y las prácticas profesionales — dejando en el silencio otros abordajes — culminó con la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1980, en el contexto de la bifurcación del camino de la atención a la salud mental, donde la vanguardia corresponde a la perspectiva organicista en investigación mientras que el abandono de los pacientes y de los llamados hospitales campestres es evidente.

En este escenario, Ramón De la Fuente,¹⁵ en un artículo sobre la investigación en este campo (1984:146), hace un recorrido a través de las corrientes que se mantienen actualmente en la teoría y práctica psiquiátrica en México. El autor ubica la lobotomía y las terapias de choque como el inicio de los aportes a la psiquiatría en México, entre los años 1933 y 1952: “fueron avances que dieron recursos a la psiquiatría, el origen del electrochoque y de la lobotomía prefrontal y la psicocirugía”. En esta época inició la enseñanza formal en neurología y psiquiatría en la UNAM y la asistencia “médica de los enfermos mentales en escasos centros asistenciales públicos y privados” (1984:143).

¹⁵ Gurú de la psiquiatría en México, concentró el poder y control de las instituciones de atención y formación psiquiátrica. Fundador del Instituto Mexicano de Psiquiatría y director del mismo hasta el año 2000.

Por su parte, Samuel Ramírez Moreno se abocó a la clínica neurológica y psiquiátrica y fue promotor de la formación de los especialistas en otros países, primero con fuerte influencia de la neuropsiquiatría francesa, pero a partir de la Segunda Guerra Mundial, la más determinante fue la norteamericana. En 1955 se creó en México el Departamento de la Psiquiatría Médica y la Salud Mental, donde la psicología psicométrica ocupa un lugar importante.

[De 1950 a 1970] Los nuevos fármacos, con propiedades no conocidas hasta entonces, permitieron restaurar el perdido contacto con la realidad, eliminar las alucinaciones y los delirios y estabilizar el humor abatido o exaltado [...] fueron un impulso para el estudio del cerebro como sustrato de las funciones mentales y de la conducta [...] Un avance muy importante en este campo, en 1978, son las benzodiacepinas [De la Fuente, 1984:146].

El psicoanálisis formó parte importante de la psiquiatría en México, como señala De la Fuente, la psiquiatría desarrolló su principal ímpetu intelectual del psicoanálisis; a partir de 1960, frente a la neurobiología, otras explicaciones son innecesarias. De la Fuente plantea que fueron los avances de la farmacología en los cincuenta los que propiciaron una mayor separación entre el psicoanálisis y la psiquiatría.

Estos avances ahondaron la separación ya marcada desde el final de la quinta década entre psiquiatras que se inclinaban por las explicaciones y tratamientos psicoanalíticos de los desórdenes mentales funcionales y quienes se avocaban a estos desórdenes con un enfoque psiquiátrico [De la Fuente, 1984:146].

Si bien esta afirmación es discutible, lo relevante es el lugar que el paradigma biologicista va tomando sobre otros abordajes que habían tenido anteriormente un lugar preponderante.¹⁶

¹⁶ En relación con la historia del psicoanálisis en la psiquiatría de la época, Ramón de la Fuente plantea: "Con excepción de Manuel Guevara Oropeza, quien leyó en la Academia Nacional de Medicina una

Invitado por la UNAM, Erich Fromm impartió, a partir de 1950, cuatro años de entrenamiento en psicoanálisis para médicos psiquiatras en la Facultad de Medicina. Minimizando el papel de Fromm en la formación de toda una generación de psiquiatras en México, De la Fuente explica su participación en los siguientes términos: “psicoanálisis humanista, con un enfoque social, aplicó el método psicoanalítico al examen sociocultural en una investigación en Chiconcuac, Morelos” (1984:152). También cita, como parte del momento histórico mundial, exponentes en México de corrientes que incluían lo familiar, grupal y las condiciones sociales en general.¹⁷

En 1984 Ramón De la Fuente describe la situación en ese momento:

Desde 1977, el Centro de Estudios de Salud Mental, hoy Instituto Mexicano de Psiquiatría,¹⁸ ha asumido el papel destacado en la investigación científica de la psiquiatría y la salud mental en México. Su campo, la neurofisiología, la neurobioquímica, la neuroendocrinología y la farmacología que son relevantes para la clínica [1984:154].

En esta institución el desarrollo de la investigación que incluye referentes del contexto social se dirige al estudio epidemiológico del alcoholismo y abuso de sustancias psicoactivas (De la Fuente, 1984:155). Como ya lo señaló E. Menéndez (1979), lo social en la psiquiatría suele dirigirse al campo de las adicciones y no al de la locura.

ponencia sobre el psicoanálisis, poco se interesaron los demás neuropsiquiatras [...] en analizar o utilizar alguna forma sistemática los conceptos y los métodos de Freud, ya muy debatidos en Europa y aceptados con entusiasmo por la psiquiatría norteamericana”.

¹⁷ Entre los psiquiatras que participaron de estas corrientes se pueden citar a Guillermo Calderón Narváez, Rafael Velasco Fernández, Carlos Pucheu, Carlos Biro, José Cueli, quienes trabajaron desde otros paradigmas de la psiquiatría social, la psicodinamia y los abordajes comunitarios. Cabe destacar su posterior lugar marginal frente a la hegemonía sostenida por De la Fuente.

¹⁸ Este Instituto se nutrió en parte del desmantelamiento de los recursos de los pocos proyectos de psiquiatría comunitaria y de los equipos de investigación en este campo.

Siete años después, De la Fuente publica *La patología mental y su terapéutica*; es elocuente en la introducción (1997:9):

Los avances recientes en el conocimiento de las bases neurales y moleculares de las funciones mentales y sus perturbaciones han ejercido una influencia poderosa en la teoría y el trabajo cotidiano de la psiquiatría, estos avances son principalmente, pero no solamente, resultado del desarrollo de las neurociencias y del afianzamiento de las ligas de la psiquiatría con el resto de la medicina.

En esta postura es claro el interés por incorporar a la psiquiatría a la medicina y su científicidad más que por un humanismo puesto al servicio de los locos.

El sujeto y su sufrimiento histórico queda reducido a la sinapsis:

La sinapsis es, hoy en día, el foco de interés principal [...] la identificación de nuevos transmisores y receptores, y el esclarecimiento de sus mecanismos de acción a nivel molecular [1997:10].

También los nuevos métodos de imágenes y la identificación de diferencias significativas en metabolismo energético y el flujo de sangre en distintas regiones del cerebro y el método de la tomografía.

Es importante destacar la tendencia a homologar en una sola causalidad, la orgánica, todo tipo de diagnósticos, incluso los antes diferenciados de la problemática orgánica y llamados pacientes funcionales. Para el autor, los daños orgánicos, la anomalía cerebral y alteraciones a nivel molecular se encuentran también en los llamados pacientes con problemas funcionales. El carácter y la génesis de muchos problemas psicológicos y emocionales están implicados en los fenómenos biológicos.

Alude a la cientificidad de la psiquiatría actual experimental, es clara la aspiración de la psiquiatría a ser como otros campos de la medicina: “la psicopatología ha adquirido sustento biológico y es menos especulativa” (1974:15-16).

A partir de la década de los sesenta, este discurso pretende dar cuenta de lo más relevante en el campo de la psiquiatría y la investigación en México y refleja los lineamientos en que se sustenta la práctica actual dominante: el reduccionismo positivista que define al sujeto y su sufrimiento.

III. Los organismos internacionales y las reformas psiquiátricas

El loco es el aspecto menos importante del sistema de la locura.

BASTIDE

EN ESTE CAPÍTULO SE REVISAN las recomendaciones de los organismos internacionales para la salud mental y los diferentes caminos que tomaron en este campo los países latinoamericanos. En la década de los noventa, la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹ plantea propuestas para la transformación de la institución psiquiátrica, en las que las actuaciones en lo social adquieren un lugar relevante, como puede verse en los planteamientos de la “Declaración de Caracas” y la “Rehabilitación psicosocial, una declaración por consenso”, que se analizan en esta sección. Como recomendación de la OMS/OPS para Latinoamérica, las propuestas comunitarias para la atención psiquiátrica, la promoción de organizaciones ciudadanas y de derechos humanos, la gestión social de recursos y las legislaciones plantean una dimensión que para el campo de atención institucional de la “locura” no había tenido lugar en estos términos.

Las legislaciones presentan importantes avances en la protección de los derechos de los usuarios y en una propuesta asistencial en el marco de las reformas psiquiátricas: el desarrollo de una red asistencial comunitaria que paulatinamente sustituya el hospital psiquiátrico asilar.

¹ A lo largo del texto, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud serán citadas con las siglas OMS y OPS, respectivamente.

La atención comunitaria y la prevención en salud mental, con pocos resultados, ha sido una propuesta de este organismo (OMS). En el informe sobre las acciones de la OMS a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), R. González Uzcátegui (1992) recomienda centros comunitarios de salud mental en Latinoamérica; señala que en los primeros encuentros en Cuernavaca (1962) y Buenos Aires (1963):

[...] se discutió en profundidad el nuevo giro que debía dársele a los servicios de prevención, asistencia y rehabilitación psiquiátrica a la luz de los avances realizados en ese campo [...] recomendaron estudiar estrategias comunitarias alternativas al hospital psiquiátrico tradicional, urgiendo a los hospitales a crear servicios psiquiátricos en hospitales generales, unidades de tratamiento ambulatorio, talleres protegidos y albergues.

Fue en 1969 en Viña del Mar, Chile, durante el Encuentro Latinoamericano, donde se discutieron los fundamentos de la psiquiatría comunitaria y de los centros comunitarios de salud mental. A partir de 1970, el testimonio de los programas en Europa y Estados Unidos, “ha tenido una honda repercusión en la ideología asistencial de los profesionales de la región influyendo en el giro hacia la psiquiatría social y comunitaria” (OPS/OMS, 1992:291-292). En 1976, en Caracas, se discutió la enseñanza en escuelas de salud pública.

Las situaciones que han favorecido el relevante giro que muestran las actuales propuestas de la OMS para Latinoamérica, tienen que ver con el liderazgo de Itzhak Levav, quien fuera coordinador de Salud Mental en la OPS, de la OMS hasta 1998. La red de expertos en este campo, muchos de ellos con importante experiencia transformadora de la modalidad manicomial, y promotores de la salud mental comunitaria, imprimieron una dimensión diferente a la labor de este organismo; han sido gestores de una psiquiatría social que integra otros paradigmas y una posición combativa frente a la psiquiatría

tradicional; han impulsado investigaciones y publicaciones de la OMS/OPS sobre salud mental comunitaria e investigaciones sobre la problemática en Salud Mental desde una perspectiva integradora de lo social (cf. OPS/OMS, 1995).

Es sabido que las recomendaciones de los organismos internacionales no necesariamente son escuchadas y aplicadas por los gobiernos de los países;² un recorrido sobre las concepciones que ellas transmiten, y sus efectos, muestra que son importantes indicadores de las condiciones del campo de la salud mental y del lugar que ocupa la atención de la “locura”, históricamente al margen de las propuestas donde la psiquiatría se apropia de lo social.

Como Eduardo Menéndez lo reflexiona, al analizar las décadas de los sesenta y ochenta, los organismos internacionales han hecho propias las concepciones sobre salud mental generadas en los países hegemónicos, adoptadas y transmitidas como recomendaciones y como “efecto demostración” en nuestros países. A diferencia de algunos países hegemónicos, los llamados en esa época países “dependientes” (ahora de bajos ingresos), en general no se hacen cargo de estos problemas; por ello, son frecuentes las “experiencias piloto” que no trascienden y es excepcional el caso en que estas propuestas se integran al sistema nacional de salud.

Las condiciones sociales de estos países sólo permiten una continuidad en las estrategias de control físico, de atención comunitaria espontánea o de marginación. Sólo se hacen cargo de manera secundaria de estas propuestas de los países hegemónicos [Menéndez, 1979:111].

² Las imposiciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional de reducción del gasto social, tienen efectos contundentes en la orientación y abandono de la salud pública por parte del Estado. La reorientación de los servicios y la salud comunitaria es una propuesta contradictoria a la privatización y desmantelamiento de los recursos ya existentes y de la consigna de transformar la salud de derecho a mercancía.

Así lo confirma el análisis realizado por González Uzcátegui sobre los resultados de las propuestas en salud mental comunitaria y psiquiatría social en la década de los setenta en Latinoamérica (1992:299).

Lo social y la psiquiatría pública

La salud mental pública puede pensarse a partir de las paradojas del enfoque social en la psiquiatría. Como ya se mencionó, la OMS plantea en sus recomendaciones la salud mental como un problema prioritario; sin embargo, su importancia real es muy secundaria.

Para Eduardo Menéndez el problema tiene que ver con *la relación de la psiquiatría con los organismos que se hacen cargo de la salud colectiva*, ya que la psiquiatría ha quedado fuera de estos procesos. Por otra parte, el campo de la salud mental, donde se ha pretendido dar cuenta de los factores sociales en la salud-enfermedad, ha sido marginado de los organismos públicos y en las disciplinas que tendrían que participar:

[...] una de las paradojas de la salud pública es que ésta se ha hecho cargo muy tardíamente de los problemas psiquiátricos. La problemática psiquiátrica ha permanecido como externa a ella, inclusive cuando emergen los planteos iniciales de una psiquiatría social o cuando se desarrollan enfoques que pretenden tomar en cuenta los factores sociales. La paradoja reside en que este enfoque sociológico se desarrolló sobre todo respecto de las enfermedades mentales, y que los organismos públicos y las disciplinas que deben participar relegan a la salud mental de su campo [Menéndez, 1979:109].

Como lo explica el autor, son pocos los países que asumieron la problemática psiquiátrica después de la Segunda Guerra Mundial. La llamada “Higiene mental”

demostró escaso desarrollo de acciones en la comunidad, la investigación y la docencia. A diferencia del impulso que tuvo en Estados Unidos en la década de los sesenta, en América Latina la salud mental tiene un lugar marginal para los gobiernos y los organismos de salud: “basta ver los programas orientados a enfrentar la enfermedad mental, la problemática psiquiátrica en las escuelas de Salud Pública” (Menéndez, 1979:109).

Según el autor, en las transiciones de los planteamientos y abordajes en salud mental, se abandonan las perspectivas orientadas hacia lo familiar (microsocial) y las dirigidas hacia la estructura social y la cultura (macrosocial), para adquirir connotaciones ideológicas y políticas. De los esquemas de productividad-salud, productividad-cura, se pasa a *control ideológico-cura*.

A partir de 1940, la salud pública y en especial la salud mental tienen que demostrar que son remunerativas, “esto aparece muy claro en los fundamentos que el Comité de expertos en Salud Mental convocado por la OMS establece” (Menéndez, 1979:112). Los británicos realizan grandes investigaciones para relacionar enfermedad mental y condiciones de producción. La recomendación de la OMS de atender los problemas de salud mental se basa en estudios que demostraron la relevancia de los padecimientos psiconeuróticos en relación con la pérdida de horas de trabajo.³

El campo de la salud mental pública y la atención de la “locura” se encuentran escindidos; los locos en el asilo a cargo de los alienistas y los problemas de salud mental, donde la “patología social” es vista en el marco de “la desviación”, es controlada y corregida por otras instituciones y poco abordada desde la psiquiatría.⁴

³ Entre las investigaciones de los ingleses de más significación fue la realizada por el Medical Research Council en 1947 (Menéndez, 1979:112).

⁴ En el prólogo del libro *Salud mental en el mundo* (OPS, 1997) se señala el obstáculo que representa tratar los problemas en los que la causalidad mental y la problemática social son oscurecidas debido a que son rotuladas: los problemas de adicciones como problema criminal, la violencia como cuestión penal, los refugiados como cuestión política, entre otros.

Desde la perspectiva de la salud pública, los problemas de “salud mental” (prostitución, delincuencia, alcoholismo, drogadicción, etcétera) eran considerados básicamente como policiales y la incumbencia psiquiátrica era secundaria. Los planteos biologicistas dominantes permitían justamente convertir estas enfermedades en problemas policiales, en cuestiones de “custodia”. La problemática de la “locura”, tal como era visualizada, constituía una cuestión exclusiva de los asilos y de los “alienistas” [Menéndez, 1997:110].

A partir de la revisión que el autor hace de los documentos de la OMS y de la OPS, señala que de 1947 a 1978 pocos países desarrollados absorben las consecuencias “productivas” de las enfermedades mentales: Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña y los países escandinavos. Estos países proponen la psiquiatría colectiva para la estructura asistencial de la “locura”. Entre los problemas identificados están el alcoholismo, la delincuencia juvenil y la drogadicción, problemas que afectan a los países de alto desarrollo y a los llamados “dependientes”, entre ellos América Latina.⁵ La prevención en salud mental presenta serias contradicciones desde sus orígenes, como lo muestran las recomendaciones de la OMS al intentar definir el campo de la *práctica psiquiátrica pública*. Más que de tratamiento, propone funciones de identificación y eliminación de factores en la comunidad perjudiciales al desarrollo psicológico normal de los individuos. Los expertos proponen, entre otras, la siguiente definición sobre salud mental y psiquiatría social:

Psiquiatría social es el tratamiento y la prevención de las enfermedades mentales [...] encaminado hacia la adaptación del individuo a una vida útil en su medio social, ofreciéndole las oportunidades necesarias para establecer contactos adecuados en la sociedad [Crónica OMS, 1958:12:448; citado por Menéndez, 1979:116].

⁵ En la década de los sesenta emergieron con gran intensidad en los países capitalistas y el bloque socialista, principalmente en Estados Unidos, formas de nueva delincuencia, se incrementa a límites insospechados el consumo de drogas y continúa el incremento del consumo de alcohol, también el desarrollo de todas las formas de violencia (Menéndez, 1979:114).

Aparecen las acciones en la sociedad y la *rehabilitación social* como determinantes. Se cuestiona el modelo biológico⁶ dominante en la práctica médico psiquiátrica y se da importancia a los factores ambientales, sobre todo al medio familiar por influencia de enfoques psicoanalíticos (Menéndez, 1979:116). Pondera un modelo sociologizante que en los hechos no se aplica y las acciones se reducen al ámbito hospitalario.

La propia OMS se ve obligada a reconocer que después de 15 años de acción los conocimientos en salud mental se limitan principalmente al tratamiento de los enfermos, mientras que los campos más importantes del fomento a la salud mental, la prevención de las afecciones mentales y la corrección de las desviaciones de la conducta social constituyen un terreno en gran parte desconocido [Crónica OMS, 1961:15:405; citado por Menéndez, 1979:117].

Durante la Asamblea Mundial de Salud, realizada en 1974, se insiste en la necesidad de intensificar las acciones contra la enfermedad mental⁷ y de “tomar en cuenta los *factores psicosociales* en los programas de salud y dar mayor importancia al aspecto psicosocial en los planes de salud” (Crónica, OMS, 1978:32:65; citado por Menéndez, 1979:119).

Entre las contradicciones de la psiquiatría social en los países latinoamericanos, con contextos muy diferentes, se puede destacar la desigual apropiación de las recomendaciones de la OMS, que tradicionalmente ha transmitido las propuestas de países hegemónicos como Estados Unidos y Gran Bretaña. La psiquiatría social, la comunidad terapéutica, las orientaciones socioanalíticas, entre otras, son modalidades

⁶ Las investigaciones de Bovet y Bowlby patrocinadas por la OMS que revisan los trabajos sobre delincuencia juvenil, señalan que “tuvieron que luchar [...] contra la corriente de que los factores somáticos y constitucionales son causantes de la delincuencia” (Crónica OMS, 1976:155; citado por Menéndez, 1979:116).

⁷ En relación con los servicios de salud mental, la OMS señala en 1967 que pocos países cuentan con servicios o carecen de ellos, destaca la falta de personal y de formación profesional. Una investigación sobre alcoholismo en 1974 muestra que en la mayoría de los países el personal de salud no recibe ninguna enseñanza sobre este problema.

desarrolladas en estos países; aplicarlas implica adherirse a sus concepciones y propuestas,⁸ gestadas para atender problemas que se expresan en diferentes condiciones en Latinoamérica.

Este desarrollo “público” sólo opera como efecto de “demostración” en la mayoría de los países dependientes. El análisis de las instituciones públicas de salud evidencia aún con mayor claridad el análisis del desarrollo de las prácticas teóricas, las consecuencias desiguales de la apropiación y la posibilidad diferencial en la sanción y control de la desviación [Menéndez, 1979:119].

La estructura social y su relación con la desviación son determinantes para el destino del sujeto con enfermedad mental. Ante la dificultad técnica de definir al enfermo, asociada principalmente a la trasgresión —clara en el caso de la delincuencia juvenil—, la OMS intentó construir una legislación internacional sobre la enfermedad mental. En 1976 una investigación llevó a la OMS y a los Estados miembros al reconocimiento tácito de “cuáles son las *relaciones con la enfermedad mental* [...] ésta es definida, codificada, restringida, marginada y prohibida, según las condiciones sociales de cada sistema (por ejemplo, por la capacidad o no de encerrar a los enfermos)”⁹ (Menéndez, 1979:148).

Desde esta postura, enfermedad y psiquiatría son determinadas por la sociedad, por la racionalización ideológica de las necesidades de las estructuras dominantes, como lo plantea E. Menéndez, apoyándose en R. Bastide:

⁸ Para el caso de las adicciones es muy clara esta adhesión: en el Instituto Mexicano de Psiquiatría las investigaciones de epidemiología social se refieren predominantemente a las adicciones. El mayor impulso actual en salud mental, siguiendo la línea de Estados Unidos, es la atención al problema de las adicciones cuando en México las prioridades son otras.

⁹ Una estadística muy significativa en 1970 es la retención obligatoria de enfermos mentales, en Gran Bretaña 5 por ciento y en Baviera Alemania 60 por ciento. Martí Tusquets (1982:355) destaca que mientras en Inglaterra se desarrollan métodos sociales de asistencia de los enfermos mentales y en Francia la psicoterapia institucional está basada en el psicoanálisis, Alemania continúa creando instituciones custodiales.

[...] es el consenso colectivo el que define tanto al alienado como la curación del alienado; el “loco” es el aspecto menos importante del sistema de la locura [Bastide, 1967:333; citado por Menéndez, 1979:149].

Como lo señala Menéndez, son las condiciones políticas y económicas las que condicionan o limitan las prácticas psiquiátricas que otorgan un lugar determinante a los factores sociales; desde esta perspectiva, las acciones en la comunidad y en los factores sociales suponen una *acción política*.¹⁰

La salud mental comunitaria en América Latina

Es en 1970 cuando en Latinoamérica se ven los primeros efectos del interés por la salud mental comunitaria y por una psiquiatría interesada en estas aproximaciones. Este movimiento es anterior en Argentina, con las comunidades terapéuticas y el trabajo de Goldemberg, Galende, entre otros. Entre los antecedentes de mayor relevancia está el impulso que tuvo en Estados Unidos el movimiento de psiquiatría comunitaria respaldado por la Ley de Salud Mental en 1963, en la administración Kennedy. La Organización Panamericana de la Salud, en 1962 en Cuernavaca y en 1963 en Buenos Aires, convocó a los representantes de toda la región,

[para discutir] un nuevo giro a los servicios de prevención, asistencia y rehabilitación psiquiátricas [...] a explorar estrategias comunitarias alternativas al hospital psiquiátrico, urgiendo a los países a crear servicios psiquiátricos en los hospitales generales, unidades de tratamiento ambulatorio, talleres protegidos y albergues.

¹⁰ Esto es muy claro en el proceso brasileño, las condiciones políticas y una larga lucha colectiva han hecho posible importantes cambios en el campo de la salud mental a nivel del sistema nacional de salud. Este contexto ha hecho posible la reforma psiquiátrica.

Es hasta 1969 cuando se discuten los fundamentos de la psiquiatría comunitaria y de los centros comunitarios de salud mental. En 1976 la OPS organizó una reunión en Caracas sobre enseñanza de la salud mental en escuelas de salud pública en Latinoamérica. En la década de los setenta el tema tiene más impacto entre los profesionales. Se considera que la psiquiatría social y la comunitaria están penetrando los sistemas de asistencia y prevención en la región, según observan los asesores del organismo internacional. Según una evaluación posterior sobre reasignación de recursos —antes destinados únicamente a la modalidad manicomial—, los proyectos de salud mental como política nacional no tuvieron lugar; algunos que sobrevivieron se reorientaron a los antiguos modelos de asistencia tradicional y otros pocos fueron incorporados a los programas nacionales como se había propuesto.

Entre las experiencias más valiosas está la del Centro de Atención Psicosocial de Ciudad Sandino, Nicaragua. En 1980 se plantearon las bases para un Plan Nacional de Salud Mental: sectorización, equipo de salud mental y desocupación progresiva del Hospital Psiquiátrico (de 300 pacientes en 1979 se redujo a 150 en 1986); se crearon hospitales diurnos alternativos y servicios ambulatorios operados por equipos de salud mental, voluntarios internacionales y la participación de psiquiatras y trabajadores de salud (González, 1992:299).

Ciertamente la historia de la psiquiatría hegemónica y las propuestas que integran los aportes del Campo de la salud mental, en especial de la psiquiatría comunitaria, representan un campo de batalla por la legitimación de las prácticas y por los recursos del Estado. Un ejemplo actual son los logros en Québec, Canadá, por incrementar el porcentaje destinado a servicios en la comunidad: de 40 a 60 por ciento —recursos ganados a la modalidad hegemónica mediante una activa lucha colectiva (Apollon, 2002).¹¹

¹¹ El equipo que dirige la Clínica psicoanalítica 388 para la atención de pacientes psicóticos, en Québec, Canadá, relató, en noviembre de 2002 en el Hospital Fray Bernardino, la reciente batalla en que se

En México estas propuestas poco progresaron. En 1975 se abrieron algunos centros comunitarios en salud mental y un centro de psiquiatría comunitaria “piloto”,¹² que dio sus frutos. Los demás se quedaron con las instalaciones y equipo, como cámara de Gesell, y profesionales ya entrenados —no resistieron el cambio de gobierno, se quedaron sin iniciar su funcionamiento.

Declaraciones y legislaciones

A principios de los años noventa, la OMS y la OPS realizaron una serie de propuestas para América Latina respecto de la salud mental, que se reúnen en la “Declaración de Caracas”, documento representativo de las recomendaciones a la región. Tiene como antecedentes la Ley 180, o Ley Basaglia, aprobada en 1973 en Italia, y la Ley 2.440 o de desmanicomialización en Río Negro, Argentina, discutida y aprobada en 1990.

La “Declaración de Caracas” es, a su vez, punto de partida para otras legislaciones y declaraciones en países de Latinoamérica, como Brasil y Cuba, con la “Ley del Diputado Delgado” y la “Carta de La Habana”, respectivamente. En México, un avance fue la actualización de la NOM-025 para la atención psiquiátrica (1995).¹³

vieron amenazados a desaparecer al ser descalificado su trabajo por un equipo evaluador representante de las corrientes biologicistas. Entre los elementos que llevaron a esta posición aniquiladora de esta valiosa experiencia, según sus exponentes, fue mostrar los beneficios de otros abordajes, el psicoanálisis, psiquiatría y modalidades comunitarias que reubican el lugar del tratamiento farmacológico, que inclusive llega a ser prescindible.

¹² Una de las experiencias de psiquiatría comunitaria fue el Proyecto Santa Úrsula (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1977); entre los obstáculos que la coordinadora planteó, al intentar abordar la prevención desde una aproximación incluyente de los factores sociales, está la deficiente formación en ciencias sociales de los equipos psiquiátricos y la carencia de metodología para trabajar en la comunidad (Blum, 1978).

¹³ Incluye la obligatoriedad de prácticas de rehabilitación psicosocial, la carta de derechos de los usuarios y los comités ciudadanos. Todo esto en el ámbito hospitalario.

*Declaración de Caracas (1990)*¹⁴

La “Declaración de Caracas” publicada por la OPS/OMS contiene las bases conceptuales y las recomendaciones para Latinoamérica y el Caribe para la reestructuración de la atención psiquiátrica. En ella se sustentan las propuestas logradas en una reunión histórica en noviembre de 1990, que suscribieron gobiernos y representantes de la región (13 países de Latinoamérica, además de la asesoría de representantes de Italia, España y Suecia). Varios de los representantes de México se opusieron a estas propuestas. Contrario a lo bien recibida en Latinoamérica, esta iniciativa tuvo efectos de fuerte regresión en México; como ya se mencionó en este capítulo, se desalentaron las estructuras comunitarias ya existentes.

En esta Declaración se describen los fundamentos, estrategias y objetivos básicos para la reestructuración psiquiátrica en América Latina. Entre sus propuestas recomienda la articulación de la salud mental con los servicios de atención primaria. Plantea como estrategia principal modificar las condiciones de la atención psiquiátrica pública que se ha centrado en el hospital psiquiátrico como institución hegemónica:

La reestructuración psiquiátrica en la Región implica la revisión del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios [OPS/OMS, 1991:1].

Para ello se proponen diversas tácticas que apoyen la transformación, convocando a diferentes actores sociales a participar en este proceso.

En su evidente carácter social, esta Declaración promueve que la atención psiquiátrica pase por la promoción de servicios comunitarios de salud mental, la

¹⁴ Publicada en OPS/OMS (1991). *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Bases conceptuales y guías para su implementación* (HEA/MND 1.91) Washington.

atención psiquiátrica en hospitales generales y la vigilancia y defensa de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales. Esta propuesta considera la modalidad tradicional manicomial como un obstáculo, ya que “no permite alcanzar los objetivos compatibles con la atención comunitaria descentralizada, participativa e integral” (OPS/OMS, 1991:1). Además, por la discapacidad social que produce el aislamiento y por las condiciones que ponen en peligro los derechos humanos y civiles; también por el hecho que absorbe los recursos destinados a la salud mental.

Itzhak Levav,¹⁵ promotor de esta iniciativa al interior de la OMS, enfatiza la reorientación de los servicios en una red diversificada de servicios en la comunidad, equitativos, accesibles y participativos.¹⁶ Entre los problemas que aquejan estos procesos desiguales destaca la falta de formación de los trabajadores de la salud mental; reconoce que su entrenamiento se adhiere a los modelos más tradicionales de atención. Aludiendo a la lucha ideológica que priva en este campo, Levav plantea que, a pesar de ella, en Latinoamérica se observan avances en el “involucramiento de la opinión pública, actualización de la legislación, promoción de la participación de los usuarios, mejor calidad de los servicios y el incremento de alternativas comunitarias” (Levav *et al.*, 1994).

Cabe destacar que en Brasil esta Declaración legitimó procesos ya iniciados, movimientos colectivos antes reprimidos y el avance de las instituciones ya existentes donde la psiquiatría social y las propuestas comunitarias ya tenían un lugar. Líderes comprometidos con este campo, cuyos procesos actuales han trascendido el discurso

¹⁵ Consejero regional de Salud Mental, Programa de Protección Sanitaria, Organización Panamericana de la Salud (OPS).

¹⁶ Valores donde la salud es considerada un bien público, quizá todavía vigentes en la Comunidad Europea y otros países, no corresponde a las condiciones actuales de privatización y desmantelamiento de los servicios públicos de salud en nuestros países. En este proceso el Estado actual se hace cada vez menos cargo del sector social, como parte de una política impuesta por el Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional.

antimanicomial que lo abanderó. Ahora las transformaciones han transitado hacia las propuestas de la reestructuración psiquiátrica.

En el marco de la “Declaración de Caracas”, M. Desviat plantea que México —después de cincuenta años de reformas en Europa, Estados Unidos, Canadá y ahora en Latinoamérica (como es el caso de Brasil)— tiene pendiente una reforma de su sistema de atención en salud mental:

El celo con el que se guarda de los observadores externos la marcha de estas instituciones en México habla claramente de su precariedad [1997:8].

La “Declaración de Caracas” adquiere gran relevancia debido a que es una instancia internacional la que reconoce las limitaciones de la psiquiatría tradicional manicomial (después de un siglo en que había sido cuestionada), y que involucra a diferentes actores que tradicionalmente habían quedado fuera del campo institucional de la “locura”, los recursos comunitarios, la descentralización en la atención en salud mental, los movimientos de derechos humanos y ciudadanos.

En Latinoamérica, como lo plantea el documento de la OPS/OMS (1991), “en una gran proporción se han perpetuado las prácticas consagradas por la tradición manicomial, que ha mantenido su hegemonía pese a los planes de renovación”. Este organismo integra las experiencias que durante 30 años se gestaron en los países desarrollados y promueve una propuesta general de reestructuración psiquiátrica, que si bien tiene que adecuarse a las condiciones específicas de cada país, ha tenido efectos importantes al transmitir un marco sustentado para un proceso transformador. También ha permitido validar procesos y prácticas que se mantenían en la marginalidad por la hegemonía institucional.

Durante la década de los noventa, a nivel internacional y en Latinoamérica se van gestando condiciones para la defensa de los derechos humanos y civiles de los

pacientes psiquiátricos. En 1992 la Asamblea de Naciones Unidas promueve principios para la protección de los enfermos mentales, la atención en salud mental en la comunidad y la defensa de los derechos de los usuarios (United Nations, 1992).

*Rehabilitación psicosocial. Una declaración por consenso*¹⁷

En 1996 la OMS, con el apoyo de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR, por sus siglas en inglés), publica una “Declaración por consenso”, donde incluye los nuevos desarrollos sobre el campo de la rehabilitación psicosocial dirigido a personas “discapacitadas por enfermedad mental”.

[Con el objetivo de] ayudar a reducir los efectos inhabilitantes de la enfermedad mental crónica y las barreras sociales y ambientales —como el estigma— que son un obstáculo para el tratamiento y la rehabilitación [OMS, 1996:57].

Los objetivos recorren diferentes campos y niveles de acción que van más allá del tratamiento que se dirige a reducir la sintomatología y la iatrogenia, y privilegian una dimensión social: mejorar la competencia social, el apoyo familiar, el apoyo social y el poder del usuario. Esta Declaración proporciona un marco general, incluyente, de aproximaciones que los expertos en este campo han establecido en los diferentes niveles de actuación.

Los objetivos aquí planteados muestran una importante ampliación de la visión que todavía atraviesa a la “Declaración de Caracas”, su carácter antimanicomial. En

¹⁷ Publicado en World Health Organization (WHO), division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. “Psychosocial Rehabilitation. A consensus Statement”, WHO/MNH/MND/96.2, Ginebra (traducción de Raquel Springer). Publicado en español en *Psicología Iberoamericana* (1997), vol. 5, núm 4, México, pp. 57-62.

nombre de la rehabilitación psicosocial se han desplegado una serie de intervenciones diversas. A nivel del apoyo social, cabe destacar la propuesta de mejorar la legislación pertinente, con el fin de crear un marco formal: “las personas discapacitadas deben tener los mismos derechos y beneficios, sin importar la causa subyacente de su discapacidad. La legislación debe cubrir tratamiento involuntario y hospitalización, derechos de los pacientes y acceso a los mercados de trabajo, vivienda, educación y otros beneficios de ayuda social” (OMS, 1996:62). También se refiere a actuaciones para la “mejoría de la opinión pública y actitudes relacionadas con los desórdenes mentales” (OMS, 1996:62). Plantea que el estigma afecta al usuario pero también a la familia, cuidadores y trabajadores de salud.

Este documento, en tanto que procede de la OMS, valida diversas prácticas del campo de la rehabilitación psicosocial. Entre lo más relevante de esta propuesta incluyente de diferentes formas de abordaje, además de las dimensiones de tratamiento a nivel del sujeto —que suelen ser las más frecuentes—, está la propuesta para actuar en el contexto, a nivel de lo familiar y de condiciones de vida. También propone una legislación y la defensa de los derechos humanos y civiles, que tienen un efecto directo en el poder del usuario y en la reducción del estigma.

La Ley 180, la herencia de la reforma italiana

En Latinoamérica, a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa adquiere vigencia el interés por la experiencia psiquiátrica italiana y los aportes de F. Basaglia, tanto en la teoría y práctica como en la propuesta asistencial psiquiátrica. Por la vigencia de las propuestas de Basaglia en el movimiento brasileño, es importante recuperar elementos históricos donde es evidente su postura radical, como F. Rotelli¹⁸ lo expresa:

¹⁸ Director de los Servicios de Salud Mental de Trieste, Italia (véase Rotelli, 1995).

El Movimiento *Psiquiatría Democrática* [fue] constituido a partir de 1973, con el objetivo de construir redes sociales cada vez más amplias que hagan posible la reforma psiquiátrica en todo el territorio italiano. El Partido Radical propone un “referéndum” para una reconversión completa de la legislación psiquiátrica en vigor para evitar de forma absoluta todo control institucional sobre los locos y su locura. Corte predominantemente antipsiquiátrico que Basaglia desarrolla en Gorizia (que no niega la enfermedad mental, ni la necesidad de asistencia psiquiátrica a los locos).

El antecedente que inspiró los cambios legislativos que sentaron las bases de las transformaciones psiquiátricas en América Latina fue la “Ley 180”, también llamada Ley Basaglia, votada por todos los partidos y aprobada por el Parlamento Italiano en 1978.

Los puntos centrales de la legislación son los siguientes:

1. Se prohíbe la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y el internamiento de nuevos pacientes.
2. Se dan directivas a las administraciones regionales para que establezcan un gradual proceso de reducción del número de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos, y para organizar los servicios territoriales que son los responsables de toda atención de la población determinada, así como la coordinación del conjunto de las estructuras necesarias y entre ellas los servicios psiquiátricos de los hospitales generales de la zona (15 camas).
3. Es abolido el principio jurídico de peligrosidad social del enfermo mental, así como la internación y tratamiento obligatorio en el hospital psiquiátrico. El enfermo mental es un ciudadano con todos los derechos relativos, civiles y sociales, incluido al derecho a la cura. El tratamiento electro-convulsivo es previsto en casos excepcionales por un tiempo breve.

El movimiento de transformación psiquiátrica en Italia inspiró el posterior proceso de Reforma,¹⁹ que apunta a que la prevención, la atención y la rehabilitación se desarrollen fuera de los hospitales psiquiátricos, en centros comunitarios de salud mental.²⁰

Los principios básicos en que se fundó el movimiento italiano encabezado por F. Basaglia, se han propuesto el cambio radical de la institución y plantean una concepción diferente del sujeto de la atención, que modifica sustancialmente el abordaje tradicional. Privilegia al sujeto y su historia más que su enfermedad; pone el énfasis en responder a las necesidades concretas y evidentes de los pacientes; considera que el sufrimiento psíquico impide la lectura del contenido de la historia de las personas y su evolución; destaca la causalidad no lineal de la enfermedad; privilegia las modalidades de tratamientos interpersonales en redes colectivas o comunitarias, capaces de modificar la “inercia” de las relaciones normativas e informales en las instituciones de psiquiatría; pone el acento en el cambio de la vida cotidiana de los pacientes, casa, familia, trabajo, barrio, salario, trabajo terapéutico, etcétera, y en la promoción del respeto a la diversidad, sin negar la necesidad de cura; reconoce la importancia de la atención a los pacientes más graves o de larga institucionalización (Rotelli, 1995:84-85).

La experiencia de “Trieste” es un ejemplo de la puesta en práctica de estos principios; experiencia que inició Franco Basaglia y su grupo y que ha continuado hasta la actualidad. Su proceso es visto como un “modelo” a seguir en el ámbito de las reformas psiquiátricas.

¹⁹ Franco Rotelli transmite ese permanente movimiento en el que se fueron gestando soluciones a los conflictos y contradicciones asociados a la “Ley 180”, entre ellos, la lucha contra el internamiento y la obligatoriedad del tratamiento por parte de las autoridades. Esto lleva a la necesidad de organizar un sistema de servicios, una red asistencial que sustituyera al hospital, la reconversión de la asistencia psiquiátrica, ahora llamada Reforma (Rotelli, 1992:46).

²⁰ Pese al desarrollo desigual de la Reforma italiana y de los fuertes conflictos que ha enfrentado entre los interesados en apoyarla y los grupos en franca oposición y desinterés, en 1994 el gobierno dictó una disposición legal para cerrar los manicomios residuales y con los recursos financiar nuevos servicios alternativos. En 1995, casi 20 años después de iniciado el movimiento, el número de personas internadas se redujo en un 80 por ciento.

G. Dell Acqua (1995), en su artículo “Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de salud mental”, plantea que después del trabajo que inició Basaglia en la década de los setenta, se superó el modelo de Comunidad Terapéutica, y se dio paso a la transformación progresiva del hospital psiquiátrico de Trieste por una red de servicios territoriales alternativos y sustitutivos del hospital.

Entre los aspectos más relevantes de este proceso están el ingreso voluntario, la eliminación de todo tipo de contención física, la formación al personal de enfermería que fue abandonando su tradicional función de custodia y el cambio de los espacios internos (departamentos, cafetería, club social). Durante 4 años se disminuyó la atención sobre la enfermedad y el diagnóstico psiquiátrico para dar valor a las historias personales, las necesidades de los pacientes y la reconstrucción de una relación con la comunidad, desmantelando las relaciones manicomiales. A solicitud de los usuarios se gestan cambios; critican la terapia ocupacional y piden un trabajo real con remuneración simbólica. Se organiza la primera cooperativa en febrero de 1973. Como señala Dell Acqua, el trabajo²¹ —desde los inicios de esta experiencia— ocupa un lugar central en la reinserción social de los pacientes; la diversidad de cooperativas de servicios es la propuesta que más ha impactado actualmente a nivel internacional.

El movimiento italiano, que en su país enfrentó una importante oposición, ha representado una modalidad asistencial que continúa inspirando las experiencias más radicales en América Latina, entre las que se destacan la de Río Negro y el proyecto de Ley de Reforma Psiquiátrica en Brasil (Ley de Pedro Delgado), también importantes propuestas para la región de la OMS/OPS.

En el balance que F. Rotelli presenta en Brasil²² sobre los aportes de reforma psiquiátrica no manicomial de la experiencia italiana, donde los temas centrales son

²¹ Se trata de la condición social de trabajador asalariado.

²² Este balance dio origen al libro *Psiquiatria sem hospicio*, Relume Dumará, Río de Janeiro, 1992.

la ciudadanía del loco y los modelos asistenciales, reconoce que la Ley 180 fue una Ley de transición, con contradicciones y con un ambiente de propuestas contra-reforma que a la larga no se sostuvieron y dejaron paso a los proyectos de evaluación para modificar la Ley. Entre los méritos de esta iniciativa legislativa el autor cita:

[...] sustituir la legislación de 1904; prohibir la recuperación de los viejos manicomios y la construcción de nuevos; reorganizar los recursos para una red de cuidados psiquiátricos; restituir la ciudadanía y los derechos sociales a los pacientes; garantizar el derecho al tratamiento psiquiátrico calificado.

Por estos y otros aspectos Basaglia y muchos de sus compañeros desarrollan un trabajo político para su aprobación y plena aplicación (Rotelli, 1992:46-47).

Ley de Desmanicomialización en Río Negro (1990)²³

En el campo de la transformación de la institución psiquiátrica en América Latina, la “Declaración de Caracas” se ha convertido en un recurso para la institucionalización de una propuesta validada internacionalmente. El carácter antimanicomial de esta recomendación de la OMS/OPS tiene su antecedente en diferentes movimientos de transformación en los países hegemónicos y una experiencia en Río Negro, provincia pionera al sur de Argentina, que llegó a plantear una legislación claramente antimanicomial. Es importante destacar algunos elementos de este instrumento, evidente consecuencia de una severa crítica al asilo y la intención de dejar condiciones que eviten su reproducción. Las redes asistenciales en la comunidad son ubicadas como

²³ Véase Gobierno de la Provincia de Río Negro, “Exposición de motivos”, *Ley 2.440 de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental*, República de Argentina, diciembre de 1992.

el recurso central que dejaría el internamiento para situaciones extremas. Plantea, entre otras posibilidades, el tratamiento ambulatorio y destaca la reinserción comunitaria y “la pronta recuperación”.

Es importante señalar que un recurso desarrollado en la región ha sido el de las cooperativas. El trabajo, en esta propuesta, es considerado una vía privilegiada para la reinserción social.

En los principios generales de la Ley de desmanicomialización en Río Negro se destaca, como el centro de este instrumento legal, el NO al manicomio o a cualquier tipo de encierro que aísle y estigmatice. Inicia con una carta abierta del gobernador de esa provincia donde enfatiza que es la construcción colectiva lo que se ha materializado en su aprobación por mayoría en diciembre de 1990:

[...] pretende legalizar lo que las prácticas construidas como alternativas al encierro demostraron, que era posible crear respuestas justas y humanas para personas que padecen sufrimiento mental, atenderlas en su pueblo, evitar la marginación y el desarraigo [...] rescata los principios humanistas, el afecto, la solidaridad. Pretende por sobre los riesgos del control social, jugarse por los riesgos de la libertad como sabio aprendizaje [Gobierno de la Provincia de Río Negro, 1992:4].

La propuesta quedó integrada al sistema general de salud de la entidad, las condiciones de la rehabilitación y tratamiento de personas con sufrimiento mental están reguladas por este régimen legal para el funcionamiento de los manicomios, neuropsiquiátricos y otros establecimientos públicos o privados que atienden a la población psiquiátrica.

La Provincia promueve un sistema de salud que, atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas de cualquier edad con sufrimiento mental [Gobierno de la Provincia de Río Negro, 1992:4].

El *Principio General* apunta a modificar el modelo dominante de la psiquiatría tradicional, apostando a los recursos comunitarios como alternativa, como han sido las propuestas de la OMS/OPS y las experiencias de los países hegemónicos, adhiriéndose a aquellas experiencias que se han propuesto una red asistencial sin manicomios.

La internación se concibe como último recurso terapéutico, luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. En caso de ser imprescindible la internación, procederá con el objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona debiendo procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible [...] La internación implicará que se tienda permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio. La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía [...] La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su inserción comunitaria, constituyen el fin último de esa Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden [Gobierno de la Provincia de Río Negro, 1992:4].

Por su carácter radical y por las condiciones que privan en la región, es importante el seguimiento de la experiencia posterior a la aprobación de esta legislación. La apuesta a la atención en la comunidad y la lucha contra un modelo asistencial obsoleto, son los principios de una transición cuyo proceso y avatares en el contexto latinoamericano pueden dejar muchas enseñanzas.

La Carta de La Habana

Con base en las recomendaciones de la OMS/OPS y de la cooperación italiana,²⁴ Cuba se pronuncia a favor de la “reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria”; cuenta con una importante estructura de salud pública y servicios comunitarios. En el campo de la psiquiatría manicomial, el gran hospital psiquiátrico de La Habana llegó a representar una alternativa; en 1995 con 3 mil pacientes, era evidente su aislamiento en relación con las propuestas internacionales.

Las declaraciones de la *Carta de La Habana*, se suman a las propuestas de la OPS que han abanderado la transformación de la psiquiatría, basándose en experiencias de países donde avanzaron los movimientos de crítica y reforma, lo particular de sus planteamientos es que describen la interesante estructura de su Sistema Único de Salud en el que se propusieron insertar las iniciativas en salud mental.

*Ley de Reforma Psiquiátrica en Brasil (La Ley del Diputado Pedro Delgado)*²⁵

La transformación de la atención psiquiátrica en Brasil, se ha dado en el marco de un largo proceso de participación de diferentes actores sociales. Este proceso forma parte de cambios en el sistema nacional de salud, entre ellos, la descentralización de los servicios. La movilización, discusión y propuestas en salud mental se cristalizan en 1992 en la II Conferencia Nacional de Salud Mental, en Brasilia (Ministerio de Saúde, 1994). Entre los antecedentes se destacan una serie de conferencias nacionales²⁶ y una

²⁴ La cooperación italiana generó un programa en Cuba para la reorientación de la psiquiatría. El coordinador de este programa fue Franco Rotelli.

²⁵ Publicada en Senado Federal de Brasilia, *Projeto de lei 3.657/89*, Centro Gráfico, septiembre, 1989.

²⁶ En la relatoría final de esta II Conferencia de Salud Mental, realizada en Brasilia del 1 al 4 de diciembre de 1992, se destaca la gran participación de diferentes actores sociales de todo el país en una

regional. También, a nivel de los organismos internacionales, la Conferencia de Caracas para la reestructuración psiquiátrica en América Latina, promovida por la OMS/OPS.

Esta II Conferencia, precedida por 24 conferencias municipales, regionales y estatales, es expresión del proceso brasileño y su carácter colectivo; movilización de miles de participantes interesados en este campo: representantes de la reestructuración psiquiátrica, asociaciones de usuarios y familiares, consejeros del área de salud, prestadores de servicios gubernamentales y entidades de la sociedad civil, entre ellos.

Esta gran Conferencia, que marcaría la historia del movimiento, tiene como temas centrales las redes de atención en salud mental, las transformaciones y cumplimiento de las leyes, el derecho a la atención y los derechos ciudadanos.

Algunos de sus planteamientos son significativos porque aluden a una concepción de sujeto a partir de los aportes de la salud mental como campo:²⁷

[...] construir un cambio del modo de pensar a la persona con trastornos mentales en su existencia y sufrimiento y no sólo a partir de un diagnóstico. La diversificación de las referencias conceptuales y operacionales más allá de las limitadas fronteras de las profesiones clásicas de salud mental. Una ética de autonomía y singularización que rompa con un conjunto de mecanismos institucionales y técnicos en salud, que han producido en los últimos siglos subjetividades proscritas y prescritas [Ministerio de Saúde, 1994:11-12].

serie de conferencias previas, que hacen patente el proceso democrático: en 1986 la VIII Conferencia Nacional de Salud, que promovió la lucha por un Sistema Único de Salud; en 1987, en Río de Janeiro, la I Conferencia Nacional de Salud Mental; en 1990, la Conferencia de Caracas (OMS/OPS), referencia fundamental para el proceso de transformación del modelo de atención en salud mental en el país; en 1992 la IX Conferencia Nacional de Salud, que se considera estratégica para la democratización del Estado y de las políticas sociales. Estiman que son aproximadamente 20 mil los implicados en este proceso transformador de los servicios de salud mental.

²⁷ El campo de la salud mental y la salud comunitaria en el sur de Brasil han tenido un amplio desarrollo.

En un marco de atención integral y basándose en las propuestas de la “Declaración de Caracas” y la amplia discusión a nivel nacional, la red de atención propuesta para sustituir el lugar central del hospital psiquiátrico, adquiere una gran relevancia, ya que lejos de ser propuestas aisladas, pretenden una aplicación que se extiende dentro del sistema nacional de salud.²⁸

En este contexto de gran efervescencia surge el proyecto de Ley para la reforma psiquiátrica de Brasil. Como lo describe M. Desviat en su libro *La reforma psiquiátrica* (1994), el proyecto de ley conocido como Ley del Diputado Pedro Delgado del Partido de los Trabajadores, presentada y aprobada en el Senado de la Nación Brasileña (1992), ha sido un parteaguas por los cambios en ella sustentados y por la discusión a nivel nacional de sus propuestas más radicales, entre las que se pueden destacar:

[...] la extinción progresiva de los manicomios y su sustitución por otros recursos asistenciales y la reglamentación del internamiento psiquiátrico involuntario. Prohíbe en todo el territorio nacional la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos públicos o privados.²⁹

Entre los avances a partir de la ley y su aprobación en el Senado, se destaca que desde 1992 se diversificó la asignación de recursos —antes sólo destinados a los hospitales psiquiátricos— para otros servicios alternativos (consultas individuales o

²⁸ “Una red de atención debe sustituir el modelo hospitalocéntrico por una red de servicios, diversificada y calificada, a través de unidades de salud mental en hospital general, servicios de atención en crisis, unidades de atención intensiva en salud mental en régimen de hospital de día, centros de atención psicosocial, servicios territoriales que funcionen 24 horas, viviendas protegidas, centros de convivencia, cooperativas de trabajo y otros servicios que tengan como principio los cuidados integrales” (Ministerio de Saúde, 1994:13).

²⁹ El modelo asistencial a transformar, como en el resto de Latinoamérica, ha estado centrado en el hospital psiquiátrico, reducido número de camas en hospitales generales y escasos recursos ambulatorios, intermedios y programas de rehabilitación; véase Nascimento Alves, 1991.

de grupo, atención en centros psicosociales, hospitales de día, urgencias e internamientos en hospitales generales).

En 1993 se establecieron criterios para la humanización dentro de los hospitales psiquiátricos. Se prohibieron las celdas de aislamiento y la violación de correspondencia, el derecho de recibir visitas, entre otros.

La reducción de camas en psiquiátricos y la generación de centros psicosociales están entre los recursos más valorados en estos procesos: en diez años los centros se incrementaron de 24 en 1993 a más de 500. Es importante la modificación de los parámetros de evaluación de los servicios, antes medidos casi exclusivamente en número de camas,³⁰ en tanto que ahora se mide la atención psiquiátrica en relación con el número de centros psicosociales en la comunidad y otros servicios ambulatorios.

Una consecuencia muy importante de esta Ley fue la creación de organizaciones de supervisión y control de los servicios, consejos de profesionales, de usuarios y familiares (Desviat, 1994:186).

El 6 de abril de 2001 es aprobada la Ley de Reforma Psiquiátrica de Brasil después de casi diez años en que la primera propuesta conocida como la “Ley del Diputado Pedro Delgado” había generado amplia discusión y avances importantes de reforma a nivel nacional. Es importante destacar el avance que representa la aprobación de esta Ley para apoyar la atención extrahospitalaria, pilar esencial de la reestructuración psiquiátrica que este país se ha propuesto como parte de las transformaciones del modelo asistencial en salud mental.

La Ley No. 10.216, en su artículo segundo, establece los derechos de las personas con trastorno mental:

³⁰ La oferta de servicios, traducida predominantemente en número de camas, es muy significativa al tratarse de pacientes con psicosis. En las actuales propuestas, el reto es precisamente sacarlos de la cama, del sofá de casa, del abandono, lograr su inserción en las redes sociales.

I. Tener acceso al mejor tratamiento del sistema de salud, acorde a sus necesidades. II. Ser tratada con humanidad y respeto con el interés exclusivo de beneficiar su salud, buscando alcanzar su recuperación para la inserción a la familia, al trabajo y a la comunidad. III. Ser protegida contra cualquier forma de abuso y explotación. IV. Tener garantía de secreto, sigilo, de la información prestada. V. Tener derecho a la presencia médica, en cualquier momento, para esclarecer la necesidad o no de hospitalización involuntaria. VI. Tener libre acceso a los medios de comunicación disponibles. VII. Recibir un mayor número de información respecto a su sufrimiento y a su tratamiento. VIII. Ser tratada en un ambiente terapéutico por los medios menos invasivos posibles. IX Ser tratada, preferencialmente, en servicios comunitarios de salud mental [Ministerio de Saúde, 2002:15-17].

La regulación de las condiciones del internamiento representan un importante avance para garantizar los derechos de los pacientes. Esta Ley, en su artículo 4º, establece que “La internación, en cualquiera de sus modalidades, sólo será indicada cuando los recursos extra-hospitalares se muestren insuficientes”. Estas condiciones implican la existencia de una red de servicios fuera del hospital, red necesaria para condicionar su prioridad como espacio de atención y dejar el internamiento como último recurso. En su artículo 8º se refiere a la internación involuntaria: “La internación psiquiátrica involuntaria deberá, en un plazo de setenta y dos horas, ser comunicada al Ministerio Público Estatal por el responsable técnico del establecimiento donde éste tiene lugar, el mismo procedimiento debe ser adoptado cuando se dé la respectiva alta” (Ministerio de Saúde, 2002:15-17).

Es importante destacar que en este país latinoamericano, entre los avances derivados de la aplicación de la Ley Federal citada se ha logrado, en algunos de los estados, concretar programas de apoyo económico extra-hospitalario mediante un programa “Bolsa-Incentivo” para favorecer el “acompañamiento e integración de personas

portadoras de trastorno mental con historia de larga permanencia institucional en unidades de hospitalización psiquiátrica”.³¹

En Río de Janeiro, después de demostrar que un tercio de las camas estaban ocupadas por pacientes sin condiciones clínicas que justifiquen su estancia en régimen de hospital que siguen internadas por falta de condiciones para retornar a su comunidad, se buscaron los mecanismos para apoyar a los pacientes en este programa. Un logro en este sentido ha sido el apoyar que puedan sustentar sus necesidades básicas fuera de la institución con un apoyo económico del Estado (dos salarios mínimos).

*Norma Oficial Mexicana (NOM-025)*³²

La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, representó un parteaguas para las instituciones psiquiátricas en el país; en ella se pueden destacar aspectos relevantes para las Reformas, además de que su revisión, discusión y aplicación es representativa de la manera en que, “a la mexicana”, la lucha de fuerzas entre la psiquiatría tradicional y la participación ciudadana deja poco lugar a la discusión argumentada. Las contradicciones, de las condiciones de este campo, se reflejan en el documento final publicado. Actualmente en los hospitales psiquiátricos está expuesta una carta de derechos de los pacientes en la que es notable que todo derecho tiene que ser autorizado por el médico.

³¹ Artículo 4. “El paciente con largo tiempo de hospitalización con situación de grave dependencia institucional, debido a su cuadro clínico o a la ausencia de soporte social, será responsabilidad de la autoridad sanitaria competente la supervisión de una instancia a ser definida por el Poder Ejecutivo, que asegure la continuidad del tratamiento, cuando sea necesario” (Cesar Maia, Documento dirigido al presidente y senadores de la Cámara Municipal de Río de Janeiro, artículo 16, Lei Complementar núm. 101, de 2000-Lei de Responsabilidade Fiscal).

³² Publicada el 16 de noviembre de 1995 en el *Diario Oficial de la Federación*.

Entre los anexos de esta Norma se incluye la “Carta de derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios”.³³ Respecto de las condiciones de vida en el internamiento, tales como comunicación con el exterior, visitas, asistencia religiosa, salir, relacionarse con su pareja, etcétera, se pueden destacar el derecho a negarse a participar “como sujeto de investigación científica” (punto 14.13) y el derecho a recibir “atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica” (punto 14.16). En relación con la rehabilitación psicosocial, el punto 14.17 plantea el derecho a “recibir atención orientada a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial”.

El tema de los métodos de control físico y el *internamiento involuntario*, tocados tanto en la Carta de Derechos Humanos (punto 14.19) como en la NOM-025, es un aspecto polémico, discutible por los defensores de los derechos de los usuarios.

La “Carta de derechos humanos” parte de la existencia de un procedimiento legal que garantice los derechos del paciente:

No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros (NOM-025, 14.19). El ingreso en forma involuntaria se presenta en el caso de usuarios con trastornos mentales severos, que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismo o para los demás. Requiere la indicación de un psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la unidad hospitalaria. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario. Deberá notificarse al Ministerio Público del domicilio del usuario y a las autoridades judiciales, todo internamiento involuntario y su evolución [NOM-025, 14.42].

³³ Es importante señalar que este anexo se integró por presión de Virginia González.

Sin embargo, es precisamente el procedimiento legal el que esta Norma no garantiza. M. Desviat señala:

[la NOM-025] es tremendamente ambigua: una declaración de intenciones y, entre otros puntos inaceptables, deja en manos de los médicos los ingresos involuntarios, sin controles externos adecuados. Sólo hace falta la firma del médico psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable [1997:9].³⁴

Los *Comités Ciudadanos*³⁵ y sus atribuciones establecidas en la publicación de la propuesta original, abren una amplia discusión pública. Ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, la hegemonía psiquiátrica no gana la batalla: en la versión final, los *Comités Ciudadanos* aparecen citados y con amplias funciones reconocidas.

La obligatoriedad de la rehabilitación,³⁶ práctica oficial de la psiquiatría, establece:

³⁴ Con la legislación actual, agrega M. Desviat, en España el internamiento involuntario debe comunicarse a un juez que debe garantizar la bondad del internamiento, autorizarlo y preocuparse periódicamente por la situación. Agrega que la ley anterior, de 1931, dio lugar a muchos abusos.

³⁵ La NOM-025, apéndice B, se refiere a la organización y constitución de Comités Ciudadanos legalmente reconocidos y conformados por personas interesadas que conozcan el área de salud mental. Dichos Comités tienen las atribuciones para: coadyuvar a que se respeten los Derechos Humanos de los usuarios; denunciar ante las autoridades de Contraloría y demás instancias legalmente facultadas, la comisión de posibles irregularidades que se presenten en las Unidades; proponer acciones para la atención y rehabilitación que en su caso complementen a las existentes, con el fin de elevar la calidad y calidez de los servicios que se presten al usuario.

³⁶ En el punto 14.4, la “Rehabilitación integral” es definida como “el conjunto de acciones y programas dirigido a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permite superar o disminuir desventajas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria: tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural”.

[que] El hospital debe estar vinculado y promover el desarrollo de programas en la comunidad, para facilitar al usuario su incorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros comunitarios de salud mental, centros de día, casas de medio camino y los demás servicios extrahospitalarios existentes [punto 14.1.2, *Acciones extrahospitalarias*].

Este punto, retomado de las propuestas de reforma psiquiátrica, es improcedente en los términos que está planteado, porque no obliga a nada; en México los servicios extrahospitalarios son prácticamente inexistentes, no se ha desarrollado una red asistencial. Al entrar en vigor este instrumento regulador de la atención en los hospitales psiquiátricos, empezó a circular el discurso de la rehabilitación psicosocial en congresos, conferencias, programas, etcétera. Había una preocupación por mostrar que cumplen con este punto de la NOM-025.

Las concepciones sobre rehabilitación que pueden leerse en la NOM-025 expresan lo que han sido los abordajes tradicionales en este campo, ya que hablan de rehabilitación física y mental: promoción de vínculos, programas de reforzadores, programas en el área cognitiva, afectiva, psicomotriz, rehabilitación física, entre otros, y dejan fuera las propuestas internacionales que ponen el acento en las actuaciones en el contexto.

La NOM-025 regula los servicios de atención en hospitales psiquiátricos, deja fuera las condiciones de la mayoría de las personas que requieren atención, no existe ninguna normatividad que obligue a que sean atendidos; contrario a ello, en ocasiones el personal de los hospitales acude a esta Norma como argumento para negar la atención a pacientes en crisis.

Dada la importancia de las transiciones de la psiquiatría y la actividad de los organismos internacionales y de los países que participan en este proceso para establecer un marco

general que avale y dé soporte institucional a los procesos, es importante señalar las contradicciones en las que se promueve la atención comunitaria de la psicosis.

En el campo de la salud mental, las propuestas de la OMS y la valoración mayor a la promoción y prevención en salud sobre la asistencia, curación o tratamiento, han transitado por serias contradicciones; poco se conocen las causas de los procesos patológicos y la prevención de las enfermedades mentales. Las puntualizaciones planteadas por Eduardo Menéndez acerca de las limitaciones y paradojas de la psiquiatría social y la salud mental comunitaria, siguen teniendo vigencia al referirse al periodo previo a la década de los ochenta, en el que se desarrollaron diversas experiencias de atención comunitaria de la psicosis en América Latina y en otros países como España y Canadá.

Los aportes de la psiquiatría social en este campo son pocos, aun cuando se consideran los factores sociales y culturales y se pondera un modelo sociologizante. Cuando reporta resultados, éstos continúan siendo predominantemente biologizantes³⁷ y han sido generados en instituciones psiquiátricas. Lo "social" de la enfermedad mental, a veces negado o incluido desde una comprensión basada en la interpretación ideológica de la realidad social, será reconocido en la medida que pueda ser instrumentado y controlado.

³⁷ Los avances se refieren a cromosomas en los síndromes de retraso mental, trastornos hereditarios, la electroencefalografía para identificación de psicosis, investigaciones farmacológicas y actividad cerebral, medicamentos psicotrópicos, reflejo condicionado y comportamiento, etcétera (Menéndez, 1979:117).

IV. Análisis de cuatro experiencias

ACERCARSE A LAS INSTITUCIONES de la locura no es tarea fácil: suelen ser espacios cerrados y con una relación persecutoria ante los otros. Esto hizo necesario que mi aproximación a los hospitales psiquiátricos de México estuviera mediada por otras actividades, que si bien me permitieron la observación participante, también fue necesario utilizar material indirecto —elaborado con fines académicos (de evaluación, clínicos, de acompañamiento, etcétera) para ampliar mi mirada. A diferencia de los espacios cerrados de los hospitales, las experiencias transformadoras suelen relacionarse con gran apertura hacia la mirada y participación de otros.

En este trabajo planteo observaciones que me ayudan a pensar el tratamiento de la psicosis a la luz de cuatro experiencias que surgen, en condiciones muy diferentes cada una, como propuestas *alternativas* o complementarias a los servicios que ofrecen las instituciones psiquiátricas tradicionales.

- Instituto Psiquiátrico José Germain (Leganés, Madrid) y el desarrollo de estructuras de rehabilitación y apoyo comunitario, como parte de la red asistencial pública en el marco de la Reforma Psiquiátrica Española.
- Asociación para la Rehabilitación y Adaptación de Personas Disminuidas en su Capacidad de Integración Sociolaboral, Arapdis (Barcelona).
- Centros de Atención Psicosocial, CAPS (São Paulo, Brasil).
- Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental (Fumerem, México). Institución de Asistencia Privada con estructura propia y trabajo en los hospitales psiquiátricos manicomiales.

Es importante señalar que estas experiencias surgen a mediados de la década de los ochenta en un contexto en que las preocupaciones de la psiquiatría se derivaban de la

salud mental social y la creación de centros en este campo; como Talbott lo plantea (2002:7-8), estaba en auge la *era de la asistencia social* que intentaba remediar las consecuencias de la violenta reducción de camas psiquiátricas sin el desarrollo de servicios alternativos, como expresión del llamado “Movimiento de Desinstitucionalización”. En la década de los noventa, las preocupaciones de la psiquiatría por lo social se desplazaron hacia la problemática de la cobertura, el costo y la gestión de la asistencia.¹

La experiencia de Leganés y la Reforma Psiquiátrica Española.

Instituto Psiquiátrico José Germain de la Comunidad de Madrid

Después de la dictadura de Franco la psiquiatría española se encontraba sumergida en sistemas autoritarios y manicomiales. La experiencia de Leganés se inicia en este contexto de transformación: el país enfrentaba la necesaria consolidación del Estado de Bienestar, con partidos socialdemócratas que necesitaban legitimarse por medio de cambios globales como las reformas de los servicios de salud y de los servicios sociales públicos, la desconcentración política y económica en comunidades autónomas y municipios (que daría lugar a un proceso de reforma psiquiátrica desigual), el clima de sensibilidad y de reconstrucción de la sociedad civil,² fueron algunas de las condiciones que favorecieron los significativos cambios en la atención psiquiátrica y de la salud mental pública.

¹ Como lo destaca el artículo de Talbott (2002), los cambios en los tratamientos privilegian las terapias breves combinadas, tratamiento farmacológico y psicosocial. En relación con los nuevos servicios en respuesta a la demografía y a los desarrollos epidemiológicos, destaca la necesidad de respuesta al diagnóstico doble, a la indigencia y enfermedad mental, cuidados en residencias, resocialización y rehabilitación. El desarrollo de un espectro amplio de servicios atravesado por el proceso de privatización de los servicios públicos.

² El clima de concientización que se expresaba en movimientos de protesta, los grupos de profesionales preparados técnicamente y un amplio consenso en los programas favorecieron también la transformación de la institución psiquiátrica.

Estos cambios, llamados *movimientos de reforma psiquiátrica*, se expresaron en el modelo asistencial y en las representaciones colectivas de la enfermedad mental; la reforma culminó con el cierre del hospital psiquiátrico y la creación de una red comunitaria. M. Desviat (2000) destaca, como referencias significativas de este proceso, la transformación de la legislación para garantizar los derechos de los pacientes, especialmente los reclusos en las instituciones, y la integración de la atención en salud mental en la salud general. Este contexto de apertura y concepción integral de la atención pública de los pacientes psiquiátricos se caracteriza por el pasaje de una aproximación centralmente biomédica a formas de abordaje biopsicosocial, lo que implica el despliegue de prácticas más complejas y orientadas hacia la comunidad, un cambio en las políticas de salud mental y de la participación de otros sectores (educativos, de vivienda, organizaciones ciudadanas).

La Reforma Psiquiátrica en España se realiza en el marco de la reforma sanitaria y de prestaciones sociales; la legislación, expresada en la Ley General de Sanidad (1986), contempla la obligatoriedad institucional de una atención integral de rehabilitación y reinserción social del enfermo mental en coordinación con los servicios sociales.³ Esta legislación es la base para gestar una red de servicios clínicos y sociales necesarios para la atención del paciente psiquiátrico en la comunidad.⁴

Para la atención a la psicosis, como lo plantea M. Desviat, la reforma española inicia tarde en relación con otros países que han avanzado en sus procesos de transformación psiquiátrica, lo que le permite nutrirse de esas experiencias, sus aportes

³ Este avance en la modalidad de atención pública psiquiátrica, donde los servicios se integran en una red única —a partir de la política de derecha promovida por el presidente José M. Aznar hasta 2004—, está en riesgo de ser fragmentada en el contexto actual de la política que prevalece en España; la propuesta tiende a separar los servicios de salud de los servicios sociales.

⁴ “Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales” (Desviat, 2000:43).

y sus fracasos.⁵ De esta manera, la Reforma integra los nuevos modelos y tecnologías desarrollados en rehabilitación psicosocial, para potenciar los recursos personales del paciente y facilitarle apoyos socioafectivos — tanto a él como a su familia —; integra también propuestas para disminuir los factores de riesgo y la falta de protección del paciente (control de la vulnerabilidad), desarrollando habilidades instrumentales y capacidades para encarar las demandas sociales (2000:44).⁶ Estas técnicas tienen diferente sentido y significación en función del lugar donde se realizan: en el aislamiento institucional o en la comunidad. Desviat observa que buena parte de estas aproximaciones técnicas no toman en cuenta esta diferencia crucial.

La experiencia de casi tres décadas a nivel internacional ha mostrado el aislamiento, la marginación y las grandes dificultades que experimentan los pacientes psicóticos más graves para vivir fuera de las instituciones; por ello se ha desarrollado una serie de programas de seguimiento y de técnicas para la continuidad de cuidados, para mejorar la accesibilidad a los servicios e incrementar la participación del usuario.⁷

El desarrollo del campo de la rehabilitación en Leganés (así como en Asturias, Andalucía y Navarra) se articula con la desinstitucionalización, por lo que requiere recursos que habiliten la vida en la comunidad (vivienda, trabajo, tiempo libre), mismos

⁵ “[...] la ausencia de planificación y de una gestión unificada de los recursos, el funcionamiento en paralelo de las diferentes administraciones y de los servicios ambulatorios y hospitalarios, habían sido una de las causas fundamentales del fracaso de reformas precedentes” (Desviat, 2000:28).

⁶ “[...] tecnologías desarrolladas en otros países (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido), nuevos abordajes teóricos y prácticos de la atención a la psicosis: modelos de *Social Skills Training* (Lieberman, Anthony, Farkas), fundamentados en una supuesta vulnerabilidad de los esquizofrénicos que puede ser activada (síntomas psicóticos) por sucesos estresantes; modelos psicoeducativos de intervención familiar (Leff, Hogarty, Anderson, Fallon) con base en la noción de emoción expresada; o las intervenciones desarrolladas por Ciompi (la cronificación como artefacto social) o el “Desarrollo de las Competencias Sociales” experimentado en el centro Shalom de Jerusalem por Marck Spivak (Desviat, 2000:44-45).

⁷ Estas técnicas de seguimiento en la comunidad se han llamado *case management* o seguimiento comunitario, entre los programas más conocidos y usados se encuentra el Assertive Community Treatment (ACT) o el Intensive Case (Desviat, 2000:47).

que en sus “prácticas incorporan la dimensión de la ciudadanía”.⁸ Es importante destacar en esta propuesta del Estado, que el desarrollo de la rehabilitación forma parte del compromiso público: “como respeto a la dignidad, a la autonomía, a los derechos ciudadanos de los pacientes mentales” (Desviat, 2000:46).

El proceso de reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés

La experiencia de Leganés muestra un proceso de transformación psiquiátrica del Estado que se rige por los principios de la salud pública (eficiente, equitativa y universal) y que muestra las posibilidades de generación de una red asistencial, sin camas asilares, esencialmente comunitaria e integrada en el sistema general de salud. Esta modalidad ha representado una importante apertura a la participación de la comunidad, a las redes interinstitucionales y a la promoción de asociaciones de familiares, pacientes y sociedad civil. Como experiencia pionera en su medio, ha incidido para cambiar las concepciones acerca de la enfermedad mental y su tratamiento. Con avances significativos en el desarrollo de programas comunitarios, el proceso de Leganés da cuenta de la puesta en marcha de la Reforma Psiquiátrica, misma que implicó la transformación de las viejas estructuras y la generación de una red asistencial.

M. Desviat, quien ha dirigido este proceso desde su gestación, reconoce la fundamental participación de los profesionales y trabajadores de la institución, “el esfuerzo, la ilusión y la profesionalidad de muchos” (autoridades políticas, familiares y usuarios), que cristalizó en un trabajo colectivo capaz de crear formas originales de organización y actividad comunitaria.

⁸ M. Desviat, en relación con la militancia política de quienes dirigían el movimiento de Reforma Psiquiátrica, señala: “el cambio de las instituciones psiquiátricas era, para muchos de nosotros, parte del cambio de la sociedad toda [...] luchar contra el encierro en los manicomios iba parejo con la lucha contra las instituciones totalitarias (2000:45).

En 1986 inicia la reforma del Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés en la Comunidad de Madrid, para la reconversión de los recursos del viejo manicomio (Casa de Santa Isabel, fundado en 1851, a cargo de Las Hijas de la Caridad).⁹ En 1991 culmina el proceso de cierre del manicomio y la constitución de una red de servicios ambulatorios, hospitalarios y de rehabilitación, sin contar con camas asilares; esta red de servicios cubre desde la atención en crisis hasta la vivienda y trabajo protegido.

La integración del equipo de salud mental y el servicio de urgencias y hospitalización breve,¹⁰ en proceso progresivo, antecedió a la “desinstitucionalización”. En relación con el funcionamiento de la red asistencial en un marco de integración de las especialidades médicas, en especial con atención primaria, M. Desviat destaca:

Convertimos la atención ambulatoria en la primera elección terapéutica y en la actividad articuladora de todo el proceso terapéutico, garantizando la continuidad de cuidados, y haciendo de la hospitalización un hecho excepcional [2002:37].

Contrario a lo que temían, las evaluaciones mostraron que los reingresos y los días promedio de internamiento tuvieron una reducción considerable desde el primer año de reforma.¹¹ Las posibilidades de atención a pacientes graves se diversificaron con camas en hospitales generales, el hospital de día (1992), el centro de día para pacientes crónicos con deterioro.

⁹ En 1985 más de 250 personas, “sin más patología que el abandono, la pobreza, la vejez o la falta de luces, llevaban 20, 30 o 60 años encerrados” (Desviat, 2002:47).

¹⁰ El plan de reforma de los servicios de salud mental del Hospital Psiquiátrico de Leganés (1986-1987) puede verse con detalle en “Líneas generales del plan” (Desviat, *op. cit.*:32-33).

¹¹ De 1985 a 1986 se observó “la reducción de 30.65 días a 15.6 de estancia media, se había acompañado de una reducción de reingresos de 0.42 a 0.13 por paciente; la reducción de un tercio de los ingresos y no su aumento como algunos habían pronosticado” (Fernández Liria, A., 1987:66-73)

En cuanto a las modalidades de atención prestadas predomina la farmacología más psicoterapia en programas de adultos. Los grupos y las terapias de familia, en los niños. La psicoeducación cognitiva en los programas de atención a la cronicidad. [...] se funciona con criterios de discriminación positiva: mayor atención al que más lo necesita [Desviat, 2002:38].

Leganés es una de las experiencias de reforma psiquiátrica que más ha desarrollado recursos comunitarios en España. Desde el inicio de su proceso, ante las denuncias y temores de la población, la integración de los pacientes con largos internamientos (más de 30 años) para vivir en departamentos, se convirtió en la “evidencia pública de que es posible dar otras formas de atención y de alojamiento a la enfermedad mental, a la locura” [Desviat, 2002:34].¹²

[...] invitamos al entonces responsable político de salud de la Comunidad, al Consejero de Salud a visitar las viviendas. Acabábamos de comer. Las mujeres nos ofrecieron un café, que tomamos sentados en su cuarto de estar, mientras nos contaban cosas de su cotidianidad. Creo que fue entonces cuando la Administración empezó a creer de verdad en la reforma [Desviat, 1994].

Red de servicios en la comunidad

En el Centro de Salud Mental de cada distrito es donde se llevan a cabo los programas de seguimiento con el objeto de sostener el cuidado de la población llamada crónica o con trastornos graves de personalidad. El abordaje es personalizado y acompañado con tutorías y programas dirigidos al paciente, a su familia y a su entorno:

¹² Los primeros momentos de integración de pacientes a la comunidad fueron acompañados de importante participación de los medios (prensa escrita, televisión); el tema de la locura y la nueva respuesta institucional estaba en el centro del debate público.

[con el objeto de favorecer] la mayor adherencia al tratamiento, el mantenimiento y desarrollo de soportes comunitarios individualizados, actividades de información y apoyo a las familias, asesoría y defensa del paciente, intervención en crisis [Desviat, 2002:42].

Entre los recursos protegidos a los que pueden acceder los pacientes se encuentran el centro de día, el centro agrícola y los talleres ocupacionales.¹³

En relación con la vivienda se han generado diferentes alternativas: vivienda de transición, piso-escuela, unidad de cuidados de enfermería, unidad hospitalaria de rehabilitación, departamentos supervisados con atención de enfermería y de urgencias por la noche. Como ha sucedido con otros procesos en los que se ha cerrado el hospital psiquiátrico, los pacientes asilados —algunos de ellos ancianos con invalidez y otros que consideran irreductibles al proceso de desinstitucionalización— se han ubicado en una unidad residencial con 95 plazas, espacio hotelero con servicios de enfermería.

Las actividades para generar recursos en el contexto para habilitar la vida en la comunidad se apoyan en la participación de las asociaciones (de familiares y usuarios), del voluntariado y otras redes sociales e institucionales para gestar alternativas de empleo, vivienda y tiempo libre. Desviat considera decisiva la participación de estas organizaciones y de los representantes de servicios sociales locales para el funcionamiento de estos programas.

Las empresas protegidas han sido un recurso importante en los procesos de desinstitucionalización; en el caso de Leganés, la falta de condiciones administrativas hizo necesario cerrar este tipo de recursos de reinserción laboral.

El proceso de transformación que muestra la experiencia de Leganés (del manicomio a la red asistencial en la comunidad) partió del tratamiento y la continuidad

¹³ Cuentan actualmente con talleres de carpintería, cerrajería y forja, encuadernación, imprenta, corte y confección, ofimática y audiovisual.

de cuidados en la comunidad, a la necesidad de actuar en coordinación con otros sectores sociales para sostener condiciones para la habilitación de una calidad de vida cotidiana lo más cercana posible a la vida de los otros.

El apoyo comunitario para los pacientes más discapacitados se convierte en la posibilidad de gestionar los recursos que hagan viable una continuidad de cuidados sociales y de recursos que garanticen una mejor calidad de vida, para cubrir las necesidades de los pacientes en la comunidad, las mismas que las del resto de los ciudadanos, de trabajo, de afecto y de una vivienda digna.

Este proceso de institucionalización de la reforma psiquiátrica, específicamente la experiencia de Leganés, ha dejado bases quizá irreversibles, incluso en actos de gran expresión simbólica como derrumbar el viejo manicomio y transformar los espacios del encierro en jardines públicos: la evidencia de las posibilidades para que los pacientes psiquiátricos accedan a otra calidad de vida comunitaria; en relación con la organización de los servicios, las posibilidades de una red integral (ambulatoria-hospitalaria-rehabilitación) para organizar una respuesta coordinada que articula la atención a la salud, la habilitación del paciente para vivir en la comunidad y la gestión de los servicios sociales, importante avance acorde con una concepción del sujeto de la atención y de sus derechos ciudadanos; las posibilidades de apertura de una psiquiatría que se propone en sus prácticas apropiarse de lo social, de marcos teóricos y técnicas multidisciplinarias y —quizá lo más relevante— que es capaz de ir a la comunidad para generar recursos que apoyen la continuidad de una apuesta a la posibilidad de mantener una vida digna para el paciente psiquiátrico.

Es importante señalar los riesgos que actualmente enfrentan estas propuestas de reforma psiquiátrica, tanto de desvirtuarse como de no contar con el apoyo necesario para sostener la continuidad de cuidados en la comunidad. Las condiciones que genera la ideología actual acerca de los servicios públicos, que España como parte de la

Comunidad Europea comparte, así como la crisis del Estado de bienestar frente a las políticas privatizadoras, tienen efectos en la formación de los profesionales en salud mental, en la movilización comunitaria y en el lugar que van tomando las fundaciones como formas de gestión de los servicios de salud, ante los vacíos que el Estado va dejando.¹⁴ Además de la ambigüedad y falta de ambición para sostener proyectos sociales, como observa M. Desviat, todo esto propicia el abandono de los psicóticos (en las salas del hospital general o en el psiquiátrico) y la tendencia a reducir las intervenciones a los onerosos neurolépticos.

Arapdis¹⁵ (Barcelona, España)

Arapdis es una sociedad civil fundada en 1989 en el Barrio de Gracia, Barcelona. Durante más de 15 años ha desarrollado una amplia oferta de espacios dirigidos a la *rehabilitación psicosocial integral* de personas con “enfermedad mental crónica”.¹⁶ Esta

¹⁴ Cataluña representa una de las comunidades autónomas más afines al modelo privatizador. Las condiciones que se han gestado en su modelo mixto de salud mental (público-privado), en un contexto de poco interés por la salud pública, son criticados por Desviat (2000) al señalar los indicadores de las condiciones que muestran las desventajas de este modelo: servicios más costosos, fragmentados y poco coordinados; prevalencia del hospital psiquiátrico y escasa formación de especialistas (Desviat, 2000).

¹⁵ Asociación para la Rehabilitación y Adaptación de Personas Disminuidas en su Capacidad de Integración Sociolaboral.

¹⁶ Los documentos que dieron origen al “modelo de post-cura alternativo” (1982), primer antecedente de la organización de la actual “Área de rehabilitación psicosocial integral”, describen a la población a la que van dirigidos los programas, como personas “con procesos esquizofrénicos de larga evolución del tipo ‘remisión inestable’, tanto defectual como residual, con gran potencial de deterioro y desorganización, unidos a otros procesos psicopatológicos que evolucionan hacia la cronicidad y la marginación, creándose una serie de fenómenos clínico-asistenciales que cristalizan en la llamada ‘patología social crónica’”. En documentos más actualizados se ha modificado la manera de describir el tipo de población a la que se dirigen: “psicóticos crónicos, disminuidos, discapacitados, marginados y colectivos de afectados con grandes dificultades de integración tanto social como en el mercado de trabajo” (Blasi, 2000:263-282).

organización, además de ofrecer servicios privados sin afán de lucro, participa de los servicios subrogados, como parte de la red asistencial del Barrio de Gracia, del sistema mixto de salud de Cataluña. Sus servicios están considerados a nivel de *prevención terciaria en salud mental*;¹⁷ este nivel de atención tiene por objetivo “la continuidad de cuidados de post-cura para disminuir la prevalencia, las recaídas, frenar el deterioro y favorecer la adaptación” (Blasi, 1982);¹⁸ basándose en el modelo de *Comunidad terapéutica*, el objetivo se orienta hacia la “calidad de vida comunitaria” (Blasi, 1995).

La compleja estructura organizativa responde a un modelo que atiende las diversas necesidades cotidianas de los usuarios, acogiéndolos y haciéndose cargo no sólo de la enfermedad sino también de sus necesidades psicosociales, en un proceso dirigido a generar condiciones cada vez más autónomas para la vida en comunidad; para ello se destaca el trabajo dirigido a la integración socio-laboral. El desarrollo de los programas especializados en el campo de la rehabilitación psicosocial, en un proceso intensamente dinámico, los ha llevado a generar una amplia red de alternativas, “residencias asistidas, pre-pisos asistidos, club social, ateneo cultural, centros especiales de trabajo, centro de documentación, docencia e investigación” (Blasi, 1995:61).

En el amplio despliegue de programas se destaca su racionalidad progresiva y los niveles y campos de actuación, caminos por donde transitan los usuarios y que mantienen intensamente ocupado al equipo colaborador. La organización y procesos tipificados y bien establecidos, conforman una estructura de comunicación, registro y toma de decisiones grupales orientadas a responder a las necesidades y momentos

¹⁷ A partir de un consenso internacional, propuesto por la OMS, se han planteado tres niveles de prevención en salud mental: la prevención primaria, la secundaria y la terciaria. Sus objetivos se dirigen respectivamente a, disminuir la incidencia de la enfermedad; al diagnóstico y tratamiento tempranos con el objeto de curar o detener el curso de la enfermedad y la terciaria tiene por objeto minimizar las discapacidades y problemas causados por condiciones de la enfermedad (OPS/OMS, 1991:66).

¹⁸ El discurso que atraviesa esta institución tiene relación con las preocupaciones por una atención social de los problemas psiquiátricos, que tuvo su auge en la década de los ochenta.

en que cada usuario se encuentra para dar continuidad a su proceso. La continuidad y la oferta de diferentes espacios de transición, en una progresión hasta llegar a la llamada vida “normalizada”, aparece especialmente innovadora por su posibilidad de mantener a los pacientes tratados* en la comunidad, favoreciendo su calidad de vida.

La Asociación Arapdis, creada y fundada por el doctor Ramón Blasi, acompañado por los miembros de la Asociación “Área de Reinserción Integral”, organización que antecedió a la actual, un pequeño grupo de profesionales, pacientes-colaboradores y familiares motivados por las condiciones que rodeaban la vida cotidiana de los pacientes psiquiátricos, los reingresos a los hospitales, el aislamiento y la vida severamente empobrecida, trabaja con la hipótesis de que esta modalidad de trabajo integral “reduce significativamente el número de reingresos psiquiátricos y de tiempo de estancia por desestabilización psicopatológica [...] que se traduce a nivel clínico en una estabilización de los *índices de calidad de vida comunitaria* y mejoría en relación con los efectos de la cronicidad y el deterioro psicosocial” (Blasi, 2002:61). Los indicadores de resultados en relación con la autonomía son la discapacidad, funcionalidad y calidad de vida.

El Área de Rehabilitación Psicosocial Integral (ARPI), creada en dos etapas (1985 y 1989), es definida como un “conjunto de recursos sociosanitarios integrados y coordinados en un proceso de creación y vinculación, progresivo, continuado y alternativo en la comunidad y con la comunidad” (Blasi, 2000:267), comprende tres áreas asistenciales: convivencia, sociocultural y de rehabilitación e integración laboral. La situación socioasistencial de cada usuario va modificándose de acuerdo con su proceso, que además de ser evaluado y registrado, se plantea y se toman las decisiones en grupo.

En los programas se observa una sofisticada estructura organizacional, con procesos cuidadosamente establecidos en una racionalidad en la que —como toda empresa social— el objetivo que priva no es la ganancia económica sino que se orienta a la

* Para Arapdis, los usuarios son también llamados pacientes tratados o pacientes trabajadores [N.E].

integración social de los usuarios; uno de los recursos más importantes para lograrlo es alcanzar la condición de trabajador (asalariado) en empresas que generan servicios valorados por la comunidad. Es un lugar de capacitación para el trabajo y para la convivencia social,¹⁹ espacio atravesado por el sufrimiento mental y sostenido en las crisis por la contención del grupo, por un centro de atención clínica que forma parte de la misma organización, por los hospitales públicos y otras organizaciones privadas que también se hacen cargo del tratamiento.²⁰ Es importante señalar que el financiamiento y condición de cada participante es variable. En ocasiones las condiciones de discapacidad y sus beneficios sociales y económicos llegan a obstaculizar la posibilidad de transitar hacia lo que llaman vida “normalizada”, debido a la pérdida de las ventajas socio-económicas que sus discapacidades generan, tanto al paciente como a su familia.

Algunos datos de la población atendida permiten ver el alcance de esta institución; la Asociación Arapdis cumplió en 1999 diez años de haber sido gestada. En el balance de sus logros plantean que en 1999 se sumaron 27 nuevos atendidos, dando un total de 168 en el año. Entre los indicadores de resultados destacan la significativa disminución de internamientos clínicos de los usuarios con contrato de trabajo (6%), y los logros en la calidad de vida a partir de la integración socio-laboral:

¹⁹ Los primeros momentos de este proceso —organización y dinámica de las actividades— tienen características escolares, en el sentido de las normas de socialización y habilidades para transitar posteriormente al ámbito laboral; la intención de esta primera etapa es dar a los pacientes estructura; en ella se integra a los pacientes más desorganizados.

²⁰ En el Área de Rehabilitación Psicosocial Integral (ARPI) se han creado 3 sub-áreas asistenciales: *convivencia* (residencias, prepiso, pisos asistidos); *socio-cultural*, con recursos que cubren el ocio, tiempo libre y la integración real en la comunidad con el “club” integrado en el “Centro de Día” y el “Ateneo Cultural”, centro normalizado de integración y vida comunitaria; *Rehabilitación psicosocial, capacitación e integración socio-laboral*, base de todo proceso de rehabilitación, reinserción e integración, dirigida a lograr lo que llaman “Calidad de vida comunitaria del enfermo mental crónico” (Blasi, 1985, citado en Blasi, 2000:269).

El gran cambio se manifiesta en la *calidad de vida comunitaria*, tanto por los bajos índices de reingresos como por los altos índices de integración sociolaboral objetivables: 45 usuarios contratados en régimen de *trabajo asistido* y 16 usuarios en el régimen de *trabajo normalizado*, más del 60 por ciento del total de atendidos, fuera de toda previsión en experiencias de este tipo [Blasi, 2000:273].

La propia dinámica de los asistidos ha llevado a la continua generación de espacios y programas; en las áreas llamadas de *convivencia*, donde comparten la vida cotidiana, se ha incrementado el número de lugares con mayor nivel de autonomía y gestado una red de viviendas, hostales, familias asistidas, regreso a la familia de origen, entre otros; “en estos 10 años, de los 462 usuarios asistidos, aproximadamente 339 han sido dados de alta y más de 50 por ciento de los 123 asistidos actualmente viven con su *familia directa o indirecta*” (Blasi, 2000:274).

El encuentro con Arapdis y con su fundador

Las observaciones parten del acercamiento a esta experiencia en tres momentos:

El primero es durante el Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial (Alemania, 1998). Arapdis se presenta como una experiencia innovadora, en un intenso proceso de generación de creativas formas de atender las necesidades psicosociales de los pacientes psiquiátricos; más cercana que la legendaria e idealizada experiencia de “Trieste” (fundada por Basaglia) y sus empresas cooperativas, y con importantes diferencias en relación con el proceso de Leganés, que es un testimonio de las posibilidades de transformación del manicomio hacia una red asistencial pública en la comunidad.

El encuentro con el trabajo del doctor Ramón Blasi en Arapdis representó mi primer acercamiento al campo de la “rehabilitación psicosocial”, donde las propuestas se

desarrollaban con un intenso trabajo en el contexto más cercano a la vida en común, “en la comunidad y con la comunidad” como suelen definir esta experiencia. La apuesta por una posible integración del paciente psiquiátrico con calidad de vida laboral y social, más que una frase vacía, se sustentaba en el desarrollo de una amplia red de espacios de capacitación para el trabajo y espacios de convivencia. La continuidad de un camino trazado fue lo más sorprendente, ya que otras experiencias conocidas, debido al poco o nulo trabajo en el contexto y la falta de proyecto y programas más allá de la institución y sus límites más próximos, suelen quedarse en la repetición de aquello que acompaña a la psicosis y sus avatares, como un camino truncado. A pesar de que en esta modalidad de abordaje la clínica psiquiátrica se basa en el diagnóstico acorde con la nosografía y clasificación internacional de la psiquiatría, a la vez está acompañada de una aproximación psicosocial y comunitaria.

La segunda experiencia fue una semana de trabajo en México con el doctor Ramón Blasi, para conocer su propuesta de atención.²¹ La racionalidad organizacional, la dimensión empresarial y los controles y valoraciones cuantitativas y cualitativas del desempeño de los usuarios, hicieron que fuera difícil pensar que se trataba de trabajo con psicóticos; nos cuestionamos acerca de la experiencia subjetiva de los pacientes y el lugar de su locura, ante los requerimientos de participación y las normas que reglamentaban las relaciones en la institución. Sus objetivos, lejos de pretender que sus asistidos transitaran hacia la “normalidad”, mostraban un intenso trabajo en ellos, de corte educativo, para incidir en el comportamiento y formas de relación, para una vida que ampliara su mundo relacional; a la vez que se enfatizaban las acciones en el contexto más próximo para favorecer que sus vidas se aproximaran a la vida de los otros y entre

²¹ Invitado a trabajar una semana en México en varias actividades, entre ellas un curso de formación sobre la modalidad de trabajo desarrollada en Arapdis: “Rehabilitación psicosocial en la comunidad y con la comunidad”, organizado por el Capítulo Mexicano de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial y realizado en el Instituto Nacional de Salud Mental (Insame) en 1999.

los otros. El intercambio social privilegiado se genera a través del trabajo en servicios como restaurante, lavanderías, tiendas, fotocopadoras, jardinería, mantenimiento, etcétera. Es importante destacar que estos servicios profesionales ofrecen calidad y son contratados por organizaciones públicas y privadas.²²

Más tarde, en la tercera experiencia (2000), me di cuenta que la transmisión, a través de los cursos, privilegiaba el nivel racional de la institución sin tomar en cuenta la importante red de vínculos entre los grupos y colaboradores convocados y vinculados en torno a un proyecto valorado, lo suficientemente idealizado para sostener una apuesta y un sentido.²³

El discurso del doctor Blasi nos permite aproximarnos a las premisas que para él sustentan el campo de la rehabilitación psicosocial; con base en su amplia experiencia, destaca el lugar prioritario del trabajo en el contexto y el riesgo de quedarse cuerpo a cuerpo con el paciente en su encierro. También enfatiza el trabajo continuo y coordinado, en equipo, progresivo y con el aprovechamiento de todos los recursos, sin descalificarlos o desecharlos.

Siempre que hablamos de rehabilitar al paciente crónico [...] si queremos lograr resultados [...] empezamos a rehabilitar todo lo demás del entorno. En 25 años de

²² Como empresa de servicios, si bien los contratantes incluyen el sentido social en su elección, el trabajo que ofrecen es competitivo por calidad y precio, esto genera presiones en el equipo, ya que hay momentos en que los pacientes-trabajadores no están en condiciones para desempeñar su trabajo. Otro elemento a destacar son las condiciones legislativas en Cataluña para apoyar a las personas con discapacidad, tanto con ingresos directos --como las pensiones-- como por medio de obligaciones a las empresas. Un gran apoyo reciente se concretó en 2003 con una ley que obliga a las organizaciones a contratar un 2% de discapacitados o servicios a empresas sociales.

²³ La experiencia ha mostrado que el trabajo con la locura suele estar atravesado por el dejar caer, la pérdida del sentido, los proyectos detenidos, abandonados y sin apuesta; el cansancio, la frustración y la soledad; también por actuaciones por la propia locura de los participantes que acompañan estas experiencias; por ello el trabajo en grupo es indispensable.

trabajo en comunidad no es lo más complicado la rehabilitación del enfermo mental crónico, es difícil, con deterioro, egoísta, dependiente y demás, para mí lo más complicado es el entorno del paciente mental, si no trabajamos con el entorno, no podemos trabajar con el enfermo, lo que haremos es aislarlo y nosotros con el enfermo y terminaremos como ellos. No nos olvidemos del enfermo pero no nos obsesionemos con él. Ahí están los que están cerca y viven todo aquello, la familia, los amigos, los vecinos, los medios de comunicación, los gestores, los políticos y demás. Sólo con el paciente, cuerpo a cuerpo, tenemos poco que hacer [...] En rehabilitación y en psiquiatría comunitaria es fundamental la coordinación, la continuidad, la conversión de los servicios, de recursos, de los profesionales y también de los pacientes; la progresión de este camino con un principio y un final. Con recursos aislados, insuficientes, sin estar coordinados, sin trabajar en equipo, sin tener en cuenta no sólo al paciente sino al resto de la comunidad, las familias, los administradores, mejor nos dedicamos a otra cosa. Hay que tener los recursos cuando los pacientes están mejor, para dejar entrar a otros [...] sino están bloqueando, colapsando [...] Partir de los recursos que ya existen, intentar reorganizarlos, recuperarlos, reconvertirlos y crear los nuevos que hagan falta, mejorar lo que hay, no quitar lo viejo, cargar con lo viejo [...] a veces no hace falta todo nuevo sino reconvertir lo que ya existe y trabajar en forma organizada. Bastante complicado es sacar adelante al enfermo mental crónico para que todavía los profesionales hagamos diferencias [Blasi, 2001].

En 2002 hice una estadía durante una semana en Barcelona; transité por los diferentes espacios de Arapdis y realicé entrevistas al equipo coordinador y a pacientes-trabajadores.

El primer encuentro con el equipo fue en el Congreso, previo a mi estadía, organizado por esta Asociación. Fue la primera vivencia sobre la modalidad de integración²⁴ de los pacientes por la vía laboral. Aproximadamente 60 por ciento del equipo que apoyó al

²⁴ En México y en Brasil había tenido acercamiento a estas experiencias donde los pacientes tienen presencia en actos públicos (foros, obras de teatro, bailes), en ellos se hace evidente la diferencia, el rostro que muestra la locura, lo infantil de las actividades que les son propuestas y la acogida del público que se emociona y se sorprende porque son "locos".

Congreso eran pacientes-trabajadores. Pocos podían identificarse como afectados por padecimientos psiquiátricos severos. En las actividades culturales, espacio abierto para el equipo mixto (pacientes y profesionales colaboradores), destacaron un concierto y una obra de teatro, muy bien lograda, con un complejo guión escrito por una joven psicóloga y la puesta en escena por un grupo de teatro. Asistimos a una presentación donde no se mostró ni se planteó el problema de la locura.

Es importante destacar el nivel de actividad y el fuerte impulso que atraviesa la vida de la institución; más allá de mantener lo instituido desde su fundación, también se observa un permanente proceso transformador de los espacios, nuevos servicios y vínculos, en constante expansión. También actividades creativas, artísticas y de participación social, donde logran desplegar un importante nivel de complejidad y competencia social (teatro, conciertos, el congreso internacional, etcétera). El equipo, los integrantes de la institución, fuertemente vinculados a su líder (“es el gurú de todos”, expresa A), comulgan con la apuesta, mejorar la calidad de vida de personas que en otro contexto estarían marginadas o abandonadas.

Los coordinadores, monitores y usuarios-trabajadores, cohesionados por el liderazgo y la intensa tarea, mantienen, dentro de una dimensión de lugares claros, una horizontalidad en las relaciones, comparten las actividades laborales y espacios de convivencia.

En el Centro de Documentación y Biblioteca, el coordinador me recibió con entusiasmo y me mostró el trabajo; conocí al resto del equipo y pronto mi mirada cambió: de la búsqueda de un escenario atravesado por la enfermedad, pronto mi interés se desplazó a conocer su trabajo, metodologías y la enorme riqueza del acervo documental. Miraba trabajadores y no enfermos y también sentí la importancia para ellos de esa mirada de otros, de mostrar lo que hacen y ser escuchados, que su trabajo tenga interlocutores. Sobre una mesa se encontraban los restos del festejo del cumpleaños de un compañero.

En entrevista, el coordinador de este centro documental dice que ingresó por iniciativa de su madre: “mi madre buscó para que haga algo, yo no, vivía bien, yo no tenía ningún problema [...] no oigo voces, tengo epilepsia”. Ya había tenido capacitaciones previas a su ingreso en Arapdis.²⁵ Acerca de la convivencia en la Asociación, expresa:

El ambiente en la biblioteca es muy bueno, la mayoría son voluntarios, no tienen obligación de ir, si van es porque quieren, quiere decir que, en la biblioteca, excepto yo y E, van porque quieren. No puede ser que se encuentren mal porque hay un ambiente de trabajo en la biblioteca. La enfermedad, a lo mejor porque van ahí y se encuentran bien, no se nota, en A un poco, es callada, se le siente que tiene una enfermedad, le hablas y no contesta, se le ve que está ansiosa en sus relaciones. Ya hablará, ya hará caso, no vas a estar apretándole las tuercas, es contraproducente; los demás por más enfermedades que tengan se relacionan normales. Se encuentran bien [una bibliotecaria asiste los miércoles y los capacita].

Un espacio de convivencia y trabajo intenso, “servicio mixto”, es el “Ateneo” (restaurante y centro cultural), trabajan en él coordinadores, monitores y usuarios-trabajadores. Es un espacio que representa la horizontalidad de la convivencia entre ellos, tanto como trabajadores como entre los que hacen uso del servicio. En las mesas se encuentran para comer tanto los participantes de Arapdis como la creciente clientela del barrio. El lugar es abierto, luminoso y estético, destaca la cuidadosa presentación de los que atienden; la comida, muy bien preparada y con precios bajos. Por la tarde,

²⁵ En relación con la vinculación en el trabajo, los coordinadores observan que el paciente recae menos si además del tratamiento tiene organizado el nivel ocupacional (lo que ellos consideran el tratamiento integral). Mayor ocupación, menor enfermedad. Describen las áreas laborales: la lavandería implica mucho trabajo, es más agobiante, sin descanso; la jardinería, hostelería, trabajo en residencias y transporte, la realizan personas con experiencia anterior. La mayoría de los pacientes ha tenido dificultades para terminar sus estudios.

es el lugar de encuentro para diferentes actividades culturales y de convivencia. Ana,²⁶ encargada en el restaurante, describe su experiencia:

[los pacientes-trabajadores] de iniciativa no tienen mucha, les cuesta arrancar, que salga de ellos mismos, unos más que otros, hay que ir detrás, repetirles [...] pero claro que trabajan, cuando entré un poco perdida me hicieron sentir muy bien, “si algo necesitas, dinos”. Hay días que están más serios y absortos, reina buen ambiente, “oye Ana, no te preocupes que lo hago yo”, hay días de más trabajo y ellos se ponen más tensos, llega mucha gente, se acumula el trabajo, se ponen nerviosos. Hay gente esperando, mucha gente, en verano más, ves caras nuevas, se ha hecho pequeño el restaurante.

Para los usuarios, cuando logran vincularse con la institución, cambia el sentido de sus vidas, forman parte de una comunidad que los acoge, encuentran ciertos garantes sociales y económicos, así como contención y apoyo. Todo esto en un marco de alta exigencia y de mediación y estructuración organizacional que parece que, con cierta eficacia, garantiza la contención y acompañamiento ante la emergencia de la locura; o bien, cuando ésta se expresa en momentos de crisis, cuenta con recursos institucionales²⁷ y redes de relación entre el grupo, que se hacen cargo de los momentos más conflictivos y dramáticos. Es importante enfatizar que en esta apuesta, el compromiso del equipo logra sostenerse, a pesar de la fragilidad que suele acompañar

²⁶ Con el objeto de proteger la identidad de los entrevistados, el nombre ha sido cambiado.

²⁷ Se ha integrado a la red asistencial un centro de atención clínica (CIS). Este centro de atención en crisis y tratamiento ambulatorio, cuenta con espacios para internamiento y ofrece un tratamiento integral, con programas de atención psiquiátrica, psicoterapéutica individual y grupal, actividades de hospital de día y la posibilidad de transitar por los programas comunitarios. A diferencia de Arapdis — institución no lucrativa — el CIS es privado. En armonía con las otras estructuras, cuenta con espacios luminosos, hogarizados y estéticos y el personal participa de la misma filosofía socioasistencial. Atiende aproximadamente a 120 pacientes, entre ellos, algunos de los pacientes integrados a la red de Arapdis que se encuentran en crisis o requieren atención clínica.

al trabajo con la locura.²⁸ Quizá es un riesgo plantearlo así pero, desde la observación de la dinámica de Arapdis, se podría pensar que se ha conformado una fuerte trama donde los vínculos logran sostenerse por una intensa secundarización de las relaciones mediante la tarea, también por el deseo del líder y de los coordinadores y monitores que los miran como sujetos, transmitiéndoles una apuesta por una vida posible más allá de la enfermedad, en un contexto de contención grupal e institucional. Contrario a la historia vivida por la mayoría de los participantes, todos están realmente interesados en ellos, ese gran otro y los otros compañeros, semejantes. Para muchos es el principio de otra relación con el mundo; tienen un lugar, los espera una vida entre los otros a pesar de los avatares de la enfermedad.

En Arapdis aprendí el compañerismo, se aprende de los demás, estuve en clase de francés, de manualidades, diferentes tipos de actividad, vengo todos los días a trabajar, a veces por alguna enfermedad faltó [C].

[J] trabajó de camarero, iba lento, ahora toma medicación, el otro día vino, lo vi más despabilado, trabaja cuatro horas cuando viene menos gente. Otro camarero ha estado de baja por depresión, tuvo una recaída, lleva 4 meses ingresado, regresa al centro de día. Dice, “me voy a agobiar” [A].

[J] ha estado llamando, pidiendo que le lean el menú, quiere tenerlo memorizado para cuando regrese al trabajo.

El funcionamiento y sentimiento grupal favorecen formas de contención esenciales para acompañar y mantener en las redes comunitarias a los pacientes en momentos

²⁸ Kaës destaca el lugar del deseo de los sujetos de establecer una relación con cierta duración y estabilidad. Plantea que las configuraciones de los vínculos instituidos por las relaciones *intersubjetivas* y por las formas sociales que reconocen y sostienen la institución de ese vínculo tienen tres componentes, *la alianza, la comunidad de relación de meta y la obligación* (Kaës, 1998:13).

difíciles. Esta modalidad se observa cuando se ocupan y aseguran que todos participen en las actividades. Por ejemplo, en una cena para el grupo que participó en la obra de teatro, una compañera no quiso asistir, se sentía deprimida, no quería estar “con su carota”; le insistieron y ante su negativa avisaron al director, quien le llamó y pasó a su casa por ella. Varias veces aludieron a que estaban todos, nadie había faltado. En el restaurante el espacio estaba dispuesto con varias mesas; los asistentes de manera espontánea modificaron la disposición de las mesas hasta formar un gran círculo donde todos convivían y participaban. Este proceso inicia con un intenso trabajo por parte del equipo de la institución por lograr producir en los nuevos integrantes el deseo de vincularse y comprometerse con los programas.

El Centro de Día es el primer espacio que se dedica a la rehabilitación ocupacional, al autocuidado, al desarrollo de aptitudes pre-laborales, disciplina, estructuración de la vida diaria. El proceso de ingreso y vinculación enfrenta las demandas familiares que tratan de forzar que ingresen; de acuerdo con el coordinador, los familiares argumentan que los enfermos “en su casa pierden el tiempo; los pacientes llegan con expectativas elevadas y con prisa por un contrato y un ingreso”. Plantea también, que las acciones se dirigen a incidir:

[...] en lo desestructurado, a estimularles esas posibilidades que si las cuidan, si las trabajan, pueden tener un empleo. Se promueve el autocuidado, que fuera realice actividades sobre lo que le guste, que se vaya moviendo, a veces es difuso, sin solidez, a veces no quiere trabajar; organizarle, pautarle el tiempo, cosas de interés; algunos plantean: “el trabajo no es mi objetivo”.

Para alentar la participación de los pacientes, argumenta en relación con un proyecto futuro:

“Piensa que eres joven, que tienes años por delante, sin ayuda puede ser que después sea tarde para que tú lo hagas, se van perdiendo otras capacidades”. La mayoría se

vinculan, nueve de cada diez, después se pasa al terreno de las actividades. El vínculo es lo más importante. Si se está muy encima de él, acabas enganchándolo en la actividad. Si quiere otro lugar (diferentes lugares de taller-escuela), la idea es que no se queden estancados.

El coordinador del trabajo que se hace fuera de la institución (jardinería, mantenimiento, fotocopadoras), reconoce que cuando llegan a esta área hay un gran trabajo previo:

[...] el trabajo que hay detrás, de normas, de autonomía, convivencia de menos a más, tú los ves en el piso, previo a esto hay un trabajo de hábitos en residencia, ducharse, de cuidado de su ropa, responsabilidades que tienen que asumir para pasar a un piso, se hace un seguimiento importante.

El vínculo transferencial inicia por parte del equipo tratante, es a partir de este vínculo que los usuarios encuentran un lugar de pertenencia, un proyecto y la mirada e interés de los otros. S, al hablar de su experiencia en Arapdis, plantea:

[...] me ha hecho que me valoren más, el doctor Blasi aunque es persona muy seria y concreta en las cosas, sabe dónde tiene que poner la leña para que tú la entiendas y trabajes. El doctor A tiene un respeto hacia los enfermos, no sé, maravilloso, todos los monitores, uno por una cosa, uno por otra, te hacen sentirte importante, eso que alguien te haga sentirte importante es la sal de la vida y tú sientes que nadie te quiere, que eres un inútil para la gente, es una desgracia. Aquí los compañeros son muy majos, a veces una pelea, pero eso es normal.

La vinculación de S con la institución refleja esa idea de lo progresivo y el efecto que tiene el camino recorrido por otros como posibilidad de acceso; para ella, tener un contrato de trabajo y presentarse ante su familia en otra posición se ha convertido

en su apuesta: “que no crea mi hermano que lo busco para pedirle algo”. Describe su tránsito, en el Centro de Día, primer espacio de integración a la institución:

[...] estuve viniendo dos días, después tres y luego toda la semana, hago el taller de copistería, me estoy formando para que cuando crean conveniente, que ya esté preparada para estar en el kiosco y en copistería, según los informes de cómo vayas evolucionando, estás más tiempo o menos tiempo, tengo muchas ganas ya, hay gente que está en la residencia en menos tiempo, lo que pasa es que murió mi madre y me di cuenta que tengo que vivir por mí misma, siempre me había superprotegido al tener la enfermedad. Estar aquí me movió a vivir, lo importante es eso.

Experiencias de reinserción sociolaboral

Arapdis y el liderazgo de su fundador y creador, caracterizado por su participación y presencia en cada uno de los espacios y actividades, imprime una dinámica transferencial en el grupo, en muchas ocasiones de fuerte idealización y soporte.

El doctor Blasí me da seguridad, confianza, me dijo que ya estaba contratada, que buscara dónde podría interesarme [L].

Ese lugar transferencial también ha posibilitado salidas vitales a situaciones de extremo vacío y destrucción; la amplia y diversa red institucional ha sido un recurso muy importante para acompañar y responder a las necesidades de personas que reinician su vida con la inscripción a un proyecto que les ofrece acogerlos en el presente y que les ofrece un camino por el cual pueden transitar hacia un proyecto laboral y social.

Yo necesitaba un sitio donde ubicarme, estoy aquí, se han inventado un puesto para mí, estoy cómoda [A].

Cada quien va necesitando diferentes cosas, tratan de atender en su momento esa necesidad vital, en la aparente racionalidad empresarial se van creando condiciones en función de lo que los usuarios van demandando.²⁹

El trabajo te saca, convives con “eso” de otra manera [A].

El lugar transferencial y el rescate del sujeto son temas importante a reflexionar.

En el discurso de la institución convergen diversas dimensiones que se antojan irreconciliables, los números y la racionalidad en las evaluaciones, también la mirada cualitativa al sujeto en su singular proceso y momento clínico, social, de habilidades y de condiciones de vida. La organización y estructuras productivas y asistenciales con procedimientos sujetos a normas, y la adecuación a las necesidades de cada uno.

El equipo colaborador integrado por profesionales jóvenes, en general con varios años trabajando en la institución, comparte la apuesta con un elevado nivel de compromiso, entusiasmo y satisfacción por su labor. Las redes de relaciones en el equipo se sostienen a pesar de las dificultades cotidianas, las caídas y las crisis que acompañan su trabajo. Llama la atención que, con excepción de profesionales que trabajan en la clínica, parecería que quienes están a cargo de los programas sociolaborales, poco saben de la subjetividad psicótica (sin hablar de la locura, delirios, crisis, dificultad para relacionarse, entre otras manifestaciones que poco se expresan en los contextos sociolaborales) y consideran que la enfermedad se despliega, comprende y atiende en otro espacio de la red asistencial (es un requisito asistir a tratamiento terapéutico). Parte importante de su quehacer es la lucha por integrar a los pacientes a una estructura que varía de acuerdo con el camino progresivo.

²⁹ Además de los espacios de vivienda cada vez más diversificados, se han agregado actividades y programas culturales vespertinos.

En el primer espacio —Centro de Día— la adherencia a la institución y sus programas básicos es la primera batalla. Este programa incluye una serie de actividades organizadas como un calendario escolar: la jornada inicia con una asamblea, leen y discuten las noticias de los diarios; ejercicios de expresión corporal, capacitación, etcétera.

Los programas representan la forma en que la institución lucha contra los efectos de la psicosis y otras afecciones psiquiátricas, en especial, al dirigirse los llamados “síntomas negativos” (falta de interés, agotamiento):

Hemos de entrar en un nuevo concepto de “cura” y también de “enfermar” o “enfermedad”. No hay bastante con “compensar síntomas activos”, sino que se ha de “despertar” y “estimular” en unos casos, y “complementar” en otros, los signos “negativos” de la enfermedad de cada momento de su evolución con programas individualizados de rehabilitación psicosocial en la comunidad [Blasi, 2000:265].

Estos síntomas negativos son atribuidos a efectos secundarios del tratamiento farmacológico, a la falta de estructura por proceder de familias “disfuncionales” y en general al deterioro que produce la cronificación de la enfermedad.

El complejo funcionamiento institucional se desarrolla en diferentes registros: sistemas de evaluación permanente con “índices de información objetivos, progresivos y continuados” que se producen en cada espacio asistencial y en la historia clínica (terapeutas externos, internos, etcétera), así como las reuniones diarias y periódicas del equipo, donde circula la información acerca de cada uno de los asistentes y su relación con cada programa; están al pendiente de todo, cercanos a todo. Retomando la frase de una colaboradora: “en Arapdis tocan muchas teclas”.

Todos los programas de reinserción socio-laboral, Centros de Día, Casas de Medio Camino, programas de Hospital de Día, etcétera, llenan el tiempo de los pacientes

con actividades, generalmente con poco sentido para ellos, aunque reconocen que se sienten bien y su vida es mejor. Este Centro, a diferencia de muchos otros de su tipo, tiene un sentido que va más allá del entretenimiento: representa la primera fase de un proyecto. El director de una Casa de Medio Camino en México, observó que incluir talleres con cierta obligatoriedad, tenía efectos positivos en la vida de los huéspedes y tranquilizaba a todos, principalmente al equipo: “todos estamos más tranquilos”.³⁰ En esta institución, a diferencia de otras, la idea de progresar, de preparar un camino para llegar a tener un contrato de trabajo y una integración social con mayor autonomía, llega a ser importante para algunos pacientes, para otros no. Si bien el tiempo en la psicosis es otro tiempo y no sabemos la significación que pueda tener la promesa de un futuro posible en esta subjetividad otra, lo que parece evidente es que tener un lugar valorado en el intercambio con los otros y mantenerse integrado a una comunidad, más allá de tranquilizar a todos y mejorar la calidad de vida de los participantes, tiene efectos subjetivantes. Solamente la escucha de la experiencia singular puede dar cuenta de lo estructurante que resulta para el sujeto integrarse a un contexto grupal e institucional organizado por el deseo y la apuesta a una vida en comunidad. En la base de la psicosis, la ausencia de mirada y de deseo, ese vacío del Otro y del otro que atraviesa la historia personal de las personas que la sufren, suele tener eco en la historia de las respuestas institucionales, atravesadas por el abandono, pesimismo y por la mirada cronificada hacia el paciente.

En Arapdis se da la continuidad del equipo, en su mayoría gente joven que después de su formación profesional han seguido formándose en esta modalidad de trabajo, funcionando en torno a un ideal y una apuesta.

³⁰ A. Hernández, director de “Casa de Medio Camino”, entrevista realizada en mayo del 2003.

Centro de Rehabilitación Psicosocial, CAPS (Brasil)³¹

Las diferencias que se encuentran en la singularidad de cada experiencia resultan sorprendentes; comparando dos centros comunitarios, los Centros de Atención Psicosocial de São Paulo, Brasil y los Centros Comunitarios para personas con psicosis y adicción en Nueva York, se observa que la relación con el usuario cambia sustancialmente. En los primeros, creados como espacio de convivencia, donde “la locura pueda ser y estar”, en una estructura flexible, se proponen rehabilitar los vínculos, privilegiando la creación de espacios para favorecer la integración social mediante la creación de actividades para hacer significativo el tiempo libre, talleres, actividades en el marco de las redes sociales para favorecer las organizaciones de familiares, usuarios, etcétera. En los segundos, el control médico, tratamientos y sistemas de administración del medicamento y la alimentación, aparecen en primer plano; la necesidad de mostrar resultados a las instituciones que subsidian estos servicios, determina las formas de relación con los usuarios.³²

³¹ Centro de Atención Psicosocial, Prof. Luis da Rocha Cerqueira, Unidad de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo, Brasil (DIR-1), fundado en 1987, es apoyado para su funcionamiento por la Asociación Franco Basaglia, organización no gubernamental sin fines de lucro (fundada en 1990), que reúne usuarios, familiares y profesionales de Salud Mental.

³² A partir de la observación de estos dos tipos de centros, el CAPS, centro de día público, apoyado por la Universidad de São Paulo, donde médicos, psicólogos y trabajadores sociales participan, apoyos no gubernamentales, como el Instituto Basaglia y organizaciones de familiares y usuarios, hacen que la convivencia con la locura sea abierta y flexible. El centro del South Bronx, Nueva York, es generado como parte del sistema de salud; a pesar de que la propuesta se enmarca en una importante lucha por el derecho a la atención y a recursos estatales para la población latina, tienen que responder a un control médico y hacerse cargo de los tratamientos, esto condiciona que las relaciones estén determinadas de manera importante por la condición de enfermos.

El contexto general

A partir de la década de los ochenta y hasta la actualidad, Brasil ha transitado por un importante proceso de transformación de sus instituciones de salud mental; el movimiento de Reforma Psiquiátrica, desde sus orígenes, se ha orientado hacia la sustitución del hospital psiquiátrico y a la relación de la sociedad con las personas con trastornos mentales, dando un lugar central a la promoción de sus derechos civiles.

El proceso de transformación de la atención psiquiátrica en Brasil tuvo importante influencia de la experiencia italiana, que consiguió superar el manicomio y sus prácticas y fue capaz de inventar nuevas formas de cuidado y atención (Amarante, 1994). La Ley 180 y la influencia de Foucault, Goffman, Szasz, Castel, así como el proyecto de prevención de Kaplan, nutrieron la apuesta por la superación del hospital psiquiátrico y una efectiva transformación de la práctica psiquiátrica (Nicasio, 1989:48).

La Reforma Psiquiátrica, como proyecto a nivel nacional, fue aprobada con rango de legislación en 2001; esta nueva legislación privilegia la atención extrahospitalaria y los derechos humanos y ciudadanos de los usuarios. Entre los acontecimientos que antecedieron la aprobación de la Ley de Reforma Psiquiátrica y el carácter antimanicomial de las fuerzas transformadoras, se puede destacar la influencia de F. Basaglia, que llega a Brasil en 1975 con su libro *Los crímenes de la paz*; en esa época, los trabajadores de la División Nacional de Salud Mental denunciaban la violencia institucional, la falta de asistencia, la marginación y la *industria de la locura promovida por el sector privado*.³³

A partir de 1987 se conforma una nueva etapa que tiene como objetivo modificar las políticas nacionales de salud mental. Después de la I Conferencia Nacional de

³³ Una tarea difícil para la Reforma Psiquiátrica en Brasil fue desmontar los servicios psiquiátricos; en su mayoría son privados, contratados como servicios subrogados del Estado.

Salud Mental se generó un importante frente de lucha política a nivel territorial, principalmente en las grandes ciudades; se destacan los movimientos de los trabajadores en salud mental, que asumen el lema: por *una sociedad sin manicomios*. Esta movilización lleva a las Cámaras el Proyecto de Ley 08/91-C elaborada por el Diputado Paulo Delgado, que propone la extinción progresiva de los hospitales psiquiátricos. Esta propuesta abrió un gran debate a nivel nacional sobre los planteamientos antimanicomiales.

En 1990 la “Declaración de Caracas”, que promueve la OMS como propuesta general para los países de la región latinoamericana, valida las propuestas promovidas por los movimientos antimanicomiales y recomienda reestructurar la asistencia psiquiátrica, con la adecuación de las legislaciones para que aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales.

F. Nicacio (1989:49) plantea que el actor social que conduce los cambios es el Movimiento Nacional de Articulación de Lucha Antimanicomial, que tiene sus raíces históricas en la Red Alternativa de Psiquiatría.

En 1992, en la II Conferencia de Salud Mental realizada en Brasilia, se logra una gran movilización colectiva para la discusión y propuestas en el campo de la salud mental; los temas que se destacan en esta Conferencia son las redes de atención en salud mental, transformaciones en la legislación, el derecho a la atención y los derechos ciudadanos. La Ley del diputado Delgado, aprobada en 1992, genera un proceso transformador y de discusión y transformaciones paulatinas a las propuestas institucionales, durante más de 10 años.

En este contexto de movimientos, denuncias y la apuesta a la sustitución del hospital psiquiátrico, que tomaría mayor forma a partir del proyecto de Ley, las llamadas estructuras intermedias o de transición ya formaban parte del sistema de salud: en 1987 estaban funcionando en Brasil más de cien servicios para la atención en la

comunidad de las personas con padecimientos mentales, centros psicosociales, hospitales de día, enfermerías en hospitales generales, centros de convivencia, cooperativas de trabajo, proyectos de vivienda, etcétera.³⁴ En el año 2001, con el auge de la Reforma Psiquiátrica, se habían abierto más de 500 centros de rehabilitación.

Centro de Atención Psicosocial (CAPS)

En 1986 se crean los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) como estructuras terapéuticas intermedias entre la hospitalización y la integración comunitaria. Atienden a personas con problemas psiquiátricos graves, remitidos por lo general de centros de salud, hospitales y consultorios. La población atendida son psicóticos, neuróticos graves y con retardo mental leve; población que también es caracterizada por problemas socioculturales y económicos; “los típicos usuarios son personas dañadas, locas, invariablemente pobres y abandonadas” (Fernández Pitta, 1997:41); su propósito de acompañar la transición a su realidad, se sustenta en el principio de que todas las personas tienen derecho a la oportunidad de sobrevivir dignamente a pesar de sus limitaciones sociales y económicas.

A partir de una reforma administrativa del sector salud (en 1986), se inaugura en 1987, como propuesta pública innovadora, El Centro de Atención Psicosocial, “Prof. Luis da Rocha Cergueira”; se destina para este fin una bella casona estilo normando en el centro de la ciudad de São Paulo. Los objetivos que se plantearon para organizar sus prácticas fueron:

³⁴ Entre los centros que forman la red de estructuras intermedias, antecedente de la actual expansión de estas alternativas, se pueden citar, La Casa de Palmeras en Río de Janeiro; los Centros de Atención Psicosocial en São Paulo, los núcleos de Atención en Saretos, los Centros de convivencia en São Paulo y casas de asistencia.

- a) Cuidado personalizado a personas con dificultad grave en el contacto interpersonal.
- b) Abordaje psicosocial de la problemática, incluyendo el núcleo familiar, trabajo, escuela, vecinos.
- c) Fomento de las actividades plásticas como dibujo, pintura, canto, teatro, interpretando elementos culturales enrarecidos ya sea por la enfermedad por la falta de acceso a ellos. Estímulo a la participación de actividades productivas dentro y fuera del centro, buscando la reinserción profesional de aquellos que alcanzan las condiciones necesarias (artesanías manufacturas, cooperativas, etcétera).
- d) Promoción de eventos culturales y/o recreativos, abriendo espacios de intercambios intersubjetivos con usuarios, familias y comunidades.
- e) Apropiado tratamiento farmacológico respetando la dosificación, horarios y periodos.
- f) Estímulo a las formas alternativas y cooperadoras de internación para quien lo necesite.
- g) Buscar plena articulación del Centro con estructuras sociales (artísticas, culturales, deportivas, bibliotecas, etcétera).
- h) Desarrollar un programa asistencial docente con líneas de formación e investigación que privilegie el proceso salud-enfermedad mental en el campo de la salud colectiva, en sus vertientes epidemiológicas de la organización y validez de los servicios de la clínica y de la penetración social en sus múltiples determinaciones (Fernández Pitta, 1997:43).

El trabajo se organiza en relación con cuatro líneas: la terapéutica, de proyectos especiales, de enseñanza e investigación y la administrativa. En 1997 el equipo colaborador estaba integrado por 30 profesionales y habían atendido a 120 usuarios.

El sentido de sus prácticas se dirige a dimensiones de atención pero también es una propuesta política: “recibir y tratar a personas con trastornos mentales graves, imposibilitadas de ejercer sus derechos civiles, sociales y políticos y más aún una

vida efectiva de relación" (Fernández Pitta, 1977:42);³⁵ esta propuesta se nutrió de las experiencias de los países que iniciaron los primeros movimientos y reformas institucionales y que, como parte de estos procesos, gestaron estructuras intermedias, entre el internamiento en el hospital y la integración a la comunidad, las experiencias de centros de día en Francia, la comunidades terapéuticas de Maxwell Jones, en Escocia, los centros de Salud Mental en Estados Unidos, los Centros de Salud Mental en Italia. El nombre de CAPS fue inspirado por las creativas experiencias encontradas en Managua, Nicaragua, donde "en una economía de guerra se cuidó con responsabilidad de las personas con problemas psiquiátricos" (Fernández Pitta, 1997:40).

Es importante señalar que en las publicaciones y el discurso del equipo se destaca al sujeto y a su familia, incluyendo en su concepción la dimensión inconsciente que se juega en la trama de relaciones donde se produce el sufrimiento, por ello incluyen espacios de escucha y de tratamiento clínico, así como las condiciones de vida y la necesidad de actuaciones en lo social y comunitario. La clínica psiquiátrica³⁶ y formas de abordaje grupal de corte psicoanalítico, así como la promoción de agrupaciones y el trabajo en red que ha caracterizado el campo de la salud mental y la dimensión colectiva del movimiento brasileño en el Proyecto Nacional de Reforma Psiquiátrica, atraviesan la dinámica de estas experiencias.³⁷

³⁵ Tosquelles, citado por la autora, planteaba que "la fobia a la locura es una condición natural del género humano. Los grupos humanos son hechos para excluir de su medio a la locura y es por eso que la acción terapéutica en la comunidad es una utopía que necesita ser acompañada con cuidado" (Fernández Pitta, 1997:42).

³⁶ El CAPS es apoyado y dirigido por profesionales de la Universidad de São Paulo, en especial de la Facultad de Medicina.

³⁷ Las asociaciones de familiares participan en la Comisión Nacional de Reforma Psiquiátrica, en la Comisión Nacional de Salud, en el Consejo de Salud del Estado de São Paulo, entre otras.

[El CAPS está ubicado en una casa³⁸ que se propone crear] un tiempo y espacio que posibilite los intercambios, caminar más allá de los muros de la casa en actividades intersectoriales, donde trabajo, escuela y habitación se agregan a las actividades terapéuticas, han justificado la creación de asociaciones de usuarios, familiares y profesionales para enfrentar la rigidez existente en las instituciones y sus inercias [Fernández Pitta, 1997:42].

Entre sus retos y obstáculos citan el propósito de generar un lugar de tránsito y no de permanencia;³⁹ la dificultad de iniciar el trabajo que la autora atribuye a “los temores individuales y grupales al enfrentarse a la incertidumbre, la desestructuración y la locura, movilizan estrategias defensivas del grupo y habitualmente ponen en lo precario del material la justificación para no iniciar el trabajo”. Si bien cuentan con actividades definidas en espacio y tiempo —talleres, grupos, paseos, asambleas, recreos—, también es cierto que representa un permanente desafío proponer nuevas posibilidades de encuentro en actividades menos estructuradas que propicien el “estar con”, espacios de tolerancia y libertad, lugares donde la locura pueda ser y estar.

Como lo explicita Fernández Pitta,⁴⁰ los CAPS se consideran espacios de rehabilitación, entendiendo por ello el desarrollo de estructuras “culturalmente sensibles”, capaces de apoyar a personas desfasadas subjetivamente, para que puedan desarrollar procesos de reconstrucción de sí mismas y promoviendo su contractualidad social; estos espacios de atención psicosocial (llamados centros o núcleos) se consideran adecuados para los

³⁸ Estos centros, abiertos y flexibles, suelen ser concebidos como lugares parecidos a los espacios donde las personas viven para facilitar su retorno.

³⁹ Para estas estructuras llamadas intermedias, ser lugar de tránsito ha enfrentado históricamente muchos obstáculos; principalmente, la familia no las recibe de vuelta y es muy difícil que se integren social y laboralmente.

⁴⁰ Vicepresidenta para las Américas de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial; investigadora en salud mental colectiva, Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil.

objetivos propuestos porque desarrollan programas más flexibles que favorecen la inclusión de la familia, la red social, los centros y agencias sociales, de salud, espacios de cultura y recreación en el territorio donde están los pacientes. Su actividad ha sido “acompañar en una larga evolución a personas con serias dificultades para establecer relaciones cotidianas con las instancias sociales” (Fernández Pitta, 1997:43).

El Centro de Atención Psicosocial de São Paulo, Brasil

En todos los Congresos de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, la participación de Brasil es numerosa, con amplia asistencia de organizaciones de pacientes (usuarios), familiares y profesionales; los usuarios, junto con los demás participantes, circulan en grupos y forman redes para apoyar y acompañar a los más frágiles de entre ellos. Esta participación contrasta con la de otros países que, en una asociación que promueve los derechos de los pacientes, pocos tienen voz o cuentan con recursos para asistir, igual es el caso de los profesionales a nivel de enfermería o trabajo social. La Asociación Franco Basaglia y los recursos del Estado favorecen esta participación, lo que yo interpreto como una muestra de la horizontalidad de las relaciones y de la fuerza de las organizaciones vinculadas a la transformación de las instituciones psiquiátricas.

En 1997 visité el CAPS, dirigido por Ana María Fernández Pitta, invitada para participar en un encuentro organizado por la Facultad de Psicología de la Universidad de São Paulo, con motivo del “Día de la lucha anti-manicomio” (18 de mayo). Como los textos citados lo describen, el Centro se instaló en una bella casa, amplia y céntrica, rodeada de altos edificios de oficinas; los espacios hogarizados, acogedores, se han ido equipando con apoyos y donaciones. El discurso de Fernández Pitta transmite la

idea de ir gestando programas, buscando recursos de diferentes instituciones. En ese momento estaba por abrirse una cafetería y, en otra edificación que les habían entregado, estaban organizando la atención 24 horas. Como en otros Centros de Día, había pizarrones mostrando las actividades, paseos, fiestas, convivencias, talleres; en las fotos todos sonríen; el trato y la socialización de los integrantes al CAPS, para mí se mantuvo siempre en primer plano: la cercanía, afectividad y amistad que transmitían usuarios, familiares y profesionales.

El CAPS cumplía 10 años y estaba aún en proceso, contaban ya con un taller de carpintería en el que elaboraban material didáctico que se vendía en los grandes almacenes, taller subsidiado por la Asociación Franco Basaglia, en el que participaban algunos usuarios capacitados y supervisados por un maestro; una estética donde enseñaban a los usuarios corte de pelo, peinado, maquillaje;⁴¹ en el segundo piso había un salón grande donde estaban reunidos el grupo de familiares de la Asociación Franco Basaglia. También había una amplia cocina y estaban elaborando alimentos en equipo; había un ambiente festivo, faltaban pocos días para la gran fiesta por el décimo aniversario del CAPS. El material audiovisual de este evento muestra la dinámica de la convivencia entre pacientes, familiares, profesionales y la convocatoria a músicos y amigos vinculados al CAPS.⁴² El Centro forma parte de una amplia red de relaciones; este video fue presentado como ponencia en el Congreso de la WAPR en 1998; las escenas son elocuentes, en primer plano se percibe una amplia convocatoria y diversos grupos comparten un proyecto más allá de los muros del CAPS.

En el evento organizado, con motivo del “Día de la lucha antimanicomial”, en la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, presencié ponencias de representantes de las organizaciones que intervienen en la legislación y la coordinación

⁴¹ Respecto de este taller, la directora señaló la importancia de este servicio.

⁴² Video, *10 anos de convivência no caps*, São Paulo, Brasil, 1997.

nacional de salud mental; la presentación de un disco donde habían participado usuarios; discursos y ponencias en una acalorada discusión donde se encontraba el recién elegido coordinador nacional de salud mental.

Ese mismo día, presencié los eventos organizados por la Facultad de Psicología; eran otros grupos, otras concepciones. Me di cuenta que había una gran división y descalificación entre los diferentes grupos; los esfuerzos dirigidos a modificar las condiciones de convivencia con la locura habían llevado a diferentes propuestas. Los psicólogos, más radicales, habían desarrollado programas en parques y otros espacios abiertos; estaban muy molestos porque les habían quitado el presupuesto, criticaban el encierro del CAPS y la larga estancia de los pacientes en este centro. El trato con la locura también es diferente en estos grupos, ya que los psicólogos promueven actividades creativas y de recreación, y en su apertura hacia las posibilidades de convivencia con la comunidad, hay menos preocupación por la atención clínica y los medios protegidos. Observé también un trato infantilizado a los enfermos, que se hizo evidente en la presentación de un grupo de baile; los trabajos que muestran, elaborados por los locos en otros centros, son también muy infantiles; muchas publicaciones, artes plásticas, entre otras producciones. En un ambiente de lucha política, la relación de la sociedad con la locura y el desarrollo de propuestas para atenderla e incluirla están sobre la mesa.

Entre los eventos, que formaban parte de la conmemoración de la lucha anti-manicomial, lo que más me sorprendió fue una discusión abierta en un auditorio de la Universidad, en el que participaban diferentes grupos, familiares y usuarios del público, denunciando las condiciones de atención vividas; era evidente que tenían voz, la fuerza de la discusión dejaba ver una horizontalidad de las relaciones entre los representantes de las instituciones y los usuarios.

El trabajo con grupos, intervenciones familiares

Uno de los programas del CAPS, dirigido al trabajo con familiares, nos permite acercarnos a las concepciones que privilegian sus prácticas, como lo plantea J. Melman: como estrategia de tratamiento, consideran muy importante fortalecer y enriquecer la red social de soporte de estas personas; la red social del paciente⁴³ representa uno de los indicadores más importantes de la evolución de la enfermedad; los cambios y acontecimientos ambientales producen efectos profundos en los pacientes, por ello inciden directamente en el pronóstico de la evolución del padecimiento (1997:33 y ss.).

El trabajo de investigación, generado por la participación de la Universidad y sus profesionales, permite el desarrollo conceptual vinculado a los aportes e investigaciones en este campo, mediación necesaria para poder reflexionar las estrategias y prácticas; después de una investigación, se encontraron las necesidades de los familiares de compartir el sufrimiento experimentado y de apoyo para enfrentar su vida, esto acompañado de un bajo nivel de participación en relación con el funcionamiento del Centro. El abordaje grupal como espacio de comunicación entre los familiares y la promoción del asociacionismo favoreció la construcción de sentidos, nuevas posibilidades para enfrentar los problemas a partir de una actuación colectiva (Melman, 1997:35).

La población de familiares de personas con trastornos severos con más de 5 años de evolución y por lo menos una internación y diagnóstico de esquizofrenia, es descrita por el autor:

[...] prácticamente todos los familiares que participaban en la experiencia traían una vivencia intensa de dolor y desesperación, que necesitaba ser compartida y

⁴³ “[...] entendida como un conjunto de relaciones sociales significativas que sirven para la apropiación y sustentación para la inserción de un individuo en la sociedad [...] algunos trabajos indican que los pacientes con una red social frágil y empobrecida presentan más recaídas, sintomatología más grave y mayor número de internaciones” (Melman, 1997:34).

elaborada [...] el distanciamiento que se va generando en el sistema familiar, lleva a sucesivos y continuos fracasos sociales a los pacientes y producen relaciones de frustración y conflicto.⁴⁴

Melman describe la demanda de las familias, ante el drama que atraviesa sus vidas:

Los familiares piden ayuda y soporte para enfrentar las dificultades en relación con la locura, la sobrecarga, la culpa, el pesimismo, la sensación de derrota y aislamiento social; una carencia de información significativa, los problemas en la relación con los profesionales de salud, las situaciones de crisis, emergencia y los conflictos familiares [1997:36].

Es importante destacar esta aproximación grupal, ya que a partir de la escucha de los familiares, plasma una experiencia que suele dejarse fuera de los tratamientos de pacientes con psicosis, la manera de incluir a la familia como parte de la trama en que

⁴⁴ J. Melman sustenta sus intervenciones en múltiples hallazgos que dan cuenta de la gran relevancia de incluir a los familiares en el proceso: las investigaciones muestran que el peso de las variables sociales y situacionales es mayor que el peso de las variables psicopatológicas en el proceso del tratamiento. Las expectativas de los familiares y de los terapeutas es fundamental, más relevantes que las propias intervenciones en el paciente (Luc Ciompi, Universidad de Berna). Mark Spivark, del Centro Shalom de Desarrollo de Competencias Sociales de Jerusalem, con un enfoque de estudios del comportamiento, concluye que para enfrentar un proceso de distanciamiento recíproco entre el paciente y los demás es necesario combatir el pesimismo y engendrar movimientos de producción de cambios afectivos y de sociabilidad. Otros autores procuran medir el impacto que el clima familiar produce en los pacientes con un trastorno grave, en general esquizofrenia. Brow, Vaughn y cols. demuestran que elevados niveles de comentarios críticos, elevados niveles de emociones expresas, están estrechamente relacionados con la mayor incidencia de recaídas e internaciones. Otros estudios muestran que los familiares están sometidos a una sobrecarga económica, física y emocional (Vine, 1982; Noh and Turner, 1987; Lefley, 1989). Los pacientes psiquiátricos generalmente no solventan, económicamente, los altos costos del tratamiento farmacológico, lo cual somete a los familiares a sobrecargas de trabajo y nuevas necesidades financieras. Los pacientes suelen ser excluidos del medio comunitario. Esto produce el aislamiento familiar por la estigmatización (Melman, 1997:34).

se produce y circula la psicosis. En esta aproximación se reconoce el sufrimiento del grupo familiar y la importancia de favorecer redes de apoyo y de acompañamiento.

El trabajo terapéutico se organiza en función de las necesidades de los pacientes, por ejemplo, una intervención intensiva en momentos de “crisis” (que rompe drásticamente el relativo equilibrio en la vida del sujeto); lo interesante es que “lo terapéutico” desde su concepción preventiva, es la organización y funcionamiento de lo cotidiano, el acompañamiento, la convivencia, las comidas, los límites y las reglas.

Lo terapéutico aquí es entendido como la construcción de un cúmulo de posibilidades a ser exploradas para que se creen vínculos, relaciones interpersonales y posibilidades de vivenciar, crear, expresar y comunicar [...] para la construcción-reconstrucción de su identidad y su historia [Fernández Pitta, 1977:44].

Recurso que se desarrolla con diferentes modalidades que privilegian el abordaje grupal, reuniones para la discusión de lo cotidiano, grupos de fin de semana, grupo de jornadas, títeres, marionetas, fotografía, música.

Otra área de “Proyectos especiales” se orienta a organizar y acompañar a partir de las condiciones de vida, trabajo, acompañamiento terapéutico, vivienda, de acuerdo con las demandas de los usuarios.

En relación con el área de “Enseñanza e investigación”, en este Centro se promueven espacios de formación, proyectos de investigación, estadías anuales para profesionales, cursos de clínica de psicosis, con el apoyo de la Asociación Franco Basaglia y Medicina Preventiva de la Universidad de São Paulo.

Un centro de atención psicosocial público en el marco de una lucha colectiva

El CAPS se crea como parte de un proceso más amplio de la sociedad brasileña, donde la locura y sus instituciones adquieren relevancia. En el marco del movimiento social

de lucha local anti-manicomial que inició en la década de los ochenta, el proceso brasileño —coherente con la dinámica nacional— promovió la creación de servicios alternativos y este proceso colectivo derivó en la fundación de muchas organizaciones no gubernamentales de usuarios, familiares y profesionales de Salud Mental que participaron activamente en la Reforma Psiquiátrica; la apuesta era “un fin de siglo sin manicomios”. Este proceso, que adquirió mayor impulso a partir de 1990 con la “Declaración de Caracas”, y la Ley del Diputado Delgado, revaloriza las experiencias de atención en la comunidad, como los CAPS, ya que la propuesta “antimanicomial” hace necesario generar nuevas formas de cuidado y acogimiento de los usuarios y de sus familiares.

El trabajo que desarrolla este Centro con los familiares de los pacientes es un importante aporte, ya que en la medida que se atiende a la familia, el paciente se tranquiliza. En otras experiencias la familia no se incluye, ni se le escucha como paciente, en el sentido de trabajar con su angustia y su propia locura. Si bien en las prácticas actuales de rehabilitación se promueve la participación a través de asociaciones, para trabajar con la institución en la gestión de recursos sociales, en el CAPS las concepciones sobre el sujeto de la psicosis y las aproximaciones comunitarias —que tanto desarrollo han tenido en ese país— generan formas de participación colectiva y de trabajo en red que no excluyen al sujeto ni a la escucha de su sufrimiento. En este contexto, su planteamiento de trabajo destaca la flexibilidad y actividades que favorecen los vínculos; a diferencia de otros centros que consideran a la integración laboral como una vía regia para mantener al paciente en la red de intercambio social, como es el caso de Arapdis.

En la experiencia brasileña la lucha política aparece en primer plano; el asociacionismo en cada localidad promueve la participación horizontal de los diferentes colectivos;

este proceso también tiene efectos subjetivos esenciales, en tanto que los usuarios participan en la transformación de las condiciones sociales que los aquejan.

Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, Fumerem (México)

En la Ciudad de México, la Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental (Fumerem) es el único organismo que cuenta con un Centro de Día y una Casa de Medio Camino, articulados a las instituciones manicomiales públicas como posibilidad de transición hacia la comunidad; esta institución no gubernamental ofrece programas gratuitos y subsidios a los pacientes y mantiene programas dentro de los hospitales.⁴⁵ La Fundación también jugó un importante papel en la apertura de estas instituciones y por las actividades de denuncia, que hacen público lo silenciado en el encierro manicomial.

En este apartado se describe y analiza el campo de intervención de una Fundación que ha actuado, desde diferentes aproximaciones, modificando las condiciones de los pacientes psiquiátricos vinculados a las instituciones manicomiales. Por su dinámica e incidencia en los hospitales públicos, el desarrollo de esta Fundación, a través de su propuesta y sus programas, determinados centralmente por las características y condiciones de su fundadora, Virginia González, dan cuenta del desinterés que ha privado en los Hospitales Campestres, herederos de “La Castañeda”. Como un síntoma del campo de la salud mental en México, una Institución de Asistencia Privada (IAP) logra intervenciones insospechadas en un terreno abandonado.

Esta Fundación es creada con el propósito de intervenir al interior de las instituciones manicomiales como complemento al vacío de programas para mejorar las condiciones

⁴⁵ A diferencia de las demás instituciones, Casa de Medio Camino y el Instituto Mendao, entre ellas, que por el carácter privado y oneroso de sus servicios, no representaban una posibilidad para los egresados de los manicomios

de vida de los asilados; esto inicia con la formación de técnicos en rehabilitación, por convenio con la Secretaría de Salud y con organismos internacionales,⁴⁶ con un programa de trabajo en un Hospital Campestre y con la creación de dos estructuras intermedias para pacientes psiquiátricos.⁴⁷

Fumerem se ha mantenido por más de dos décadas con actuaciones dirigidas a las instituciones psiquiátricas tradicionales; en el desarrollo de su trabajo se ha apoyado en la movilización de diferentes actores sociales, desde el voluntariado y la prensa, hasta alianzas políticas con líderes sindicales, altos funcionarios y organizaciones internacionales. Los atravesamientos institucionales y modalidades de intervención que maneja esta Fundación, tendrán efectos en las relaciones entre la fundación y la institución psiquiátrica, generando diversas consecuencias en los pacientes.

[...] antes era muy pesado para nosotros, nos trataban muy mal, estábamos todos piojosos [...] ahora ha cambiado la situación. No teníamos ropas, ahora nos saludan, antes no nos saludaba nadie, ni siquiera en la mañana, y nos trataban muy mal.⁴⁸

⁴⁶ Concretamente para esta Fundación, la Richmond Fellowship International, del Reino Unido, con filiales en todo el mundo; establecimiento voluntario de caridad, que ofrece servicios comunitarios en adicciones y salud mental, con los principios de la comunidad terapéutica. Realiza consultorías, en estudios de planeación y de factibilidad de proyectos, de formación de profesionales y de financiamiento por donadores locales o extranjeros. Pretende modificar los prejuicios, los estigmas y la negligencia en torno a la enfermedad mental y que los programas propuestos se puedan reproducir e incidan en el desarrollo nacional de los servicios de salud mental y en las políticas gubernamentales (Jansen, Elly, "The role of the halfway house in community mental health programmes in the United Kingdom and America", The Richmond Fellowship Published, Londres (citado en Aguirre, Morales y Portugal, 1997:18).

⁴⁷ La relación de esta fundación con las instituciones psiquiátricas del Distrito Federal y el Estado de México, y más recientemente de Hidalgo, es compleja y llena de acontecimientos de diferente índole, que no pretendo desarrollar aquí, únicamente en tanto que atraviesan la modalidad de trabajo con los pacientes psiquiátricos, dentro de los hospitales y en los servicios externos que ofrecen para "rehabilitación".

⁴⁸ Entrevistas a personal de la institución y a pacientes que participan en los programas de la Fundación para la Rehabilitación del Enfermo Mental y en los Comités Ciudadanos de esta fundación en los hospitales

El campo de trabajo que se propone la Fundación se ubica en la rehabilitación tradicional⁴⁹ y el voluntariado de la psiquiatría tradicional en este tipo de instituciones; también abanderó la defensa de los Derechos Humanos de los pacientes. Por las influencias históricas de esta organización, sus actividades y maneras de aproximarse al trabajo con los pacientes están atravesadas por los principios de la beneficencia, el voluntariado y el amor al prójimo. Estas formas de aproximación, en muchos casos, convocan fuertemente a quienes se integran a participar en esta experiencia:

[...] la salvación, la ayuda, la asistencia, el deseo de mejorar el mundo en nosotras, era congruente con la ideología de la fundación que se rige bajo el mito de salvar a los enfermos mentales de la situación insoportable en que viven [...] después nos dimos cuenta que reproducimos aquello que cuestionamos [...] todo parecía perfecto [García y Hernández, 1999:28].

Los primeros intentos de profesionalización de sus prácticas quedaron en la historia; la buena voluntad, la entrega a la obra, la intuición y las formas espontáneas de actuación predomina entre sus colaboradores. La transmisión de la modalidad de trabajo con los usuarios, tanto en hospitales como en las estructuras intermedias, se fue restringiendo cada vez más en las enseñanzas de su fundadora, sin la mediación de otras instituciones ni la acreditación correspondiente, como había sucedido con

psiquiátricos de la Secretaría de Salud. Estas entrevistas tuvieron por objeto integrar un informe a cargo de J. Kniffki y M. E. Ruiz Velasco, para Cáritas Alemania, una de las organizaciones financiadoras de estos programas. Por el objetivo específico de ese trabajo se aplicó la técnica de entrevista semi-estructurada, los entrevistadores fueron externos y algunos colaboradores de la fundación. Las transcripciones textuales del discurso se obtuvieron del material directo de entrevista antes del informe titulado "Evaluación de la Fundación para la Rehabilitación del Enfermo Mental", México, marzo de 2000.

⁴⁹ B. Saraceno, plantea que la rehabilitación manicomial ha consistido en prácticas de entretenimiento encaminadas a sobre llevar de manera menos penosa el tiempo infinito del internamiento sin proyección temporal o espacial (1992a:236).

las primeras generaciones de técnicos en rehabilitación.⁵⁰ En el proceso se va perdiendo la posibilidad de mediación y circulación de otros saberes y propuestas, con lo que la Fundación toma un camino cada vez de mayor encierro.

[...] nos imaginamos que estarían presentes personas dedicadas al campo de la salud mental, el curso lo dio la fundadora [...] no hay formación ni información [...] aquí se trabaja con almas⁵¹ [...] era muy emotivo, sobre las experiencias que ha tenido el personal técnico en relación con los usuarios, era como llevarnos en el lugar del otro, era muy emotivo, pero no explicaba nada acerca de afrontar posibles problemas, como atención a los estados de crisis de los usuarios [García y Hernández, 1999:49].

El terreno de trabajo se gesta en el encierro —que no cuestiona— y actúa en la modificación de las condiciones de vida al interior del hospital; desde su singular interpretación, tomando algunos elementos del modelo inglés de la comunidad terapéutica, cuenta con un Centro de Día y una Casa de Medio Camino, que llegan a formar parte de la red manicomial como espacios de transición (en el estatuto de las reformas psiquiátricas se les han llamado estructuras intermedias). Estos recursos de transición en poco tiempo se saturaron, tanto por la falta de trabajo en la comunidad que favoreciera la circulación de los usuarios, como por el vacío de otros servicios similares; durante varios años han permanecido casi como las únicas alternativas gratuitas para pacientes psiquiátricos, externas a los hospitales.

⁵⁰ Los conflictos generados por el doble rol de la fundación, el asistencial y el opositor y denunciante, propició que se cerraran y excluyera del sistema de salud lo asociado a esta organización ciudadana.

⁵¹ Las alumnas reflexionan acerca de los riesgos de la ideología del igualitarismo, a partir del discurso de la fundadora, que apunta al borramiento de las diferencias: “la igualación nos emboba, nos uniformiza [...] esto fortalece a lo instituido, todas las almas son iguales, porque entre almas no hay diferencias de clases, de razas, de edades, de sexos, de religión, aquí no importa que seas doctor o personal de limpieza, todos somos iguales” (García Hernández, 1999:49).

A partir de 1992 la bandera de las denuncias, que ocupa de manera importante a su fundadora, tiene efectos directos en el lugar que van ocupando las acciones de la Fundación. Crea dos Comités Ciudadanos en los hospitales José Sáyo y Samuel Ramírez Moreno, en la modalidad de Instituciones de Asistencia Privada (IAP), financiadas para sus programas al interior de los hospitales por organismos altruistas nacionales e internacionales. Esto permite que los pacientes se vean directamente beneficiados: tienen actividades remuneradas dentro de los hospitales y mejoría en sus condiciones de vida cotidiana. Las remuneraciones transitaron de simbólicos *reforzadores*⁵² en dinero o especie, para acceder a objetos donados o adquiridos por la Fundación (de 1980-1995), a una percepción económica en una relación laboral *sui generis*,⁵³ donde se fue conformando un encuadre de condiciones de trabajo al interior del hospital, bajo la modalidad de talleres. La percepción económica tiene efectos de gran relevancia en la vida de los internos por la posibilidad de ejercer una elección libre como consumidores, las salidas e intercambio en la comunidad.

Esta experiencia emergente desde la sociedad civil para la defensa de la dignidad de las personas asiladas en las instituciones manicomiales, también es un testimonio del vacío de proyecto por parte del Estado y la psiquiatría hegemónica para la transformación de sus instituciones psiquiátricas, el abandono por casi 30 años de los manicomios herederos de “La Castañeda” y el activo rechazo a las propuestas internacionales que

⁵² Este modelo tiene su antecedente en los programas de corte conductista que la Facultad de Psicología de la UNAM inició en 1970 en los hospitales manicomiales; la Fundación adopta este sistema de economía de fichas, para reforzar conductas “positivas” y con ellas tener acceso a artículos de uso personal (ropa, zapatos, jabones), de consumo complementario (revistas), materiales para manualidades y eventualmente dinero para objetos y servicios fuera del hospital (cigarros, transporte, etcétera). Como programa aplicado por la Fundación, el objetivo que plantean es “que el usuario acceda a la noción de “libre cambio” y al sistema de recompensas de la sociedad.

⁵³ Relación que tuvo que especificarse como parte de la rehabilitación con el objeto de no generar la dinámica propia de una relación obrero-patronal.

han mostrado los beneficios de las reformas psiquiátricas. Esto ha dejado el campo abierto para la expansión y casi única voz de esta Fundación y su lucha, generalmente por condiciones mínimas de vida, derechos “elementales” de los pacientes y en algunos momentos, sobre todo en los últimos años, una propuesta de modificación y diversificación de los espacios manicomiales.

En este apartado pretendo reflexionar el trabajo con los pacientes psiquiátricos en esta modalidad asistencial, que se gesta en tiempos casi simultáneos a la transformación de Leganés y a la creación de Arapdis. Si bien no es la única experiencia, pues se han desarrollado otras estructuras intermedias como servicios privados, este proyecto singular se dirige a la atención gratuita de diversas necesidades de personas vinculadas a los hospitales públicos en México. Su voz —frente a otras más bien apagadas o con pocos efectos, como ha sido la historia de este campo en México— muestra como parte de sus logros haber promovido la única experiencia alternativa, relativa pero no por ello menos relevante, del encierro asilar, llamada “Modelo Hidalgo”. Es innegable que esta Fundación ha tenido efectos directos en las instituciones psiquiátricas públicas y con sus recursos ha incidido en las condiciones de vida de los pacientes asilados y externados de los hospitales. A partir de la trayectoria de Fumerem, se hace evidente la actual falta de proyecto sólido por parte del Estado que hagan viable una transformación a favor de los pacientes psiquiátricos.

Este escrito se basa en la investigación documental, la observación directa, entrevistas al personal y a los usuarios de distintos hospitales y del Centro de Día donde opera la Fundación, así como la asesoría de servicios sociales y trabajos terminales de alumnos de la UAM-Xochimilco a partir de 1992.

Esta Fundación fue creada para la *rehabilitación del enfermo mental*, campo tradicional de la psiquiatría. Inició sus actividades en 1978, pero se funda oficialmente hasta 1980,

en el régimen de Institución de Asistencia Privada (IAP);⁵⁴ desde su origen se concibió como una organización complementaria, no alternativa, a los hospitales psiquiátricos públicos asilares, terreno donde centralmente ha ejercido sus acciones. Sus objetivos “se orientan a los derechos humanos, programas de readaptación y rehabilitación, divulgación y sensibilización de la sociedad para que participe en esta problemática” (Fumerem, 1994:6). Se propone promover servicios —totalmente gratuitos, a partir de donaciones— para enfermos mentales de escasos recursos y sus familias.

Entre los antecedentes de esta organización está el acercamiento a las condiciones de los pacientes psiquiátricos en el Distrito Federal y Estado de México, y la intención de buscar alternativas para mejorarlas; se nutre de cierta aproximación a la modalidad de comunidad terapéutica en Londres⁵⁵ y de la evidencia acerca de las posibilidades de integración de los pacientes psiquiátricos a la comunidad y al mercado laboral:

[...] algunas gentes de la Fundación fuimos a Londres a la Asociación Psiquiátrica Inglesa (1979), visitamos el primer programa comunitario que había visto en mi vida [...] vimos que sí se podía que personas con enfermedad mental crónica, sin recursos

⁵⁴ En la histórica organización de la asistencia, la protección y seguridad social, el propósito de la asistencia social será proteger al débil de las consecuencias negativas del entorno social, el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos, si bien es responsabilidad del Estado de bienestar, ante su fracaso o falla, la iniciativa privada interviene; la Junta de Asistencia Privada es un órgano administrativo desconcentrado y subordinado a la Secretaría de Salud, con funciones de vigilancia y asesoría a las instituciones de asistencia patrocinados por particulares con fines humanitarios y sin propósito de lucro (véase González Casanova, 1995).

⁵⁵ La comunidad terapéutica surge como una forma de organizar las instituciones totales y parciales en tiempos de guerra en que había escasez de personal. En 1953 la OMS la recomienda para los hospitales psiquiátricos. Maxell Jones es el más representativo de esta modalidad de actuación institucional que se caracteriza en términos generales por la “libertad de comunicaciones a distintos niveles y en todas las direcciones; análisis de todo lo que sucede en la institución; tendencia a destruir la relaciones de autoridad tradicionales, ambiente de máxima tolerancia; actividades colectivas, presencia de toda la comunidad en las decisiones administrativas del servicio (Desviat, 1994:44-46).

económicos, con muchos años de hospitalización estuvieran participando [...] era muy diferente en un programa comunitario que en un psiquiátrico [Aguirre *et al.*, 1997:66].

Como IAP, participa de los discursos que parten de la idea religiosa de la caridad, la beneficencia y la asistencia que atraviesa a este tipo de organizaciones en México.⁵⁶ Estos atravesamientos determinan una manera de relacionarse con los pacientes y su enfermedad; no es de extrañar que el diagnóstico no circula, ni hay una preocupación por conocer lo que es la psicosis u otros trastornos que padecen los usuarios, tampoco se dedican a atender “la enfermedad” sino la liberación de los pacientes de la institución y la sociedad que los oprimen. La caracterización de los pacientes-usuarios no varía mucho en relación con la de otros centros que atienden población psiquiátrica, la mayoría han atravesado con dificultades severas la formación y la vida laboral y han vivido condiciones de exclusión familiar y social.

[...] la mayor parte de los participantes regulares, en alguna etapa de su vida, desempeñaron funciones sociales de manera más o menos “normal”. Mínimamente se desempeñaron como estudiantes, trabajadores, en forma regular y continua, diferentes actividades de carácter productivo y las continúan desempeñando. Alto porcentaje son solteros; los casados y con hijos han sido abandonados y les han arrebatado a los hijos. Cuando se mantienen incorporados al mercado laboral no pierden capacidades ni habilidades [...] en relación a la escolaridad, 30 por ciento acudieron a la escuela y no concluyeron primaria; 24 por ciento concluyó primaria; 15 por ciento secundaria incompleta; 12 por ciento algunos semestres de nivel medio superior y superior; analfabetismo funcional y real 18 por ciento [Fumerem, 1994:74].

⁵⁶ Patricia Casanova (1995:101-118) hace una revisión sobre la transición histórica de las instituciones de asistencia privada en México. La autora señala que a partir del rompimiento de la Iglesia y el Estado ante el triunfo de las ideas liberales en el siglo XIX, la caridad y beneficencia se desprenden del criterio cristiano de ayuda al prójimo. Esta idea de origen religioso subyace a la concepción laica y científica de beneficencia dirigida a los necesitados.

Fumerem se propone impulsar acciones de mejoramiento integral a favor de las personas internadas en hospitales psiquiátricos de México y la defensa de los derechos humanos de los pacientes. En 1990, a partir de la “Declaración de Caracas”, promovida por la OMS/OPS, la Fundación participa y promueve una Carta de Derechos Humanos de las Personas con Enfermedad Mental que, a pesar de que fue elaborada en forma conjunta con la Comisión de Derechos Humanos, esta Comisión no la respaldó; por presión de la Fundación quedó integrada en la NOM-025 con lo que trascendió a los hospitales psiquiátricos.

En 1992 la Fundación y Richmond Fellowship International crean un Centro de Capacitación y ofrecen la carrera de técnico en salud mental; con el respaldo de la Fundación para Apoyo a la Comunidad (APC-Cáritas, Ciudad de México), promueven los programas de Fumerem, que también trabaja con diversos aportes económicos de familiares, voluntarios laicos y religiosos y de representantes de instituciones públicas y privadas. Los programas se dirigen prioritariamente a personas confinadas en hospitales psiquiátricos y a usuarios que han sido externados. En 1984 se fundó un Centro de Día y en 1988 una Casa de Medio Camino,⁵⁷ “para que (los pacientes) vuelvan a recuperar la confianza en sí mismos y favorecer la rápida integración a su núcleo familiar”.⁵⁸

⁵⁷ Ambos en el terreno contiguo al domicilio de la Fumerem, en una colonia céntrica de la Ciudad de México.

⁵⁸ El tiempo daría cuenta de la dificultad de esta transición, la permanencia de los usuarios supera cualquier expectativa, pocos logran vivir fuera o integrarse a su medio. Como lo expresan integrantes de la Fundación, tiene que ver con un no dejar ir, que se expresa de muchas formas: además de la falta de trabajo en el paciente para su autonomía y en el contexto, con otras instituciones sociales, con la familia; esta permanencia de los pacientes psicóticos, en las llamadas estructuras de transición, es un síntoma que se observa en muchas de estas instituciones. R. Kaës (1989:36), a partir de la dificultades en un centro de día para “dejar marchar a los enfermos originarios” (co-fundadores y co-fundados), reflexiona sobre el problema de la temporalidad, de la diferenciación de los tiempos subjetivos y sobre los fantasmas de abandono, de captación, de retención, de los pacientes asociados al mito heroico del tiempo originario de la institución.

Después de diez años de trabajo en los hospitales, el eje de actuación de Fumerem da un giro sustancial: la denuncia y la lucha política. La Fundación toma un camino que la ocupará intensamente; se dedica a “mostrar por todos los medios y dejar constancias documentales de los maltratos que reciben los enfermos atendidos en las instituciones públicas” (Fumerem, 1994:62).

Entre sus argumentos plantea una larga lista que va desde la hospitalización forzada hasta prácticas violatorias de los derechos humanos de los pacientes:

[referidas a las] relaciones de sometimiento que se establecen (formas de servidumbre, explotación, obligación a tomar psicofármacos, aislamiento, celdas de castigo, golpes, raparlos, bañarlos con agua fría; condiciones de vida infrahumanas, camas de piedra, falta de cobijas, inadecuada alimentación, etcétera) [...] la prohibición de las relaciones sexuales y las prácticas de esterilización forzosa [Fumerem, 1994:59].

También alude al Código Civil que prohíbe el matrimonio si uno de los contrayentes padece imbecilismo, locura e idiotismo, aunque hayan pasado por un proceso de rehabilitación.

Más allá del campo de la denuncia y la actividad política, la Fundación inició vínculos institucionales nacionales e internacionales, que se han diversificado y que han fortalecido sus acciones.⁵⁹ A principios de la década de los ochenta, organizó, con la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el primer curso de capacitación para técnicos en salud mental, con la participación de Richmond Fellowship International en la estructuración de los contenidos y las instalaciones e instructores del Instituto Mexicano de Psiquiatría; se formaron 30 técnicos en rehabilitación.

⁵⁹ Esta vinculación con otras organizaciones, principalmente internacionales, significó también recursos para realizar las actividades en hospitales y centro de día, lo que le daba una legitimidad, “este no es un movimiento nada más en México, la fundación ya tiene un foro en el extranjero [...] ya nos conocen la OPS, la Asociación Psiquiátrica Americana, grupos de usuarios de Estados Unidos, tenemos aliados cómplices [...] en Holanda, Canadá...” (Aguirre *et al.*, 1997:65).

El grupo de técnicos se integró a tres programas de la Fundación que se fueron gestando paulatinamente: rehabilitación de internos en hospitales psiquiátricos, Centro de Día y Casa de Medio Camino. La experiencia inició en el Hospital Campestre José Sáyago, con la “enseñanza de bordado, collares y artículos artesanales, promoción de hábitos de higiene y autocuidado, salidas a la ciudad, entre otras actividades” (Fumerem, 1994:66). Posteriormente la Fumerem inició actividades en el Hospital Campestre Samuel Ramírez Moreno, “por las condiciones infrahumanas de los internos, se integra otro grupo de técnicos” (1992). La figura de estas intervenciones en hospitales son los Comités Ciudadanos,⁶⁰ que trabajan con voluntariado y con autoridad únicamente moral.

El 20 de mayo de 1993, ante las autoridades del Sector Salud y del Departamento del Distrito Federal, se establecen las funciones del Comité Ciudadano del Hospital Campestre Samuel Ramírez Moreno; estas funciones quedan planteadas en términos de apoyo: “coadyuvar, proponer, gestionar, promover”; para desarrollar estas funciones se hace mención del respeto de los derechos humanos, la atención y rehabilitación, mejorar calidad de los servicios, métodos y tecnologías, capacitación, gestión de recursos. Una de las funciones ahí planteadas y después propuestas para la NOM-025, generó una amplia polémica que los medios se ocuparon de publicar: el “acceso a la información de todos los programas médicos, asistenciales y administrativos y presupuestales que intervengan en la prestación de servicios del hospital psiquiátrico”.

Las actividades que plantea la Fundación para alcanzar sus objetivos se caracterizan por su intención lúdica y festiva, “para la recuperación de habilidades y restablecimiento de vínculos con el mundo [...] eventos musicales, actividades recreativas, visitas, paseos, teatro, poesía, canto, danza, libre creación literaria, bazares (Fumerem, 1994:66).⁶¹

⁶⁰ Como se aclaró antes, la figura jurídica de estos Comités Ciudadanos es de IAP.

⁶¹ Las actividades aquí propuestas se han realizado en algunos momentos en función de las posibilidades del equipo, han sido variables y no programas permanentes. El programa de actividades que más se ha sostenido y que permite cierta estructuración en la vida de los usuarios ha sido el de los talleres remunerados.

En el hospital, sin propuestas de externación, estas actividades tenían sentido: hacerles la vida más tolerable en el encierro. Esa forma de socialización de los usuarios, la facilidad con la que se suman a un ambiente festivo, conversan y hacen sentir al extraño como en casa, produce una fascinación a la mirada de afuera, más aún si han tenido un acercamiento a las condiciones que atraviesan las relaciones de los internos en los hospitales.

Las diferencias entre los usuarios de ambos servicios (en el hospital y en la Fundación) son notables. Los usuarios de los hospitales se encuentran notablemente inmovilizados por el sentimiento de encierro y porque no encuentran una vía posible de salida. Para los usuarios de la Fundación el afuera es su mundo [...] desde el aseo, el aspecto personal, las diferencias son claras. Las expectativas de vida pueden ser vistas así, a simple vista [...] la desesperanza prevaleciente en los usuarios del hospital.⁶²

Es importante destacar que, a través de los talleres-laborales de pintura y de artesanías de barro, se ha gestado una modalidad de entretenimiento para los usuarios, durante un horario de trabajo que ocupa casi todo el tiempo de estancia en la Fundación y también en las mañanas en los hospitales (que ha desplazado a las otras actividades). El ingreso económico ha anudado una relación fuerte con esta actividad, que si bien poco ayuda a una transición laboral externa a esta organización, les genera actividad ocupacional y cuentan con recursos propios. La organización de esta actividad con un horario y condiciones de cierto encuadre laboral, se gestó espontáneamente, como describe Virginia González, su fundadora:

El primer cambio que se hace dentro de la estructura del taller es que decían que era imposible poner un horario porque los usuarios no se podían concentrar y no podían cumplir, era a ratitos y cuando pudieran. Los convoco a que empecemos a

⁶² Resumen de entrevistas aplicadas a los usuarios de los servicios de la Fundación (véase Kniffki y Ruiz Velasco, 2000).

poner un horario, 45 minutos de trabajo y 15 de descanso [...] lo pudimos lograr [Aguirre *et al.*, 1997:75].

Los talleres, al ser remunerados y entrar en un encuadre de jornada de trabajo, modifican las expectativas de vida —sin modificarse el entorno—, y la Fundación con sus programas mejora la calidad de vida y hace que los pacientes asilados se sientan apoyados. Entre sus actividades dentro del hospital genera espacios diferenciados de la dinámica institucional, promueve la participación de los usuarios y principalmente el poder de decisión con su dinero (en los talleres y las asambleas, salidas al mercado, etcétera); con el tiempo, el dinero y las posibilidades que éste les ofrece, pasan a primer término. Las actividades de la Fundación los beneficia, como lo expresan los pacientes de los hospitales José Sáyago y Samuel Ramírez Moreno:

(Virginia) viene a platicar con nosotros y a darnos ropa, zapatos y dinero, voy a los talleres para ganar dinero y poder gastarlo; participo a fuerza porque nos pagan y necesito dinero aunque es muy poco; todas quieren saber si van a dar aguinaldo; le pedimos cosas a Virginia, aunque casi ya no viene siempre está de nuestro lado [...] Yo participo por aprender algo nuevo, algo diferente [...] es bueno porque nos ayuda en tranquilidad [...] Me han gustado mucho los talleres y las asambleas; ahora que entré al taller me siento mejor porque puedo trabajar; no me gusta el hospital, las asambleas y paseos sí; el taller es terapia ocupativa, voy porque me distraigo; pinto barro, me gusta, es terapia ocupacional, para no pensar cosas malas [cf. Kniffki, y Ruiz Velasco, 2000].

En 1999, año en que se realizan las entrevistas a pacientes que aquí se citan, no existe ningún proyecto de transformación de las instituciones psiquiátricas, ni por parte del Estado y la institución psiquiátrica ni por alguna organización ciudadana, incluyendo esta Fundación. El personal que colabora en estos programas da testimonio de las habilidades, en algunos casos sorprendentes, y a las manifestaciones de los deseos de

los internos: salir del hospital. Los pacientes cuentan con cierto ingreso económico, relativa capacitación y salidas donde van perdiendo sus miedos y tienen la posibilidad de interactuar con la comunidad, en el pueblo, el mercado, desde el lugar que les da su poder de compra. También circula la promesa de “liberarlos”; no hay proyecto más allá de esto. La visión desde los pacientes es que no pueden formularse un futuro; los colaboradores se sienten impotentes y los alumnos que prestan servicio social en la Fundación cuestionan la promesa que ésta transmite ante la evidencia de falta de recursos y programas fuera de la institución.

Desde que estoy en el hospital no tengo planes, no creo poder salir; adelante con la libertad, que me saquen de aquí porque me están embrujando; no me gusta el hospital, quiero ir a Guanajuato (ahí nació, lo trajeron a los 26 años); estando dentro no tengo ningún plan, yo quiero otro modo de vida; me gustaría salir, mi familia no me aceptaría; cuando crecí estaba en La Castañeda, luego en el Fray y de ahí me mandaron para el Samuel Ramírez, donde he estado los últimos treinta años; aquí estoy bien, pero quisiera salir para reintegrarme a la sociedad externa [cf. Kniffki y Ruiz Velasco, 2000].

Para algunos pacientes internos la experiencia con las actividades de la Fundación les ha permitido ir perdiendo sus miedos y han visto enriquecida su vida con los talleres.

En la asamblea de pacientes se dicen propuestas, decimos lo que queremos y necesitamos, así como lo que no nos parece, yo estoy de acuerdo con la asamblea porque nos ayudan a trabajar y nos pagan, también nos ayudan a salir a la calle, pero yo tengo mucho miedo de salir a la calle, pasó como muchos de mis compañeros.

En el contexto de estos talleres, aislados, no viven el proceso de su trabajo:

Es un poco complicado porque no podemos trabajar bien, pero aun así nos pagan; sólo nos pagan, pero nunca nos dicen lo que se vende.

Hay pacientes que tienen otras necesidades, requieren actividades más complejas: “hace falta otras cosas, estos talleres son para niños”; también estos talleres de barro desplazaron otras propuestas que el equipo del hospital organizaba: “antes iba a musicoterapia, las clases eran bonitas”.

Para el equipo colaborador es evidente que ante la falta de estructuras fuera del hospital, su trabajo enfrenta un camino truncado, la impotencia y vivencia de soledad hacen patente el aislamiento institucional:

Siento impotencia cuando me dicen las usuarias, “me quiero ir a casa”; si hubiera Casas de Medio Camino de 200 a 300 podrían estar fuera, a la gente no les interesa lo que hemos vivido, tienen muchísimas capacidades.

Centro de Día y la Casa de Medio Camino

En el Centro de Día se promueven actividades de recreación y de resocialización, más espontáneas que estructuradas respecto de una posibilidad de continuidad. En relación con la capacitación para el trabajo, ésta es precaria, poco profesionalizada, quizá más de entretenimiento, principalmente en la rutina del trabajo de acabado con piezas de barro. Si bien para algunos participantes ha representado una posibilidad real de vincularse con el medio, en la mayoría poco se logra para “que adquiera elementos básicos que le faciliten su integración al mercado laboral y el despliegue de sus potencialidades productivas” (Fumerem, 1994:91). Parten de estudios sobre las condiciones de dependencia que minan la capacidad de los internos por largo tiempo en los hospitales psiquiátricos y que dificultan la capacidad de actuar en contextos extrahospitalarios; “el paciente demanda elementos de la cultura hospitalaria para sentirse seguro: el psiquiatra, los medicamentos, el personal auxiliar, dormitorios,

etcétera, de lo contrario le invade una sensación de abandono y miedo que lo inmoviliza y obliga a buscar ayuda". En la Casa de Medio Camino se actúa tratando de "fortalecer el ego, la autonomía y capacidad de decidir del usuario". Especie de puente, medio protegido, donde se siente "amado y ayudado", para empezar a enfrentar el mundo que lo discriminó y estigmatizó (Fumerem, 1994: 96).

De acuerdo con el documento de la Fundación, la decisión de participación de los enfermos en las actividades del Centro de Día, que tiene un horario de 10:00 a 15:00 horas de lunes a viernes, involucra la valoración del psiquiatra, el tipo de padecimiento, el acuerdo con la familia y el acuerdo del usuario y la disponibilidad de la Fundación. Participan los pacientes dados de alta, con trastorno crónico. A este Centro de Día asisten 25 personas que proceden de los hospitales y ya no cuentan con otra alternativa para recuperarse. Las familias en general no quieren responsabilizarse, ni recibirlos, por lo que siguen viviendo en hospitales.

Con las actividades del Centro de Día "se motiva al usuario para una vida autónoma, libre y responsable [...] no se pretende curar ni atender síntomas, sino que se restituya como persona humana" (Fumerem, 1994:96).

Esta vida es interesante, mi vida se mejoró en la Fundación, me trajeron a vivir a la Casa de Medio Camino, ya voy a poder ir a la tienda, voy a poder ser libre y a no estar hospitalizada, cambió mi vida porque aquí me siento bien, pero estoy deprimida y no sé por qué [...] nadie de mi familia me busca ni saben dónde estoy, sólo mi marido [...] me siento mejor porque tengo un trabajo, una labor que me distrae, y he aprendido muchas cosas de los talleres; puedo comprarme mis cositas, tener mis recursos, aunque escasos pero míos, así le puedo ayudar a mi marido [cf. Kniffki y Ruiz Velasco, 2000].

Algunos de los pacientes son un testimonio de las condiciones de vida que prevalecían en el hospital antes de las intervenciones de la Fundación, también de cómo cambia la red de relaciones con los otros fuera del contexto manicomial:

No se puede hacer amigos, tenemos uno que otro compañero, en el hospital se manifestaba mi vida de otra forma, ahora tengo acceso a la ciudad, al pueblo, a la gente.

Un paciente de 51 años, con estudios de filosofía, letras hispánicas y teatro en la UNAM, en el momento de la entrevista vivía en un departamento que le proporciona la Fundación; ahora siente que ya no es suficiente participar en los talleres de la Fundación, “ya debo hacer otras cosas”. Relata su historia en las instituciones psiquiátricas y con su experiencia muestra el abandono extremo que prevalecía en los hospitales campestres hasta 1992 y las posibilidades de la Fundación de ofrecerles una salida:

Mi vida cambió mucho desde que entré a la Fundación, antes estuve cuatro meses en el Fray y siete años en el Samuel, en éste todo era horrible, todo está feo, los pacientes estaban todos encuerados, había un ambiente espantoso. Comíamos en un recipiente sucio, en un bote largo que encontráramos tirado por ahí, en el mismo bote nos servían la sopa, la comida y luego el postre. Yo estaba desesperado y pensaba que ya había perdido todo, mi desesperación era terrible, había un solo baño sucio para todos y siempre estaba lleno de excremento. Un día una voluntaria de la Fundación me llamó y me dijo que participara en los programas, ahí es cuando empecé a trabajar, ganaba mi sueldo, aunque muy poquito, conocí a mi primera mujer y nos casamos. Yo lo viví como una verdadera rehabilitación, es como que por la creatividad se produce una rehabilitación con las personas. Yo ahora ya me siento rehabilitado [cf. Kniffki y Ruiz Velasco, 2000].

La mayoría de los colaboradores de Fumerem carecen de formación profesional; a pesar de que algunos se integran, parten de la idea que un colaborador puede ser cualquier persona que tenga facilidad para el manejo de grupos. Aunque la Fundación suscribe sus programas en el campo de la rehabilitación psiquiátrica, es significativo que elude la profesionalización de sus colaboradores en estas prácticas y toma caminos en sus programas que se alejan de las propuestas de este campo. La coordinadora del

Centro de Día, Mariana Núñez, reconoce en los entrecruzamientos institucionales, que la ideología católica de ayuda al prójimo es la que atraviesa el ideal institucional y moviliza y da empuje a la obra, y no la rehabilitación psiquiátrica que adopta intuitivamente en su discurso:

[...] sin realmente conocer el concepto, ni saber qué es esto de la rehabilitación, [...] la ideología católica, de prácticas y actitudes cristianas, de ayudar al prójimo [...] está de manera más importante en un proceso de vida muy intenso que impulsa al proyecto.⁶³

El objetivo planteado, reincorporarse plenamente al medio familiar y social, está atravesado por contradicciones y limitaciones del encierro, falta de trabajo con las familias y falta de redes. Los objetivos propuestos como ideal de la institución son obstaculizados por la organización y sus programas así como por la soledad y falta de otros espacios para los usuarios,

[...] la contradicción es evitar inconscientemente el despegue de los usuarios, no facilitar el que se vayan. Esa es la más importante de las contradicciones, porque si te estás planteando como objetivo el que la gente adquiera la posibilidad de ser autosuficiente, de irse a trabajar, de tener una vida lo más “normal”, y no das esta posibilidad, pues te estás contradiciendo [...] también porque al exterior no hay apoyo, no hay instituciones ni grupos con los que se pueda establecer un tipo de red. Si tu proyecto es marginal totalmente y quieres que la gente de tu proyecto deje de ser marginal, ahí está la contradicción [Aguirre *et al.*, 1997:97].

El equipo se vincula con el deseo y la satisfacción de una apuesta diferente a la que ofrecen las instituciones psiquiátricas, un campo abandonado donde mucho se puede

⁶³ “Algunos facilitadores no tienen noción sobre rehabilitación y no se han preocupado por informarse y romper con las ideas estigmatizantes que expresan en su trato al usuario” (Aguirre *et al.*, 1997:96).

hacer. El Centro de Día es un espacio donde se enfrentan las condiciones que aprisionan y limitan la vida del paciente psiquiátrico más allá de su enfermedad, como lo expresa su coordinadora:

Me ha mantenido ahí un hecho: hay 40 gentes con una posibilidad de vida diferente, de una vida digna dentro de la marginación. Es tener la capacidad de contar con una acta de nacimiento, de votar, de trabajar, de ganar un sueldo, de tener una familia. Es cuando puedes hablar de un trato digno, de una relación digna, de ver a esa persona con un nombre, un deseo, un miedo, una historia, no al paciente, al enfermo con un expediente y un diagnóstico equis, en donde no hay una identidad. La dignidad ya entra como en consecuencia de la identidad [Aguirre *et al.*, 1997:98].

Como parte de las observaciones obtenidas por alumnos de la UAM-Xochimilco en la realización de su trabajo de investigación terminal, destacan el carácter más bien personal del proyecto de la Fundación:

A lo largo de la entrevista pudimos notar que es un proyecto muy personal, prácticamente un proyecto de vida. Tratar de demostrar que el enfermo mental no es peligroso, la lucha contra las autoridades en general, la denuncia [...] el proyecto de la Fundación nace de un impulso muy personal [...] desde el principio toma el liderazgo y se convierte en la figura principal y permanente del movimiento —que es su movimiento. Es su empuje y su voluntad lo que le da vida a la Fundación. La organización de las respuestas suele basarse en la intuición, en el contacto y alianza con el usuario ubicándose como el portavoz de sus necesidades [Aguirre *et al.*, 1997:89].

Fumorem en el contexto de otras experiencias

A diferencia de las otras experiencias alternativas, esta Fundación surge en un contexto nacional de falta de proyecto para las instituciones manicomiales; su campo prioritario

es la defensa de la dignidad de estos pacientes frente al abandono institucional. Los programas dentro de los hospitales y fuera de ellos, el Centro de Día y la Casa de Medio Camino, durante muchos años representaron casi la única alternativa para los pacientes de acceder a ciertos beneficios y a la transformación de algunas condiciones de vida. Como emergente frente al vacío institucional y falta de proyecto, la Fundación ha representado un complemento de innegable relevancia como voz y apoyo a estos pacientes; hasta 1999 destinaba la mayoría de sus esfuerzos y recursos a beneficiar a los internos y en menor medida a implementar programas para la vida de estos pacientes fuera del hospital.

Las contradicciones sobre su cometido se hacen más evidentes en los programas y experiencias en el Centro de Día y la Casa de Medio Camino donde, al igual que en otras instituciones, la reintegración social propuesta no coincide con las prácticas y los pacientes que se integran a la Fundación tienden a quedarse bajo su cobijo y protección.

El ideal narcisístico que sostiene a la Fundación desde su origen, el salvar a los enfermos mentales, que en momentos unifica al equipo, parecería no contar con la suficiente secundarización organizativa y centrada en la tarea; en el discurso que promueve la indiferenciación, las relaciones especulares contribuyen a esta falta de estructura. Se podría decir que le atraviesa una falla de las formaciones intermedias, por lo que las crisis tienen efectos paralizantes y de fuertes rompimientos.⁶⁴

Más allá de la problemática interna que pudiera atravesar esta Fundación, se destaca su aislamiento en tanto que sus prácticas se han montado en una contradicción que la aísla de las redes institucionales y profesionales, al valerse del discurso de la

⁶⁴ Formaciones intermedias que contribuyen a la permanencia, a la continuidad, a su estructura y capacidad estructurante, a la realización del cometido primario y, por lo tanto, a la definición de la identidad (Kaës, 1989:35). La falla de estas formaciones intermedias en las crisis rompe contratos, pactos, acuerdos y consensos inconscientes y sus efectos pueden ser liberadores del potencial creativo o paralizadores de cualquier invención vital.

rehabilitación para tener una inscripción a un campo, pero que no integra a sus prácticas espontáneas e intuitivas y atravesadas por discursos de origen religioso y del lugar de voluntariado; prácticas que no se nutren de los conocimientos teórico-clínicos de este campo.

Para los pacientes que han transitado por las instituciones psiquiátricas ha significado su única posibilidad de pertenencia, de cobijo fuera del hospital y el soporte para su relativa transición hacia la comunidad. Las relaciones que desde ella se han conformado, constituyen para estos pacientes casi la única red social. Las actividades estructuradas en las que participan, organizan su vida y el sentido de su cotidianidad al considerarse como una ocupación remunerada que les permite cierta autonomía y los resitúa respecto de su familia y en la relación con los otros. También la pertenencia a la Fundación tiene un efecto narcisístico de identidad; es importante destacar que ese soporte les permite circular por las instituciones con cierto poder, al plantear sus demandas se sienten con voz.

Poner el acento en la defensa de las personas con enfermedad mental, en su protección y de manera importante en su liberación de las relaciones de sometimiento y abuso que se producen en su entorno, los hospitales psiquiátricos, las familias y la sociedad en su conjunto, deja de lado como eje de trabajo la enfermedad y sus vicisitudes. Sus prácticas se dirigen a liberarlos de eso que los oprime, liberarlos de las consecuencias de los miedos de los otros y sus imposiciones.

Es importante destacar las acciones de la Fundación dirigidas a romper con los mitos y miedos sobre los riesgos de la vida fuera del hospital, viajar en transporte público, cocinar, comer con cubiertos:

Yo tenía la intuición de que teníamos que ser lo más normales [...] el entrenamiento más importante era subirte al metro y al camión que era lo real, llevarlos en un transporte del hospital era caer en lo mismo.

También darles un espacio donde no tuvieran que integrarse a un modelo de trabajo preestablecido:

El error es traer el modelo de otro país y tratar de meterlo [...] en Estados Unidos también hay una revolución, los usuarios — así se autodenominan — están buscando participación, están hartos de que los quieran meter en modelos en los que ellos no han opinado. En Washington tienen unos gafetes que dicen: no hables de mí si yo no estoy [Aguirre *et al.*, 1997:68].

Las consecuencias de estos imaginarios que atraviesan el vínculo de quienes se viven como salvadores y los salvados, el ofrecimiento de “amor y protección” y favorecer la experiencia e interpretación del mundo como persecutorio, tiene efectos en la dificultad, tanto de la organización como de los usuarios para salir de ese vínculo, generándose otro tipo de encierro. Esta relación especular dificulta reconocer las condiciones de abandono y necesidades de tratamiento, de soporte, que se agudizan por la primarización de las relaciones ante la falta de estructura organizativa y de programas.⁶⁵

[...] la línea es la que tenemos perdida en la Fundación [...] prevalece el asistencialismo sobre la rehabilitación [...] la fundadora influye muchísimo, justamente porque no hay línea; este proyecto es ella, su imagen para los usuarios es fuertísima, es la madre universal.⁶⁶

[...] han evaluado gente del extranjero el proyecto y nos hemos sacado muy alta calificación y han coincidido los extranjeros en una cosa, que es un modelo en que

⁶⁵ En una evaluación para Cáritas Alemania, en la que participé, lo que más sorprendía al asesor de esta organización era esa falta de estructura, procedimientos y normas; era muy evidente que la dinámica y decisiones se centraban casi exclusivamente en su fundadora. Esto aparece también en los trabajos finales de egresados de Psicología de la UAM-Xochimilco. Esta organización responde a las características de su fundadora, los momentos y acontecimientos están estrechamente vinculados a sus avatares, en ese sentido no es reproducible.

⁶⁶ Entrevista a la coordinadora del Centro de Día (véase Aguirre *et al.*, 1997:100).

la gente está feliz y dicen un modelo, un programa comunitario en el que las personas con enfermedad mental, que una de sus características es el aislamiento, el dolor, la desconfianza, la inseguridad y aquí ves a todos comunicándose, integrándose y platicando sin miedo, con confianza, contentos. Es un modelo que no es forzado, la gente va por su voluntad, es increíble que una gente con enfermedad mental que toma medicamento psiquiátrico tenga el ánimo y las ganas de asistir a un programa comunitario, habla de algo que está satisfaciendo sus necesidades.⁶⁷

[...] Yo creo que tanta gente dándoles órdenes lo que tocaba era de que fueran libres [...] había una gran lucha porque había grupos rígidos que decían que eran unos vagos, que no servían para nada y les decía, quizá sí, pero muy contentos [...] la verdad es que siempre han estado contentos [...] Les preguntan (a los que viven en Casa de Medio Camino) qué es lo que más les gusta y todos coinciden que la libertad [...] que nadie que te diga qué hacer, de ir, de venir, salir, entrar. Una serie de libertades que hacen una sola libertad y les proporciona mayor felicidad a ellos.⁶⁸

El recurso de la denuncia y su contexto

Para pensar acerca del vacío de un proyecto transformador de la psiquiatría institucional que durante más de treinta años se vive en México, habría que remontarse a la década de los setenta, cuando el activismo crítico a nivel mundial, que provocó transiciones importantes en la psiquiatría, no trascendió. Contrario a esto, se fortaleció una psiquiatría con una concepción biologizante de la enfermedad mental como única propuesta.

La reflexión de la experiencia de la Fumerem como un indicador de la situación en México se hará tomando en cuenta las consideraciones de la atención psicosocial que

⁶⁷ Entrevista a la fundadora (véase Aguirre *et al.*, 1997:72-73).

⁶⁸ Entrevista a la coordinadora del Centro de Día (véase Aguirre *et al.*, 1997:72)

sustentan las propuestas de reformas y reestructuraciones psiquiátricas herederas de los aportes de la psiquiatría social y comunitaria y del campo de la salud mental.

En relación con el mundo manicomial, después de más de dos décadas de abandono, los herederos de “La Castañeda” han quedado exiliados de todo proyecto de la psiquiatría hegemónica; no había condiciones para modificar lo medular de esta situación extrema, el encierro sin salida. En este escindido contexto aparecerán dos discursos: la voz de las denuncias gritando el impactante abandono en el encierro manicomial y la psiquiatría de primer mundo que pretendía estar a la vanguardia en un marco de investigación y formación en las instituciones donde la psiquiatría hegemónica se validaba.

Hay un escenario muy elocuente donde estas dos perspectivas están presentes: en 1994, en Filadelfia, Estados Unidos, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) otorgó un importante reconocimiento al psiquiatra Ramón de la Fuente, pese a las voces de organizaciones de usuarios y de derechos humanos mexicanas e internacionales⁶⁹ que se manifestaban y denunciaban las condiciones de las instituciones psiquiátricas en México. Joseph Rogers, presidente de la Asociación de Usuarios de Salud Mental de Estados Unidos (National Mental Health Consumers Group) señaló:

Nos sorprende y nos preocupa que la APA haya otorgado este premio a un individuo como este, cuyo historial en la psiquiatría lo revela como uno de los pilares en que descansa la estructura asilar y casi medieval de los hospitales psiquiátricos públicos de México.⁷⁰

⁶⁹ Si bien el repudio al reconocimiento otorgado a Ramón de la Fuente es generalizado, estas manifestaciones no fueron espontáneas sino convocadas por Virginia González.

⁷⁰ “Protestas en Estados Unidos por el premio otorgado a psiquiatra mexicano”, *El Financiero*, 29 de mayo de 1994.

Otro escenario que ejemplifica la escindida realidad psiquiátrica se encuentra en las terribles escenas que recogen los denunciantes alusivas a la deshumanización de las condiciones de vida en los psiquiátricos, paralelas al informe de actividades del Instituto Mexicano de Psiquiatría, donde reporta las investigaciones en neurociencias, neurosocio-biología y etología de primates, actividad y mapeo cerebral en animales, entre otros.⁷¹

Se podría plantear que estos dos escenarios y sus voces han tenido una clara representación personal; estas dos fuerzas en conflicto están focalizadas en sus representantes Virginia González y Ramón de la Fuente; esto imprimió una lucha de dobles, centrada en las personas y su poder político.

En el contexto que prevalece de los dos discursos sobre la institución psiquiátrica, uno que muestra y denuncia las condiciones de los asilos y la versión oficial que suele no incluir la realidad asilar, el artículo “¿Psiquiátricos a la vanguardia?”, cita las declaraciones del secretario de salud, Jesús Kumate: “México siempre se ha mantenido a la vanguardia en el tratamiento y diagnóstico de las enfermedades mentales”,⁷² posteriores a las frecuentes denuncias del hospital campestre Samuel Ramírez Moreno, con fotografías y testimonios de las condiciones de este lugar.

Respecto de las denuncias a través de los medios de comunicación, que se intensificaron a partir de 1992, se pueden distinguir discursos y demandas de la Fundación que dan cuenta de su visión. Las denuncias se gestan en el tránsito de años por estas instituciones, se dirigen a abrir el tema de los recursos económicos y profesionales, y sacan a la luz pública las condiciones de vida al interior de los hospitales campestres, buscando transmitir lo más dramático de ellas: el abandono familiar, el estigma, así como la falta de control de los recursos, corrupción y saqueo. A partir de estas denuncias se hace público el debate sobre las condiciones de los hospitales asilares.

⁷¹ Informe de actividades del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1995.

⁷² *Excelsior*, 9 de mayo de 1992, XXV aniversario del Hospital Fray Bernardino Álvarez.

A través de los medios se plantea la polémica de la “Carta de Derechos Humanos de personas que padecen enfermedad mental y que están hospitalizadas”. Dicha carta fue aprobada por la Comisión de Salud de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal, no así en la Comisión de Derechos Humanos y en la Secretaría de Salud, a pesar de haber asesorado a la Fundación para su elaboración. En esta misma campaña de difusión, en 1992 se abre la discusión sobre la formación de patronatos y los voluntariados dentro de los hospitales psiquiátricos, así como de su control. Cabe señalar que para este año, en el mundo ya operan infinidad de organizaciones no gubernamentales, asociaciones de familiares, amigos y usuarios, inclusive federaciones que apoyan de manera importante los procesos de reforma psiquiátrica. Las organizaciones ciudadanas contribuyen principalmente en la prestación de servicios y atención en la comunidad.

Los medios de comunicación, convocados por Virginia González, se dedican a introducir y defender en la opinión pública, sin una discusión sustentada de ello, la pertinencia de los Comités Ciudadanos en los hospitales psiquiátricos y sus atribuciones establecidas en la NOM-025. Más allá de las atribuciones de estos Comités,⁷³ Virginia González solicita que se respete el derecho ciudadano de vigilar el desempeño de las autoridades en los hospitales psiquiátricos públicos. Otro tema abierto a la discusión por los medios de comunicación fue el del internamiento involuntario, con la solicitud de que se derogue de la NOM-025 la posibilidad de internamiento sin apelación alguna.

El 7 de octubre de 1997 los medios de comunicación, nacionales e internacionales, en una violenta campaña amarillista, denunciaron violaciones sexuales contra usuarias del Hospital José Sáyo por parte del personal. En medio de esta situación de

⁷³ Sobre los Comités Ciudadanos, véase apartado “Norma Oficial Mexicana-025”, en capítulo III, “Los organismos internacionales y las reformas psiquiátricas”.

escándalo circula en la prensa la discusión en torno a la aprobación y funcionamiento de los Comités Ciudadanos; a raíz de las denuncias por violación, Virginia González es expulsada del Hospital y resulta severamente golpeada por el personal al intentar ingresar por la fuerza; este evento es registrado por cámaras de televisión y fue ampliamente difundido por los medios de comunicación. A partir de este suceso es removido el director del Hospital, en su lugar fue asignado el exdirector del Hospital Fray Bernardino Álvarez y su equipo de psiquiatras, procedentes de esa institución; a esto siguió el pronunciamiento del secretario nacional del sindicato de trabajadores de la Secretaría de Salud que reconoce que los pacientes psiquiátricos han estado olvidados. En este marco se instala con gran fuerza el Comité Ciudadano en el Hospital, encabezado por Virginia González.

En este escenario de tensión, como un acto de colaboración, se abre un curso de capacitación sobre derechos humanos y rehabilitación psicosocial; este curso tiene tintes políticos al que asisten psiquiatras y personal del hospital, trabajadores del desprestigiado sindicato, a manera de reconciliación, y organizaciones de profesionales en salud mental, como la WAPR. Comienza a circular el discurso sobre rehabilitación, sin embargo, no hay un convencimiento real de la importancia en la formación para el trabajo en este campo, lo que se pone en evidencia al no haber continuidad en los cursos.

Es importante destacar el inicio del discurso sobre reestructuración de los hospitales psiquiátricos como lo recomienda la OPS en la Conferencia de Caracas 1990 y Panamá 1996, a la que Virginia González fue invitada; critica por primera vez lo asilar y la estancia prolongada de los pacientes y pide que se reincorporen a la sociedad mediante programas comunitarios, así como transformar el asilo en rehabilitador.

Durante los siguientes años, las denuncias se dirigen sobre todo hacia el hospital psiquiátrico Ocaranza; para el año 2000, de nuevo con gran participación de los medios de comunicación, la Fundación logra movilizar el interés del gobierno del Estado de

Hidalgo y de la Secretaría de Salud, apuntando la transformación del manicomio y con ello mostrar las posibilidades de estructuras de atención más cercanas a las propuestas internacionales de reforma psiquiátrica. A esta transformación posteriormente se le conocerá como “Modelo Hidalgo”.

Algunas consecuencias de las intervenciones de Fumerem

A partir de la campaña de denuncias que se intensificó en 1992 y las propuestas e intervenciones que tuvieron lugar por la presión y fuerza política de este activismo en México, se modificaron las condiciones de las instituciones manicomiales. Al reflexionar acerca de estas acciones, por sus propuestas y algunos de sus efectos, se puede destacar que:

- a) El encierro manicomial no fue cuestionado; quienes encabezaron la campaña de denuncias tenían fuertes vínculos con la modalidad asilar, y más de 10 años realizando actividades de rehabilitación en estos hospitales,⁷⁴ con actividades centradas en mejorar las condiciones de vida y que la estancia dentro del hospital fuera más tolerable.
- b) Se promovieron procesos de evaluación y externación (deshospitalización) significativa de pacientes, sin estructuras en la comunidad y sin seguimiento. Algunos de estos pacientes ahora están albergados en cárceles o en instituciones de indigentes,⁷⁵ como resultado de la falta de redes comunitarias.

⁷⁴ Organizados por la Fundación para la Rehabilitación del Enfermo Mental (Fumerem), este grupo de rehabilitadoras y voluntariado trabajaron con programas complementarios a las prácticas del hospital.

⁷⁵ En las instituciones de asistencia social del gobierno de la ciudad se encuentran albergados muchos psicóticos que fueron externados de los hospitales psiquiátricos, después de que las denuncias obligaron

- c) En los hospitales se dio una apertura al removerse de los puestos de dirección a los colaboradores que la psiquiatría “dura” había instalado para mantener el control; los avatares cambiaron, el control de estos hospitales iría repartiéndose entre las fuerzas en conflicto, es decir, Virginia González y la hegemonía psiquiátrica. Hubo momentos en que, con la participación de profesionales, se realizaron evaluaciones y atención médico-psiquiátrica, así como la aplicación de algunos proyectos para modificar las condiciones —sin cuestionar el encierro— y se realizaron algunos proyectos cautelosos para la integración social (hospital de noche y panadería, por ejemplo).
- d) Las intervenciones ciudadanas, instaladas al interior de los hospitales cada vez con más fuerza, en algunos casos tenían un fuerte carácter persecutorio gracias a la presión ejercida por los medios de comunicación, promovidas en especial por Virginia González a través de los Comités Ciudadanos que ella encabezaba; las condiciones en los hospitales cambiaban, cuando tales intervenciones ocurrían. En otros casos, al promover cambios en la dirección de los hospitales, se favorecieron alianzas de colaboración con los Comités. Por otro lado, su presencia y trato directo modificó las formas de relación de la institución con los pacientes mejorándolas, por medio de la generación de espacios alternativos donde pudieran estar relativamente fuera de las relaciones cotidianas con el personal, como fueron los talleres de barro, costura, etcétera, o bien las esporádicas asambleas, la percepción económica y las salidas a la comunidad.

Pese a la existencia de documentos y artículos con ciertos fundamentos, la mayor parte de estos hechos se dieron en un contexto de escándalo que atrajo mucho a los medios; poco escuchaban diferente a la ya estereotipada escena de condiciones extremas,

a que fueran evaluados y atendidos. En la década de los noventa, el Hospital Samuel Ramírez Moreno externó un número elevado de pacientes, sin seguimiento ni preparación de la familia y sin estructuras en la comunidad (acerca de este tránsito de pacientes psiquiátricos a los centros de indigencia, véase Reygadas, Mercedes, 2002)

mal manejo de recursos y violencia. Sin dejar este aspecto, que constituyó un arma para convocar a los medios, fueron circulando otros problemas para los que eran convocados: la Carta de Derechos de los Enfermos Mentales y la discusión sobre la validación de los Comités Ciudadanos en la Norma Oficial Mexicana 025, entre otros.

Como se podrá observar en el siguiente capítulo, el discurso de los alumnos muestra diferentes momentos de estas instituciones. Se percibe un cambio relevante después de su experiencia en el tránsito por los hospitales en 1991, donde prevalecía el abandono y las miserables condiciones de los locos; los escenarios a los que se enfrentan los invaden y pocos logran ir más allá en sus observaciones (esto también sucede con los periodistas y demás participantes en las denuncias). En cambio, en 1998 las condiciones permitieron preguntarse por las concepciones sobre la locura y sus tratamientos, las inconsistencias entre el discurso institucional y sus programas, así como la falta de fundamento en sus prácticas rehabilitadoras.

Reflexiones sobre las cuatro experiencias

Las cuatro experiencias expuestas muestran una lucha sostenida por aproximadamente dos décadas, con el objeto de transformar las condiciones de vida de los pacientes psiquiátricos. Desde sus singulares propuestas, orientadas a la organización de medios protegidos, como recursos de transición a la comunidad, dan cuenta, a partir de sus hallazgos, aciertos y limitaciones, de lo que se produce entre la subjetividad psicótica y las respuestas sociales e institucionales, el llamado tratamiento psicosocial y sus efectos subjetivantes, y la importancia de actuar en el contexto para no reproducir la falta de proyecto, abandono y encierro que suelen acompañar la vida de la persona con sufrimiento mental y la de su familia.

El contexto de España, país que tuvo un amplio desarrollo de casas religiosas de caridad y beneficencia, antecedente de la historia de la atención psiquiátrica actual, ha tenido importantes transformaciones que inician junto a la pujante y sorprendente transición política y económica posterior al franquismo; la relación del Estado de bienestar con los servicios sociales, entre ellos la salud pública, los gobiernos democráticos, la emergencia de la sociedad civil y los derechos ciudadanos, constituyen un contexto muy favorable para la Reforma Psiquiátrica.

En la década de los ochenta, tardíamente en relación con otros países de Europa, así como Estados Unidos y Canadá que han transformado sus instituciones psiquiátricas, España inició su movimiento de reforma intentando capitalizar las enseñanzas de estos procesos. La experiencia de Leganés representa, en el marco del desigual avance de la reforma en otras comunidades autónomas, la continuidad y profesionalización de un proyecto transformador, *del manicomio a la red asistencial*. En esta experiencia se destacan los momentos en que se fueron reconvirtiendo los recursos asistenciales hacia un objetivo claro: cerrar el manicomio y sustituirlo por medios protegidos en la comunidad, una red integral de atención, abierta al asociacionismo y a las redes interinstitucionales y de apoyo comunitario. Como señala M. Desviat al referirse a la problemática actual:

[...] la cronicidad y discapacidad psicótica es difícil, pesada y compromete enormemente, en una época de lo *light* y falta de compromiso [...] se requiere mucha sensibilidad desde lo público para establecer lazos con los recursos sociales, de la comunidad, en una época en que lo público se reduce, más hay que gestar recursos diversos, no importa de qué institución, pero que cubran las necesidades integrales de las personas con un padecimiento mental severo [2000:63].



En el marco de las reformas psiquiátricas, en Cataluña los servicios de salud son mixtos, entre lo público y lo privado; en este contexto, los Centros de Día y programas de rehabilitación, incluidos en la red asistencial pública, pueden ser atendidos por organizaciones no gubernamentales y funcionar como servicios subrogados por el Estado; los avances en legislación acerca de la protección a los discapacitados, a los desempleados, de apoyo a las empresas sociales, entre otras, proporcionan un contexto favorable para la realización de proyectos comunitarios no públicos.⁷⁶

Arapdis representa una de las experiencias de mayor avance en la generación de recursos para la integración socio-laboral de personas con psicosis; su propuesta, que definen como *rehabilitación psicosocial en la comunidad y con la comunidad*, logra una compleja red de servicios y empresas sociales para una atención integral, continuada y progresiva de las necesidades de los usuarios para su vida en la comunidad.

El CAPS, como centro público para atender a las personas con padecimientos mentales en la comunidad, se crea en momentos en que se replantean las políticas de salud mental; los profesionales, familiares y pacientes forman parte de una lucha colectiva que ha pasado de la lucha antimanicomial a la Reforma Psiquiátrica, con importantes medidas legislativas y normatividades a nivel nacional que valoran la atención extrahospitalaria psicosocial como recurso esencial para mantener a las personas con sufrimiento mental con una calidad de vida y derechos como los demás ciudadanos. El CAPS forma parte de un proceso inédito en Latinoamérica, proceso que es importante seguir de cerca, porque está actualmente en importante expansión e implementación de las propuestas.

En México se vive el vacío de estructuras intermedias para la transición de los pacientes a un medio de vida fuera del hospital, no existe proyecto de reforma

⁷⁶ Desviat, en una crítica al sistema de salud de Cataluña, plantea el problema de la desigualdad de estos servicios mixtos y señala que resultan más costosos al Estado que los servicios públicos.

psiquiátrica, ni una valoración de la atención psicosocial como parte del tratamiento; a esto se agrega la falta de profesionales, formados en una propuesta comunitaria en salud mental, capaces de gestar proyectos de transformación desde la salud pública.⁷⁷ El panorama asistencial hospitalocéntrico, con estructuras asilares y tratamientos predominantemente farmacológicos, hacen patente la pobreza de recursos para responder a las necesidades de estos pacientes.

El trabajo de Fumerem, históricamente fue como un enclave que operó, intencionalmente, al margen de la dinámica propia de los hospitales, trabajando dentro de ellos y atravesada también por su encierro. El proyecto formulado, desde sus orígenes, ha dado prioridad a la *defensa de las condiciones mínimas de vida en el hospital y a la liberación de las relaciones que oprimen a los asilados*. Si bien adopta el discurso de la rehabilitación, la modalidad de su trabajo —alejado éste de la teoría y la técnica actual desarrollada en este campo, sumergida en el contexto de la institución tradicional— tiende a ser espontánea, de buena voluntad y beneficencia, características que suelen atravesar a estas actuaciones cuando no se ha producido una reforma asistencial donde el sentido de las prácticas rehabilitadoras sea habilitar la vida en la comunidad.

A lo largo de su historia, el camino más claro para esta Fundación ha sido el de la defensa de condiciones mínimas de vida digna para los pacientes al interior de las instituciones de origen manicomial; en general ha funcionado más que como alternativa, como un complemento ante los vacíos que la institución psiquiátrica ha dejado, dado el abandono y la falta de proyecto para los pacientes. El acercamiento a esta Fundación y sus actividades en la dinámica del encierro, hace evidente que prevalece en la situación actual la falta de compromiso por parte del Estado para transformar a fondo las condiciones de la atención psiquiátrica. Los cambios en el país no se han visto

⁷⁷ Los profesionales con otra mentalidad se encuentran por lo general fuera de estas instituciones, los que están dentro acaban integrándose al sistema hegemónico.

reflejados en las condiciones del enfermo mental; la falta de programas para generar una red asistencial que sustituya al hospital asilar y que atienda psicosocialmente al paciente psiquiátrico deja a esta Fundación en el aislamiento.

Sobre la modalidad de liderazgo y la continuidad de un proyecto transformador

Estas experiencias dan cuenta de la importancia de un ideal más o menos compartido: demostrar que se puede mantener a las personas con psicosis integradas a la comunidad; la capacidad de organizar recursos y programas que sostengan a través del trabajo y los vínculos, formas secundarizadas de relación que cohesionen y den continuidad al difícil trabajo institucional con la locura, en un contexto de fuerte resistencia a las propuestas de atención en la comunidad.

En el marco de un proyecto nacional, la reforma de Leganés representa uno de los procesos de mayor avance, la conducción del proceso y el trabajo colectivo de los profesionales y trabajadores, así como el apoyo de las organizaciones civiles, se reflejó en un comprometido movimiento transformador de las estructuras ancestrales y sus prácticas. Este proceso convocó a profesionales calificados y a intervenciones multidisciplinarias del campo de la salud mental; ha favorecido la reflexión teórico-clínica de sus prácticas, a la luz de las experiencias y marcos de referencia generados en este campo.

En el marco de la reforma psiquiátrica española, de los valores de la psiquiatría pública y de las modalidades comunitarias en salud mental, se destaca la importancia de favorecer el asociacionismo, de familiares, de usuarios y de profesionales así como haber logrado formas de colaboración que han llegado a constituir una base esencial

de esta reforma institucional. También la permanente documentación y publicación de sus propuestas y experiencias a lo largo de todo el proceso.⁷⁸

En el caso de Arapdis se observa un fuerte liderazgo sostenido en un equipo colaborador que comparte la filosofía de la institución, una filosofía humanista, un marco de trabajo comunitario y un ideal compartido por el equipo. Las relaciones altamente secundarizadas por el trabajo, y una estructura organizativa compleja que se ha ido gestando en un proceso paulatino y creativo, parten de ideas claras sobre la dirección del proyecto y la modalidad comunitaria de intervención; mantener al paciente en la comunidad con una calidad de vida lo más cercana a la de los demás ciudadanos, privilegiando el trabajo y la convivencia; en su modalidad, promueve la generación de redes grupales entre los participantes y de relaciones institucionales.

En relación con el liderazgo, si bien es clara la propuesta de su directora, con formación psicoanalítica y en medicina preventiva, donde se trabaja comunitariamente, el proyecto del CAPS también se ha sostenido por los profesionales y el asociacionismo que esta propuesta promueve. El espacio concebido como un lugar abierto, flexible que privilegia los vínculos, las actividades que favorecen los procesos subjetivos, responden a una concepción del grupo de profesionales que participan. Es importante destacar el trabajo con familiares como un aporte para reflexionar estas intervenciones.

Fumerem tiene un liderazgo muy centrado en su fundadora y su intensa lucha; el equipo y otros participantes intervienen en función de su convocatoria y dirección. La evidencia de las consecuencias de sus acciones en la vida de los pacientes es

⁷⁸ La experiencia de Leganés se puede seguir en diversas publicaciones, la *Revista Psiquiatría Pública*, la *Revista de la Asociación de Neuropsiquiatría*, también en libros como *La Reforma Psiquiátrica* (Desviat, 1994), publicaciones del Instituto José Germain de Madrid (nombre actual de la sede de la experiencia de Leganés), entre otros.

innegable; sin embargo, parece que esto no es reconocido ni legitima sus propuestas frente a las autoridades del Estado. Parece tener mayor impacto su omnipotente seducción, irreverencia ante las normas institucionales, su entrega a las justificadas y necesarias acciones de denuncia y su disponibilidad de recursos económicos que permiten sostener los programas (talleres en hospitales, centro de día, casa de medio camino y otros apoyos para atender necesidades de los pacientes); su modalidad de trabajo, al alejarse de los marcos profesionales y normatividad institucional (generalmente rígida, cerrada y autoritaria), sus intervenciones y experiencias son poco valoradas por los representantes de la institución psiquiátrica hegemónica. Su efectividad de gestión no es el convencimiento sino la imposición (sustentada en el poder político personal y en los apoyos de organizaciones internacionales). A pesar de que el apoyo de alianzas políticas ha sido esencial, después de más de 20 años no cuenta con asociaciones ni otro tipo de organizaciones colectivas gestadas en el campo de intervención — que tengan voz —, ni de trabajadores, familiares o usuarios; en este sentido podría pensarse como una lucha solitaria.

A la luz de la importancia de un contexto donde se han gestado transformaciones tanto de los dispositivos institucionales como ideológicos en relación con la atención del paciente psiquiátrico — como sucede con Leganés y Arapdis — la experiencia de la Fundación y sus propuestas, en tanto que apuntan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y apuesta a su posibilidad de integrarse en la comunidad (para lo que ha generado respuestas concretas), en el contexto institucional mexicano se encuentran aisladas.⁷⁹

⁷⁹ Como se ha planteado antes, la experiencia de transformación del hospital psiquiátrico de Ocaranza, en el Estado de Hidalgo, muestra los cambios en la vida de los internos al modificar los espacios y la forma de relación del personal con los pacientes; espacios abiertos, hogarizados, con actividades remuneradas en talleres, salidas y estructuras externas que muestran una posible salida, han representado un importante cambio en la vida de los asilados; a pesar de que muchas organizaciones internacionales y nacionales conocen el valor de esta experiencia, el secretario de Salud, tardó para acercarse a ella y reconocerla como

Sus intervenciones intuitivas con los usuarios (estigmatizados, aprisionados y sometidos por la institución y la familia) podrían ubicarse como intento de ser su portavoz, su benefactora y su aliada; como sus propuestas y acciones no tienen un marco institucional más amplio de donde deriven, la participación se basa en alianzas, atravesando los vínculos de los colaboradores, el personal de la institución y sus autoridades.⁸⁰ La efectividad y trascendencia de esta Fundación no ha sido el reconocimiento a un trabajo durante años, o el testimonio de los beneficiados y otros testigos de los logros, tampoco las recomendaciones internacionales ni la evidencia de la efectividad de las reformas psiquiátricas hacia donde apunta su trabajo; esta experiencia muestra la dinámica del poder en las instituciones, en este caso de salud mental en México, donde las alianzas están por encima de la legalidad, las normas o la preocupación por los pacientes mentales. Las intervenciones de esta Fundación a través de su fundadora, que han hecho pública la problemática de los pacientes psiquiátricos en México, han sido el único puntal dirigido a una posible transformación, ante la inmovilidad de la asistencia psiquiátrica institucional pública.

Las propuestas

Como propuesta institucional de la salud mental pública dirigida a pacientes psiquiátricos, Leganés muestra las posibilidades de una red integral, sectorizada y

un aporte, pese al cargo público de la presidenta de esta fundación y promotora de estos cambios y al lugar que los medios han dado a la difusión de las condiciones en las instituciones psiquiátricas ("Avala Frenk el Modelo Hidalgo de atención en salud mental, representa una salida para enfermos que carecían de alternativas", *La Jornada*, 5 de noviembre de 2003).

⁸⁰ Su posibilidad de trabajo en instituciones también se ha podido sostener por importantes donaciones.

con apoyo ciudadano, que ha sustituido al manicomio; los recursos asistenciales atienden la enfermedad, la discapacidad y la vida en la comunidad, en un proceso paulatino y creativo, articulado con el contexto. Esta propuesta aporta las posibilidades de una red única de atención bajo una dirección; la integración de la respuesta de salud ha representado un importante avance como respuesta pública. El convencimiento y el compromiso con el proyecto transformador, así como la defensa de los principios de la salud pública se sustentan con la evidencia y la población prefiere atenderse en lo público. Sus aportes son mostrados, difundidos y reflexionados a la luz de un marco de aportes de las ciencias y de eficacia de las técnicas, como puede verse en múltiples publicaciones. Participan de un intercambio dentro de las redes institucionales, profesionales y de la sociedad civil. Muestran resultados en el contexto del discurso científico y profesional sobre la importancia del tratamiento psicosocial y comunitario de la psicosis.

Arapdis propone un camino continuado y progresivo y avances muy significativos para mantener al psicótico en la comunidad; las empresas sociales y la capacitación para el trabajo, así como otros espacios para la vida cotidiana, entre ellos los centros de convivencia y la vivienda, muestra las posibilidades y limitaciones de los pacientes y la capacidad de la institución para responder a sus diversas necesidades, así como una gran capacidad para la gestión de recursos. Los vínculos entre pares y entre los diferentes niveles de coordinación se convierten en un pilar muy importante para mantener al llamado “usuario” integrado a sus redes sociales aun en los estados más críticos. Da cuenta de las posibilidades de vinculación cuando se atiende la integración laboral. Incluye un tratamiento personalizado, a quienes se les dificulta especialmente el contacto interpersonal, y un abordaje psicosocial en el que implica al núcleo familiar del enfermo, su trabajo y el entorno cercano. Considera también la adecuada dosificación de tratamiento farmacológico.

El aporte principal del CAPS consiste en establecer redes con diferentes organismos e instituciones a fin de que los usuarios se reintegren al medio social, para lo cual se incluyen espacios de escucha y tratamiento clínico, tomando en cuenta las condiciones de vida y la necesidad de actuación a nivel social y comunitario. Organizan su trabajo en torno a la terapéutica, la enseñanza, la investigación, así como la organización y la administración. Esta propuesta se caracteriza por el trabajo en red, que facilita el asociacionismo, el abordaje grupal de corte psicoanalítico y la dimensión colectiva que retoma del Proyecto Nacional de Reforma Psiquiátrica de Brasil. Su objetivo principal es que los Centros sean lugares de tránsito y no de permanencia, en los que la rehabilitación es posible gracias al desarrollo de estructuras culturalmente sensibles que apoyan a los usuarios ("personas desfasadas subjetivamente") en la reconstrucción de sí mismos y promueven su contractualidad social.

Fumerem se dirige a una población a la que necesita defender su dignidad frente al abandono y encierro en que la ha dejado la falta de interés institucional y de la sociedad, por ello, se ha centrado en promover condiciones mínimas de vida. No pretende la profesionalización de una práctica, ni un tipo de tratamiento; lograr una vida digna y también la integración comunitaria, aunque los esfuerzos fuera de la institución han sido menos desarrollados. Los programas de esta Fundación cuentan con una relativa continuidad general, sin la diversidad de programas como el despliegue de alternativas que se han gestado en otras experiencias. Su actividad se desarrolla principalmente en un contexto en el que, al no haber transformaciones de las estructuras, hasta 1999 la mayoría de sus recursos se quedaban dentro de la institución manicomial, en el encierro; el sentido de la caridad y la beneficencia, el amor como ideal y el voluntariado que la atraviesa, es un obstáculo para gestar la transmisión de sus prácticas al estar desvinculada de los marcos profesionales.

Resulta evidente que para muchos pacientes psiquiátricos ha representado la única posibilidad de contar con otros espacios de pertenencia (Centro de Día, Casa de Medio Camino, la propia pertenencia a la Fundación y sus actividades), de acceder a apoyos para sostener su vida cotidiana fuera del hospital y cambiar su forma de relación con la familia y en el intercambio social e institucional; ha modificado sustancialmente su vida el hecho de contar con una actividad estructurada y remunerada.

El que sea tan notable la dificultad de transitar hacia la sociedad se debe a diversos factores, evidentemente, la falta de trabajo con el paciente y la creación de redes que faciliten la vida fuera del hospital y más allá de la Fundación; también por lo solitario de esta iniciativa en un país donde los pacientes psiquiátricos sólo aparecen en el discurso social cuando se denuncian sus condiciones en el encierro asilar.

Subjetividad psicótica y la atención psicosocial⁸¹

Al integrar la llamada atención “psicosocial”, estas propuestas representan una transición importante: la apuesta a un sujeto y a un ciudadano con necesidades y derechos como los otros. Concepción que sin desprenderse de una comprensión que en la psiquiatría, desde la medicina, ha atravesado sus prácticas, va más allá del diagnóstico basado en la nosografía y los psicofármacos.

Como lo plantea Piera Aulagnier⁸² al reflexionar las consecuencias de los avances de la ciencia médica en la pérdida del sujeto, en la medida que avanzan las

⁸¹ Las reflexiones aquí planteadas son parte del trabajo conjunto con Lidia Fernández Rivas.

⁸² Piera Aulagnier alude al reduccionismo que atraviesa la mirada científica del cuerpo, “la mirada del hombre de ciencia se centra en la observación e investigación de un cuerpo que antes era invisible, la atención al interior del cuerpo descubre el enigma de su funcionamiento. Con esta mirada científica el cuerpo fue fragmentándose y disociándose cada vez, la totalidad del cuerpo fue perdiendo interés

neurociencias, más reduccionista es la aproximación al sujeto que se fragmenta y disocia de su sufrimiento, del vínculo con los otros y del lugar del deseo como organizador de los síntomas. La psiquiatría hegemónica actual tiende a reducir cada vez más los tratamientos a los neurolépticos en detrimento de otros abordajes que han mostrado sus efectos, no sólo de la calidad de vida y de la evolución de los síntomas, sino también por generar condiciones que favorecen los procesos de subjetivación en las personas con psicosis.

Intentando hacer algunas reflexiones sobre las experiencias desarrolladas en el llamado campo de la *rehabilitación psicosocial*, un aspecto esencial es que más allá de un diagnóstico que responda a la nosografía internacional y el tratamiento psicofarmacológico, se dirigen a un sujeto (con desventajas, fragilidades, dificultades u obstáculos) que se proponen integrar a la comunidad. Esta apertura del campo de atención ha llevado a reconocer que, más allá de la enfermedad, son sujetos con necesidades y deseos como los otros y que su destino y condiciones de vida tienen que ver más con el contexto y con las respuestas institucionales, que con las dificultades derivadas de su sufrimiento mental y sus propios obstáculos subjetivos para enfrentar la vida.

Para reflexionar los efectos subjetivos de estas propuestas ejemplificadas con cuatro casos, me apoyo en algunos aportes de la clínica sobre la subjetividad psicótica, que abren la pregunta sobre los efectos de la reubicación del psicótico en una subjetividad donde algo no se ha inscrito desde los otros, pero que a través de trabajar con el vínculo genera procesos que apuntan a la constitución subjetiva.

Las experiencias que intentan otro destino social para los pacientes psicóticos, a la luz de lo que devela la clínica, pueden constituirse en una importante posibilidad de rescate subjetivo, en la medida que apuestan a un sujeto, lo sacan del abandono y le

para centrarse cada vez más en las células y en sus partículas. El deseo como organizador del cuerpo somático dejó de importar" (1991:125-126).

ofrecen otros espacios, ocupacionales, laborales, de socialización, con un sentido; el hecho de ser llamados, integrados a grupos de pares y con el equipo que les transmite un deseo vital e integrados a una red de relaciones pueden ser escuchados y acompañados, favorece otra experiencia subjetiva, más allá del destino mortífero donde fueron abandonados.

Integrar a los psicóticos a espacios organizados, con tiempos, caminos y proyectos donde los otros circulan, donde pueden acceder desde sus posibilidades singulares, contribuye a su integración social, a las normas de convivencia y los tiempos que lo estructuran.

En el caso de la psicosis es importante reflexionar los avatares sobre la constitución del cuerpo y las experiencias que se promueven en los llamados Centros de Día o “centros de rehabilitación”; otros espacios cotidianos y de socialización, donde el sujeto psicótico transita con sus avatares subjetivos.

La constitución de la imagen corporal es una experiencia básica de la identidad del sujeto, el cuerpo se significa y organiza desde la mirada del otro, desde el deseo del otro. Los fenómenos que atraviesan el drama de la psicosis dan cuenta de la fallida constitución del cuerpo libidinal en momentos constituyentes inaugurales. La preocupación del otro por promover el autocuidado, las experiencias grupales (expresión corporal, bailes, obras de teatro y otras formas de convivencia) que implican la relación con el propio cuerpo y el cuerpo del otro, podrían favorecer la integración de una imagen, libidinizada por el afecto; estas propuestas cobran mayor sentido a partir de la significación que transmite esa otra mirada. Sin aventurar los efectos de esta mirada en la constitución subjetiva, podría pensarse que contribuyen a la erogenización y reconocimiento de la imagen corporal.

El proceso que se observa, es que los locos en el manicomio suelen ser mirados con miedo y rechazo; esta mirada cambia en la medida que los pacientes participan en

redes de relaciones más amplias, en un tratamiento a sus necesidades sociales, donde se cuida la imagen personal y circulan en espacios abiertos. Especialmente en Arapdis, donde la integración socio-laboral ha avanzado más en la integración comunitaria, el cuidado personal y las formas de socialización son especialmente atendidos, muchos de los espacios de trabajo son abiertos al público y los integrantes de este grupo circulan por las plazas, por los cafés, asisten a actividades culturales del barrio con cotidianidad, inclusive a través del teatro se enfrentan a grandes públicos. Cambian ellos pero también el contexto en el que se mueven cambia la forma de mirarlos. En Fumerem, si se toma como referente las condiciones de los hospitales, la diferencia es notable: quienes participan en los talleres y cuentan con un ingreso, van al mercado, circulan por espacios abiertos, se preocupan por verse bien, propician también que la mirada de la comunidad cambie. El Centro de Día es un espacio donde se puede ver cómo la convivencia fuera del contexto manicomial modifica su relación con los otros y con su propia imagen.

Es importante no idealizar estas propuestas, ya que también pueden caer en el encierro, en la relación persecutoria con el mundo, en la tendencia a la incorporación de sus integrantes, obstaculizando su transición a otros espacios sociales, todo ello en oposición a los objetivos manifiestos.

También es importante conocer los riesgos cuando las relaciones se primarizan, cuando lo mortífero se pone en acto y la institución no cuenta con formas secundarizadas de relación que logren ir más allá de los vínculos especulares, la omnipotencia o la indiferenciación que podrían poner en riesgo la apuesta a una integración social de los pacientes y constituirse como una experiencia más desorganizadora que subjetivante.

Un aspecto muy importante en estas experiencias y que tiene que ver con el tiempo en el psicótico y la prevalencia estructural de su padecer, es que enfrentan permanentemente las vicisitudes de la necesaria continuidad de los cuidados, a veces para

toda la vida, como lo plantea E. Sanquer, “con el trabajo con la psicosis registramos nuestro ingreso pero no sabemos cómo se va a terminar, el infinito es a menudo la marca del tiempo del psicótico” (1999:5).

Los movimientos transformadores actuales suelen atribuirse a factores ajenos a una evolución “científica” de la propia teoría y clínica psiquiátrica: movimientos de derechos humanos y ciudadanos, avances de la farmacología y de las neurociencias que hacen viable el tratamiento fuera del hospital; los aportes de la antropología y el psicoanálisis, que nutrieron el campo de la salud mental; los abordajes que incluyen a la familia y demuestran epidemiológicamente que el fármaco actúa de manera diferente en el cuerpo del paciente cuando se dirigen acciones con la familia; estos son sólo algunos factores que han contribuido a que el loco y su destino deje de ser un problema exclusivo de la institución psiquiátrica y se debata en diferentes espacios de la sociedad.

Cuadro comparativo

LEGANÉS

- Inicia en un contexto nacional de transformación.
- Reformas de los servicios de salud y de los servicios sociales públicos.
- Movimientos de reforma psiquiátrica.
- Modelo asistencial.
- Cierre del hospital psiquiátrico.
- Creación de una red comunitaria.
- Transformación de las legislaciones para garantizar los derechos de los pacientes.
- Integración de la atención en salud mental en la salud general.
- Atención pública de los pacientes psiquiátricos.

- Abordaje más integral, biopsicosocial.
- Prácticas orientadas hacia la comunidad.
- Cambio en las políticas de salud mental.
- Participación de otros sectores sociales.
- Reforma psiquiátrica en España, Ley General de Sanidad.
- Obligatoriedad institucional de una atención integral con servicios de rehabilitación y reinserción social.
- Red de servicios clínicos y sociales, atención del paciente psiquiátrico en la comunidad.
- Programas de seguimiento y de técnicas para la continuidad de cuidados, para mejorar la accesibilidad a los servicios e incrementar la participación de los usuarios.

PROYECTO

Entre estos aportes integra los nuevos modelos y tecnologías que se han desarrollado en rehabilitación psicosocial: para potenciar los recursos personales del paciente y facilitarle apoyos socioafectivos, tanto a él como a su familia; propuestas para disminuir los factores de riesgo y la falta de protección del paciente (control de la vulnerabilidad), desarrollando habilidades instrumentales y capacidades de afrontamiento personal y social y habilitando soportes sociales. Estas técnicas tienen diferente sentido y significación en función del lugar donde se realizan: en el aislamiento institucional o en la comunidad.

En Leganés el desarrollo del campo de la rehabilitación se articula con la desinstitucionalización, por lo que requiere recursos que habiliten la vida en la comunidad; compromiso del Estado con la rehabilitación como respeto a la dignidad, a la autonomía, los derechos ciudadanos de los pacientes mentales.

TRATAMIENTO

- Tratamiento integral, biopsicosocial.
- Medicamentos.
- Red de servicios clínicos y sociales, atención del paciente psiquiátrico en la comunidad.

ARAPDIS

- Sociedad civil.
- Espacios dirigidos a la rehabilitación psicosocial integral de personas con enfermedad mental crónica.
- Ofrece servicios privados sin fines de lucro y servicios subrogados como parte de la red asistencial del sistema mixto de salud.
- Prevención terciaria en salud mental: continuidad de cuidados post-cura para disminuir la prevalencia, las recaídas, frenar el deterioro y favorecer la adaptación.
- Modelo de comunidad terapéutica.
- Calidad de vida comunitaria.
- Compleja estructura organizativa.
- Atiende a las diversas necesidades cotidianas de los usuarios, acogéndolos y haciéndose cargo de la enfermedad y de las necesidades psicosociales del enfermo.
- Proceso dirigido a generar condiciones cada vez más autónomas para la vida en la comunidad.
- Trabajo dirigido a la integración sociolaboral (Trabajo asistido y Trabajo normalizado)
- Programas especializados en el campo de la rehabilitación psicosocial.

- Generar amplia red de alternativas al encierro: residencias asistidas, pre-pisos asistidos, club social, ateneo cultural, centros especiales de trabajo, centro de documentación, docencia e investigación.
- Despliegue de programas en los que destaca su racionalidad progresiva y los niveles y campos de actuación.
- Equipo colaborador; pequeño grupo de profesionales, pacientes-colaboradores y familiares.
- Toma de decisiones grupales.
- Responder a las necesidades y momentos de cada usuario.
- Dar continuidad al proceso y oferta de diferentes espacios de transición hasta llegar a la “vida normalizada”.
- Modelo de continuidad de cuidados comunitarios, trabajo integral.
- Estabilización de los índices de calidad de vida comunitaria y mejoría en relación con los efectos de cronicidad y el deterioro psicosocial.
- Lugar de capacitación para el trabajo y para la convivencia social.
- Contención de grupo.
- Centro de atención clínica propio.
- Redes con hospitales públicos y otras organizaciones privadas que se hacen cargo del tratamiento.
- Áreas de convivencia con mayor nivel de autonomía.
- Financiamiento y condición de cada paciente es variable.
- Red de viviendas, hostales, familias asistidas, regreso a la familia de origen.

PROYECTO

- Conjunto de recursos sociosanitarios integrados y coordinados en un proceso de creación y vinculación, progresivo, continuado y alternativo en la comunidad y con la comunidad.
- Tres áreas asistenciales: convivencia, sociocultural y de rehabilitación e integración laboral.
- Racionalidad empresarial que se orienta a la integración social de los usuarios y no a la ganancia: alcanzar la condición de trabajador asalariado (servicios valorados por la comunidad).

TRATAMIENTO

- Rehabilitación psicosocial integral de personas con enfermedad mental crónica.
- Redes con hospitales públicos y otras organizaciones privadas que se hacen cargo del tratamiento médico y psicosocial.
- Atención clínica.
- Cuidados comunitarios.
- Prevención terciaria en salud mental: continuidad de cuidados post-cura para disminuir la prevalencia, las recaídas, frenar el deterioro y favorecer la adaptación.

Contexto general

Proceso de transformación de las instituciones de salud mental en Brasil desde los años ochenta; movimiento de reforma psiquiátrica; sustitución (superación) del hospital psiquiátrico; atención a la relación de la sociedad con las personas con trastornos mentales; promoción de los derechos civiles de los usuarios; Ley del diputado Delgado (Legislación); atención extra-hospitalaria, derechos humanos y ciudadanos de los usuarios; movimiento Nacional de Articulación de Lucha Antimanicomial; Red Alternativa de Psiquiatría; desmontar los servicios psiquiátricos, en su mayoría privados, contratados como servicios subrogados del Estado (Reforma psiquiátrica).

- Centros de atención psicosocial.
- Estructuras intermedias entre la hospitalización y la integración comunitaria.
- Atienden a personas con problemas psiquiátricos graves: psicóticos, neuróticos graves y con retardo mental leve; personas con problemas socioculturales y económicos.
- Usuarios: personas dañadas, locas, invariablemente pobres y abandonadas.
- Propósito de acompañar la transición a su realidad.
- Todas las personas tienen derecho a la oportunidad de sobrevivir dignamente a pesar de sus limitaciones sociales y económicas.
- Innovadora propuesta pública, parte de una reforma administrativa del sector salud en 1986.

Objetivos:

- Cuidado personalizado a personas con dificultad grave en el contacto interpersonal.
- Abordaje psicosocial de la problemática, incluyendo el núcleo familiar, vecinos, amigos, trabajo, escuela.
- Fomento de las actividades artísticas, interpretando elementos culturales enrarecidos ya sea por la enfermedad o por la falta de acceso a ellos.
- Estímulo a la participación de actividades productivas dentro y fuera del centro, buscando la reinserción profesional de aquellos que alcanzan las condiciones necesarias.
- Abrir espacios de intercambios subjetivos con usuarios, familiares y comunidades a través de eventos culturales y/o recreativos.
- Estímulo a las formas alternativas y cooperadoras de internación.
- Articulación del centro con otras estructuras sociales.
- Programa asistencial docente con líneas de formación e investigación.
- Trabajo organizado en relación con cuatro líneas: terapéutica, proyectos especiales, enseñanza e investigación y administrativa.
- Dimensiones de atención y propuesta política: recibir y atender a personas con trastornos mentales graves, imposibilitadas para ejercer sus derechos civiles, sociales y políticos y más aún, una vida efectiva de relación.
- Publicaciones (libro colectivo sobre la experiencia) y discurso institucional que destacan al sujeto y a su familia, incluyendo en su concepción la dimensión inconsciente que se juega en la trama de relaciones donde se produce el sufrimiento.
- Incluyen espacios de escucha y tratamiento clínico.
- Actuaciones a nivel social y comunitario.
- Colaboración de profesionales de la Universidad de São Paulo, en especial de la Facultad de Medicina.

- Clínica psiquiátrica y formas de abordaje de corte psicoanalítico.
- Promoción del asociacionismo y el trabajo en red (las asociaciones de familiares participan en la Comisión Nacional de Reforma Psiquiátrica, en la Comisión Nacional de Salud, y el Consejo de Salud del Estado de São Paulo, entre otras).
- Generar un lugar de tránsito y no de permanencia.

PROYECTO

Espacios de rehabilitación, entendiendo por ello el desarrollo de estructuras culturalmente sensibles capaces de apoyar a personas desfasadas subjetivamente, para que puedan desarrollar procesos de reconstrucción de sí mismos y promoviendo su contractualidad social; estos espacios de atención psicosocial se consideran adecuados porque van desarrollando programas más flexibles, que favorecen la inclusión de la familia, la red social, los centros y agencias sociales, de salud, espacios de cultura y recreación en el territorio donde están los pacientes.

TRATAMIENTO

- Estructuras intermedias entre la hospitalización y la integración comunitaria.
- Cuidado personalizado a personas con dificultad grave en el contacto interpersonal.
- Abordaje psicosocial de la problemática.
- Fomento de las actividades artísticas.
- Apropiado tratamiento farmacológico, respetando dosis y horarios.
- Trabajo organizado en relación con cuatro líneas: terapéutica, proyectos especiales, enseñanza e investigación y administrativa.

- Clínica psiquiátrica y formas de abordaje de corte psicoanalítico. Incluyen espacios de escucha y tratamiento clínico.

FUMEREM

Contexto

En la década de los ochenta el panorama general de la salud mental y la psiquiatría en México mostró una doble faz en escenarios totalmente opuestos: por un lado, la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, el cual promueve la vanguardia en psiquiatría, siempre desde la mirada biologicista. El IMP forma parte de una red donde la psiquiatría hegemónica se sustenta en la investigación científica, la clínica y la formación de profesionales, junto con el Hospital Fray Bernardino Álvarez y vinculados con la Facultad de Medicina de la UNAM.

El otro escenario muestra el rezago y abandono de los hospitales psiquiátricos asilares, mantenidos durante años en el olvido y sin un proyecto real para su transformación. En esta época inicia actividades la Fundación para la rehabilitación del enfermo mental, organización no gubernamental cuyo propósito es mejorar las condiciones de vida de los pacientes psiquiátricos; esta fundación realiza su labor al interior de los manicomios, y abre otros espacios para la circulación de los pacientes fuera del hospital. Paradójicamente, es esta misma organización civil, en voz de su fundadora, la que diez años después se encarga de denunciar públicamente la situación de los hospitales psiquiátricos y los pacientes internados, resultado de la diferencia ominosa entre los dos campos de la psiquiatría en México y la falta de un proyecto donde los manicomios estuvieran incluidos.

- Fundación IAP.
- Modificar las condiciones de vida de los pacientes psiquiátricos vinculados a las instituciones manicomiales.
- Incide e interviene en hospitales psiquiátricos públicos.
- Propósito de intervenir al interior de las instituciones manicomiales como complemento al vacío de programas para mejorar las condiciones de vida de los asilados.
- Formación de técnicos en rehabilitación, por convenio con la Secretaría de Salud y con organismos internacionales (Richmond Fellowship International, de Reino Unido).
- Programa de trabajo en Hospitales Campestres.
- Creación de dos estructuras intermedias para pacientes psiquiátricos (Centro de día y Casa de medio camino) además de un programa de rehabilitación de internos en hospitales psiquiátricos. La casa de medio camino tiene como objetivo que los pacientes vuelvan a recuperar la confianza en sí mismos y favorecer una rápida integración a su núcleo familiar.
- Actuaciones dirigidas a las instituciones psiquiátricas tradicionales.
- Movilización de diferentes actores sociales, desde el voluntariado y los estudiantes hasta la prensa.
- Alianzas políticas con líderes sindicales, altos funcionarios y organizaciones internacionales.
- Modalidad de intervención, rehabilitación en el marco de la psiquiatría tradicional y voluntariado.
- Defensa de los derechos humanos.
- Principios de beneficencia, voluntariado y el amor religioso al prójimo como formas de aproximación.
- La ideología de la Fundación se rige bajo el mito de salvar a los enfermos mentales de la situación insostenible en que viven.

- La buena voluntad, la entrega a la obra, la intuición y las formas espontáneas de actuación predominan a la profesionalización entre sus colaboradores.
- Se abandonan los cursos de capacitación, junto con la SSA, de técnicos en salud mental (dichos cursos se realizaban en instalaciones y con instructores del Instituto Nacional de Psiquiatría).
- Las enseñanzas y la formación recaen directamente en su fundadora, no hay mediación de otras instituciones ni la acreditación correspondiente (se acreditó sólo a las primeras generaciones de técnicos en rehabilitación).
- Organización y estructura en torno a la fundadora.
- El trabajo se gesta desde el encierro y no lo cuestiona.
- Actúa en la modificación de las condiciones de vida al interior del hospital.
- Tomando como modelo la comunidad terapéutica inglesa, cuenta con un centro de día y una casa de medio camino que llegan a formar parte de la red manicomial como espacios de transición que se saturaron en poco tiempo al no contar con otros espacios a los cuales llegar los pacientes.
- Única alternativa gratuita para pacientes psiquiátricos, externa a los hospitales.
- No crea redes ni condiciones de trabajo comunitario.
- La denuncia como principal eje de trabajo tras diez años de trabajo al interior de los hospitales; única voz en este campo.
- Creación de los Comités Ciudadanos, encargados de verificar el funcionamiento dentro de los hospitales y salvaguardar las mejoras en las condiciones de vida de los pacientes, en la modalidad de IAP, financiadas directamente por organismos altruistas nacionales e internacionales.
- Actividades remuneradas para los pacientes psiquiátricos dentro de los hospitales (sistema de economía de fichas y reforzadores; como programa aplicado por la fundación, su objetivo es que el usuario acceda a la noción de libre cambio y al sistema de recompensas de la sociedad).

- Modalidad asistencial.
- Atención gratuita de diversas necesidades de personas vinculadas a los hospitales públicos.
- Única experiencia de transformación psiquiátrica en México: el “Modelo Hidalgo”, en colaboración con el gobierno del Estado de Hidalgo, la Secretaría de Salud y la Fundación.
- Efectos directos en las instituciones psiquiátricas públicas.
- Incide en las condiciones de vida de los pacientes asilados y externados de los hospitales.
- Por la presión de la Fundación, organismos civiles participan en la revisión de la NOM-025, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica.
- Promoción de actividades manuales y artesanales, además de hábitos de higiene y autocuidados y salidas del hospital campestre a la ciudad.
- Establecimiento de las funciones de los comités ciudadanos frente al Sector Salud y el DDF; una de estas funciones será el acceso a la información de todos los programas médicos, asistenciales y administrativos y presupuestales que intervengan en la prestación de servicios del hospital psiquiátrico.

PROYECTO

La Fundación fue creada para la rehabilitación del enfermo mental, campo tradicional de la psiquiatría. Inicia en 1980 en régimen de Institución de Asistencia Privada; desde su origen se concibe como una organización complementaria, no alternativa, a los hospitales psiquiátricos públicos asilares. Se propone promover servicios totalmente gratuitos, a partir de donaciones, para enfermos mentales y sus familias. Los objetivos

se orientan hacia los derechos humanos, programas de readaptación y rehabilitación, divulgación y sensibilización de la sociedad para que participe en esta problemática. Otro objetivo de la Fundación es liberar a los pacientes de la institución psiquiátrica y la sociedad que los oprimen, que los pacientes vuelvan a recuperar la confianza en sí mismos y favorecer una rápida integración a su núcleo familiar.

Se propone impulsar acciones de mejoramiento integral a favor de las personas internadas en hospitales psiquiátricos en México y la defensa de los Derechos humanos de los pacientes. Promueve y participa en la creación de la Carta de Derechos Humanos de las Personas con Enfermedad Mental, de manera conjunta con la Comisión de Derechos Humanos que, posteriormente, no la respaldó. Por presión de la Fundación quedó integrada en la NOM-025 con lo que trascendió a los hospitales psiquiátricos. Después de diez años de trabajo al interior de los hospitales, la Fundación inicia una campaña de denuncias con la intención de mostrar por todos los medios y dejar constancias documentales de los maltratos que reciben los enfermos atendidos en instituciones psiquiátricas.

TRATAMIENTO

- Modificar las condiciones de vida de los pacientes psiquiátricos vinculados a las instituciones manicomiales.
- Programa de rehabilitación de internos en hospitales psiquiátricos.
- Modalidad de intervención, rehabilitación en el marco de la psiquiatría tradicional y voluntariado, beneficencia y el amor religioso al prójimo como formas de aproximación.

- Actividades remuneradas para los pacientes psiquiátricos dentro de los hospitales (sistema de economía de fichas y reforzadores; como programa aplicado por la fundación, su objetivo es que el usuario acceda a la noción de libre cambio y al sistema de recompensas de la sociedad).
- Promoción de actividades manuales y artesanales, además de hábitos de higiene y autocuidados y salidas del hospital campestre a la ciudad.
- En las estructuras intermedias, la atención médica y psiquiátrica es externa.
- Fortalecimiento de la contractualidad y de la posibilidad de defensa de los pacientes, sustentada en el poder de la fundación.
- La salvación y liberación de la opresión de la institución y de la familia.

**V. Los hospitales psiquiátricos asilares desde la
mirada de los alumnos de Psicología de la UAM-Xochimilco**

La experiencia de los alumnos antes de las denuncias (1990)¹

[...] el cataclismo emocional que se desencadenó en mi interior al ingresar a ese mundo fue aterrador, simultáneamente tan lejano y tan próximo de la realidad que vivimos cotidianamente, y que habría de cimbrar hasta la fibra más interna de mi ser [...] asco y vergüenza por mí mismo, por ser miembro de la especie humana, la única capaz de tolerar e incluso propiciar la degradación de sus congéneres hasta el grado más ínfimo e insultante.²

LAS VIVENCIAS DE LOS ALUMNOS en los hospitales campestres o granjas son muy elocuentes; las condiciones en que se encuentran los internos — muchos de ellos trasladados hace más de 20 años del antiguo gran manicomio de la Ciudad de México— son muy parecidas a las que oficialmente justificaron la “Operación Castañeda”. En el Hospital Campestre Samuel Ramírez había soldados y la entrada tenía un control riguroso que nos hacía sentir lo que era la llamada institución total. Al estar en un manicomio, no era la locura la que se imponía sino esa condición de vida: el encierro sin salida y el abandono tan deshumanizante, situación determinante en el sentimiento de violencia que atravesaba cada pasillo de la institución, generando indignación e impotencia. En lo personal, cada visita al hospital me producía angustia, temor al contagio y a lo sucio; agotada, llegaba a bañarme y a dormir.

Es importante señalar que además de los manicomios, los alumnos tienen un acercamiento a otros centros: una comunidad terapéutica (Instituto Mendao), una

¹ Parte de estos textos fueron publicados en dos artículos: E. Guinsberg, y M. E. Ruiz Velasco (1991), “Alumnos de la UAM-Xochimilco en el tránsito por la “locura”, en *Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales*, núm. 2, UAM-Xochimilco (en dicho artículo no se mencionan los nombres de los alumnos, por lo que no siempre aparecerán citados en este texto); L. Fernández Rivas y M. E. Ruiz Velasco (1993), “La enseñanza de la psicología y el tránsito por la locura. Un modelo alternativo”, en *Psicología y Salud*, Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.

² Escrito de un alumno de la Licenciatura en Psicología, a partir de la experiencia en el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno en 1991.

Casa de Medio Camino y un Centro de Día (Fundación Dignidad). En sus observaciones y transmisión de la experiencia mediante sus escritos, los alumnos reflejan diferencias significativas en los efectos que les produce el acercamiento a personas con “locura”, donde la respuesta institucional cambia.³

Adriana había conocido un hospital para niños enfermos mentales en Cuba:

El gran contraste entre mi experiencia anterior, y lo que es un enfermo mental en la sociedad a la que pertenezco [...] sentí desde miedo, angustia y hasta un gran coraje, pasando por impotencia al ver la situación de vida de las mujeres, mujeres como yo, como cualquier otra, que podríamos estar formando parte de uno de los largos y olorientos pabellones del hospital.

En este primer acercamiento a la institución manicomial, los alumnos destacan la marginación y el encierro en condiciones de miseria. Una mirada al personal del hospital satanizando sus prácticas, es un aspecto importante que suele atravesar estas experiencias; no se observan en el paisaje las condiciones del personal, también encerrado, marginado, sin proyecto ni salida.

La visita a la granja, en la afueras de la ciudad, me trae ya la idea de marginación; más parecía una cárcel, un centro de castigo donde los enfermos no saben qué pena están purgando ni por cuánto tiempo [...] Las mujeres no se diferencian de los pordioseros que andan por la calle. La desnudez de algunas de ellas, las celdas de aislamiento, enfermeras con jeringas y medicamentos, policías armados, hacen patente la violencia, la prepotencia y el poder legalizado que se ejerce en las instituciones manicomiales.⁴

³ Habría que articularlo con lo que estas escenas movilizaron a quienes fueron participando activamente, convocados por Virginia González para promover las denuncias a través de diferentes medios. Desde el periodismo amarillista, hasta miradas de un periodismo más profesional, como Gina Batista, o bien los assembleístas del gobierno de la Ciudad y organizaciones internacionales de derechos humanos.

⁴ La institución a la que se refieren es el Hospital Adolfo M. Nieto, al que sólo podíamos entrar mediante el apoyo extraoficial del área de enseñanza. La Secretaría de Salud había cancelado el convenio con la UAM-Xochimilco debido a las declaraciones de algunos alumnos a la prensa años antes. Era vigilado por soldados armados y fue el último en abrirse y cambiar al director por la intervención de Virginia González.

Otra alumna describe cómo, por encima del asco, tuvo un sentimiento más fuerte: gran tristeza, ganas de llorar, además de impotencia.

Un alumno, después de participar en la comunidad terapéutica (Instituto Mendaó), escribe:

La experiencia en la "comunidad terapéutica", en gran contraste con el psiquiátrico, permite condiciones del "enfermo" totalmente distintas. La condición de clase social es un factor determinante, donde los medios económicos juegan un papel primordial para la rehabilitación y aceptación del "enfermo" por el medio social.

Otro destaca como factor de suma importancia el trato con el otro, la convivencia en comunidad y la posibilidad de acceso a la sociedad.

Contrario a lo que estos alumnos observan, que las mejores condiciones de vida y el tratamiento privado les posibilita mantenerse en el medio social, todos los estudios sobre las redes sociales de los pacientes psiquiátricos, han concluido que éstos son los pacientes con menor red social, a veces se reduce a uno o dos familiares o al equipo tratante. Sin embargo, hablan del cambio de condiciones de contractualidad en la comunidad terapéutica.

La contractualidad del "loco" es un tema que ha tenido un gran desarrollo en los planteamientos de la lucha antimanicomial brasileña, en la que el movimiento italiano ha tenido gran influencia. Justamente los movimientos de derechos humanos intentan modificar esta relación dinero-derechos; en el caso de la locura, es difícil que el dinero garantice sus derechos. Los contratos y alianzas familia-institución son determinantes en las condiciones del paciente.⁵

⁵ El contrato narcisista y las alianzas inconscientes son procesos que participan activamente en la condición del loco en las instituciones y el grupo familiar (cf. Käs, 1989).

Me parece interesante destacar las observaciones y reflexiones de los alumnos al encontrarse frente a las mal llamadas “alternativas al hospital psiquiátrico”, porque se pueden contrastar la idealización y la mirada crítica frente a la misma experiencia, el Centro de Día de la Fundación Dignidad (ver Anexo).

El contraste que encuentran los alumnos entre la institución manicomial y otras alternativas es en lo que se sustentan las propuestas de reforma psiquiátrica, como quedó planteado en la “Declaración de Caracas” al proponer la transformación de la modalidad tradicional manicomial, que habla de la discapacidad social que produce el aislamiento y las condiciones que ponen en peligro los derechos humanos y civiles. La propuesta consiste en una red de espacios en la comunidad que incluye Centros de Día, también llamados centros de rehabilitación psicosocial.

Además de sus reflexiones sobre la institución, también se encuentran en los testimonios de los alumnos vivencias especulares, de confusión, angustia por la propia locura y la propia historia, también con frecuencia actos como bañarse que ellos mismos asocian al contacto con la locura y la fantasía de limpiarse del contagio:

Me angustió la no diferencia, el ver a los “pacientes” igualitos a mí [...] a primera vista parecen tan “normales” que me sentí reflejada y vulnerable.

Resulta interesante citar las reflexiones de un alumno que trabajó en la comunidad terapéutica porque su mirada va más allá del impacto del primer encuentro con las instituciones manicomiales y con las experiencias alternativas; describe, desde una mirada crítica, los vínculos que se establecen:

[...] en cuanto a los movimientos alternativos, observo que el trabajo de rehabilitación del programa que comanda Vicky tiene un gran mérito. Pero observo que dependen demasiado del sostén afectivo, lo que, mezclado con ese enfoque místico, da un toque

un tanto ilusorio a su trabajo; considero que es un apoyo interesante pero que podría serlo más si no trataran de decir “aquí no pasa nada” y eres una víctima a la cual vengo a “rescatar”. En ese sentido el trato igualitario se convierte en una negación de la problemática (recordemos que este fue uno de los errores del movimiento antipsiquiátrico). En cuanto a la Casa de Medio Camino, el trabajo es integral en tanto existe apoyo no solamente médico, sino familiar, con terapias de grupo e individuales. Terminaría reflexionando que a pesar de la evolución de la ciencia y los intentos de cambio, “este tema de la salud-enfermedad mental sigue en retraso significativo, tal vez porque somos juez y parte”.

La mirada de los alumnos después de las denuncias (1995-1997)

La reflexión de los alumnos⁶ aporta una mirada que se sustenta en la lectura acerca de las respuestas institucionales que históricamente y en la actualidad se han organizado en torno a la llamada “locura”. Cabe destacar que las condiciones que se viven en los hospitales ahora las experimentan de otra manera; el drama y el carácter traumático de las escenas en otro tiempo (1992-93),⁷ dejan paso a la reflexión y a la problematización de las condiciones y prácticas de las instituciones que albergan personas con enfermedades psiquiátricas. A pesar de que se han concretado cambios, éstos poco han hecho en relación con el encierro y el lugar de los pacientes, como lo muestra el personal de la institución en su discurso. Considero que a partir de las

⁶ Los alumnos escriben un reporte como parte de las actividades del Octavo Módulo de la Licenciatura en Psicología, han revisado diferentes textos, tanto *Historia de la locura en la época clásica*, de Foucault, como propuestas de la psiquiatría actual, movimientos transformadores que apuntan la reintegración social de los pacientes. A nivel de estructuras de atención más relevantes, está la red de servicios para la atención en la comunidad con diferentes niveles de protección institucional.

⁷ Han visto el video de 6 minutos elaborado por Gina Batista, con una cámara oculta, en el Hospital Campestre Samuel Ramírez Moreno. Este material, además de pasarse por televisión, fue en el que se inspiraron artículos de revistas y diarios en 1992.

observaciones de los alumnos y del discurso institucional dirigido a ellos para presentar el trabajo que realizan, se hace evidente que tanto directivos como trabajadores de estas instituciones, intentan modificar sus prácticas sin un marco de referencia más global, intentos aislados, sin continuidad, ni dentro ni fuera del hospital.

Por alguna razón el personal y sus dirigentes —incluso quienes promueven las denuncias y presionan para promover los cambios— se han mantenido severamente aislados de lo que han aportado otros procesos. Por ello, pese a que mejoran las condiciones de vida, nada cambia en lo sustancial, no hay actuaciones en el contexto o son muy limitadas; posibilitan actividades fuera del hospital sin una red de atención más allá que el esfuerzo personal y comprometido de algunos elementos del hospital, como lo muestran los programas “hospital de noche” y “panadería”.⁸

Mientras que las transformaciones en otros países parten de la creación de nuevos espacios en la comunidad, como los Centros de Día, también llamados centros de rehabilitación, aquí el encierro estructural deja a los que participan sin salida como vía institucional. El discurso de los profesionales de la institución incluye la posibilidad de una vida externa, habla de habilitarlos para la vida social y familiar, pero este sentido de sus actuaciones es muy reciente en estas instituciones. El término “rehabilitación” parece validar cualquier práctica. Es importante señalar que la NOM-025 ya ha sido aprobada y publicada e incluye la obligatoriedad de estas prácticas.

⁸ Estas experiencias, muy valiosas porque implicaron una lucha sostenida en contra de la modalidad de la institución, de los prejuicios internos y externos, fueron experiencias que mostraron la posibilidad de que los pacientes circularan fuera del hospital y se relacionaran con la comunidad. Otra experiencia en este sentido fue la convivencia del director del hospital con tres pacientes un fin de semana en su casa. Sorprenden las habilidades para tomar utensilios de cocina, preparar alimentos, etcétera. Actividades a las que no habían tenido acceso hacia más de 20 años. El video es presentado en el diplomado “Salud mental y rehabilitación psicosocial”, UAM-Xochimilco, 1999. El programa “Hospital de noche” muestra el acompañamiento de los pacientes para trabajar fuera del hospital y relacionarse con la comunidad; los prepara en autocuidado y habilidades sociales, también los apoya en la gestión del empleo. Siguen vinculados al hospital, donde duermen y comen (véase Barrera, Rocío, 2000).

Una alumna, después de haber hecho sus observaciones en el Hospital Campestre Samuel Ramírez Moreno, se pregunta por la clínica, por lo central del paradigma psiquiátrico y sus diagnósticos como organizadores de las prácticas de otros profesionales y del destino de los pacientes; trae el problema del destino asociado al diagnóstico. Es importante señalar que en sus observaciones no aparece el impacto que en otros tiempos invadía a los alumnos. Los alumnos se cuestionan si lo que observan como “programas que pretenden la rehabilitación”, podrán modificar el encierro y el abandono familiar, pregunta que no se planea el personal, ni los comités ciudadanos.⁹

-

[...] la rehabilitación es confundida con labores manuales que entretienen a los pacientes del hospital, en vez que promueva su reinserción al núcleo familiar y posteriormente a la sociedad como miembro activo. Los infantilizan: éstos son nuestros pacientitos [...] esta clasificación determina la posibilidad de una vida social fuera del hospital y de una recuperación (Sanvicente Díaz, 1995).

Tres años después de las denuncias las condiciones han cambiado, ya no son tan extremas y permiten observar y hacer otras reflexiones. Los procesos de transformación, aunque no sustanciales, modificaron las condiciones generales de vida. Aparece en primer plano que no son tratados como sujetos, como lo observa M. Sanvicente, en relación con el discurso del personal que cosifica: “¿Qué quieren ver, esquizofrénicos, depresivos [...]?”.

El vínculo con las familias es un aspecto que aparece en primer plano si se piensa en la posibilidad de integración social. Una alumna toma discursos que describen la

⁹ Reygadas, Mercedes y Ritchey Lorraine, “Programa de trabajo con familias y de reinserción familiar de internas, con continuidad de tratamiento en el Hospital José Sáyo”, ponencia presentada en el II Encuentro Nacional de Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria y I Encuentro Latinoamericano de Salud Mental comunitaria”, La Habana, Cuba, septiembre de 1997.

manera puntual y marginal en que la familia se vincula a los procesos institucionales, de acuerdo con el discurso de una trabajadora del hospital:

[...] la familia no se nos acerca para conocer el estado de su paciente ni nosotros a ésta, se contentan con dejar el pago, aunque el paso está abierto a los pabellones, no asisten a ellos a visitar y saber de su enfermo. Cuando no, se realizan trámites burocráticos por parte de la familia para evitar el alta del paciente.

El abandono familiar es muy elevado, según les informan en el propio hospital, más del 80 por ciento en estos hospitales —más del 90 por ciento en centros de indigencia—; la alumna agrega:

[...] en el psiquiátrico es escasa la relación familia-psiquiatra, psicólogo, etcétera. Para quienes registran mejoría algunos careciendo de familia no les aguarda más que la misma institución.¹⁰

Como lo expresa esta alumna, existe un vacío entre institución y comunidad, no hay caminos o redes que posibiliten la vida de los pacientes fuera del hospital.

Otra alumna destaca la situación que aparece en primer plano: la falta de condiciones para que los internos encuentren una posibilidad de vida fuera del hospital. Llama la atención, en el discurso que recoge de la institución, lo natural del abandono familiar,

¹⁰ Como lo plantea Silvia Radosh (2002), en la misma línea del temor al “contagio de la locura” estaría la fantasía de la familia de la depositación de la locura en lo que se ha nombrado como “paciente identificado”, no teniéndolo junto a ellos, se “salvan” de la locura... en ese pacto inconsciente el paciente se hace cargo, él es el “único loco” y así “salva” a la familia sin considerar qué del contexto familiar lo fue llevando a esa locura. Pienso que la familia es el “campo fértil” para desarrollar la locura y esto es muy difícil de aceptar, muy culpabilizante, pero efectivamente no habría forma de tratar al paciente sin considerar su ámbito familiar, aunque precisamente sea, para alejarse de él, una vez que ello sea posible.

cuando no sólo en otros países, sino también en uno de estos hospitales asilares, se han realizado ya experiencias de reintegración familiar con resultados significativos.¹¹

El trabajo con la familia y de reintegración de pacientes a la luz de quienes han participado en las reformas psiquiátricas, se consideran imprescindibles para la vida del paciente en la comunidad. En México, estas experiencias no trascendieron, ni fueron valoradas ni incluidas como propuestas de quienes promueven las denuncias y las transformaciones en las instituciones. Este vacío de trabajo con la familia y las redes sociales, atraviesa también una de las experiencias más relevantes de transformación de la modalidad asilar, el llamado “Modelo Hidalgo” (2000).

Los ideales de la rehabilitación incluidos en la NOM-025 y a la que pretenden responder las instituciones psiquiátricas, incluyen en su discurso algunos elementos de la llamada “rehabilitación psicosocial”. Los alumnos, desde su lectura de las escenas y discursos institucionales, transmiten los valores de las reformas psiquiátricas: el paciente debe ser atendido en sus redes sociales y reintegrado a la comunidad. En 1997 en el Hospital Campestre Samuel Ramírez Moreno se habla de un antes y un después de 1993 (el año de terribles denuncias).

Otra alumna reproduce el discurso institucional, en el que se han incorporado los “valores de la rehabilitación”, con una mezcla de modelos de administración “calidad total”:

¹¹ Este trabajo, realizado por Mercedes Reygadas y Lorraine Ritchey en el Hospital Psiquiátrico José Sáyo, implica una concepción sobre la reintegración social a partir del trabajo en el contexto más próximo al paciente: el apoyo a la familia con tratamientos, además del medicamento para el paciente identificado. Esta modalidad de trabajo familiar y con las redes sociales —a través de la gestoría de apoyos comunitarios y un programa de terapia familiar, realizado en la Casa de Protección Social Cuemanco para indigentes con problemas psiquiátricos— ha mostrado los beneficios de estas aproximaciones aun en condiciones donde el abandono ha sido extremo. Estos programas institucionales fueron presentados respectivamente en La Habana, Cuba, septiembre de 1997, y en el Congreso Internacional “La Rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat” (Barcelona, 2002).

[...] se introdujeron ahora nuevos programas de rehabilitación y uno de los principales objetivos es la autonomía, la psicoterapia, la terapia individual y colectiva ocupacional no conducen por sí solas a la reinserción social del paciente a la familia y la sociedad [...] La coparticipación, la autoadministración, autofinanciamiento, el formar parte de una identidad propia y regional, formar parte de un grupo (programa de capacitación laboral residual).¹²

La institución cuenta con un programa que se inscribe en las actividades que tradicionalmente en la psiquiatría forman parte de la “rehabilitación” (control de esfínteres, terapia ocupacional, terapia de actividades gruesas, actividades psicomotrices finas, actividades en asambleas con familias y pacientes, hospital de noche, reinserción a la familia). En su reflexión, la alumna reconoce que el problema va más allá del personal tratante, y convoca a otros profesionales.

Los organismos internacionales, al hacer suyas las propuestas de la psiquiatría social y comunitaria, plantean la interdisciplinariedad y la participación de diferentes actores sociales en el campo de la salud mental; en este sentido la OMS describe el amplio campo de la llamada “rehabilitación psicosocial” en la “Declaración por consenso” (1996).

Los informes de los alumnos se sustentan en reflexiones a la luz de las lecturas modulares, desde ellas orientan su escucha de los discursos del personal y sus observaciones a la institución. Si bien reconocen los cambios, reconocen también que la situación del “loco” no cambia; la relación con la locura y lo que representa va más allá de la institución, nos lleva a hacer una lectura sobre la institución como respuesta a la demanda social.

¹² Véase *Manual de procedimientos de la unidad terapéutica hospital de noche*, Secretaría de Salud (1997:33). En este programa se plantea como objetivo “promocionar la completa interacción del paciente con su medio social como fase última de su rehabilitación psicosocial”; menciona “la búsqueda de hogares sustitutos y de vinculación con el centro comunitario de salud mental y el seguimiento por consulta externa”.

¿Quién está loco y quién merece o no estar en un hospital? [...] Si es el grupo social el que decide la situación del “sujeto enfermo”, la locura ha servido como un gran depósito de lo que la sociedad desprecia o teme, se vuelve depositaria de lo oscuro y lo malo [...] con esta concepción de la locura no podía el grupo social hacer menos que aislar el problema, confinarlo de por vida para así no tenerlo presente a cada momento y vivir tranquilo suponiendo que todo lo malo y peligroso para la sociedad ya está controlado.

Esta alumna reflexiona sobre las diferencias entre las instituciones psiquiátricas, mencionando las buenas condiciones del Hospital Samuel Ramírez respecto de la Casa Cuemanco. Quizá en buena parte esa fue la respuesta frente a las denuncias, el resultado es que, no hubo cambios de fondo pero mejoraron las condiciones generales de vida al interior del hospital. Los alumnos, a partir del acercamiento a otras experiencias pueden abrir la pregunta sobre lo que los mantiene encerrados en las instituciones.¹³

Los alumnos han visto el citado video —parte importante de las denuncias de 1992 sobre este hospital—; ahora, en el discurso institucional encuentran proyectos que parecen no contar con vías de integración social. Lo que les transmite la institución se ha modificado, aparece la perspectiva de vincularse como hospital a la comunidad; sin embargo, pueden sentirse las distancias que hacen difícil esa transición, mismas

¹³ Es importante señalar que en México ha continuado la creación de grandes instituciones vinculadas con la locura, elefantes blancos creados para el tratamiento y rehabilitación por medio de modelos cuestionados a principios del siglo XX. En 1996 se crea, a través de la Secretaría de Gobernación, el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (Ceferepsi), que concentró a inimputables de todo el país, rescatados de situaciones críticas en el sistema carcelario nacional. El despliegue de recursos, las condiciones “humanizadas”, dormitorios hogarizados para visitas conyugales —una “jaula de oro”, como los propios internos definen su situación—, un amplio despliegue de programas con la intención de favorecer la integración social en un contexto donde esto es casi imposible. Situado desde cualquier enfoque en la contradicción, el modelo de la gran institución total se reproduce con un proyecto humanista, al lado del despliegue de prácticas en el marco de la “rehabilitación psicosocial”.

que un alumno ubica como miedo. Después de haber visitado el centro para inimputables (Ceferepsi) y la casa para indigentes (Casa Cuatro), reconoce la voluntad de cambio y sus limitaciones en cuanto a las corrientes profesionales y sus prácticas:

Cuando fuimos al Samuel Ramírez nos hablaron del nuevo plan de tratamiento, lo más importante es la posibilidad de salir, volver a tener lazos sociales, que significa un nuevo concepto de la locura donde la reinserción social es posible [...] pero aún tiene grandes lagunas, los pasos de dicha inserción son a nivel conductual, con base en la funcionalidad del sujeto, por un tratamiento psicológico terapéutico que tenga que ver con su inconsciente, me parecería importante.

Los alumnos, al tener un acercamiento a los “locos” institucionalizados, reflexionan sobre las concepciones sociales y diagnósticos sobre la enfermedad mental, donde el sujeto se pierde:

Me convencí de que la locura no es un catálogo de enfermedades escritas, ni por psiquiatras, ni por psicólogos, ni por literatos; sino una entidad única y diferente de cada ser que necesitamos verla con flexibilidad y humanismo [Xitlali Hernández Martínez, 1997].

Debido a que los alumnos conocen las propuestas actuales, su lectura de la experiencia apunta hacia el abandono, la cronificación y el encierro. Cuestionan las técnicas profesionales en el tratamiento y sus posibilidades de contribuir o no a la vida fuera del hospital. Esta lectura en las denuncias no aparece, no cuestionan el encierro ni la falta de recursos y programas para habilitar una vida fuera del hospital, menos si las técnicas de tratamiento pudieran ser adecuadas o no. El equipo que ha iniciado la transformación, avalado e impuesto por las fuerzas denunciantes, al igual que el Comité Ciudadano y los directivos, han iniciado en el Hospital Samuel Ramírez un trabajo que mejoró las

condiciones de vida, diagnósticos y tratamientos. Todos hablaron de rehabilitación en el encierro, sin plantearse la creación de estructuras intermedias, sólo integrando a su red los antiguos Centro de Día y Casa de Medio Camino de la Fundación participante.

Las propuestas de la reforma psiquiátrica han tenido un amplio desarrollo y aportes a nivel internacional, cabe destacar que la creación de redes asistenciales y de cuidados sustitutivos al hospital, así como la habilitación de espacios en la comunidad, son indispensables para hablar de rehabilitación psicosocial. Frente a este vacío en su concepción, llaman “rehabilitación” a los diferentes talleres dentro del hospital.

La experiencia de los alumnos en la transformación del Hospital Ocaranza (2001)

El tránsito de los alumnos por el Hospital Ocaranza se da después de haber tenido un acercamiento a los hospitales psiquiátricos de origen manicomial y a la Casa de Protección Social Cuemanco para indigentes con problemas psiquiátricos. En este Hospital las transformaciones del contexto asilar manicomial, por otra modalidad más flexible y abierta, permite un encuentro donde se privilegia la relación entre sujetos.

Después de transitar por instituciones que impactaron por las condiciones de encierro sin salida y las relaciones manicomiales que permeaban la manera de vincularse con la locura, al llegar al Ocaranza los alumnos hablan de “esperanza”:

[...] tras la visita al Sáyo y la Casa Cuemanco, las lecturas que nos referían a la reforma psiquiátrica en el mundo se muestran sin valor para la praxis en México, y es sólo cuando se llega al Ocaranza que la esperanza surge [...] toman forma y sentido real las lecturas que habían perdido valor en la experiencia. Ver las instalaciones de Ocaranza (del viejo hospital) vacías rememoraba las experiencias anteriores: ante nuestros ojos crecieron los fantasmas del Sáyo y la Casa Cuemanco envueltos en un silencio fúnebre que planteaba un sinfín de expectativas futuras [...] en Ocaranza

la libertad del usuario le daba un lugar como sujeto, el espacio fue apropiado, mientras en otras instituciones el acercarse a uno los refería a una violación de su parte ante el sistema por lo que ellos vivían como tal [...] La cuestión de la inserción social no tiene que ver exclusivamente con espacios físicos, sino con los espacios vinculares que se establecen entre profesional, paciente, familia, comunidad, institución [...] casi no hay propuestas de formación que contribuyan a cambiar los “muros mentales” que llevamos internalizados [Claudia Ezcurdia Valles, 2001].

El comentario de esta alumna acerca de la falta de lugares de transmisión, de formación, apunta a un problema central: en general las prácticas en este campo son espontáneas e improvisadas.

Otro alumno reflexiona acerca de la importancia de la posibilidad de salida a vivir en la ciudad, lo que modifica sustancialmente la concepción sobre la locura sin negarla:

[...] se les ha ido trasladando a casas de medio camino, que son casas normales [...] ahí, los enfermos viven prácticamente como gente normal, más allá de que sigan siendo atendidos y vigilados puesto que siguen siendo enfermos [Andrés Urquiaga, 2001].

El trato del personal es cortés y el proyecto fomenta la reintegración [...] mediante funciones cotidianas, haciendo de la rutina diaria la mejor terapia de integración que no excluye la subjetividad del individuo [Elvira Jacinto Rodero, 2001].

La experiencia de los alumnos muestra, a través de sus escritos, cómo se modifican las concepciones y temores que se asocian a los llamados “enfermos mentales”, cuando se transforma la modalidad manicomial.

Hace falta una concientización a la sociedad de lo que la enfermedad mental es y como es tratada actualmente, ya no es como antes en donde la locura era contagiosa o era vista como un castigo [...] son seres humanos como nosotros con ganas de vivir y de ser aceptados como tales [Silvia Alicia Pérez Roldán, 2001].

Algunas transformaciones a la luz de las reformas

La historia de los movimientos transformadores que han trascendido, desde el encabezado por F. Basaglia hasta el actual movimiento brasileño, ha tenido un carácter colectivo, amplia participación de las instituciones públicas y ciudadanas. En sus inicios, las denuncias fueron un recurso necesario. El apoyo de las organizaciones civiles fue indispensable para la atención en estructuras intermedias. En la experiencia mexicana, la única voz que se ha levantado con fuerza ha sido individual; sin iniciar con un proyecto transformador, las denuncias se han dirigido a mostrar las condiciones de vida dentro de los hospitales, la corrupción y la violencia.¹⁴

En la década de los ochenta se superó el manicomio como propuesta asistencial y ello implicó un tránsito paulatino que dejó varias enseñanzas. Para modificar las condiciones asilares es indispensable crear estructuras en la comunidad para la integración social protegida y acompañada. Mejorar las condiciones de vida sin cuestionar el encierro, responde a los primeros momentos de reforma. La deshospitalización salvaje, sin apoyo clínico extrahospitalario y sin preparación ni apoyo para las familias, propició que los pacientes pronto se encontraran abandonados o en instituciones de menores recursos, como los centros de indigencia.

En México, las estructuras intermedias en la comunidad son casi inexistentes, no se ha constituido una red asistencial fuera de los hospitales; al transformar los

¹⁴ B. Saraceno y F. Rotteli, en una reunión en La Habana, Cuba, hicieron una propuesta basada en las dificultades que enfrentaban los movimientos de transformación psiquiátrica, a partir de la transformación de los recursos asistenciales ya existentes y propusieron como una mejor vía la creación paralela de estructuras en la comunidad y la defensa de derechos humanos, supervisión y mantenimiento en condiciones de vida digna para los albergados en estas instituciones. F. Basaglia, como se puede ver en la experiencia de "Trieste", evitó trabajar con personal formado en la psiquiatría tradicional y se preocupó por formar sus propios equipos de profesionales con otras concepciones y prácticas.

hospitales manicomiales, la deshospitalización — que constituyó parte de los logros después de las denuncias —, evidentemente contribuyó al abandono.

Cuando inicia la década de los noventa, la campaña de denuncias hace evidentes dos realidades que coexisten y se articulan como una sola red de atención (en la que también participan colateralmente los denunciantes): el sistema mantiene silenciadas las situaciones de los manicomios y promueve los “logros” y avances científicos de las investigaciones sobre fármacos y neurociencias que comparten con la psiquiatría internacional. Como ya se mencionó, esta psiquiatría se legitima a partir del empirismo que se impuso en el positivismo para circular en la corriente hegemónica internacional, lo preocupante es que no incluyó nada que diera lugar a otras concepciones. Se legitima como “natural” esta única forma de comprensión y de prácticas. Caracteriza a esta colectividad psiquiátrica, aglutinada por el poder, su ilusión de coherencia e incuestionable e inamovible postura.

Entre las observaciones del trabajo de la Fundación que dirige Virginia González, antes de 1999 no había un proyecto transformador con la rehabilitación en el encierro; fuera de este ámbito cuenta con espacios, en su particular modalidad, que corresponden a las llamadas estructuras intermedias en los procesos de rehabilitación y reforma psiquiátrica, que acercan a los pacientes a la vida en la comunidad, una Casa de Medio Camino y un Centro de Día. Estos espacios se articulan a la red asistencial de los hospitales psiquiátricos, por donde circulan algunos pacientes, pero pronto se saturan por la poca posibilidad de transición a otras estructuras sociales. Este es el problema de muchas de las instituciones: ausencia notable de caminos estructurados para posibilitar la inserción social, por lo que su encierro se hace evidente. Se privilegiaban las actividades lúdicas y el ambiente de fiesta para mitigar la angustia.

En otras experiencias, las denuncias formaron parte de un proyecto colectivo, en muchas ocasiones anti-manicomial; otras, en defensa de derechos de los pacientes y de modificación de las prácticas en el marco de una transformación del sistema de salud, etcétera.

En el caso de México, poco se planea más allá del activismo bélico, reactivo a los acontecimientos. No pretende la transformación de una modalidad asistencial; la línea que se mantiene es para mostrar las situaciones más extremas y promover mejores condiciones para los pacientes reclusos, ya que los actores que participan, entre ellos los medios, poco se han interesado por documentarse y plantear aspectos de fondo, en general suelen actuar sin una reflexión previa.

- a) Algunos de los participantes procedían del mismo encierro manicomial, no tenían otra visión.
- b) Los externos se veían convocados y movilizados para actuar, principalmente al ver las condiciones de los pacientes en los manicomios; su denuncia respondía a la línea del momento, por eso se observa una clara fragmentación, ideas sueltas que no se articulan en una formulación de fondo.
- c) Virginia González, con un fuerte interés de “golpear” y “hacerse escuchar”, lograba colocarse en una escena de gran escándalo que impactaba e impedía el tránsito a la reflexión. Todo ello produjo daños y rompimientos que tuvieron consecuencias en todos los ámbitos
- d) El discurso está personalizado en la voz de Virginia González, a veces disfrazado con el término “movimiento”, o bien de comités ciudadanos; la lucha de dobles produjo desgaste y poca posibilidad de propuestas sustentables.
- e) El discurso de la denuncia fue dando giros importantes en momentos, pero prevaleció condicionado por los medios, que en general era lo que les interesaba (por el escándalo de ciertas escenas).

De esta manera, se cuestionó la posibilidad de construir un proyecto en un contexto de alianzas; más aún, cuando se sustenta de violentos rompimientos que fragmentan los grupos.

La observación de los alumnos, esa otra mirada, dejó ver que en 1998 las condiciones no permitían una transición de fondo.

Con la experiencia del “Modelo Hidalgo” se empieza a perfilar en el 2000 un proyecto diferente y una propuesta con hechos que muestran las posibilidades de transformación de las condiciones de vida de los pacientes, principalmente las facilidades para salir e integrarse en la comunidad, contando con medios protegidos. También es un testimonio sobre los efectos subjetivos de la transformación del contexto, de los espacios físicos y normas de relación que promueven otra forma de vincularse con el sujeto portador de la locura.

El trabajo conjunto entre las organizaciones ciudadanas, el gobierno del Estado y la Secretaría de Salud, así como la participación de organismos internacionales de derechos humanos, entre otros actores, en este caso culminó en avances de transformación del modelo asilar inéditos en México.

VI. Reflexiones finales

EN ESTE TRABAJO he recorrido algunas líneas de reflexión acerca de las condiciones que convergen en la vida de los sujetos con psicosis, principalmente aquellos que han transitado por las instituciones, destacando las experiencias que tienen como propósito la reintegración social, en el marco de las transformaciones de la institución psiquiátrica.

Sobre las transformaciones institucionales

Los movimientos de reforma psiquiátrica que han logrado una transformación más profunda han sido aquellos que se gestaron como parte de un proyecto colectivo político, social y cultural, que modifica las relaciones entre los sistemas generales de salud y las formas de mediación con la comunidad. Así ha sido el proceso que enmarcó la reforma psiquiátrica española y actualmente la reestructuración psiquiátrica en Brasil. En este contexto se destaca el desarrollo del campo de la rehabilitación psicosocial, prácticas que van teniendo diferente sentido en la medida que se articulan con un campo de acción más amplio. El desarrollo de las prácticas rehabilitadoras adquiere mayor relevancia debido a la necesidad de generar condiciones para la vida de los pacientes fuera de la institución psiquiátrica. El campo de intervención se modifica, no sólo en relación con el sujeto identificado como “el loco”, sino también en la relación con el entorno más próximo como la familia las organizaciones e

instituciones sociales. Se trabaja con redes cada vez más amplias e incluyentes de diferentes aproximaciones disciplinarias y se promueve la creación de asociaciones entre los participantes.

Si bien estas experiencias comparten un planteamiento general institucional e internacional, legitimado por la OMS, que inició con la sustitución o complementación del gran hospital por una red asistencial vinculada a diferentes instancias sociales, cada experiencia ha desarrollado propuestas diferentes. Además de las políticas sociales del Estado y el lugar de la salud mental, cabe destacar en cada proceso el lugar de los profesionales y actores sociales que presionan y dan continuidad a las propuestas, las condiciones de preparación y profesionalización de los grupos que participan para generar otras formas de abordaje, así como las singularidades de cada liderazgo y del grupo que sostiene el proyecto.

Subjetividad psicótica y respuestas institucionales

Algunas propuestas actuales de la institución psiquiátrica representan un aporte en diferentes sentidos, no sólo por las evidentes consecuencias en la vida cotidiana de los sujetos que experimentan el drama subjetivo, también por la apertura de la institución a otras redes sociales, que obliga a poner en cuestión las significaciones que atraviesan las concepciones acerca de la constitución de la “enfermedad”, las formas de comprenderla, de atenderla e intervenir en el destino del sujeto y su red social más próxima.

El predominante paradigma biológico, aparece con menor relevancia cuando los pacientes son atendidos en programas llamados psicosociales, es en este campo donde se hace patente la necesidad de generar otras concepciones y prácticas transdisciplinarias.

Estos programas se han organizado con la finalidad de que los pacientes encuentren un lugar de pertenencia y donde transite su vida cotidiana en tiempos y espacios diferenciados y estructurados, vinculados a la comunidad. Las actividades de los programas observados, en especial el trabajo con la familia y la integración socio-laboral, tienen consecuencias subjetivas que se muestran en el discurso de la experiencia singular y que también se hacen evidentes en las estadísticas que registran un significativo decremento de las crisis y días de internamiento.

El propósito de la integración social *versus* aislamiento institucional, abre un campo problemático que va más allá de las dificultades o alteraciones de lazo social en la psicosis, donde el centro del problema apunta a la exclusión subjetiva¹ que deja al sujeto con psicosis al margen de las formas de comunidad y sus garantes. Estas formas de abordaje, que es necesario seguir explorando, abren un campo de estudio que apunta, no al loco y su locura, sino a los pactos y alianzas históricas que se anudan en torno a él y que lo aprisionan y estigmatizan.

Estas experiencias, que van más allá del internamiento, han mostrado que se puede incidir en las formas de relacionarse con la locura. También permiten un mayor acercamiento a las particularidades para establecer lazos sociales y observar la manera como el psicótico se vincula con los otros, atravesado por la historia en que se ha edificado el drama constitutivo y los efectos de la enfermedad, pero también por su posibilidad para responder a otras formas de relación que no se dirigen al sujeto enfermo y le abren la vía para acercarse a la normatividad social.

En el discurso de los profesionales del campo de la rehabilitación psicosocial, poco se escucha del sufrimiento que atraviesan los pacientes con psicosis. En relación con las consecuencias subjetivas de estas aproximaciones, podría afirmarse que al escapar del

¹ La exclusión subjetiva se puede pensar, a partir de los aportes de Piera Aulagnier, en relación con la ligazón social, con el proyecto identificador y con la exclusión de un por-venir.

discurso psicopatológico, exclusivamente dirigido al sujeto enfermo y sus síntomas, se produce otra forma de relación en un contexto educativo, lúdico o de socialización, en el cual, más allá de los evidentes efectos en la calidad de vida, los pacientes acceden a vínculos en los que escapan, por momentos, del yugo de la locura y logran integrarse a los grupos.

Dentro de los espacios llamados estructuras intermedias, centros de rehabilitación psicosocial o bien centros comunitarios, es frecuente la permanencia de los usuarios, cuya vida va transitando por diferentes lugares con variados niveles de protección y soporte, pero difícilmente se alcanza el ideal de integración social o comunitaria, manifiesto en los objetivos institucionales. A partir de las observaciones, es evidente que los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos no alcanzan una mayor autonomía y una vida más integrada, o bien mayores responsabilidades dentro de la misma organización. Esto sugiere que para estos pacientes y su familia el drama aconteció en otro tiempo y la devastación atraviesa sus vidas. Sin embargo, cabe destacar la importancia de estos espacios fuera del hospital, que cuenten con otros lugares para relacionarse, ocupados con tareas, con otros vínculos, más allá de los familiares y del personal que los atiende, que permitan transitar momentos difíciles en mejores condiciones para el sujeto y para los otros.

Uno de los aportes de estos espacios es que ponen en evidencia la falta de interés y de lugar para el psicótico en su contexto más próximo. El vacío de redes de relación obstaculiza las posibilidades de que abandonen estos programas a los que muestran gran adherencia; las dificultades para integrarse a otros espacios favorecen la tendencia a permanecer en estos centros pensados como lugares de tránsito, quedando frecuentemente como el único lugar de pertenencia y donde pueden vivir su cotidianidad con aceptación.

El deseo y la apuesta por una vida para el psicótico cercana a la cotidianidad de los otros, me parece fundamental. Estas experiencias muestran que las posibilidades de trabajo psicosocial, impensables hace algunos años, son un abordaje imprescindible en beneficio del psicótico, su familia y sus tratantes. Sin embargo, la falta de reconocimiento de las condiciones subjetivas del psicótico y de las dificultades de los otros, sumado a los valores y objetivos manifiestos institucionales de integración a la comunidad, pueden constituirse en un obstáculo en la medida que el equipo siente que falla y fracasa. Los ideales de integración pueden también afectar la disposición para acoger y acompañar al psicótico respetando sus tiempos y el interés narcisista que suele ocupar su vida.

Las alteraciones en los vínculos, las expresiones de sufrimiento extremo que acompañan la vivencia de angustia y de vacío, las experiencias traumáticas que las crisis generan, el encierro y el aislamiento, participan en el proceso en que el sujeto con psicosis va quedando fuera de las redes de pertenencia, identidad e intercambio, con la vivencia para él y para los otros de ser una carga subjetiva y económica. La propuesta de estos espacios para revertir dichos efectos los reubica frente a los otros y frente a sí mismos, en especial cuando posibilitan la participación del sujeto a través de proyectos que van más allá del mero entretenimiento y cuentan con un reconocimiento social, como la escolaridad, el adiestramiento para el trabajo o llegar a tener un empleo remunerado. Sin dejar de lado u olvidarse del enorme trabajo psíquico que suele ocupar al sujeto y que se expresa en sus síntomas delirantes, las experiencias observadas muestran la importancia para el paciente psicótico de acceder a la cotidianidad de los otros. Estas prácticas pretenden trascender el mero entretenimiento que se sustentó en el peso de un destino fatal ya escrito.

Ante el vacío y abandono que pobló su vida, con un destino inamovible y mortífero, el sentido de las prácticas rehabilitadoras tendría que apuntar a la habilitación

subjetiva, acompañar en el sujeto el atravesar de su drama, el apropiarse de su vida y de su historia, con un futuro por construirse; en estos procesos, la mirada integradora y los vínculos transferenciales tendrían que favorecer la experiencia de existencia.

La rehabilitación psicosocial, como campo donde se pretende habilitar la vida con la psicosis, tendría que contemplar la trama y los mecanismos donde se precipita la exclusión subjetiva y social. A pesar de que estas nuevas prácticas han generado otras formas de interacción, en relación con la concepción sobre la psicosis no se ha movido algo esencial, la locura sigue siendo depositada en el sujeto identificado como el paciente, no se incluyen las dimensiones inconscientes esenciales para contemplar la transmisión y circulación transindividuales.

La clínica psicoanalítica da cuenta de la psicosis como un recurso y un intento de recuperación y tal vez de subjetivación; el delirio es un recurso en el intento de darle un sentido a su sufrimiento. Privilegia, en su aproximación clínica, la escucha del saber del psicótico así como el acompañamiento y lugar de testigo de lo que le acontece; a partir de ello, es el paciente quien guía el tratamiento que se sostiene y se vale, como recurso central, de la transferencia del tratante al psicótico, porque sin deseo no es posible trabajar con el paciente.

De acuerdo con mis observaciones, los aportes del psicoanálisis poco eco han tenido en las formas comunitarias para atender la psicosis, los equipos de este campo de abordaje hablan de sujetos con diferencias, ahora llamadas discapacidades, y su propósito, que es muy importante pero de ningún modo suficiente, es abrir espacios de tolerancia, de protección y habilitación para la vida. Si bien algunas de las nuevas prácticas han incluido las reflexiones de los movimientos críticos a la psiquiatría, el vacío en la conceptualización de la psicosis que atraviesa estas propuestas, que atienden socialmente los efectos discapacitantes de la enfermedad, enfatiza un abordaje individual dejando fuera, en la concepción que sustenta su práctica, el hecho

de que la psicosis es producto de una red generacional y social que participa activamente en la producción de la enfermedad; dejar fuera el lugar activo de la trama transubjetiva; la circulación de la locura tiene consecuencias en la manera en que se incluye o no a la familia y demás participantes, entre ellos al equipo tratante.

La apertura institucional posibilita el acercamiento al vacío existencial y a los recursos de los que se vale la psicosis y a reconocer la imposibilidad de asirla desde los referentes que han prevalecido; sin embargo, en pocas propuestas incluyentes de estas aproximaciones se reconoce la importancia de la palabra del psicótico y su saber; la experiencia del psicótico, sus crisis y delirios, suelen quedar “en otro lugar”. El equipo tratante tiende a fortalecer el discurso socialmente favorable para su inclusión social, apuntando a que acepte cierta normatividad para la convivencia. Este no querer saber remite a lo intolerable de la experiencia del psicótico que lleva a un campo devastado, lleno de carencias, que enfrentan a la institución a enormes deficiencias y que muchas veces el equipo vive con frustración e impotencia.

El trabajo que se organiza en estos centros para la integración de los psicóticos, aparece en el discurso del propio paciente como una experiencia que lo rescata del abandono en el que ha transcurrido su vida; esto es posible a través de la mirada, del llamado, de darle un lugar, del hecho de vincularlo a un proyecto y a la apuesta a su integración social, apoyado (sin reconocerlo así) en el vínculo transferencial que sostiene el grupo.

En todas las experiencias observadas, es importante destacar el lugar del grupo que comparte ideales y una apuesta. En todos los casos que se reflexionaron, el grupo ha generado un proyecto transformador y ha sostenido, a pesar de las enormes dificultades cotidianas, las propuestas y las formas creativas de incluir y responder a los requerimientos para mantener la vida de los pacientes más cercana a la comunidad. Como también lo muestra la clínica de la psicosis, el grupo es un recurso indispensable

para sostener la transferencia y los avatares del paciente, su familia y también de los integrantes del propio equipo tratante.

En relación con los vínculos y los procesos que cohesionan y unifican a los participantes en el proyecto, el lugar de la institución como referencia y ley estructurante se sostiene en las experiencias que responden a proyectos más amplios y que están articuladas a redes de profesionales, con discursos y prácticas compartidas y validadas. Cuando la organización se sostiene unificada en torno a un líder cuyo propósito, discurso y comprensión de las prácticas no se articula con el contexto profesional, el aislamiento favorece la falta de mediación en los vínculos y mayor riesgo para los usuarios y para el equipo al contar con menos redes y estructuras institucionales, quedando sujetos a los avatares del líder y su equipo más próximo.

Las propuestas internacionales y la transición psiquiátrica en Latinoamérica

Las reformas psiquiátricas actuales cuentan con un marco general validado a nivel institucional; en Latinoamérica la recomendación de transformación y legitimación de procesos ya iniciados se concretó en la “Declaración de Caracas” en 1990.

Las propuestas de la OMS sobre reestructuración o reforma psiquiátrica, que plantean la atención del paciente en la comunidad, ponderan valores de la psiquiatría comunitaria, psiquiatría social, prevención y atención comunitaria en salud mental; estas aproximaciones en la región latinoamericana poco se han desarrollado o su desarrollo quedó truncado por el desinterés gubernamental. Entre las vicisitudes que las nuevas propuestas enfrentan, se encuentra el que la psiquiatría ha estado al margen de los organismos públicos que se hacen cargo de la salud colectiva y éstos a su vez han dejado fuera de sus prácticas en salud al campo de la salud mental, misma que se

encuentra marginada dentro de las políticas sociales. El paulatino abandono de la salud como responsabilidad pública por la transformación del Estado, hace que la salud mental no sea una prioridad. El avance de estas propuestas ha sido más viable en países cuyos gobiernos favorecen la política social, el caso de Brasil es un ejemplo donde las condiciones y el sustento de colectivos comprometidos con la transformación psiquiátrica en proceso, llevan a posibilitar resultados más amplios y profundos.

La historia de los movimientos transformadores que lograron trascender, ha tenido un carácter colectivo y amplia participación de las instituciones públicas y ciudadanas; las denuncias han sido un recurso necesario, principalmente en los inicios, con las estructuras intermedias iniciales en la comunidad que constituyeron las primeras redes de atención, vinculadas con organizaciones civiles, de profesionales, de pacientes y sus familiares, entre otras, que mostraron otras prácticas más allá del espacio manicomial.

Si reflexionamos las posibilidades de transición psiquiátrica en México, a la luz de los actores encontramos muy poca participación colectiva, la única voz que se ha levantado con fuerza se ha centrado en una sola organización con un liderazgo muy protagónico; sin iniciar con un proyecto transformador, las denuncias se han dirigido a mostrar condiciones de vida dentro de los hospitales, la corrupción y la violencia. Los espacios llamados estructuras intermedias, base de las transformaciones de la psiquiatría que apunta al cierre del manicomio, son prácticamente inexistentes. La escasa formación o transmisión profesional en relación con este campo y el desinterés y falta de conocimiento, tanto de colectivos de profesionales como de la propia institución psiquiátrica, sobre la importancia de la atención psicosocial, hacen muy difícil una transición que se sustente en nuevas prácticas. En general han mejorado las condiciones de los pacientes asilares y cabe destacar la experiencia llamada “Modelo Hidalgo”, que se perfila como un proyecto diferente al incuestionable encierro que había prevalecido; a pesar de que se muestra y se hace llegar a los medios

el aval institucional del discurso de la reforma psiquiátrica, en los hechos, las condiciones responden al histórico vacío de propuestas de la institución psiquiátrica y el particular proceso, sin paralelo, sustentado en una lucha protagónica sin colectividad profesional ni de grupos sociales que la sustente.

Aportes de las experiencias para la integración comunitaria de los pacientes psiquiátricos

Las experiencias analizadas, de España, Brasil y México, permiten reflexionar los tratamientos psicosociales para atender a la psicosis. Es importante destacar, como aporte de gran relevancia, los efectos positivos en el sujeto con psicosis cuando se actúa en su contexto más próximo, para no reproducir la falta de proyecto, abandono y encierro que suele acompañar la vida del psicótico y su familia.

Los proyectos transformadores se ubican en un contexto más general que hace posible concretar los cambios; cada experiencia, desde su propuesta, pretende atender las necesidades de los pacientes para ser integrados a la comunidad.

Las experiencias analizadas muestran diferentes caminos para organizar respuestas institucionales para la atención de los psicóticos fuera de los grandes hospitales. Las condiciones y formas de abordaje de este propósito tienen diferencias significativas. Unas propuestas, como es el caso de Leganés en Madrid, parten de un proyecto de transformación de la institución psiquiátrica pública, donde se apuesta a la sustitución del manicomio por medios protegidos en la comunidad, con una red integral de atención abierta al asociacionismo y a las redes interinstitucionales y de apoyo comunitario. Al tratarse de un servicio público tiene la ventaja de la accesibilidad y continuidad de la atención para personas con pocos recursos. En estas propuestas, más allá de los logros singulares de cada experiencia, el Estado ha incluido los centros

de rehabilitación como parte de la red asistencial, también llamados centros de día o centros comunitarios.

En el caso de Barcelona, ha sido una empresa social para la integración sociolaboral de los pacientes, con recursos públicos y privados. Una ventaja que se observa es que al no regirse exclusivamente por lo público, las alternativas para la creación de programas y estructuras, especialmente espacios laborales, no enfrentan los obstáculos de circulación de los recursos; sin embargo, este tema atraviesa el funcionamiento del centro al ser un factor presente en todas las relaciones usuario-institución: quién paga, cómo paga y a quién le pagan; las condiciones de apoyo a discapacitados, las legislaciones para las empresas sociales, por ejemplo, generan una intensa vinculación con el entorno, además de una compleja administración y movimiento de recursos. El desarrollo de las organizaciones civiles, al no originarse a partir de una reestructuración psiquiátrica, depende en gran medida de las posibilidades de los que gestan el proyecto. El proyecto se sostiene con apoyos externos en la medida que convence y muestra resultados, esto implica una lucha intensa en el contexto de otras instituciones y organizaciones públicas y privadas. El arraigo comunitario de los participantes y la posibilidad de circular fuera de los espacios psiquiátricos, favorece su vida en la comunidad.

Cabe destacar las propuestas generadas en Brasil, que enfatizan la importancia de centros públicos para atender a las personas con padecimientos mentales en la comunidad, en los que se incluye la participación de profesionales, familiares y pacientes, así como medidas legislativas y normatividades a nivel nacional que valoran la atención extrahospitalaria psicosocial como recurso esencial para mantener a las personas con sufrimiento mental con una calidad de vida y derechos como los demás ciudadanos.

El proyecto transformador, el soporte y continuidad

En un contexto de fuerte resistencia, estas experiencias dan cuenta de las posibilidades para mantener a las personas con psicosis integradas a la comunidad, la capacidad para organizar recursos y programas que sostengan los vínculos, que cohesionen y den continuidad al difícil trabajo institucional con la locura. También los beneficios del asociacionismo de familiares, usuarios y de profesionales, no sólo para la institución y los sujetos de la atención, sino para los demás participantes en esta trama y que suelen encontrar un espacio de acompañamiento, como es el caso de los familiares. Estas agrupaciones han mostrado formas de colaboración que han llegado a constituir una base de gran relevancia para sostener las condiciones de vida de los usuarios en la reforma institucional. Estas experiencias, documentadas y publicadas, han sido objeto de múltiples espacios de intercambio y discusión. También la apertura a las intervenciones multidisciplinarias ha favorecido la reflexión teórico-clínica de estas prácticas desde otros referentes.

Estas propuestas aportan los efectos en la calidad de vida de los pacientes cuando se privilegia el trabajo y la convivencia, la promoción de redes grupales entre los participantes y de redes institucionales.

Entre las experiencias se encuentran diferencias significativas que van de la organización de programas muy estructurados, calendarizados y progresivos, como en el caso de Arapdis, a otros ámbitos donde el equipo de profesionales ha atravesado por formaciones psicoanalíticas, que privilegian los espacios libres, abiertos, flexibles que favorecen los vínculos, como los CAPS. Espacios de clínica de grupos y formas participativas en las soluciones de las condiciones de vida a las que los enfrenta su padecer. De acuerdo con las observaciones, una vida cotidiana organizada y estructurada —como se observa en las empresas sociales que apuntan a la integración

en actividades laborales reconocidas por el medio —, muestra efectos significativos en la experiencia de los pacientes —organiza su vida y se sienten parte de un proyecto. Como todo sujeto, transitar por espacios organizados con tiempos y lugares diferenciados, con una estructura de transición hacia lo laboral que ofrece una dimensión de proyecto, favorece su vivencia. También requieren de un espacio integrador de su experiencia y de escucha del sufrimiento familiar, lo que apuntaría a pensar que mantener la estructura es importante y que los efectos favorables se redimensionarían si se incluyen también espacios de escucha, para el paciente y la familia, donde puedan incluir y transitar sus avatares subjetivos.

Las propuestas

En las cuatro experiencias destacan, en sus distintos procesos, las propuestas que han tenido diferentes alcances:

- Las posibilidades de una red integral, sectorizada y con apoyo ciudadano, que ha sustituido al manicomio; atienden la enfermedad, la discapacidad y la vida en la comunidad.
- El intercambio de resultados en el contexto del discurso científico y profesional sobre la importancia del tratamiento psicosocial y comunitario de la psicosis, dentro de las redes institucionales, profesionales y de la sociedad civil.
- La opción de camino continuado y progresivo que muestra avances significativos para mantener al psicótico en la comunidad y genera espacios para la vida cotidiana, que dan cuenta de las posibilidades y limitaciones de los pacientes
- Mantener al llamado “usuario” integrado a sus redes más próximas aun en los estados más críticos. El trabajo con el usuario y con el contexto más próximo,

muestra las posibilidades de estos recursos cuando se atienden la integración laboral y las redes de relaciones.

- El trabajo en red, que facilita el asociacionismo, el abordaje grupal de corte psicoanalítico y las dimensiones de la participación colectiva.
- Lugares de tránsito y no de permanencia, en los que la rehabilitación es posible gracias al desarrollo de estructuras culturalmente sensibles que apoyan a los usuarios (“personas desfasadas subjetivamente”) en la reconstrucción de sí mismos y promueven su contractualidad social.
- Muestran el lugar de la denuncia como recurso para alertar a la sociedad sobre las condiciones de abandono extremo y como defensa de la dignidad de los pacientes. También como recurso para hacer circular propuestas que legitimen un cambio más allá del encierro.
- Muestra los obstáculos y riesgos en las organizaciones sustentadas en propuestas de caridad, beneficencia, el amor como ideal y el voluntariado, cuando sus prácticas no se articulan ni circulan en las discusiones y marcos profesionales.

El lugar central de estas propuestas en la vida de los participantes también da cuenta de las dificultades para contar con otros espacios de pertenencia y sostener la vida cotidiana fuera de estos programas. Esto no minimiza su importancia, el paciente que participa en estos espacios tiene más posibilidades de modificar sus condiciones de vida al participar en programas fuera de casa, estructurados; esto se refuerza con la remuneración, el cambio de lugar social y la relación con la familia.

Subjetividad psicótica y la atención psicosocial²

Algunas de estas propuestas contribuyen o tienen más posibilidades de contribuir a otra forma de relación con la locura al dirigirse a un sujeto que se reconoce con necesidades, deseos y derechos como cualquier otro ciudadano.

Las condiciones que han prevalecido tienen que ver más con el contexto y con las respuestas institucionales que con las dificultades derivadas de su sufrimiento psíquico.

Cabe destacar que integrar a los psicóticos a espacios estructurados y organizados, con tiempos, caminos y proyectos, donde otros circulan, donde pueden acceder desde sus posibilidades singulares, contribuye a su organización, integración social y a las normas de convivencia. Lo sacan del abandono y le ofrecen espacios que favorecen experiencias vitales, donde encuentran una mirada distinta de los otros, mirada constitutiva de otra imagen. Las actividades de autocuidado y de trabajo con el cuerpo, que se incluyen en estos programas, favorecen la integración de una imagen libidinizada, que se promueve al circular por espacios abiertos y con más posibilidades de relaciones.

Las vicisitudes de la necesaria continuidad de los cuidados, a veces por toda la vida, tienen que ver también con el tiempo del psicótico y la prevalencia estructural de su padecer, también con el comportamiento institucional que puede favorecer la permanencia, la inmovilidad. Esto obstaculiza la vinculación con otros espacios y hace más lejana la posibilidad de integración social que se ha propuesto. Considerando los riesgos tanto para los equipos como para los pacientes, sería importante proponer el trabajo en grupos de reflexión que involucren a los primeros.

²Quiero destacar el trabajo conjunto con Lidia Fernández Rivas en la reflexión acerca de las experiencias de la atención psicosocial de la psicosis, a la luz de los aportes de la clínica psicoanalítica, reflexiones que forman parte de diferentes trabajos que hemos realizado, que se detallan en la bibliografía, en especial, "El cuerpo delirante y la trama generacional", en *Anuario de Investigación 2004*, Departamento de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco, México, 2005.

Acerca de los riesgos de lo imaginario ante la falta de un lugar tercero que medie las relaciones institucionales, Eugène Enriquez (1989:85-86) nos alerta sobre la silenciosa entrada de Tánatos en el proceso de instauración del vínculo. En su texto "El trabajo de la muerte en las instituciones" plantea que si bien "toda institución tiene la vocación de encarnar el bien común", puede transitar a la instauración de un imaginario con características que pueden ser mortíferas en "un modelo de comunión, de calor, de intimidad, de fraternidad, de fusión".

Fuera del manicomio se ponen en juego, con mayor visibilidad, las dimensiones que se articulan con la psicosis: las vicisitudes de la enfermedad y las dificultades que tienen que ver más con los otros, atravesados por los miedos más profundos del hombre y sus representaciones de la locura; representaciones que en cada momento histórico y cultural han determinado la condición social del loco que ha sido campo de las legislaciones y de los derechos humanos y ciudadanos (a la atención, al trabajo, a la vivienda, a la recreación); también se han hecho patentes, como lo muestran muchas experiencias transformadoras, las grandes dificultades para sostener los avances, para no dejar caer al paciente y a su familia; la necesidad de mantener una lucha comprometida y por largo tiempo.

En relación con lo anterior, es importante preguntarse en qué medida cambia la condición social del loco cuando es rescatado de los manicomios y atendido de manera integral en las actuales respuestas institucionales; en ellas se mantiene como referente la clasificación diagnóstica generalizable que la psiquiatría ha desarrollado ampliamente, consenso internacional que ha establecido en los manuales clasificatorios de los padecimientos mentales que posibilitan una estadística nosográfica. En estas nuevas aproximaciones, si bien se singulariza la atención psicosocial, el tratamiento no se piensa como un proceso necesario de apropiación de una historia y de sus síntomas, que tienen que ver con los otros y con el Otro.

Es importante destacar que las posibilidades de los vínculos transferenciales en el rescate del sujeto con psicosis, modifican la experiencia de vacío y abandono que ha constituido su vida y su existencia, por eso el referente psicoanalítico es un importante aporte. B. Saraceno reconocía la importancia de los aportes del psicoanálisis al trabajo institucional acerca de la transferencia. Las experiencias, tanto la clínica de la psicosis como las analizadas en este trabajo, privilegian el lugar del grupo y las alianzas que favorecen, no sólo el sostenerse en lo cotidiano para acompañar al proceso del paciente, la familia y el propio equipo, también porque estos vínculos transindividuales generan procesos creativos que potencian las posibilidades de trabajo.

A manera de cierre

A partir del análisis de las experiencias de otros países, hemos observado que los cambios y las transformaciones en relación con los tratamientos y la integración del enfermo mental han tenido que ver con políticas del Estado que han aportado financiamiento para el trabajo colectivo y para la formación de profesionales.

Lo que observamos en la experiencia de Leganés, en España, por ejemplo, es que las transformaciones se generaron a partir de la institución psiquiátrica asilar. Este origen marcó algunos obstáculos dado que estas experiencias estuvieron atravesadas por la normatividad institucional; pero por otra parte, este origen permitió el anclaje como servicio público que fue garante de accesibilidad y continuidad, la profesionalización a partir de una base institucional, desde donde se despliegan y diversifican los nuevos recursos y formas de abordaje, en un contexto interinstitucional con el que pueden interactuar y dialogar. Pese a que estas experiencias se desarrollan en tiempo y espacio en estas estructuras institucionales, tienden a dejar de lado el drama vincular y familiar del enfermo mental.

En este sentido, podríamos señalar que la experiencia de Brasil, como lo habíamos apuntado anteriormente, se vio enriquecida por un trabajo sobre lo colectivo y la inclusión de los aportes del psicoanálisis. Observamos un desarrollo del trabajo comunitario en forma de redes que ha contribuido a la inclusión y circulación del enfermo mental en otros ámbitos, tanto familiares como laborales y sociales. Esto se ha plasmado también en las variadas organizaciones con la participación de usuarios —tanto familiares como pacientes— y profesionales, quienes han contribuido al trabajo de rehabilitación del enfermo mental.

En México experimentamos un gran vacío de recursos, una ausencia de condiciones favorables; por ello hay que propugnar por el desarrollo de experiencias en este campo de la salud mental. Cabe señalar que tanto el trabajo clínico personal como los lugares recorridos en otros países, nos han mostrado efectos sorprendentes e insospechados en algunos pacientes a partir de experiencias particulares, locales, que apuntan al lugar central del vínculo que a veces abren otros derroteros que no podemos desvalorizar.

Podríamos seguir indagando cómo se despliega la trama vincular, no sólo desde lo institucional —como la familia o la casa de medio camino—, sino que pueden existir otros lugares de experiencia que abran la posibilidad de una transformación en el proceso de subjetivación.

La experiencia analizada en México, especialmente en la Fumerem, si bien arroja una situación menos dramática de abandono y exclusión del enfermo mental —dado que se ha puesto especial atención en un reconocimiento del mismo—, hemos encontrado que se reproducen formas especulares en los vínculos que generan una dependencia muy fuerte en los pacientes de la institución, sin dar lugar a transitar a otros lugares sociales.

En relación con la legislación, la norma mexicana (NOM-025), cuya aplicación se limita al interior de los hospitales psiquiátricos, es la que de algún modo tiene presencia en las instituciones; pero la legislación en cuanto a la condición del enfermo mental

como ciudadano, no ha sido objeto central de transformaciones. Es importante seguirse preguntando qué lugar se le va a dar al enfermo mental y si es conveniente una legislación específica o es más trascendente seguir promoviendo la inclusión y el respeto del enfermo mental como sujeto social.

En todas las experiencias la incorporación de la familia es central en el proceso de rehabilitación, aun cuando se habla del trabajo con la familia, éste se limita a apoyar el tratamiento en cuanto a la administración del medicamento o la información acerca de la enfermedad; pero no se ha encontrado —salvo en los trabajos con orientación psicoanalítica— una comprensión que lleve a ver a la enfermedad mental como producida por toda la estructura familiar y a trabajar desde esa perspectiva con los distintos miembros de la familia. Otro aspecto excluido en estas modalidades de trabajo es la incidencia de los factores sociales en la producción de la enfermedad, en la estructura familiar y su dinámica.

En las organizaciones mexicanas también se observa poca experiencia para la construcción de redes de trabajo con los usuarios y sus familiares, que apoyen la implementación de medios que acompañen la integración del enfermo mental en la comunidad. No hay redes de usuarios; en las agrupaciones se observa que predomina en el discurso de los familiares una comprensión psiquiátrica de la enfermedad mental, descripciones sobre qué es la esquizofrenia, sobre la administración y los efectos del medicamento. Estas prácticas de corte psiquiátrico siguen reforzando la idea de la locura depositada exclusivamente en el paciente identificado, lo que favorece su estigmatización.

En cuanto a la subjetividad del psicótico, desde una perspectiva psicoanalítica consideramos central el terreno de las alianzas inconscientes con la familia, el lugar del cuerpo como la construcción de una nueva mirada, el análisis de estas relaciones vinculares, el papel que desempeña el deseo y los límites para el desarrollo del proceso de subjetivación. Todos estos procesos permiten un desplazamiento de los registros

imaginarios, especulares, con la intervención de distintas formas de mediación y diferenciación que posibilite una simbolización que lo acerquen a la realidad y al lazo social y que cambie de lugar al sistema delirante de tal modo que reduzca las conductas destructivas como el pasaje al acto.

El trabajo con la psicosis podría posibilitar un deslizamiento de las certezas a una apertura hacia el diálogo y la construcción de un otro menos amenazante. A partir de un tratamiento con los vínculos puede emerger un deseo de escuchar a un otro no radical, alguien con quien puedan dialogar.

La gran apuesta en el trabajo con la psicosis y en todos estos lugares de intervención, que sería necesario replantearse y reconsiderar, es un giro en la historia del paciente a partir de una apropiación que le permita ir construyendo, aunque sea de forma zigzagueante y fragmentada, nuevos derroteros. Ese camino —sinuoso, con una estructura fallida y con obstáculos— podrá ser más placentero y menos centrado en el goce y el dolor absoluto.

En el campo de la psicosis todo es creación, no hay recursos únicos, hay que recurrir a la imaginación para gestar múltiples formas de aproximación a este problema tan complejo.

Si bien lo ideal es contar con una red de intervención, los procesos de transformación pueden emerger de distintas tramas vinculares, distintos lugares pueden potenciar los recursos del paciente y su familia para seguir adelante. Estas formas de intervención actúan no sólo sobre los procesos de simbolización, sino que alivian el nivel del sufrimiento del sujeto, reducen el dolor y la angustia intensa; esto va a incidir en la limitación de los pasajes al acto. Estos lugares de intercambio, de escucha, de diálogo son los que reducen el riesgo y favorecen la integración del psicótico a su medio social y familiar.

Anexo

ANEXO

Las denuncias y otros discursos

EN ESTE APARTADO primero se plantearán las denuncias y sus diferentes momentos, destacando sus discursos y demandas. Con el objeto de contar con otras experiencias que apoyen la comprensión del estado de los hospitales y sus transformaciones, se incluye la mirada de los alumnos de la UAM-Xochimilco en tres momentos: en 1991, antes de las denuncias; en 1998, después de las denuncias y las posteriores intervenciones en la dirección y programas de los hospitales, sin que esto signifique una mirada monocausal que explique el complejo proceso que llevó a estas relativas transformaciones,¹ y en 2001, con la experiencia del “Modelo Hidalgo”.

En el análisis de los diferentes observadores, alumnos y participantes en los procesos de denuncia, es importante señalar que evidentemente su mirada está atravesada por diferentes discursos. En los alumnos, el tránsito por los contenidos modulares y las reflexiones académicas, así como su acercamiento a otras propuestas alternativas. También por discursos sociales, a veces satanizadores de la psiquiatría y de sus prácticas (no siempre ajenos a la reflexión académica).

En los participantes de las denuncias, la mirada suele restringirse a responder al encargo que los convoca (a partir de pronunciamientos de organizaciones civiles, entre ellas de derechos humanos, y de Virginia González, quien organizó y dirigió este recurso de lucha llamada ciudadana); por ello, en alguna medida, los caminos y discursos de las denuncias, hacen eco de las concepciones de este movimiento no colectivo y de las transiciones de su dirigente.

¹ Recurrir a la mirada de los alumnos, las observaciones de otros actores y la propia, son diferentes elementos que permiten hacer algunas conjeturas sobre los obstáculos para formular una propuesta de transformación profunda.

La denuncia sin proyecto y sus transformaciones

Las denuncias promovidas por Virginia González, presidenta de la Fundación para la Rehabilitación del Enfermo Mental, sacaron a la luz las condiciones de los hospitales campestres. Las primeras generaciones de rehabilitadoras, muchas de ellas vinculadas al voluntariado, se formaron como Técnicas en Rehabilitación en la Secretaría de Salud. Es una larga historia de participación con una condición diferente al resto del personal, pero también con un trabajo dentro de la institución psiquiátrica.

Las denuncias se dirigen a abrir el tema de los recursos económicos y profesionales y principalmente las condiciones de vida al interior de estos hospitales. Entre las voces que participan, hay que destacar la labor de Gina Batista, quien dirige la elaboración de un video de 6 minutos (*Los olvidados de la razón*), en julio de 1992, donde muestra las condiciones de los habitantes de las “granjas psiquiátricas”. Este material y un texto que describe las condiciones de los pacientes en la granja Samuel Ramírez Moreno son enviados a los medios.² También escribe una carta al periodista Javier Ibarrola, quien después la publica en la revista *Impacto*:

[...] aquello es un submundo en donde la gente anda desnuda, sucia y drogada. De terapias, ni hablar porque no existen. El robo de los presupuestos es cosa cotidiana y las violaciones (en todos los sentidos) están a la orden del día [...] La Secretaría de Salud gasta un promedio de 10 mil pesos mensuales por paciente.

Gina Batista agrega en este comunicado:

Hablé con la gente de la Secretaría de Salud y he de confesarte que su reacción fue vergonzosa. Los “crónicos”, como les llaman, no se merecen nada, no tienen cura y resulta más caro tenerlos ahí (como animales) que en un hospital privado. A la Secretaría de Salud no le importa lo que sea de ellos.

² En la época en que se presenta este video en los medios, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría se realizan sofisticadas investigaciones, algunas de ellas con primates (*Informe Anual*, IMP, 1995).

Con base en este material, Javier Ibarrola nutre su artículo en la revista *Impacto*:

Tan sólo seis minutos que resumen un arduo trabajo de investigación de casi un año realizado por la periodista Gina Batista [...] que grita indignación por el trato que en México se da a los enfermos mentales en las llamadas Granjas Psiquiátricas del gobierno federal [...] Las imágenes recuerdan los “lúgubres hospitales” de tiempos de la Colonia, cuando la locura era considerada un delito, no una enfermedad [...] Conforme avanza la cinta dejé todo para quedar atrapado en ese mismo olvido, con la culpabilidad de saberme ajeno y miembro de esa otra raza humana que se llama a sí misma civilización.³

Ibarrola convoca a los “Derechos humanos” y continúa:

[...] las imágenes hirientes de “los olvidados de la razón” gritan por sí mismas, por un trato humano, simplemente humano.⁴

Entre los testimonios que recoge G. Batista, es importante destacar el abandono familiar:

Poco más de la mitad jamás recibe visita alguna, porque los familiares desaparecieron. Algunos más reciben a sus parientes unas dos veces al año. Pocos son los que tienen visita regular, y de varios no se sabe ni su nombre porque casi anónimos llegaron de “La Castañeda”.⁵

Una entrevista que hace Gina Batista a María Luisa Flores, quien fuera trabajadora social en “La Castañeda”, además de hablar del abandono familiar por falta de recursos y por el estigma que produce tener un familiar enfermo mental, sintetiza los resultados de la “Operación Castañeda”:

³ J. Ibarrola, “Los olvidados de la razón”, en revista *Impacto*, núm. 2209, México, 2 de julio de 1992, p. 18.

⁴ *Ibid.*

⁵ G. Batista y H. Alemán, “Granjas psiquiátricas. Resumideros de la sinrazón”, en revista *Mira*, núm. 107, México, 16 de marzo de 1992, p. 39.

Las granjas son peores que los morideros de la madre Teresa de Calcuta [...] cuando decidieron suprimir “La Castañeda”, argumentaron que ello se debía a que deseaban acabar con el criterio de que el establecimiento psiquiátrico tenía como objetivo aislar al paciente. Ahora se trataba de reintegrarlo a la comunidad. Pero las granjas psiquiátricas representan una contradicción, porque “La Castañeda” estaba dentro de la comunidad, no en el campo.⁶

El Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza”, de la Secretaría de Salud, con casi 300 usuarios, albergó a pacientes de “La Castañeda”, que no tuvieron cabida en otros espacios; tiene internos de ambos sexos, adolescentes, niños, adultos, ancianos. En 1992 inician las denuncias, que dicen sustentarse en testimonios de los pacientes, se centran en este momento en el abandono en todas sus dimensiones, el saqueo, la falta de control y destacan la corrupción y el saqueo.⁷

También a través de los medios se plantea la polémica de la “Carta de Derechos Humanos de personas que padecen una enfermedad mental y que están hospitalizadas”, presentada por Virginia González en el Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental, celebrado en México en 1991. A través de las publicaciones en los medios, se describen los avatares para que dicha Carta tuviera el aval de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), donde se gestó parte de ella.

En 1991, la Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, de acuerdo con su versión, se acercó a la CNDH; tuvieron 15 sesiones de trabajo conjunto, acopio de información y el aval de la National Organization on Disability (USA). A partir de estas reuniones la Fundación determina 15 puntos básicos (por elementales) respecto de los Derechos Humanos. De acuerdo con algunas versiones dadas a los medios de comunicación, detuvieron su publicación porque “la Secretaría de Salud no tiene la infraestructura para proteger los derechos humanos, y la Comisión Nacional de Derechos Humanos no quiere confrontarse con ella”.⁸ El argumento anterior fue negado por la CNDH, que contra-argumenta

⁶ *Ibid.*, p. 41.

⁷ A través del programa “Dignificar el hospital”, en 1991 recibieron 700 millones de pesos para remodelar la infraestructura física de consulta externa, urgencias y rehabilitación de diversas áreas, así como para la compra de material básico y para la creación de nuevas plazas.

⁸ G. Batista y H. Alemán, “Granjas psiquiátricas. Resumideros de la sinrazón”, en revista *Mira*, núm. 107, México, 16 de marzo de 1992, p. 48.

que para autorizar un documento normativo de esta naturaleza se consideraba necesario recabar opiniones del Instituto Mexicano de Psiquiatría, sociedades médicas de salud mental, Procuraduría General de la República, de Justicia del Distrito Federal, colegios profesionales y sociedades de Neurología y Psiquiatría y la Asociación Mexicana de Psiquiatría.

El proceso de circulación oficial de la Carta se detiene; la Fundación la hace circular, quitándole los logos de la CNDH y de la Secretaría de Salud. Finalmente queda integrada en la NOM-025⁹ y actualmente se encuentra en los vestíbulos de los hospitales psiquiátricos.

Virginia González buscó diferentes espacios y relaciones con organizaciones civiles, entre ellos, la Comisión de Salud de la Asamblea del Distrito Federal; también de familiares y amigos con alguna representación institucional. Además promovió la difusión de estos discursos de apoyo en los medios.

En la Asamblea de Representantes del Distrito Federal (ARDF), la Carta de derechos humanos es aprobada por la Comisión de Salud. "Será pronto turnada a la Comisión de Justicia de la misma Asamblea", según afirma Juan Carlos Sansores Betancourt, presidente de la Comisión de Salud y Asistencia Social de la ARDF:

La Carta es irrefutable. Si la Comisión de Justicia también la aprueba, estamos dispuestos a lanzar una convocatoria invitando a la sociedad civil y médica a discutir el tema. Una buena idea sería que dentro de cada hospital exista un consejo técnico integrado por representantes de fundaciones privadas y por familiares de los enfermos [...] El problema de los enfermos mentales no debe ser sólo de la Secretaría de Salud; debe formar parte del debate de la ciudad y la Asamblea puede ser el convocante para que se discuta el tema.¹⁰

En el contexto que prevalece de los dos discursos sobre la institución psiquiátrica, uno que muestra y denuncia las condiciones de los asilos, y la versión oficial que suele no incluir

⁹ Norma Oficial Mexicana (NOM-025-SSA2-1994) para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, publicada el 16 de noviembre de 1995 en el *Diario Oficial de la Federación*. En la discusión de esta Norma participaron integrantes de organizaciones no gubernamentales por presión de Virginia González. Fueron muchos los avatares para que llegara a su publicación, después de que desde la propia dirección de Normas de Salud Mental de la Secretaría de Salud se obstaculizara el proceso.

¹⁰ Gina Batista, "Psiquiatría y sociedad civil", en revista *Mira*, vol. 3, núm. 120, México, 15 de junio de 1992, p. 26.

la realidad asilar, el artículo “¿Psiquiátricos a la vanguardia?”, cita las declaraciones del secretario de salud, Jesús Kumate: “México siempre se ha mantenido a la vanguardia en el tratamiento y diagnóstico de las enfermedades mentales”;¹¹ posteriores a las frecuentes denuncias en el Hospital Samuel Ramírez Moreno: “después de los diversos reportajes en los que se muestran fotografías y testimonios de la realidad”.

Federico Puente, presidente de la Federación Mundial de Salud Mental, definió las condiciones de la institución psiquiátrica:

Lo que ocurre es que hay una resistencia de un grupo de psiquiatras tradicional, conservador y cerrado que no sólo se piensa la autoridad máxima sino la única. Se cierran a toda propuesta o sugerencia que provenga de cualquier grupo que no sea de psiquiatría.¹²

En 1993 empieza a circular la idea de “la formación de patronatos dentro de los hospitales psiquiátricos”; relacionados con otros de hospitales públicos asociados al voluntariado “Damas voluntarias” y pertenecientes a la Junta de Asistencia Privada.

Se abre la discusión de los patronatos y los voluntariados dentro de los psiquiátricos, así como de su control; esta discusión se produce en 1992, cuando en el mundo ya operan infinidad de organizaciones no gubernamentales (ONG) de familiares, usuarios, amigos de usuarios, etcétera, que participan con organizaciones públicas e inclusive, existen federaciones de asociaciones.¹³ De hecho, las reformas psiquiátricas se apoyan de manera importante en las contribuciones de estas organizaciones ciudadanas.

Durante la II Reunión Nacional de Análisis de la Asistencia Psiquiátrica, realizada el 10 de abril de 1992 en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, Virginia González organizó una manifestación en contra de que se gestara un patronato charro para la supervisión de los hospitales. Convoca a la prensa, donde Federico Puente afirma que los hospitales son manejados como feudos, centros de poder.

¹¹ *Excelsior*, 9 de mayo de 1992, “XXV Aniversario del Hospital Fray Bernardino Álvarez”.

¹² G. Batista y H. Alemán, “Hospitales psiquiátricos. El otro lado del mostrador”, en revista *Mira*, vol. 3, núm. 110, México, 6 de abril de 1992, p. 31.

¹³ Véase artículo “Psiquiatría y sociedad civil”, de Gina Batista, *Revista Mira*, vol. 3, núm. 120, México, 15 de junio de 1992, pp. 24-25.

Gina Batista, en un artículo claramente partidario de la postura que promueve Virginia González, sustenta la participación de las ONG:

Entre 1975 y 1980, la Organización de Naciones Unidas evaluó sus programas en el campo social. Ahí encontró que fracasaron el 50 por ciento de sus proyectos para alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, y hospitalización psiquiátrica. Cuando respecto de esta última se buscó la causa resaltó el hecho de que está en manos de organismos gubernamentales, y éstos no son los idóneos. A partir de entonces la ONU plantea que muchos proyectos de ese tipo no deben estar a cargo de los gobiernos, sino de las ONG que son el modelo que mejor funciona.¹⁴

Así como G. Batista, otros medios convocados por Virginia González se dedican a introducir y defender la pertinencia de los Comités Ciudadanos en los hospitales psiquiátricos y sus atribuciones establecidas en la NOM-025, sin que esto derive en una discusión sustentada. A través de los medios, los interlocutores en esta lucha (Virginia González y los representantes de la psiquiatría institucional), defienden sus respectivas posiciones en este conflicto.

En octubre de 1993 se celebra el XIII Congreso Internacional, "Psiquiatría, ciencia y humanismo", en Zacatecas, organizado por la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Manifes-tantes acampan fuera de la sede con mantas, sustentándose en las recomendaciones de la CNDH 187/93, para mejorar condiciones de vida en el Hospital Samuel Ramírez Moreno. En múltiples diarios aparece la noticia:

A puerta cerrada inicia el Congreso de psiquiatría [...] Diferencias en torno a los derechos humanos de los enfermos mentales. Un centenar de integrantes de la Fundación (Fumerem), denuncia irregularidades en los hospitales psiquiátricos.

Inicia una fuerte campaña sobre el tema de las violaciones a los derechos humanos.¹⁵ El 29 de octubre de 1993, el diario *The News* publica:

¹⁴ "Psiquiatría y sociedad civil", Gina Batista, Revista *Mira*, vol. 3, núm. 120, México, 15 de junio de 1992, p. 25.

¹⁵ *Unomásuno*, México, 29 de octubre de 1993, p. 7.

Many women patients in Mexico's mental hospitals are sexually abused, electroshocked and overly medicated, Carmen Avila de Gutierrez said 65 percent of Mexico's psychiatrists have reported that they have treated female patients who therapists.

Tiempo después, el 25 de mayo de 1994, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) otorga el premio de Psiquiatría a Ramón de la Fuente; Virginia González organiza una movilización para manifestarse fuera del recinto donde recibiría la presea.

El periódico *El Financiero*, publica el 29 de mayo de 1994 una nota sobre esta protesta en la ciudad de Filadelfia, en la celebración del 150 aniversario de la APA, nada menos. Movilizaron a la asociación de usuarios de salud mental de Estados Unidos (National Mental Health Consumers Group), Joseph Rogers con una camiseta: "Sí a los derechos humanos en los hospitales psiquiátricos en México, no al premio Simón Bolívar al doctor Ramón de la Fuente". La nota dice:

Cientos de asistentes al más grande evento psiquiátrico realizado en mucho tiempo (25 de mayo), se preguntaron cómo era posible que en México se siguieran aún sistemas asilares cuyos resultados se ha comprobado son totalmente negativos, inhumanos, onerosos e ineficaces.¹⁶

Joseph Rogers, presidente de la Asociación de usuarios de USA, afirmó:

Nos sorprende y preocupa que la APA haya otorgado este premio a un individuo como este, cuyo historial en la psiquiatría lo revela como uno de los pilares en que descansa la estructura asilar y casi medieval de los hospitales psiquiátricos públicos de México.

Durante la ceremonia decenas de protestantes latinos y estadounidenses coreaban: "APA, shame on you" (avergüénzate).

¹⁶ G. Batista, "Protestas en EU por el premio otorgado a psiquiatra mexicano", en *El Financiero*, México, 29 de mayo de 1994, p. 24.

Exigimos a la APA una investigación de México para saber la verdadera situación de los pacientes mentales; No a De la Fuente! Vienen aquí a hablar en nombre de la psiquiatría, y en nombre de esta misma, en México los pacientes, con frecuencia, son violados sexualmente, sometidos a vejaciones y maltratos, permaneciendo, además, ignorantes de sus derechos [afirmó Rogers].

Es importante aclarar que los manifestantes no eran movilizaciones colectivas, sino miembros de instituciones cercanos a Virginia González, convocados por su identificación con la causa; también usuarios y trabajadores de la Fundación.¹⁷

En octubre de 1997 entre escandalosos actos de violencia, se fortalecen los comités ciudadanos instalados y controlados por Virginia González y empieza a circular el discurso de la rehabilitación e inserción social.

En octubre de 1997 se producen una serie de acontecimientos a partir de que Virginia González es severamente golpeada por personal del Hospital José Sáyago; a partir de estos acontecimientos es sustituido el director, cargo que ocupará por un tiempo el exdirector del Hospital Fray Bernardino Álvarez y su equipo de psiquiatras procedente de esa institución. Los procesos posteriores a los hechos violentos son apoyados por Joel Ayala Almeida, secretario general del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, reconociendo que los pacientes han estado olvidados. Como un acto conjunto con el golpeado sindicato por las denuncias y actas judiciales por la violencia contra Virginia González, se echa a andar el “Primer curso nacional de capacitación sobre derechos humanos y rehabilitación psicosocial”, curso que tiene más tintes políticos y de convencimiento hacia una modalidad de trabajo, que de formación (después de ese curso, no hay continuidad).

Es importante destacar el inicio del discurso sobre reestructuración de los hospitales psiquiátricos como lo recomienda la OPS en la Conferencia de Caracas 1990 y Panamá 1996, la crítica por primera vez a lo asilar y a mantener por mucho tiempo internados a los pacientes y que se reincorporen a través de programas comunitarios. Se habla de transformar el asilo en rehabilitador, discurso que hasta este momento es muy general y ambiguo.

¹⁷ Las denuncias y demandas se suman las de Feliciano Bójar, contra el Instituto Mendoa. Una de las pocas comunidades terapéuticas de la Ciudad de México; véase *El Universal*, México, 4 de noviembre de 1993, p. 21.

Ha entrado en vigor la NOM-025 y con ella la legalización de los Comités Ciudadanos. Después de una serie de denuncias sobre violaciones o una violación en el hospital José Sáyo, la violenta campaña amarillista en la que participó activamente Televisión Azteca y las acusaciones, dejaron muy lastimado y desprestigiado al personal del Hospital. La violencia del personal y el sindicato asociado a las denuncias en prensa y actas levantadas en contra de trabajadores por dos casos de violación de usuarias, a pesar del posterior perdón y colaboración, produce conflictos muy fuertes en este hospital. Estos hechos favorecen la re-instalación del Comité Ciudadano representado por Virginia González. La noticia aparece en la prensa, "Agreden en psiquiátrico a Virginia González".¹⁸ Gina Batista hace un video donde incluye varias voces y sus versiones acerca de los acontecimientos.¹⁹ Se envía un comunicado a muchas instituciones y grupos, nacionales e internacionales, para producir una movilización y cartas de apoyo; el Secretario de Salud recibe un comunicado de la OMS (como una llamada de atención, promovido por miembros de la WARP en México y Nueva York).

Teresa Jardí envía a la prensa una carta, que si bien inicia con los hechos de violencia en el Sáyo, va más allá de ello y menciona dos puntos centrales en la discusión de la NOM-025: los comités ciudadanos y el internamiento involuntario:

Acto abominable de barbarie [...] Virginia González agredida salvajemente golpeada, por trabajadores [solicita] se respete el derecho ciudadano de vigilar el desempeño de las autoridades en los hospitales psiquiátricos públicos, en aras de cancelar estos verdaderos campos de concentración en que se han convertido a estos hospitales en México [...] se derogue de la NOM-025 la posibilidad de internamiento de cualquier persona en un hospital psiquiátrico público sin apelación alguna.²⁰

¹⁸ Francisco Velázquez, "Agreden en psiquiátrico a Virginia González", en *Reforma*, México, 7 de octubre de 1997.

¹⁹ *Vuelo sobre el Sáyo*, material en video, formato VHS.

²⁰ Licenciada María Teresa Jardí Alonso, directora de la Dirección de Estudios sobre Derechos Humanos, Universidad Iberoamericana, 7 de octubre de 1997.

La NOM-025, apéndice B, se refiere a la organización y constitución de Comités ciudadanos legalmente reconocidos y conformados por personas interesadas que conozcan el área de salud mental. Las funciones de los comités ciudadanos de apoyo tienen las atribuciones de coadyuvar a que se respeten los derechos humanos de los usuarios, denunciar ante las autoridades de Contraloría y demás instancias legalmente facultadas la comisión de posibles irregularidades que se presenten en las Unidades, proponer acciones para la atención y rehabilitación que en su caso complementen las existentes, con el fin de elevar la calidad y calidez de los servicios que se presten al usuario.

A partir de marzo de 1998 el tema de los recursos y los malos manejos se convierte en el centro del problema. Las cifras oficiales hablan de 10 mil pesos mensuales por usuario promedio en los 28 hospitales psiquiátricos públicos, que evidentemente no se reflejaban en las condiciones de los pacientes.²¹

²¹ Claudia Guerrero, "Señalan despilfarro en los psiquiátricos", en *Reforma*, México, 12 de marzo de 1998, p. 2A.

Testimonios de los alumnos

LOS SIGUIENTES TESTIMONIOS fueron escritos por alumnos del octavo trimestre de la Licenciatura en Psicología de la UAM-Xochimilco, en dos momentos distintos: noviembre de 1997 y 2001.

Encima del asco se impuso otro sentimiento aún más fuerte. Una gran tristeza, ganas terribles de llorar por ese espectáculo dantesco que se ofrecía a mis ojos [...] Mujeres casi desnudas llamándome “mami”, pidiéndome dulces, quejándose por la falta de algo, preguntándome desesperadas por ese ser querido que nunca regresó [...] mujeres, mujeres ancianas y jóvenes, confundidas, con la mirada perdida, con el rostro mostrando las huellas de sufrimiento inconfesables, sobreviviendo, solamente existiendo, pues hasta han perdido su derecho de ser [...] en aquellas visitas anoté mis sentimientos: “dolida, muy dolida, por ellas, por mí, por esa parte que me hace igual. Me siento impotente de ayudar”.

No cualquiera puede ingresar a una comunidad terapéutica, donde el costo es considerable [...] donde el paciente tiene el poder monetario para “exigir” y el terapeuta el poder técnico de “curar”, mientras que en los estratos sociales bajos se tienen que conformar con las instituciones públicas.

Ambiente de limpieza, comprensión, alegría, igualdad, gusto por lo que hacen, cooperación, armonía [...] lo que vimos en clase no era utopía, se está llevando a cabo; esta visita me dejó emocionada y con ganas de seguir adelante. El programa de técnicas en rehabilitación en salud mental es ver hecho realidad lo inalcanzable [...] En el Centro de Día vimos la aplicación de los conceptos de Cooper sobre la locura, que inculcaba a los internos el “fortalecimiento de su yo” [...] se imparten talleres, evitan posiciones de superioridad y batas blancas, buscan

la readaptación y reincorporación a la sociedad, el que trabajen y se valoren. Se les trata con afecto y respeto; gran labor hacen las técnicas.

Una alumna en la comunidad terapéutica que participó en psicodanza:

Mi pareja hacía movimientos que, aunque repetitivos y esquemáticos, me parecieron placenteros, con suavidad y lentitud [...] me angustió la no diferencia, el ver a los “pacientes” igualitos a mí [...] a primera vista parecen tan “normales” que me sentí reflejada y vulnerable [...] en lugar de ver un gran abismo, se hace factible [...] fue un encuentro concreto con la “locura”.

En cuanto finalizó la visita me invadió el gran interés de llegar a bañarme, ya que me sentía completamente sucia y no quería ni tocarme yo misma. Sentí que la suciedad que vi la traía, por lo que me quería despojar de todo eso, despojarme de todas esas imágenes que tengo tan grabadas [...] El hecho de sentirse sucio podría interpretarse por relacionar “lo sucio” con “lo enfermo”, la “locura”; es decir, a través del baño tratábamos de “limpiar” o quitarnos la locura que se nos había pegado, o mejor dicho, la percibida de nosotros mismos después de haber estado en aquel lugar.

Vislumbro, después del estudio de las diferentes posiciones sobre la salud-enfermedad mental. En la institución psiquiátrica constaté lo que la teoría planteaba, las grandes carencias tanto a nivel médico, social y afectivo; el olvido y el abandono, donde sólo existe la medicación y la extinción de alternativas; en cuanto a los movimientos alternativos, observo que el trabajo de rehabilitación del programa que comanda Vicky tiene un gran mérito. Pero observo que dependen demasiado del sostén afectivo, lo que mezclado con ese enfoque místico da un toque un tanto ilusorio a su trabajo; considero que es un apoyo interesante pero que podría serlo más si no trataran de decir “aquí no pasa nada y eres una víctima a la cual vengo a ‘rescatar’”. En ese sentido el trato igualitario se convierte en una negación de la problemática (recordemos que este fue uno de los errores del movimiento antipsiquiátrico). En cuanto a la Casa de Medio Camino, el trabajo es integral en tanto existe apoyo no solamente médico, sino familiar, con terapias de grupo e individuales. Terminaría reflexionando que a pesar de la evolución de la ciencia y los intentos de cambio, este tema de la salud-enfermedad mental sigue en retraso significativo, tal vez porque somos juez y parte.

Aún falta mucho por hacer en estas instituciones, los problemas apenas son planteados. La distancia entre comunidad, familia y dichos lugares es evidente y observable en el abandono y rechazo social. La demanda puesta en la falta de presupuesto y personal, la crítica al tipo de rehabilitación expresada en el psiquiátrico y la necesidad en la continuidad del tratamiento explicitada en ambos centros como la prevención [...] sin olvidar sus rostros y sus discursos sobre reactores nucleares (con multiplicidad de datos y detalles), sus demandas [...]

La alumna reconoce que el problema va más allá del personal tratante:

El manejo de esta situación, para lograr cambiar radicalmente lo intolerable y encontrar una verdadera rehabilitación, es necesario reconocer que es un problema que nos atañe a todos y es necesaria la participación no sólo del psiquiatra y el psicólogo, también del abogado, el sociólogo, el médico, etcétera, de la comunidad misma [Rosales Maceda J. Graciela, noviembre de 1997].

Después de haber revisado las experiencias institucionales, plantea:

Las instituciones mexicanas [...] las concepciones de la locura de lo que debe ser un hospital psiquiátrico, han tenido muy pocas modificaciones a lo largo de su historia. En el Samuel Ramírez Moreno, las condiciones están mejor (en comparación con la Casa Cuemanco de indigentes), las instalaciones están mucho más cuidadas, los pacientes bajo mejor tratamiento y presencia [...] deja aún el sentimiento de vacío, de cronicidad e incurabilidad y la forma en que la sociedad sigue viéndolos y excluyéndolos, no dejan de formar parte de “la nave de los locos” [...] Es realmente lamentable que estas instituciones todavía permanezcan atrapadas en estas falsas ideas, más cuando creen, como nos dijeron en el psiquiátrico, ser las más grandes innovaciones del siglo y aparecer como el modelo a seguir por toda América Latina [...] no se trata de copiar modelos de países tan distintos al nuestro o de simplemente darle una manita de gato tanto a los hospitales como a los usuarios para que no generen más problemas [Morgado Zárate, Mayra Y., noviembre de 1997].

[...] los enfermos mentales internados en los manicomios, tengo la idea de que son utilizados casi siempre para sustentar y comprobar las teorías psiquiátricas, donde se piensa buscar la

solución de este mal, a mi juicio es la misma sociedad quien lo crea y sustenta mediante su miedo y rechazo continuo [José de Jesús Domínguez Campo, 1997].

Es de admirar el trabajo realizado en el hospital, de cómo era antes a ahora, existe una gran diferencia [...] Se procura ver al “enfermo mental” como un ser con posibilidades de salir adelante, de regresar a la sociedad que lo ha rechazado. Los talleres cumplen una función rehabilitadora [...] Me pareció muy importante el trabajo con las familias, facilita las cosas para recuperar a los internos, se ha empezado a trabajar en las comunidades, están buscando nuevas alternativas. Me parece que en el Samuel Ramírez existe un gran miedo a abrirle las puertas del hospital a la sociedad [...] ese miedo sólo hace más grande las distancias entre la sociedad y el “enfermo mental” [Santiago Capella Rodríguez, 1997].

[...] me pareció similar a la casa de indigentes sólo que en mejores condiciones [...] México no puede quedarse apático ante los movimientos mundiales tendientes al mejoramiento del tratamiento y las condiciones de vida de la psicosis [Mireya Shadai Torres Ramos, 1997].

En este mismo sentido, otra alumna también cuestiona la corriente psicológica y su falta de actualización, con la que se pretende dar respuesta a los nuevos planes de tratamiento:

Finalmente el Samuel Ramírez, me parece lo más cercano a una voluntad de cambio real en el tratamiento de la enfermedad mental. El tratamiento en este lugar sigue siendo conductismo¹ en sus primeros avances [...] parece que no ven otra opción dentro de las ramas de la psicología, hablan de 4 niveles, niveles que el conductismo sólo cubre parcialmente y que no alcanza [Xitlali Hernández Martínez, 1997].

[El hospital] Ocaranza, de ser un lugar donde estaban los excluidos de los excluidos se convierte en Villa Ocaranza [...] una esperanza de volver a vivir, de experimentar lo que algún día se creyó perdido u olvidado, ahora es una alternativa innovadora de tratar y concebir la enfermedad mental [Silvia Alicia Pérez Roldán, 2001].

¹ El conductismo, corriente que dominó la formación de psicología en la UNAM en la década de los setenta y ochenta, ha sido el paradigma dominante de las prácticas psicológicas en los hospitales psiquiátricos.

Observamos cómo lo más cotidiano es lo más rehabilitador y la tesis de Espinosa de que la institución total aniquila al sujeto por la no diferenciación [...] cómo el bienestar del individuo depende de las estructuras sociales, de los vínculos propuestos por Saraceno [Claudia Ezcurdia Valles, 2001].

[...] la viabilidad de redefinir la enfermedad mental en nuestro país [...] a perder el miedo a ese espacio innombrable que ocupa nuestra locura, a acercarnos a ella, a su lenguaje y su poder liberador, alejándonos así de la locura formal e institucionalizada que se nos ofrece [Claudia Ezcurdia Valles, 2001].

En Villa Ocaranza y en las casas de medio camino, lo que reflejan y experimentas es muy diferente [...] en este lugar existen unos usuarios con distinto semblante, con una sonrisa en la cara, emoción y alegría. El convivir con ellos te deja nueva experiencia agradable, no temor ni repulsión [...] se puede ver como ser humano que es y puede convivir entre nosotros sin causar ningún daño, al contrario, puedes aprender de él [...] ganas de luchar, de salir adelante con una enfermedad, que para algunos es incurable [Silvia Alicia Pérez Roldán, 2001].

Los usuarios ya no viven aislados y prácticamente encarcelados [...] ahora viven comunicados entre sí [...] en villas [...] los enfermos conviven entre sí y tienen diversas ocupaciones que les permiten de cierta manera irse reintegrando a las actividades comunes de la sociedad [...] el ambiente no era de tensión ni tampoco depresivo, los enfermos más bien se acercaban amistosamente a interactuar con nosotros, y fue algo que me impresionó de gran manera pues realmente nunca esperé que fuera a ser tan positivo.

La persona que nos guió, platicó que ese es el modelo que se espera seguir y construir en los demás hospitales existentes en el país por los enormes avances en todos sentidos que con claridad se han observado también ya en otros países [Andrés Urquiaga, 2001].

Esta nueva visión respecto a la locura abre la posibilidad de una nueva conciencia en torno a los locos y posibilita el acercamiento a una nueva ideología que valore a las personas en tanto personas y no por sus características físicas o mentales [Elvira Jacinto Rodero, 2001].

Bibliografía

- Aguirre, C.; Morales, M.; Portugal, G. (1997), "Control y apropiación subjetiva en las prácticas institucionales", trabajo terminal, Licenciatura en Psicología, UAM-Xochimilco, México.
- Álvarez, José María (1999), *La invención de las enfermedades mentales*, DOR, Madrid.
- Anzieu, Didier (1993), *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*, Biblioteca Nueva, Madrid.
- Apollon, Willy (2002), conferencia, Hospital Fray Bernardino Álvarez, México, diciembre.
- y L. Rouleau (1997), "La investigación clínica en el '388'", en *Tratar la psicosis*, Apollon, W.; Bergeron, D. y Cantin, L., Polemos, Buenos Aires.
- Aulagnier, Piera (1988), *La violencia de la interpretación, del pictograma al enunciado*, Amorrortu, Buenos Aires, 177-185.
- (1991), "Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia", en *Cuerpo, historia e interpretación*, Paidós, Buenos Aires, pp. 117-170.
- Barrera, Rocío (2000), "Programas de hospital de noche y panadería, Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno", ponencia en el Encuentro "La rehabilitación psiquiátrica y la rehabilitación en Cardiología", IMSS/WAPR, México.
- Basaglia, Franco (1972), "Apuntes de psiquiatría institucional. La asistencia psiquiátrica como problema anti-institucional", en *¿Psiquiatría o ideología de la locura?*, Anagrama, Barcelona.
- (coord.) (1987), *Los crímenes de la paz*, Siglo XXI Editores, México.
- Baz, Margarita (1998), "La tarea analítica en la construcción metodológica", *Encrucijadas metodológicas en ciencias sociales*, UAM-Xochimilco, México.
- Benedetti, Gáetano (1996), *La esquizofrenia en el espejo de la transferencia*, Editorial Científica Universitaria, Córdoba.
- Bezerra, B.; Amarante, P. (1992a), *Psiquiatría sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*, Relume Dumará, Río de Janeiro.
- (1992b) II Reunión de Salud Mental, Relatoría final, Brasilia.
- Blanchot, Maurice (1992), *La comunidad inconfesable*, Vuelta, México.
- Blasi, Ramón (1995), Primer Congreso Internacional, "La rehabilitación psicosocial integral, del 7 al 11 de mayo, Barcelona.
- (2000), "La rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad", en *La psicosis en la comunidad*, Rivas Guerrero, Fabio (coord.), Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, pp. 243-262.
- (2002) *La rehabilitación psicosocial integral*, núm. 10/11/12, Arapdis, Barcelona.
- (2001), Reunión de evaluación del Curso "Rehabilitación psicosocial en la comunidad y con la comunidad (1998)", México.
- Blum, Marcela (1978), "Un programa de psiquiatría comunitaria en Santa Úrsula Coapa, Distrito Federal, México", fotocopia sin pie de imprenta.
- Canetti, Elías (1982), *Masa y poder*, Muchnik editores, España.

- Capurro, R.; Nin, D. (1995), *Extraviada, del parricidio al delirio*, Edelp, Argentina.
- , "Observaciones sobre la estructura psicótica, ego especular, cuerpo fantasmático y objeto parcial", en *Carpeta del Psicoanálisis*, vol. I (fotocopia sin pie de imprenta).
- Casanova C., Martha Patricia (1995), "El frente 'PSI' en México: notas sobre asistencia, universidad y sociedad II", en *Tercer Foro*, Departamento de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco, México.
- Chorne, M. (1994), "Una clínica de las suplencias: renovación del problema de la transmisión de la psicosis", en *Locura clínica y suplencia*, EOLIA DOR, Madrid, pp. 71-84.
- Clavreul, J. (2000), "El perverso y la ley del deseo", en *La perversión*, Aulagnier, P., y otros, Azul, Barcelona. pp 61-76.
- Clérambault, Gaëtan Gaitan de (1995), *El automatismo mental*, EOLIA DOR, Madrid.
- Colina, Fernando (1994), "Locura e historia", en *El delirio en la clínica francesa*, DOR, Madrid, pp 7-24.
- (1995), "El vigía de la palabra", en *El automatismo mental* (prólogo), Clérambault, Gaëtan Gaitan, DOR, Madrid.
- (1996), "Sobre la locura", en *Escritos psicóticos*, DOR, Madrid, pp. 31-42.
- Davoine, Francoise (1994), *La locura Wittgenstein*, Editorial Psicoanalítica de la Letra, México.
- (1977), Seminario Psicosis y lazo social, México.
- De la Fuente, Ramón (1984), "La investigación en el campo de la psiquiatría en México", en *Evolución de la medicina en México durante las últimas cuatro décadas*, Sepúlveda Bernardo, El Colegio Nacional, México, pp. 141-173.
- (1997), *La patología mental y su terapéutica*, tomo I, Fondo de Cultura Económica, México.
- De la Mora, Ángeles (1997), "Transferencia psicótica una experiencia clínica", ponencia presentada en el Foro del Seminario Clínica de la Psicosis (inédito), México.
- De Waelhens, A. (1985), *La psicosis*, Morata, Madrid.
- Dell Acqua, G. (1995), "Trieste, veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de salud mental", en *Revista Psiquiatría Pública*, vol. 7, núm. 3, Madrid.
- Desviat, Manuel (1994), *La reforma psiquiátrica*, DOR, Madrid.
- (1995) "La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio", en *Revista ARAPDIS*, vol.1, núm. 0, Barcelona, pp. 87-90.
- (1997), "Una reforma pendiente", *Psicología Iberoamericana*, vol. 5, núm. 4, Plaza y Valdés, México.
- y Corcés, V. (coords.) (1990), "La ruptura de un cierto consenso", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Epistemología y práctica psiquiátrica, Madrid, pp. 89-94.
- Deveraux, George (1967), *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Siglo XXI Editores, México, 1985.
- Enriquez, E. (1989), "El trabajo de muerte en las instituciones" en, *La institución y las instituciones*, Paidós, Buenos Aires, pp. 84-119.

- Espinosa, J. (1986), "Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico: una revisión histórica", en *Cronicidad en psiquiatría*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, pp. 17-66.
- Esquirol, J. (1838), *Memorias sobre la locura y sus variedades*, DOR, Madrid, 1991.
- Fernández, Lidia (1998), "La subjetividad: opaco objeto de conocimiento", en *Tras las huellas de la subjetividad*, Jáidar, I. (comp.), UAM-Xochimilco, México.
- , L. E. Vargas y G. Rahman (1997), *El padre: los modos de una ausencia*, UAM-Xochimilco, México.
- Fernández, Lidia y Ma. Eugenia Ruiz Velasco (1993), "La enseñanza de la Psicología y el tránsito por la locura. Un modelo alternativo", en *Psicología y salud*, Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.
- (2000), "El borramiento de la diferencia y sus riesgos en las prácticas de salud, UAM-Xochimilco, México, pp. 57-80.
- (2002), "Del miedo y la locura", en *Los dominios del miedo*, UAM-Xochimilco, México, pp. 53-76.
- (2002a), "Transiciones en salud mental", en *Anuario de Investigación 2002*, Departamento de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco, México.
- (2003), "El cuerpo del psicótico y la trama generacional", *Revista Rehabilitación Psicosocial Integral*, Barcelona (en prensa).
- (2005), "El cuerpo del psicótico en la trama generacional", en *Anuario de investigación 2004*, UAM-Xochimilco, México.
- y Graciela Magaril (1998), "Rehabilitación: encuentros y desencuentros, entre discursos y prácticas", ponencia, VI Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial, Hamburgo, Alemania, publicada como artículo "Los discursos de rehabilitación en la psicosis", *La rehabilitación psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat*, vol. 2, núm. 10-11-12, Barcelona, 2002.
- Fernández Liria, A. (1987), "Estancia Media y número de reingresos: evaluación de la eficacia de dos modelos de intervención en hospitalización breve", *Psiquiatría pública*, vol. 1, núm. 2, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, pp. 66-73.
- Fernández Pitta, Ana María (1997), "Centros de atención psicosocial (CAPS): espacios de rehabilitación", en *Psicología Iberoamericana*, vol. 5, núm. 4, Universidad Iberoamericana, México.
- Ferrater, J. (1999), *Diccionario de Filosofía*, Ariel filosofía, Barcelona, 2001.
- Foucault, Michel (1963), *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI Editores, México, 1995.
- (1968), "La analítica de la finitud", *Las palabras y las cosas*, Siglo XXI Editores, México.
- (1970), "Ciencia y saber", en *La arqueología del saber*, Siglo XXI Editores, México, 1996.
- (1976), "El panoptismo", en *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*, Siglo XXI Editores, México.
- (1992), *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México.
- (1993), *La vida de los hombres infames*, Editorial Altamira/Nordan Comunidad, Montevideo.

- (1999), "La locura y la sociedad", *Estética, ética y hermenéutica*, Obras esenciales, VIII, Paidós, Madrid.
- Freud, Sigmund (1911-1913), "Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente", en *Obras completas*, tomo XII, Amorrortu, Buenos Aires, 1975.
- (1914), "Introducción del narcisismo", en *Obras completas*, tomo XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1975.
- (1915) "El discernimiento de lo inconsciente", en *Obras completas*, tomo XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1975.
- (1917), "Duelo y melancolía", en *Obras completas*, tomo XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1975.
- Fumerem (1994), Rehabilitación integral y derechos humanos de los enfermos mentales en México (13 años de experiencia FUMEREM), fotocopia, documento inédito.
- Galende, Emiliano (1992), "El psicoanálisis y las estrategias de acción en el trabajo comunitario", en *Revista Psicología Institucional y Comunitaria*, año 1, núm. 1, Escuela Superior de Psicología, Universidad de Tucumán, Tucumán.
- (1997), *Un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Paidós, Buenos Aires.
- García Canal, Ma. Inés (2002), *Foucault y el poder*, Colección La llave, núm. 22, UAM-Xochimilco, México.
- García González, J.; Aparicio Sasauri, V. (comps.) (1997), *Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación*, Principado de Asturias, España.
- García Rojas, D.; Ortiz Hernández, E. (1999), "Fundación Dignidad", trabajo terminal, Licenciatura en Psicología, UAM-Xochimilco, México.
- Garrabé, Jean (1996), *La noche oscura del ser, una historia de la esquizofrenia*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Gobierno de la Provincia de Río Negro (1992), *Ley 2.440 de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental*, Río Negro.
- Goffman, Erving (1970), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires.
- (1987), "La locura del puesto", en *Los crímenes de la paz*, Franco Basaglia (coord.), Siglo XXI Editores, México. pp. 257-307.
- (1997), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu, Buenos Aires.
- (1998), *Estigma, la identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.
- González Casanova, M. P. (1995), "El Frente 'Psi' en México: notas sobre asistencia, universidad y sociedad", *Tercer Foro*, Departamento de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco, México.
- González Uzcátegui, René (1992), "Salud mental en América Latina", en *Temas de Salud Mental en la Comunidad*, Organización Panamericana de la Salud, I. Levav (ed.), Serie Paltext.

- Guinsberg, Enrique, Ruiz Velasco, Ma. Eugenia (1991), "Alumnos de la UAM-Xochimilco en el tránsito por la locura", en revista *Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales*, núm. 2, UAM-Xochimilco, México.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría (1995), *Informe de actividades*, México.
- Jáidar, Isabel; Vargas, Lilia E.; Fernández, Lidia; Perrés, José; Baz, Margarita (1998), *Tras las huellas de la subjetividad*, UAM-Xochimilco, México.
- Kaës, René (1989), "Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones", en *La institución y las instituciones*, Paidós, Buenos Aires, 1998.
- (1994), "Problemas de la transmisión de la vida psíquica entre las generaciones", conferencia, México.
- (1998), *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales*, Paidós, Argentina.
- (2000), "Filiación y afiliación. Reelaboración de la novela familiar en familias adoptivas, grupos e instituciones", en *Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales*, núm. 16, UAM-Xochimilco, México.
- Kaplan, Gerald (1964), *Principes of preventive psychiatry*, Basic Books Inc., Paidós, Nueva York.
- Kniffki, J.; Ruiz Velasco, Ma. Eugenia (2000), *Informe de evaluación de la Fumerem*, Cáritas Alemania, México, documento de trabajo.
- Lacan, Jacques (1956), *Las psicosis*. El seminario de Jacques Lacan, libro 3, Siglo XXI Editores, México, 1985.
- (1966), "El estadio del espejo como formador de la función del yo (je)", *Escritos I*, Siglo XXI Editores, 1984.
- (1976), *De la psicosis paranoica en sus relaciones con las personalidad*, Siglo XXI Editores, México.
- Laing, Roland (1987), "Consideraciones sobre la psiquiatría", en *Los crímenes de la Paz*, Fondo de Cultura Económica, México.
- (1990), *Los locos y los cuerdos*, Grijalbo, México.
- Levav, I.; Restrepo, H.; Guerra Macedo, C. (1994), "The restructuring of Psychiatric Care in Latin America: A New Policy for Mental Health Services", *Journal of Public Health Policy*, vol. 15, núm. 1.
- Maleval, J. C. (1998), *Lógica del delirio*, Ediciones del Serbal, Barcelona.
- Mancilla Villa, Martha L. (2001), *Locura y mujer durante el porfiriato*, Círculo Psicoanalítico Mexicano, México.
- Mannoni, M. (1985), *El psiquiatra, su "loco" y el psicoanálisis*, Siglo XXI Editores, México.
- Mannoni, O. (1976), "El lenguaje del esquizofrénico", en *Cuadernos Sigmund Freud*, núm. 2-3, pp. 73-87, citado en Álvarez, 1999, p. 311.
- Melman, Jonas (1997), "Intervenciones familiares en el campo de la reforma psiquiátrica", en *Psicología Iberoamericana*, UIA/Plaza y Valdés, México.

- Menéndez, Eduardo (1979), *Cura y control, la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Nueva Imagen, México.
- (1992), "Los modelos médicos en México. Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en *Antropología médica en México*, 1, UAM/Instituto Mora, México.
- Mier, Raymundo (1997), "Schreber: negación, instrospección, delirio", en *Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales*, núm. 11, UAM-Xochimilco, México.
- Ministerio de Saúde (1994), "Relatório final. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil", II Conferencia nacional de saúde mental, Brasília, 1994.
- (2002), *Legislação em Saúde Mental, 1990-2002*, Revista e atualizada, Brasília.
- Moliner, María, *Diccionario de uso del español*, Gredos, Madrid.
- Nascimento Alves, Domingos Savio (1991), *Informe sobre la coordinación de salud mental*, Brasil.
- Organización Mundial de la Salud (1990), *La esquizofrenia. Información para las familias*, iniciativa de apoyo a las personas disminuidas por una enfermedad mental, Ginebra.
- (1996), "Rehabilitación psicosocial, una declaración por consenso", World Health Organization (WHO), division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Psychosocial Rehabilitation. A consensus Statement. WHO/MNH/MND/96, 2, Ginebra (traducción de Raquel Springer), publicado en español en *Psicología Iberoamericana* (1997), vol 5, núm. 4, México, pp. 57-62.
- Organización Panamericana de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (1991), *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Bases conceptuales y guías para su implementación* (HEA/MND 1.91), Washington.
- (1992), "Salud Mental en América Latina", *Temas de Salud Mental en la Comunidad*, I. Levav (ed.), Serie Paltex.
- (1994), "La reestructuración psiquiátrica bases conceptuales y recomendaciones para Latinoamérica y el Caribe", en Levav, I.; Restrepo, H.; Guerra Macedo, C., "The restructuring of Psychiatric Care in Latin America: A New Policy for Mental Health Services", *Journal of Public Health Policy*, vol. 15, núm. 1.
- (1995), *Salud mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos* (traducción en español), título original *World Mental Health: Problems and priorities in Low-Income Countries*, Washington.
- Pereña, F. (1993), "Introducción: delirio y síntoma psicótico", en *Metáfora y delirio*, DOR, Madrid, pp. 51-55.
- Plá, Juan Carlos (1994-2004) (coord.), *Seminario Clínica de la psicosis*, Universidad Iberoamericana, México (apuntes).
- , *Seminario Psicosis y lazo social*, México, 1997 (apuntes).
- Psiquiatría clínica*, apuntes de clase del Dr. J. Luis Patiño, publicados en 1980, Salvat, México.
- Radosh, S. (2002), "La transferencia, ¿cómo juega?", en *Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales*, núm. 18/19, UAM-Xochimilco, México.

- Renaut, A. (1993), *La era del individuo. Contribución a una historia de la subjetividad*, Ensayos/ Destino, Barcelona.
- Reygadas, Mercedes (2002), "De la infancia a la indigencia", ponencia en Congreso de Rehabilitación Psicosocial en la Comunidad, Barcelona.
- y Ritchey, Lorraine (1995), "Programa de trabajo con familias y de reinserción familiar de internas, con continuidad de tratamiento en el Hospital José Sáyo", presentado en Congreso Reorientación Psiquiátrica hacia la atención primaria, Habana, Cuba, octubre de 1997.
- Rivas Guerrero, F. (2000), "Del manicomio a la comunidad, de la locura a la esquizofrenia. La necesidad de una red comunitaria de tratamientos y cuidados", en Rivas Guerrero (coord.), *La psicosis en la comunidad*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, pp. 13-40.
- Rodríguez Ajenjo, Carlos (1993), "Del espacio mental al espacio físico: justificación de la construcción de la Castañeda", en revista *Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales*, núm. 5, UAM-Xochimilco, México, pp. 25-36.
- Rodríguez, A. y Bravo, M. F. (2003) "Marco general y conceptualización", en *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo* (coord.), Gisbert A., Cristina. AEN, Madrid.
- Rotelli, Franco (1992), "Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil", en *Psiquiatria sem hospício*, Relume Dumará, Río de Janeiro.
- (1995), "Algunas consideraciones sobre la reforma psiquiátrica italiana", *memorias del Taller Internacional Reorientación Psiquiátrica hacia la atención primaria*, Habana, Cuba, octubre de 1995.
- (1997), "Tiempo de rehabilitación", en *Psicología Iberoamericana*, Plaza y Valdés, México, pp. 16-22.
- Ruiz Velasco, M. E. (2001), "Psicosis, sexualidad y delirio", en *Sexualidad: símbolos, imágenes y discursos*, I. Jáidar (comp.), UAM-Xochimilco, México.
- Sacristán, Cristina (2001), "Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de 'La Castañeda' como institución terapéutica, 1910-1944", en revista *Secuencia* 51, Instituto Mora, México.
- Sanquer, Edmond (2000), Seminario Clínica de la Psicosis, México.
- Saraceno, Benedetto (1992a), "La rehabilitación entre modelos y prácticas", revista *Anales de Salud Mental*, VIII, pp. 235-243, fotocopia sin pie de imprenta.
- (1992b), Conferencia, organizada por el Capítulo Mexicano de la WAPR y la UAM-Xochimilco, Casa de la Cultura Jesús Reyes Heróles, México.
- (1993), "La rehabilitación entre modelos y prácticas", en *Jornadas internacionales de rehabilitación psiquiátrica y estructuras intermedias. Informaciones Psiquiátricas*, marzo, núm. 131, Oviedo.
- Secretaría de Salud (1995), "Antecedentes de las acciones institucionales en materia de salud mental en México", *Programa integral de salud mental 1995-2000*, México.
- (1995), "Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica", publicada el 16 de noviembre de 1995 en el *Diario Oficial de la Federación*.

- (1997) "Hospital psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno", *Manual de procedimientos de la unidad terapéutica hospital de noche*, febrero.
- Senado Federal de Brasília (1989), *Projeto de lei 3.657/89*, Centro Gráfico do Senado Federal, Brasília, septiembre.
- Schreber, Daniel P. (1985), *Memorias de un neurópata*, Argot, Buenos Aires.
- Suárez, Armando (coord.) (1977), *Razón, locura y sociedad*, Siglo XXI Editores, México, 1999.
- Talbott, J. A. (2002), "Psichiatic services: the year 2000 and Beyond", *La rehabilitació psicosocial integral a la comunitat I amb la comunitat*, vol. 2, núm. 10/11/12.
- Taylor, S. J.; Bogdan, R. (1987), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, Paidós, Buenos Aires.
- Turner, Victor (1997), *La selva de los símbolos*, Siglo XXI Editores, México.
- Tusquets, Martí (1982), *Psiquiatria social*, Herder, Barcelona.
- United Nations (1992), General Assembly, Resolution 46/119, "The Protection of the Person With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care", A/RES/46/119, 18 de febrero de 1992.
- Valero, Manlio (1999), *Diplomado Salud mental y rehabilitación psicosocial* (apuntes), UAM-Xochimilco, México.
- Vargas, Lilia Esther (1998), "¿La subjetividad del sujeto o el sujeto de la subjetividad?", en *Tras las huellas de la subjetividad*, Jáidar, I. (comp.), UAM-Xochimilco, México.
- Velasco Fernández, Rafael (1974), "El futuro de la psiquiatría institucional en México", en *La lucha en México contra las enfermedades mentales*, Héctor Sánchez (coord.), Archivo del Fondo, 25, México, pp. 116-131.
- Waelhens, A. de (1985), *La psicosis*, Morata, Madrid.

Hemerografía

- Batista, G., "Protestas en EU por el premio otorgado a psiquiatra mexicano", en *El Financiero*, México, 29 de mayo de 1994, p. 24.
- , "Psiquiatría y sociedad civil. Cierren las puertas señores", en revista *Mira*, vol. 3, núm. 120, México, 15 de junio de 1992, pp. 24-27.
- y H. Alemán, "Granjas psiquiátricas. Resumideros de la sinrazón", en revista *Mira*, núm. 107, México, 16 de marzo de 1992, pp. 38-49.
- , "Hospitales psiquiátricos. El otro lado del mostrador", en revista *Mira*, vol. 3, núm. 110, México, 6 de abril de 1992, pp. 24-31.
- "Carta de la CNDH sobre psiquiátricos. En espera de las quejas", en revista *Mira*, vol. 3, núm. 109, México, 30 de marzo de 1992, pp. 50-51.

- Chávez Lomelí, Elba, "Psiquiátricos, el submundo de la desesperanza. Entre violaciones y desamparo viven los renegados de Dios", revista *Impacto*, núm. 2202, México, 14 de mayo de 1992, pp. 28-35.
- El Universal*, México, 4 de noviembre de 1993, p. 21.
- Eric Everett, "Rights Group Protests Abuse Of Women In Mental Hospitals", *The News*, 29 de octubre de 1993.
- Excelsior*, 9 de mayo de 1992, "XXV Aniversario del Hospital Fray Bernardino Álvarez".
- Guerrero, Claudia, "Señalan despilfarro en los psiquiátricos", en *Reforma*, México, 12 de marzo de 1998, p. 2A.
- Ibarrola, J. "Los olvidados de la razón", en revista *Impacto*, núm. 2209, México, 2 de julio de 1992, pp. 18-19.
- La Jornada*, México, 30 de octubre de 1993.
- "Psiquiátricos a la vanguardia", revista *Impacto*, núm. 2205, México, 4 de junio de 1992, p. 9.
- Rodríguez Santos, B. "Un infierno, los hospitales psiquiátricos", en revista *Mira*, vol. 3, núm. 120, México, 15 de junio de 1992, pp. 36-41.
- Unomásuno*, México, 29 de octubre de 1993, p. 7.
- Velázquez, Francisco, "Agreden en psiquiátrico a Virginia González", en *Reforma*, México, 7 de octubre de 1997.

Índice

PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	13

I. MARCO CONCEPTUAL

Entre la locura y la psicosis	27
Aproximaciones conceptuales	33
La rehabilitación psicosocial. El discurso de un campo institucionalizado y sus prácticas	51
Locura e institución	61

II. LA PSIQUIATRÍA EN MÉXICO Y SUS INSTITUCIONES

La institución psiquiátrica mexicana al margen de la transición	81
"La Castañeda", el Manicomio General de la Ciudad de México	85
Más allá de la herencia manicomial. La institución psiquiátrica frente a otras propuestas	89
El positivismo y la psiquiatría tradicional, a la luz de una historización de la investigación en salud mental en México	92

III. LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES Y LAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

Lo social y la psiquiatría pública	102
La salud mental comunitaria en América Latina	107
Declaraciones y legislaciones	109

IV. ANÁLISIS DE CUATRO EXPERIENCIAS

La experiencia de Leganés y la Reforma Psiquiátrica Española. Instituto Psiquiátrico José Germain de la Comunidad de Madrid	134
Asociación para la Rehabilitación y Adaptación de Personas Disminuidas en su Capacidad de Integración Sociolaboral. Arapdis (Barcelona, España)	142
Centro de Rehabilitación Psicosocial. CAPS (Brasil)	160
Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, Fumerem (México)	174
Reflexiones sobre las cuatro experiencias	203

V. LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS ASILARES DESDE LA MIRADA DE LOS ALUMNOS DE PSICOLOGÍA DE LA UAM-XOCHIMILCO

La experiencia de los alumnos antes de las denuncias (1990)	233
La mirada de los alumnos después de las denuncias (1995-1997)	237
La experiencia de los alumnos en la transformación del Hospital Ocaranza (2001)	245
Algunas transformaciones a la luz de las reformas	247

VI. REFLEXIONES FINALES

Sobre las transformaciones institucionales	253
Subjetividad psicótica y respuestas institucionales	254
Las propuestas internacionales y la transición psiquiátrica en Latinoamérica	260
Aportes de las experiencias para la integración comunitaria de los pacientes psiquiátricos	262
El proyecto transformador, el soporte y continuidad	264
Las propuestas	265
Subjetividad psicótica y la atención psicosocial	267
A manera de cierre	269
ANEXO	275
BIBLIOGRAFÍA	293