

LA CRISIS DEL MODELO ASILAR.

# Transformaciones en la práctica de abordaje a la problemática de la salud mental

**Silvia Faraone**

Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Buenos Aires

## Introducción

La idea central que guía la realización de este trabajo es revisar críticamente los modelos de atención a la problemática de la salud - enfermedad mental en base a dos ejes: el primero, la construcción del espacio asilar - manicomial y las prácticas asilares de abordaje; el segundo, la transformación de este modelo y la reorganización de las prácticas en el sector en base a políticas de desinstitucionalización.

Si bien el trabajo que aquí se presenta es un avance teórico se encuadra dentro de una investigación que tiene como objetivo el análisis de políticas en salud mental y las formas de su implementación en las instituciones sanitarias. Esta se inscribe en un proceso que he venido desarrollando como becaria del Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Buenos Aires, Programa UBACyT.

El trabajo de campo se realizó en dos instancias diferenciales: en la primera se seleccionó un hospital neuropsiquiátrico

Lic. en Trabajo Social.  
Becaria Programa UBACyT  
Instituto de Investigaciones Gino Germani

de la provincia de Buenos Aires, por las características propias de institución total; en la segunda se privilegió, en la elección, la Provincia de Río Negro, fundamentándose en la necesidad de explorar un proceso de cierre de una institución manicomial y la transformación que implicó, en esa provincia, la sanción una ley 2440 de promoción sanitaria y social de las personas con sufrimiento mental.

### **Encuadre general del proceso de investigación**

El avance en el proceso de investigación, me ha permitido adentrarme en la existencia de una lógica psiquiátrica de contradicción entre dos polos: la segregación -contención- y la rehabilitación -integración social.

La práctica institucional manicomial apunta -desde lo discursivo- a la rehabilitación de la persona que presenta algún cuadro diagnosticado como enfermedad mental; sin embargo, subyacente y paralelamente, se cristaliza otra función que es la de aislar, bajo la forma de asilo a personas que representan algún tipo de problemática social y que se manifiesta desde una situación de crisis desde la perspectiva de la salud - enfermedad mental. Los ejes de esta contradicción se evidencian en: rehabilitación -marginación, curacustodia y diagnóstico como situación estigmatizante desde el imaginario social.

En diferentes momentos históricos, y en distintos países, surgen movimientos que intentan revertir el modelo establecido produciendo efectos sobre la institución asilares, la figura de control de la medicina psiquiátrica y las categorías de tratamiento vigentes. Apareciendo, junto a profundas críticas, nuevas concepciones teó-

rico que se plasman en experiencias denominadas alternativas<sup>0</sup>.

Pensar en estas transformaciones nos obliga a deconstruir, desalambrar las fronteras acerca del pensamiento en relación a la salud - enfermedad mental y sus formas de abordaje.

Es en esta línea que dirigimos la reflexión que aquí proponemos.

### **1.- El espacio asilar.**

#### *1.1.- Psiquiatría de la Razón Iluminista. La construcción del campo asilar y el surgimiento del médico alienista.*

Con el Decreto de 1656, se funda en París el Hospital General, institución con una estructura semijurídica que tiene atributos para juzgar. «El Hospital General aparece como un extraño poder que se establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la represión»<sup>1</sup>.

La finalidad de esta nueva institución no tiene relación en principio, con ninguna idea médica. Es una instancia que el orden monárquico crea para tratar de impedir la mendicidad y la ociosidad, a las cuales se les asignaba la culpa del desorden social imperante en ese momento.

En la segunda mitad del siglo XVIII, comienza un desplazamiento, caracterizado por el aislamiento de los hospitales generales, constituyéndose los primeros «Asilos». En estos ya no sólo se encerraba la pobreza, sino que además se la separaba de acuerdo a una categorización que tenía relación directa con el grado de perturbación que la misma causaba: aparece

<sup>1</sup> Foucault M. Historia de la locura en la Época Clásica II. Brévario del Fondo de la Cultura Económica. Bs. As. 1990. Pág. 82.

en este entorno la exclusión de los «locos» de los otros internados.

Sin embargo, la conformación del «alienismo» como marco doctrinario de la construcción del espacio manicomial, se instala, recién, con la incorporación de la figura del médico. De esta manera, con el nombramiento de Pinel, como director del asilo de Bicétre en 1793, comienza el impulso de una ciencia médica de la locura, siendo el primer requisito para la construcción de este nuevo ámbito: la producción del propio «alienista» como figura de autoridad.

En este sentido la autoridad es entendida como «curativa», sostenido en la hipótesis de que la misma refuerza la figura del médico, quien puede controlar todos los aspectos de la vida del paciente sometiendo al enfermo a una disciplina severa que Pinel va a llama «paternal». «El orden y su preservación son cuestiones de gran importancia en la dirección del asilo, y no sólo porque opera como una cualidad institucional, que tiende a ser impuesta como virtud, sino porque además es un recurso técnico esencial: el orden es la condición para obtener observaciones exactas<sup>2</sup>.

Puede decirse que lo más importante que produce el alienismo no es la incorporación de un abordaje científico de la locura, sino esa producción del lenguaje alienista cuyo poder, más que de la ciencia proviene de su producción social y moral: es a la vez juez y policía, padre y director de conciencia<sup>3</sup>.

El cambio de estatus en la figura del «loco» -quien pasa a convertirse en «enfer-

mo»-, permite clasificarlo dentro de cuadros que se corresponden con fuentes filosóficas, médicas y políticas de la época, constituyéndose el diagnóstico como forma visible de este nuevo paradigma. En la obra de Pinel debe distinguirse la construcción propiamente nosológica de su acción de reforma institucional del internamiento.

La medicina mental, en consecuencia no fue el efecto de un conocimiento médico sobre la alienación, fue por el contrario efecto de decisiones políticas del Estado que tuvieron su expresión más elocuente en los Decretos de 1790 y 1791, los cuales establecen, entre otras cosas, el uso del chaleco de fuerzas<sup>4</sup>.

Al decir de Foucault «si el personaje del médico puede aislar la locura no es porque la conozca, sino porque la domina». El tratamiento médico aparece desde el inicio ligado al encierro y fundamentado en el paradigma de un «gobierno moral» de la conducta, surgiendo junto a esto «la sanción moral de la locura» y emergiendo, el médico como efector de un «tratamiento moral» del paciente.

Es el encierro la matriz que permite constituir la figura del médico sostenida desde un «saber que se ejerce como poder». Esta asociación de la «institución manicomial», «el saber psiquiátrico» y «el poder sobre el otro», es esencial en la construcción de la medicina mental como cuerpo teórico-práctico. Produciéndose un reordenamiento jurídico de la locura, en el cual se funda la base entre la psiquiatría y el aparato jurídico legal.

<sup>2</sup> Vezzetti H. «La locura en la Argentina». Ed. Paidós Bs. As. 1985. Págs 57-58.

<sup>3</sup> Véase Vezzetti, H. OP. Cit. Pág. 57.

<sup>4</sup> Galende, E. «La crisis del modelo médico en psiquiatría», en Cuaderno Médico Sociales N° 23 CESS, Rosario.

*1.2.- Reafirmación del campo asilar.  
La medicina psiquiátrica positivista.*

Sobre la segunda mitad del siglo XIX, la razón positivista lleva a la psiquiatría a la redefinición de sus conceptos, poniendo a la locura dentro de los patrones que rigen la observación y la descripción del conocimiento científico. «Los psiquiatras se lanzan, siempre en las condiciones del encierro manicomial, a clasificar y ordenar lo patológico. Se describen nuevas entidades y las nosografías pasan a ser consideradas la teoría de cada escuela»<sup>5</sup>.

El pensamiento psiquiátrico del siglo XIX buscará la totalidad del determinismo y tratará de definir el punto de inserción de una culpabilidad; las discusiones sobre la locura criminal, los prestigios de la parálisis general, el gran tema de las degeneraciones, la crítica de los fenómenos histéricos, entre otros, son los debates característicos del nuevo paradigma que incorpora el modelo biológico de la medicina general a la psiquiatría<sup>6</sup>.

El proyecto de la psiquiatría positivista identificado con Kraepelin y los avances de la medicina general impulsan el surgimiento de un nuevo modelo, el cual va a ser definido a partir de ahora como «modelo anatomoclínico»<sup>7</sup>, constituyendo la base de la «comprensión organicista» de la locura.

La ley de 1839, que durante más de cien años reglamenta el dispositivo de la salud mental en Francia, recogió gran parte de los desarrollos que iniciara Esquirol. Esta ley organizó la psiquiatría como disciplina de lo mental. El gran cam-

bio de las prácticas terapéuticas se introducen por la «medicalización», pasando de lo que era un encierro compulsivo y policial con legitimación de la iglesia, a un «tratamiento obligatorio» de los enfermos; la vida de los asilos se tiñó en sus rituales cotidianos del mito del tratamiento<sup>8</sup>.

El asilo es la gran figura institucional de la psiquiatría, es el lugar de realización de las relaciones de poder que el discurso psiquiátrico instituyó. Sin embargo debemos destacar que la vigencia del modelo médico: etiología, clínica y tratamiento, diagnóstico y pronóstico, trascienden los ámbitos asilares para transformarse en los pasos necesarios en la intervención sobre la comunidad y sus conflictos. Es así como la «patología mental» se transformará en la condición necesaria para revelar la normalidad<sup>9</sup>.

De este modo el dispositivo de la locura se concreta y expande a la sociedad en su conjunto, desde el manicomio a la marginación social y el delito; y desde allí a los temas del trabajo, la familia y la infancia; adquiriendo, con el surgimiento de la criminología, una nueva cualidad: «la peligrosidad».

Este campo heterogéneo tiende así a que la medicina mental como cuerpo teórico-práctico desarrolle transformaciones en las disposiciones jurídicas, en las estructuras penales y en los modos de administración y control de la marginalidad y la desviación.

<sup>5</sup> Galende E. Op. Cit. pág. 56.

<sup>6</sup> Véase Foucault M. Op. cit. pág. 269

<sup>7</sup> El concepto de modelo anatomoclínico es tomada de Galende E. op. cit. pág. 56.

<sup>8</sup> Galende E. «Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Ed. Paidós Bs. As. 1990. Pág. 136.

<sup>9</sup> Canguilhem, G. «Lo normal y lo patológico». citado por Vezzetti H. Op. cit. pág. 15

## 2.- Las transformaciones del modelo asilar. La revolución en la Psiquiatría institucional.

Desde comienzos del siglo XX, se van generando críticas a la medicina mental positivista y a su imagen reveladora el asilo. Pero, la generación de propuestas alternativas en la asistencia, comienza recién en la década del 50, ligada principalmente a la instauración del Estado Social en los países centrales y a los movimientos sociales tendientes a cuestionar los órdenes reinantes<sup>10</sup>. Esta coyuntura dará lugar a una fuerte crítica de las prácticas que se venían desarrollando institucionalmente y al surgimiento de tendencias que intentan superar «el espacio asilar»: para transformarlo internamente o disolverlo con la finalidad de crear instancias totalmente sustitutivas a este modelo.

La importante eclosión de investigaciones socio-psiquiátricas pone en evidencia, en sus hallazgos, las funciones contradictorias de la Institución manicomial, al mismo tiempo que vinculan la enfermedad mental con la teoría del etiquetamiento<sup>11</sup> y de la psiquiatrización de la vida<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Véase Stolkiner A. en Políticas en Salud Mental. Artículo «Crisis y ajuste». Ed. Lugar, Bs. As. 1983 Pág. 45.

<sup>11</sup> En las producciones teóricas en relación a esta concepción se pueden destacar Becker, Sheff, Goffman, extendiéndose estas concepciones en Francia y en Italia a través de Castel y Basaglia respectivamente. La versión más extrema de la teoría del Etiquetamiento fue desarrollada por Szasz, quien realiza un planteo de que toda la enfermedad mental cabe dentro del etiquetamiento y que este se relaciona a su vez con el proceso de psiquiatrización de la sociedad y de las relaciones sociales.

<sup>12</sup> La concepción que alude a la psiquiatrización de la vida se basa en la teorización sobre la

Estos replanteos teóricos encuentran su correlación práctica - metodológica en el surgimiento de nuevas experiencias que, enmarcadas en reformas sanitarias más extensas, se desarrollan, con matices particulares, en diferentes países de Europa y en EEUU, produciendo eco en algunos países Latinoamericanos.

En Inglaterra a partir de los años 40, el gran desarrollo que se había logrado a partir de Bion y Maxwell Jones en la aplicación de técnicas grupales para el tratamiento de personas internadas en Instituciones Psiquiátricas, permite la creación del modelo de Comunidad Terapéutica. Este modelo va instalando un dispositivo que rompe con el individualismo y la segregación. La Comunidad Terapéutica, más allá de las críticas que justamente ha merecido, permitió un cambio en el panorama asilar y un avance hacia la mirada de un abordaje extrahospitalario.

Más tarde, con el surgimiento del movimiento denominado «antipsiquiatría inglesa», Laing y Cooper reformulan críticamente el modelo comunitario introduciendo cambios en el accionar terapéutico a través de la modificación en el contexto relacional.<sup>13</sup>

La reforma Inglesa produjo un fuerte impacto en EEUU multiplicándose en todo

cual toda persona que demanda un servicio de salud mental, se la define como «paciente». Según el análisis de Menéndez, la psiquiatrización de la vida sería la concomitante del etiquetamiento, éste controlaría la diferencia y la psiquiatrización la normalidad.

<sup>13</sup> Recordemos que este movimiento fue posible por los cambios políticos en Inglaterra. El ascenso de los laboristas posibilitó la creación en 1946 del Sistema Nacional de Salud Mental, que sanciona legalmente la reforma de las Instituciones Psiquiátricas.

el país experiencias socioterapéuticas. Estas prácticas crearon espacios propicios para el desarrollo, en varios Estados, de centros comunitarios en Salud Mental, cuyo objetivo era trasladar a la comunidad las responsabilidades del tratamiento.

En Italia recién en los años 60, cuando Basaglia se hace cargo de la dirección del Hospital de Gorizia, se denuncia el modelo manicomial. Este movimiento propone la destrucción de la institución de internamiento y la reformulación del modelo de asistencia, principalmente basado en la crítica al modelo médico psiquiátrico de control.

Lo importante de la concepción basagliana está en la práctica que ha logrado desarrollar: el cómo la mayoría de los autores italianos refiere las reglas de la desviación a las dimensiones de la estructura social que aparecen como las más relevantes, y a su vez cómo estas dimensiones son «halladas» en la estructura productiva. La reforma italiana no puede separarse de una concepción política-estructural: la enfermedad es, para ellos, la marca de la opresión.

En Francia, se replantea la cuestión de las prácticas psiquiátricas, desde un marco teórico basado en los modelos fenomenológico y psicoanalítico. Constituye, un conjunto de ideas plasmadas en luchas y experiencias concretas, tras las cuales se organiza todo un movimiento que configura un nuevo dispositivo social de la Salud Mental. Este movimiento basa principalmente sus acciones en el rechazo a toda forma de segregación de los enfermos y en la crítica al asilo como medio marginador y enfermante. La experiencia de reorganización interna de Saint Alban, fue la que adquirió mayor relevancia, sin embargo, la reforma francesa no logra extenderse

más que a unas pocas instituciones, sin lograr cambios estructurales en la política del sector.

En América Latina, el sistema manicomial-custodial y el modelo de atención médico-asilar, siguió siendo la respuesta frente a la problemática de la salud-enfermedad mental, sin embargo las experiencias desarrolladas en los países centrales influenciaron de diferente manera sobre algunas prácticas, tal es el caso de Argentina, México y de algunos estados brasileiros.

En nuestro país, antes del golpe de 1976, las experiencias alternativas desarrolladas, si bien fueron influenciadas por las corrientes hasta aquí descriptas tuvieron aportes y características originales, aún no, totalmente elaboradas. La figura más significativa en su etapa más embrionaria fue Enrique Pichón Riviere con la experiencia de Luján, luego las experiencias en el hospital Borda, el hospital Estevez, los trabajos en la Colonia Federal de Entre Ríos, entre otras.

Hemos de señalar, que estas experiencias no fracasaron por su dinámica interna o por sus resultados terapéuticos, sino por circunstancias políticas que trascendían los planteos de salud propiamente dicho, y que apoyaban la continuidad y vigencia del control social positivista.

Con cada uno de los advenimientos democráticos, aparecen nuevas experiencias alternativas, desde 1984 hasta hoy, en distintos lugares se producen intentos de reformular las prácticas asistenciales, pasando de los sistemas cerrados a modelos más abiertos y comunitarios. La experiencia de mayor relevancia, en este sentido es la producida en Río Negro. Esta se caracteriza por un largo y paulatino proceso de transformación que conduce al cie-

rre de la institución manicomial y la instalación de un modelo de atención basado en prácticas comunitarias. La sanción de la ley 2440, de promoción sanitaria y social de las personas con sufrimiento mental se ha convertido en el primer antecedente legal a nivel nacional y latinoamericano.

### Discusión

El análisis que acabamos de realizar nos permite adentrarnos en la construcción de experiencias que posibilitan la transformación de prácticas asilares-custodiales, por otro de participación, promoción social e integración comunitaria como propuesta alternativa.

Debemos destacar que el desafío que constituye pensar en éstas prácticas es complejo, debido a que la transformación que sufre hoy el Estado, producen grandes cambios en las políticas sociales en general, deslizando las políticas del sector salud hacia el «concepto de mercado de salud»<sup>14</sup>, lo cual trae aparejado que las políticas de desinstitucionalización corran el riesgo de convertirse sólo en políticas de deshospitalización, mostrándose coherentes con la política de ajuste.

En este sentido, es que entendemos dificultoso lograr modificaciones sustanciales en la organización sectorial sin una redefinición englobada dentro de una reforma sanitaria amplia, apuntando a la creación de componentes críticos-cuestionadores, que conduzcan a una reformulación no sólo de la teoría sino también, y principalmente, de la práctica<sup>15</sup>.

Es desde este marco global que proponemos re-pensar las prácticas alternativas apuntando a la deconstrucción en diferentes planos de las prácticas hegemónicas y a la construcción de nuevas hegemónicas alternativas.

Coincidimos con Alicia Stolkiner cuando establece que lo alternativo se define por las bases éticas, ideológicas y conceptuales en que se asienta. Es así, como entendemos la construcción de un pensamiento estratégico alternativo, que permita re-pensar las prácticas desde la cotidianidad, desafío necesario si deseamos asegurar la vigencia y respeto por los Derechos Humanos de las personas que padecen sufrimiento mental.

### BIBLIOGRAFIA.

- Basaglia, F. Y otros.** «Razón, locura y sociedad». Siglo XXI Editores. México. 1986.
- Bauleo, A.** «Desalambrar. Notas para un debate sobre la desmanicomialización». Revista Zona No. 12. Bs. As. 1992.
- Castellanos, Pedro Luis.** «Sobre los conceptos de Salud -Enfermedad: Un punto de vista epidemiológico». Cuadernos Médicos Sociales del CESS. 1989.
- Castoriadis, C.** «La Institución imaginaria de la sociedad». Editorial Tusquets. Barcelona 1983.
- Cooper, D.** «Psiquiatría y antipsiquiatría». Grafico Santo Domingo. Buenos Aires. 1976.
- Foucault, M.** «Enfermedad Mental y Personalidad». Editorial Paidós. Buenos Aires 1961.
- «Historia de la locura en la época clásica». Breviario del Fondo de la cultura económica. Argentina 1990.
- Goffman, E.** «Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales» Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1973.
- «Estigmas La identidad deteriorada». Editorial Amorrortu. Buenos Aires 1989.
- Galende, E.** «Psicoanálisis y Salud Mental». Editorial Paidós. Bs. As. 1990.
- «La crisis del modelo médico psiquiátrico» En Cuadernos Médicos Sociales N° 23. CEES.

<sup>14</sup> Véase Stolkiner A. Op. Cit. pág. 46.

<sup>15</sup> Véase Testa M. Pensar en Salud. Ed. Lugar. Bs. As. 1993. pág. 213.

- Hochmann, J.** «Hacia una psiquiatría comunitaria». Editorial Amorrortu. Bs. AS. 1971.
- Menéndez, E.** «Cura y control. La apropiación social de la prácticas psiquiátrica. Editorial Nueva Imagen. México 1979.
- Stolkiner, A. y otro.** «Políticas en Salud Mental. Editorial Lugar. Bs. As. 1983.
- Szasz, T.** «Ideología y enfermedad mental». Editorial Amorrortu. Bs. As. 1976
- «El mito de la enfermedad mental». Editorial Amorrortu segunda reimpresión 1994.
- Testa, M. Bloch, C.** «Estado y Salud». OPS. 1989.
- Testa, M.** «Pensar en Salud» Editorial Lugar. Buenos Aires
- Vezzetti, H.** «La Locura en la Argentina». Editorial Paidós. Bs. AS. 1985.