

**UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA**

**FACULTAD DE
PSICOLOGÍA**

TESINA DE LICENCIATURA

“REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS”

*Una nueva mirada al paciente psiquiátrico,
basada en la teoría y práctica planteada por la
Psicología Comunitaria*

Alumna: Soledad Méndez

Directora: Licenciada Graciela Levinzon

Mendoza, agosto de 2010

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL EXAMINADOR:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesores Invitados:

Calificación:

RESÚMEN

En el presente trabajo el problema de investigación que se plantea es **“La Desmanicomialización en los Hospitales Neuropsiquiátricos y como esto favorece la recuperación y reinserción social de los pacientes”**. Para lo cual se llevo a cabo un trabajo de campo en el Hospital El Sauce durante un periodo de 6 meses, se realizaron entrevistas a los profesionales y a los pacientes, y se tomaron datos de las historias clínicas de algunas de las personas allí internadas.

Como sustento teórico se parte de la Psicología Comunitaria y la Salud Mental Comunitaria.

La metodología elegida es cualitativa, empleando métodos de recolección de datos no estandarizados, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes. El Diseño aplicado será de Investigación- Acción.

Los Instrumentos utilizados fueron la Observación Participante, Entrevistas, Técnicas Grupales y IAP (Investigación Acción Participativa)

Los resultados obtenidos evidencian que los pacientes cuentan con una pequeña red y con escaso apoyo psicosocial.

ABSTRACT

The research theme of this work is “**The Change away from Mental Asylum in Neuropsychiatric Hospitals and how it promotes patient recuperation and social reinsertion.**” To this end, a field work was done at *El Sauce* Hospital for a period of 6 months, professionals and students were interviewed, and data were collected from medical records of individuals hospitalized there.

The underlying theory is Community Psychology and Community Mental Health.

The chosen methodology is qualitative, using non-standardized data collection methods to explore the social relations and describe reality as experienced by these patients. The Design applied will be one of Research-Action.

The tools used were Participant Observation, Interviews, Group Techniques, and PAR (Participatory Action Research).

Results show that patients count on a small network, and have little psychosocial support.

ÍNDICE

Título.....	2
Hoja de evaluación.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Índice.....	6
Agradecimientos.....	10
Introducción.....	11
Marco Teórico.....	15
Capítulo I: Psicología Comunitaria.....	16
I.1 Introducción.....	17
I. 2 Definición de Psicología Comunitaria.....	18
I. 3 Los inicios de la Psicología Comunitaria.....	21
I.4 Valores y principios que subyacen a la Psicología Comunitaria.....	23

I.5 Aspectos de la Psicología Comunitaria.....	24
Capítulo II: La locura a lo largo de la historia.....	29
II.1 Introducción.....	30
II.2 Edad Antigua.....	31
II. 3 Edad Media	33
II. 3 Siglo XVIII.....	35
II. 4 Siglo XX.....	37
Capítulo III: El Manicomio y la Internación.....	40
III. 1 ¿Qué entendemos por manicomio?	41
III. 2 Estigmatización y Marginación.....	45
III. 3 Trastorno mental e Internación.....	52
III. 4 Institucionalización y su relación con los Derechos humanos.....	56
Capítulo IV: Reinserción y Rehabilitación dentro de la Salud Mental Comunitaria.....	62
IV. 1 Salud Mental Comunitaria.....	63
IV.2 Principios de la Salud Mental Comunitaria.....	66
IV. 3 Rehabilitación y Reinserción desde la Salud Mental Comunitaria.....	69
Capítulo V: Desmanicomialización.....	74
V. 1 ¿Qué es Desmanicomializar?.....	75

V. 2 Recorrido Histórico	77
V. 3 Demolición del Manicomio.....	78
V. 4 Obstáculos frente al cierre del Hospital Psiquiátrico.....	80
V.5 Movimiento antimanicomial en nuestro país.....	82
V. 6 Los profesionales de la salud.....	87
14. Capítulo VI: Redes Sociales.....	88
VI.1 ¿Qué es una Red?.....	91
VI.2 ¿Por qué y para que necesitamos las Redes?	93
VI.3 La intervención en Red.....	95
VI.4 Movilización de las Redes.....	96
VI. 5 Redes y Salud.....	98
VI.6 Redes y Estadística.....	111
Capítulo VII: Familia Disfuncional.....	112
VII. 1 Definición de Familia.....	113
VII. 2 Familia Funcional.....	115
VII. 3 Familia Disfuncional.....	119
VII. 4 La Familia del Paciente Psiquiátrico.....	123
Capítulo VIII: Metodología de la Investigación.....	124
VIII. 1 Objetivos del Trabajo.....	125

VIII. 2 Diseño de la Investigación.....	126
VIII. 3 Técnicas Utilizadas.....	127
VIII. 4 Destinatarios de la Investigación.....	129
VIII. 5 Recursos de la Investigación.....	130
VIII. 6 Procedimientos.....	131
Capítulo IX: Presentación y Discusión de resultados.....	132
IX.1 Presentación y Discusión de resultados.....	144
Conclusiones.....	145

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mi familia, a mis padres, a mis hermanas Josefina y Guadalupe y a mi tía Alejandra, por haberme acompañado a lo largo de toda mi carrera, por haber creído siempre en mí.

A mis amigas y hermanas de la vida que siempre han estado y están en todos mis momentos importantes.

A la Licenciada Graciela Levinzon por su enseñanza y apoyo a lo largo de todo este camino.

A todas aquellas personas que colaboraron a que la parte práctica de ésta tesis pudiera llevarse a cabo, a los pacientes y profesionales del Hospital El Sauce.

Por último gracias a todas las personas que son parte de mi vida y caminan junto a mí en cada paso que doy...

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó en base a seis meses de práctica profesional, en el Servicio de Rehabilitación, del Hospital El Sauce. La hipótesis de investigación que se plantea es *“La Desmanicomialización en los Hospitales Neuropsiquiátricos y como esto favorece la recuperación y reinserción social de los pacientes”*.

El objetivo general de la investigación es plantear tratamientos en donde se incluya como eje principal el derecho a la libertad y posibilidad de externación de los pacientes, fomentando su rehabilitación y reinserción social.

Como objetivos específicos se encuentran la autogestión, es decir que ellos mismos puedan prevenir y promocionar su propia salud, a partir de sus recursos y el vínculo con el otro, de este modo adquirir las capacidades necesarias para poder continuar con su vida una vez fuera del Hospital. Buscando con esto disminuir el temor al afuera y la masificación. Apuntando a que se reencuentren con su propia identidad y a que se sientan otra vez parte de un sistema social que no los estigmatice ni excluya. Lo que se busca lograr es un trabajo integrado entre el Hospital y la Psicología Comunitaria, en donde el tiempo de internación no se transforme en un sentimiento de encierro ni en algo perjudicial para la salud mental de las personas que habitan en la institución.

Teniendo como punto de partida el concepto de Salud, no como lo contrario de enfermedad, si no como la integración biopsicosocial del ser humano.

Se considera de gran importancia estudiar el tema de la desmanicomialización ya que a pesar de haber otros proyectos con una temática similar, se incluye a la Psicología Comunitaria como eje central de esta investigación.

El aporte que se plantea con este trabajo de investigación es lograr la integración entre el Hospital Neuropsiquiátrico y la Psicología Comunitaria, fomentando una mayor libertad a las personas allí internadas, una preparación para la reinserción y en casos posibles la externación, tomando como base para poder lograr esto la formación de redes sociales de las que los pacientes sean parte y en donde se sientan contenidos.

Esta propuesta significa un cambio profundo de las instituciones psiquiátricas, que apunta entre otras cosas a:

- Que las estructuras institucionales sean democráticas y participativas.
- Al establecimiento de “Redes Sociales”
- A que los Hospitales sean abiertos a la comunidad eliminando las barreras físicas y sociales.
- A que se produzcan acciones, rotando el eje de lo asistencial a lo preventivo.

Esta perspectiva llevó a revalorizar los equipos de prevención por un lado y de rehabilitación y recreación terapéutica por el otro. En este marco se crean equipos transdisciplinarios de intervención en comunidad y talleres creativos comunitarios. Los grupos de pertenencia y la institución son considerados como sostén de la Identidad, se trabaja principalmente sobre los derechos humanos y la equidad.

La mayoría de las prácticas en los hospitales psiquiátricos residen en el tratamiento individual, no habiendo abordajes familiares ni comunitarios, que es lo que se pretende aportar con el presente trabajo.

Intervenir teniendo en cuenta la red que rodea a la persona, es fundamental, ya que justamente los miembros estarían involucrados en la crisis que da lugar a una internación, por ejemplo, y luego sería el lugar a dónde volvería el paciente.

Por eso el psicólogo y demás profesionales que intervienen en salud mental deberían incorporar, como potencialidades estratégicas, el apoyo psicosocial brindado por la red de una persona con trastorno mental (y de quienes no lo presentan también) como recurso terapéutico ante el intento por mejorar su situación.

Las preguntas de investigación planteadas son:

- ¿La internación de por vida afecta la mejora y tratamiento de los pacientes?
- ¿Se puede abordar el tratamiento de pacientes psiquiátricos desde la psicología comunitaria?
- ¿Se puede realizar un tratamiento que, sin desaparecer el Hospital, de más libertad de salida y de inserción social a los pacientes?
- ¿Se puede fomentar en estas personas que llevan tanto tiempo dentro de la Institución Hospital, la autogestión?
- ¿Cómo se podría disminuir la ansiedad y el miedo al afuera?
- ¿Cómo se juegan los Derechos Humanos en estas personas internadas?
- ¿Qué pasa con las personas que se sienten abandonadas?
- ¿Qué papel juega la familia en todo esto?
- ¿Cómo se juega la identidad personal en sujetos tan masificados?
¿Cómo reencontrarla?
- ¿En qué cambiaría el estado del paciente al formar parte de una red social?

Considero importante abordar el problema de la salud mental y la institucionalización, puesto que, a través del tiempo, persiste en el imaginario

social, el prejuicio de peligrosidad y en consecuencia el confinamiento de los enfermos mentales en Instituciones Psiquiátricas para su contención, tratamiento y para preservar el orden social.

Esta idea de peligrosidad se constituye en el fundamento de las prácticas que se implementan con el internamiento asilar y la idea de asociar el tratamiento con el aislamiento y la segregación social.

Estas instituciones y sus prácticas instituidas en consecuencia, provocan en el paciente una fuerte dependencia a la institución, cronificación, pérdida de identidad, autonomía, desvinculación familiar y social.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

I.1. Introducción

PSICOLOGÍA COMUNITARIA:

La Psicología Comunitaria surge en los Estados Unidos como respuesta a la insatisfacción de los marcos conceptuales en salud mental centrados en el médico hegemónico, el énfasis en la psicoterapia individual, la escasa consideración de la influencia del contexto social y las dificultades de accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población.

El escenario social de los años sesenta estaba atravesado por la lucha por los derechos civiles, derechos humanos, las protestas por la Guerra de Vietnam, la ideología separatista de los negros, las crisis urbanas, la guerra en contra de la pobreza, los arrestos y demostraciones de inconformidad estudiantil, que generaban un debate por los problemas sociales y el rol del Estado.

En América Latina, se origina en los años setenta, como una búsqueda de una psicología inserta en la realidad del continente, orientada a la comprensión de los procesos de cambio social, y el trabajo con las consecuencias psicosociales

del subdesarrollo. Incorpora la perspectiva histórica en la comprensión de estos fenómenos, la simultaneidad del proceso de intervención y la investigación.

El papel de psicólogos y psicólogas comunitarios se convierte en el de facilitadores, cuyo grado de compromiso con la comunidad contribuyen a que ésta se organice y participe activamente en la solución de sus problemas a través de la toma de conciencia de su posición dentro de la sociedad y del cuestionamiento a la misma.

I.2. Definición de Psicología Comunitaria

Puede decirse que la mayoría de los autores define a la psicología comunitaria como aquella que trata de la comunidad y que es realizada con la comunidad.

Los primeros psicólogos comunitarios propiamente dichos (entre los pioneros en Estados Unidos figuran Newbrough y Rappaport) no estuvieron muy inclinados a definirla.

Si entendemos que una ciencia se define por su objeto, por sus conceptos y por su método, entonces es más explicable la discreción inicial que marca el fin de los años setenta y ochenta, cuando se estaba estructurando el nuevo campo. Ello explica que para algunos autores éste se defina por alguna de sus características o condiciones para su existencia. Tal es el caso de Sarason (1974), quien la define en función del sentido de comunidad y su fortalecimiento y producción. Otros lo hacen en función de la relación entre individuos y medio ambiente (Kelly, 1970), o entre el estrés psicosocial y su efecto sobre la salud

(Dohrenwend, 1978), o por los valores y principios que la orientan (Newbrough, 1973; Rappaport, 1977).

Esto significa que lo primero en estar claro fue el objeto y su fundamentación valorativa y a partir de su definición y enriquecimiento en la práctica se fueron produciendo conceptos y haciendo aportes al método, tomados en gran parte de la psicología social y otras ciencias sociales (antropología, etnología, sociología). Por tal razón, no se encuentran definiciones propiamente dichas antes de los años ochenta.

De las que existen mencionaremos la de Sánchez Vidal, que define la psicología comunitaria como un:

“Campo de estudio de la relación entre sistemas sociales entendidos como comunidades y el comportamiento humano y su aplicación interventiva a la prevención de los problemas psicosociales y el desarrollo humano integral, desde la comprensión de sus determinantes socioambientales y a través de la modificación racional (consciente y generalmente planificada) de esos sistemas sociales, de las relaciones psicosociales en ellas establecidos y del desarrollo de la comunidad.”

Maritza Montero, que en 1982 la había definido como:

“La rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social.”

La autora señala que esta definición implica:

- Que los psicólogos adoptan un rol diferente, el de ser facilitadores de la transformación social, a partir de la intervención en las comunidades. Allí comparten sus conocimientos y trabajan conjuntamente con los agentes internos, quienes poseen un saber y están orientados por los mismos objetivos.
- El trabajo interdisciplinario de la psicología comunitaria, ya que al estar orientada hacia el cambio social, comparte este objetivo con otras ciencias sociales.
- La focalización sobre recursos y potencialidades psicosociales y la promoción de las mismas mediante diferentes estrategias.
- Cambios en la forma de acercarse a la realidad, de interpretarla y actuar en ella.
- Hacer psicología orientada a la transformación individual y colectiva, a partir de la promoción de una mayor participación comunitaria.
- Cambios en la concepción del individuo, del ambiente, de las relaciones entre individuo-grupo-sociedad. Las transformaciones a nivel individual repercuten en los grupos más próximos a los cuales pertenece el individuo, generando cambios en los mismos, y viceversa, las transformaciones en esos grupos modifican a las personas pertenecientes a los mismos. “Se produce así una relación dialéctica de transformaciones mutuas” (Montero, M., 2004:70).

La característica esencial de la psicología comunitaria es que lo comunitario incluye el rol activo de la comunidad, su participación como agente activo con voz, voto y veto.

Los profesionales adquieren un rol diferente de agentes de transformación social, que comparten su conocimiento con otros actores sociales provenientes de la comunidad, con los cuales trabajan conjuntamente.

I.3. Los inicios de la Psicología Comunitaria

Durante los años sesenta y setenta del siglo XX se produce una serie de movimientos sociales que difunden ideas políticas y económicas que van a influir sobre los modos de pensar y hacer en las ciencias sociales.

En la psicología tales ideas producen un vuelco hacia una concepción de la disciplina centrada en los grupos sociales, en la sociedad y en los individuos que la integran, entendiendo al ser humano como un ser dinámico, activo, constructor de su realidad, así como en sus necesidades y expectativas; hacia una concepción diferente de la salud y de la enfermedad y, sobre todo, del modo de aproximarse a su consideración y tratamiento por los psicólogos.

En América Latina, a fines de los años cincuenta, el movimiento de las ciencias sociales y humanas había comenzado a producir una sociología comprometida, militante, dirigida fundamentalmente a los oprimidos, a los menesterosos, en sociedades donde la desigualdad, en lugar de desaparecer se hacía cada vez más extrema.

A su vez, en el campo de la psicología, el énfasis en lo individual (aún dentro del campo psicosocial), la visión del sujeto pasivo, receptor de acciones o productor de respuestas dirigidas, predeterminadas, no generador de acción, difícilmente permitían hacer un aporte a la solución de problemas urgentes de las sociedades en las cuales se la utilizaba.

El reto era enfrentar los problemas sociales de la realidad concreta de América Latina: el subdesarrollo y sus consecuencias sobre la conducta de individuos y grupos, la dependencia de los países que integran la región y sus consecuencias psicosociales tanto sobre las atribuciones de causalidad como sobre sus efectos en la acción. Problemas concretos vistos en su relación contextual y no como abstracciones de signo negativo.

I.4 Valores y principios que subyacen a la psicología comunitaria

El tema de los valores y principios rectores de la acción ha estado presente en la psicología comunitaria desde sus inicios.

Podemos resumir brevemente los principios y valores de la psicología comunitaria de la siguiente manera: carácter transformador, creador y activo asignado a los individuos; solidaridad, igualdad, respeto por la diversidad, libertad y conocimiento que posibilitan la concientización y problematización de la realidad cotidiana. Concomitante a todos estos se encuentra la búsqueda de armonía y bienestar entre el individuo y su medio. En relación a los valores de la diversidad, la justicia y la igualdad, M. Montero expresa que “son valores en los cuales el ser y el hacer muestran su unión. La diversidad de actores sociales da cabida a múltiples formas de comprensión y construcción de los fenómenos vividos y de los modos de conocerlos. La igualdad permite que todos los agentes involucrados vean reconocida su posibilidad y capacidad de generar conocimiento y de expresarlo. A ellos se une la solidaridad, por cuanto el intercambio de conocimientos supone una forma de colaborar en unión con el otro.”(Montero, M., 2004:156).

Para finalizar es importante destacar una vez más el *carácter relacional* de la psicología comunitaria. “La psicología comunitaria se define como una psicología de relaciones creada para un mundo relacional. Su objeto versa sobre formas específicas de relación entre personas unidas por lazos de identidad construidos en relaciones históricamente establecidas, que a su vez construyen y delimitan un campo: la comunidad. No es posible entonces llevar a cabo acciones comunitarias a partir de una concepción fragmentaria de la comunidad, construida a partir de la sumatoria de individuos aislados. El ser, como entidad individual, es una noción incompleta que omite, mediante un

ejercicio intelectual, una parte de si mismo: el Otro, con el cual se relaciona y para el cual es un alter.” (Montero, M., 2004:107).

I.5 Aspectos de la Psicología Comunitaria

De acuerdo a Maritza Montero (2004), la psicología comunitaria:

- Se ocupa de fenómenos psicosociales producidos en relación con procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el cual surgen.
- Concibe a la comunidad como ente dinámico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados constructores de la realidad en que viven.
- Hace hincapié en las fortalezas y capacidades, no en las carencias y debilidades.
- Toma en cuenta la relatividad cultural.
- Incluye la diversidad.
- Asume las relaciones entre las personas y el medio ambiente en que viven.
- Tiene una orientación hacia el cambio social dirigido al desarrollo comunitario, a partir de una motivación comunitaria y científica.
- Incluye una orientación hacia el cambio personal en la interrelación entre individuos y comunidad.
- Busca que la comunidad tenga el poder y el control sobre los procesos que la afectan.

- Tiene una condición política en tanto supone formación de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil.
- La acción comunitaria fomenta la participación y se da mediante ella.
- Es ciencia aplicada. Produce intervenciones sociales.
- Tiene un carácter predominantemente preventivo.
- A la vez, por su carácter científico, produce reflexión, crítica y teoría.

Características Generales de la Psicología Comunitaria:

- Una de las metas de la psicología de la comunidad, es crear sistemas alternativos eficaces para ayudar a los perturbados emotivos fuera del marco médico hospitalario y dentro de la comunidad.
 - La psicología comunitaria surge como una práctica alternativa, desde la cual los psicólogos pueden ubicarse para desempeñar un rol distinto al que profesa la historia oficial de la psicología, ya que fue necesario que salieran del consultorio y ocuparan otros espacios alternos y más cercanos a la demanda social, para abocarse a acciones más abarcativas.
 - Se basa en la intervención ecológica sobre las organizaciones, comunidades y contextos: posibilita ampliar la mirada hacia los diferentes ámbitos (serie de sistemas interrelacionados) en los que se inscribe la vida de un individuo, de una familia, de una comunidad, dando lugar a una comprensión más acabada del problema sobre el que es preciso intervenir.
 - Es una intervención preventiva, de promoción de la salud y de educación para la salud.
 - Es un modelo de búsqueda, de trabajo en y con la comunidad: implica que el psicólogo no espera que llegue un pedido de ayuda, sino que sale hacia la comunidad y rastrea las demandas de la gente para buscar una solución en cooperación con ellos.
 - Se pone énfasis en la transformación y el cambio de los comportamientos y de las condiciones sociales en las que vive la gente.

- Las intervenciones están orientadas hacia el ámbito de la salud en general y hacia todos los campos en donde la gente se comporta en relación o no con la salud y la enfermedad.
- Realiza un planteamiento interdisciplinario con énfasis en el trabajo en equipo.
- Se refuerza la responsabilidad y participación de los ciudadanos en los asuntos que afectan a su vida y a su salud.

Objetivos:

- Tomar conciencia de los problemas, situaciones, los recursos y de su utilización colectiva para resolver problemas comunes.
- Optimizar las destrezas, habilidades y recursos personales de la gente, con atención especial en aquellos sectores que por su situación ofrecen mayor vulnerabilidad, a fin que sean competentes en la vigilancia y cuidados de su salud.
- Desarrollar elementos de tipo motivacional, tales que las personas sean capaces de organizarse en torno a lo que perciban como meta de cambio.
- Autogestión: utilizar recursos de la propia comunidad de forma independiente.
- Socialización en el sentido del trabajo organizado.
- Optimizar las redes y sistemas de apoyo natural en función de ayuda para el ajuste y para el cuidado de la salud individual y comunitaria, supone que los escenarios, contextos y circunstancias en los que la gente vive constituyen recursos para el desarrollo positivo de los individuos y sus comunidades; por lo cual es necesario preservarlos y mejorarlos.
- Proporcionar recursos y planificar condiciones facilitadoras de salud, desarrollando sistemas y organizaciones comunitarias con capacidad de proteger y promocionar la salud, como parte de un esfuerzo político de cambio social, con perspectiva interdisciplinaria e intersectorial.
- Optimizar el sistema de apoyo profesional en su función de ayuda haciéndolo más accesible y competente.

- Identificar y cambiar contextos y/o grupos de alto riesgo, teniendo en cuenta las limitaciones y posibilidades en la transformación de estos grupos.
- Desarrollar contextos alternativos a las instituciones que ejercen un impacto negativo en las personas y la comunidad.
- Promover la participación y desarrollo comunitario, diseñando condiciones facilitadoras y programas específicos que garanticen la exigencia de cause políticos de participación, esto supone un real y radical descentralización del poder y de la gestión de los recursos.

Estrategias:

- Educación popular: trabajos con grupos ya organizados con quienes se negocian determinados objetivos.
- Salud mental comunitaria: se busca entregar apoyo a los grupos de mayor riesgo que viven situaciones problemáticas. Entrega competencias para mejorar la motivación.
- Actividades productivas: que se ligan al objetivo de autogestión que permiten mayor autonomía y poder.
- Desarrollo comunitario: vinculado con la idea de generar trabajo organizado.

Rol del psicólogo comunitario:

El psicólogo comunitario es sinónimo de agente de cambio, actúa sobre el individuo, la familia y la comunidad a través del estado y la sociedad civil, en equipos interdisciplinarios, se enfrenta a un mayor compromiso político, en tanto está involucrado en acciones tendientes al bienestar y salud de la comunidad en donde trabaja.

“Debe adaptarse rápidamente a los cambios, percibir las dificultades probables, implementar nuevas conductas o respuestas, ponerse en el lugar del otro, despojarse del Modelo Psicológico Hegemónico, manejar el trípode de aprendizaje participación-afecto-autoridad, apuntalar como ejes centrales:

salud-grupo-comunidad-prevención, articular las necesidades de las instituciones con la comunidad, participar-investigar-redefinir-accionar-concientizar-evaluar-programar-comprometer. Como hechos de una misma realidad y de un mismo momento y en los cuales deben estar involucrados todos los actores sociales” (Licenciada Rosi Pérez.)

Requiere una mayor utilización de las ideas de las otras ciencias sociales, las cuales enriquecen su tarea y sostienen el deseo de convertir a la psicología en algo disponible y útil a un espectro más amplio de la población y que estos servicios estén más cerca de la población a la que sirven y menos orientados a lo médico.

➤ Las funciones del psicólogo comunitario son:

- Crear servicios preventivos a través de la formación de grupos de autoayuda.
- Participar en actividades de planificación y programación de proyectos, con el objeto de influir en el modo en que los servicios se adaptan a las necesidades de la población local y las formas en que se le ofrece.
- Realizar servicios de consultoría destinados a brindar asesoramiento y orientación técnica a otros profesionales de la salud.
- Realizar tareas de transmisión de habilidades, basados en el entrenamiento de otros profesionales y de miembros de la población local para que se encarguen de funciones terapéuticas o de asistencia.

CAPÍTULO II

LA LOCURA A LO LARGO DE LA HISTORIA

LA LOCURA A LO LARGO DE LA HISTORIA

II. 1 Introducción

Se designó como locura hasta final del siglo XIX a un determinado comportamiento que rechazaba las normas sociales establecidas. Lo que se interpretó por convenciones sociales como locura fue la desviación de la norma (del latín vulgar delirare, de lira ire, que significaba originalmente en la agricultura "desviado del surco recto"), por culpa de un desequilibrio mental, por el cual un hombre padecía de delirios enfermizos, impropios del funcionamiento normal de la razón, que se identificaban por la realización de actos extraños y (auto-) destructivos. Los síntomas de ciertas enfermedades, como la epilepsia u otras disfunciones mentales, fueron también calificados de locura.

Existe una larga historia de la existencia y la intervención con la locura pues hay evidencia antropológica que así lo demuestra desde tiempos antiguos. Roy Porter, en su libro Breve historia de la locura (2002) hace un recuento sobre las diversas formas en que fue conceptualizada, manejada y experimentada la locura a través de distintas épocas de la historia humana. Concluye que la locura es definida en cada cultura de forma particularizada de acuerdo a las circunstancias y las ideas hegemónicas de cada época histórica.

II.2 Edad Antigua

En Israel, antes que los griegos, reconocieron al cerebro como "localización de las funciones mentales". Describieron el trastorno emocional, denominado luego como "histeria" por los griegos, atribuyéndolo a una mala posición del útero, por lo cual fumigaban la vagina como tratamiento, con la intención de devolverlo a su posición original.

Por otro lado, los médicos hebreos imploraban a Dios. Se restringió el campo de los médicos laicos por considerarlas enfermedades ocultas. En la Biblia se describe la enfermedad mental de Saúl, que terminó en su suicidio, y se interpreta como causada por un espíritu maligno enviado por Dios. Existen también descripciones de probables excitaciones catatónicas y ataques epilépticos, que son atribuidos a posesiones demoníacas.

Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente.

Hipócrates (460-377 a.C.) sostuvo que las enfermedades se producían por un desbalance de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas. Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. Fue el primero en proponer

que los sueños son expresión de nuestros deseos que acceden hacia el conocimiento cuando se eliminan las demandas de la realidad. También fue el primero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria

La principal aportación hipocrática al conocimiento de la locura consistió en vincular directamente el mal mental a las enfermedades del cuerpo. Sin embargo, en la Grecia clásica ya empezaban a describirse trastornos cuya dimensión era claramente psicológica. Estos problemas relacionados con el comportamiento recibían un tratamiento emocional específico que se centraba, en gran medida, en la relación entre el enfermo y la persona que lo atendía.

El teatro desempeñaba un papel fundamental en estas terapias, ya que se le atribuía una función purificadora o catártica en cuanto que servía de representación de las pasiones del público.

Por su parte, los romanos, siguieron las filosofías griegas estoica y epicúrea, que postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actúan sobre el alma produciendo enfermedades mentales, que pueden controlarse alcanzando un estado mental sin perturbaciones o ataraxia.

La cultura romana recogió gran parte de los postulados griegos sobre la mente, aunque con algunos matices reseñables. Asclepiades, un pensador nacido en el 124 a.C., se muestra contrario a la teoría humoral de Hipócrates y sugiere por primera vez la influencia del ambiente en el comportamiento patológico. Además, alza su voz contra el tratamiento inhumano que se les daba a los enfermos mentales y contra su encarcelamiento. Él fue el primero que distinguió entre alucinaciones, ilusiones y delirios, y propuso una división entre males mentales crónicos y agudos.

Por último, pero sin duda, la mayor aportación de la época la realiza Galeno (130-200 d.C.), quien sintetizó todos los conocimientos de sus antecesores y realizó una nueva clasificación de los trastornos de la psique. Según su opinión, las causas de la locura podían ser orgánicas (lesiones, exceso de

alcohol, cambios menstruales...) o mentales (miedos, desengaños, angustias...). Este médico romano realizó el último gran esfuerzo por comprender racionalmente la locura y su tratamiento, antes de que en el mundo occidental se diera paso a una larga etapa de oscurantismo e ignorancia que se prolongaría durante toda la Edad Media.

II.3 Edad Media

La Edad Media significó la gran decadencia intelectual de Occidente. Así pues, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas, y la demonología debía estudiar los signos o estigmas de posesión diabólica. A partir del siglo XIII se fundaron hospitales con secciones psiquiátricas en Francia, Alemania y Suiza. El primer hospital europeo para enfermos mentales se fundó en 1409 en Valencia (España).

A diferencia de los cristianos, los árabes, creían que los enfermos mentales no eran poseídos por los demonios sino más bien que tenían cierta inspiración divina, su trato hospitalario era más benevolente y amable. Se construyeron hospitales con secciones psiquiátricas en Bagdad (a750, primer hospital psiquiátrico de la historia) y El Cairo (873); asilos para insanos en Damasco (800), Alepo (1270) y Granada (1365).

El legado de griegos y romanos sería continuado por otras culturas. En Alejandría se desarrolló la medicina con gran eficacia y se atendieron con especial dedicación los problemas psiquiátricos. A los enfermos mentales se les cuidaba en sanatorios donde el ejercicio, las fiestas, la relajación, la hidroterapia, los paseos y la música formaban parte fundamental del tratamiento.

Eran, pues, relativamente afortunados los que caían enfermos fuera de Europa, ya que en el Viejo Continente los afectados de trastornos psíquicos corrieron mucha peor suerte

Durante toda la Edad Media, gran parte del Renacimiento y, en algunos lugares incluso hasta el siglo XVIII, la locura fue terriblemente incomprendida. El tratamiento de los enfermos lo realizaban principalmente los clérigos en los monasterios. En un primer periodo, el cuidado exigía un trato humanitario y respetuoso, aunque el estudio de las causas del mal se abandonó en manos de la superstición y las creencias en la posesión demoníaca. Pero, con el transcurso del tiempo, la visión caritativa del tratamiento mental se fue endureciendo hasta convertirse en habituales de los exorcismos, las torturas y los encierros en calabozos.

A la vez que el Renacimiento ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, se convirtió en uno de los capítulos más nefastos en la historia de la psiquiatría.

Los autores del Malleus atribuyeron la causa de todas las enfermedades mentales al demonio, negando cualquier explicación natural de las mismas, destruyendo así toda la herencia científica de la época clásica. El tratamiento prescrito para la enfermedad mental fue la tortura, aún, si se llegaba a la muerte, y la cremación como un acto de piedad, para liberar el alma del desdichado. Es en este momento, en que aparece la denominada stultifera navis (nave de los locos) que determina la existencia errante de los locos. Dicha nave fue utilizada para eliminar del territorio a estos seres molestos que

ponían en riesgo la seguridad de los ciudadanos. Sin embargo, este viaje no sólo hacía las veces de barrendero humano, sino que, otorgaba al loco la posibilidad de purificación, sumado al hecho de que cada uno es entregado a la suerte de su propio destino, pues cada viaje es, potencialmente, el último.

En este negro panorama, no dejaron de aparecer ciertas excepciones. Así, San Agustín acepta que la razón puede modificar los trastornos del ánimo mejor que la fuerza, y Santo Tomás de Aquino reconoce que el alma no puede enfermar y, por lo tanto, la locura debe ser un mal relacionado con el cuerpo, susceptible de tratamiento.

Ya en el Renacimiento, el español José Luis Vives (1492-1540) negará rotundamente el origen sobrenatural del mal psíquico, y sus contemporáneos Frenel y Paracelso establecerán estrechas relaciones entre el cuerpo y la mente. Sus voces, sin embargo, no tuvieron fuerza suficiente para evitar que al loco se le siguiese tratando como a un endemoniado y a la loca como a una bruja.

II.4 Siglo XVIII

La abundancia de datos médicos y científicos conseguidos era tan abrumadora que se hizo necesaria su síntesis y sistematización. Aunque los enfermos mentales; ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún

lamentable durante la Ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos.

En 1656, un edicto en Francia estableció asilos para insanos, cuyos directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente, y en los cuales se llegó a encerrar enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos.

En Londres, los enfermos mentales eran reclusos en el Hospital de Bethlehem, Bedlam, donde los que sobrevivían a las deplorables condiciones, la abominable comida, el aislamiento, la oscuridad y la brutalidad de los guardianes, debían soportar los tratamientos: eméticos (vómitos), purgantes, sangrías y torturas. El Bedlam se convirtió además, en lugar de espectáculo dominical para los londinenses, que pagaban su entrada para observar a los internos tras las rejas de hierro. Similar situación se daba en la Salpêtrière y Bicêtre (París), el Saint Luke's Hospital (Londres), el Pennsylvania Hospital (Filadelfia), el Hospital para Dementes (Moscú) y el Narrenthurm (Viena).

Habrán de pasar algunos siglos más de encierros y torturas antes de que el conocimiento de la enfermedad recibiese el siguiente gran impulso de la mano del francés Philippe Pinel (1745-1826).

La contribución fundamental del médico y reformador francés Philippe Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que sean considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico.

En plena Revolución Francesa, este insigne médico fue nombrado por la Comuna, director del Hospital de La Bicêtre y luego del de La Salpêtrière. Realizó los gestos simbólicos de liberar a todos los enfermos mentales de ambas instituciones y de sustituir el término loco por el de alienado. Pero su mayor aportación fue la de conferir rango científico al tratamiento de la psique enferma.

Elaboró una completa clasificación de los trastornos mentales, en su obra Tratado de la insania (1801), que podían tener la categoría de melancolía, manía, demencia o idiocia, y sentó las bases de un tratamiento moral de la mente que debía seguir los mismos protocolos que los tratamientos físicos para el cuerpo. Además, sugirió la creación de cuerpos médicos especializados e instituciones exclusivas para el cuidado y curación de los enfermos psíquicos, que son el precedente de los hospitales psiquiátricos de hoy. Por todo ello, a Pinel se le considera uno de los padres de la psiquiatría moderna.

Charcot (1825-1893), por otra parte, diferenció entre las pacientes con lesiones orgánicas y aquéllas cuyos síntomas eran de origen psicológico o histérico. Fue el primero en estudiar la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la conciencia, y dan lugar a los síntomas físicos.

II.5 Siglo XX

El estudio científico de la locura no alcanza su culminación hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Figuras como Emil Kraepelin (1856-1926), que acometió una cartografía sistemática de la psicopatología que aún se utiliza, elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva para clasificar los

trastornos mentales de acuerdo a la conducta que presentan los pacientes y a la evolución del cuadro clínico.

Sigmund Freud (1856-1939), creador de la teoría psicoanalítica, iluminador del inconsciente y creador de una nueva forma de psicoterapia dinámica que llega hasta nuestros días. Estudió inicialmente con Charcot en la Salpêtrière. Junto con Joseph Breuer (1841-1925) empleó la hipnosis para el tratamiento de pacientes histéricas. Más adelante abandonó la hipnosis por el método de la asociación libre.

En sus estudios sobre la histeria, Freud relacionó esta enfermedad con problemas sexuales.

En 1896 creó el término "psicoanálisis" para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente. Estos recuerdos se manifiestan normalmente a través de los actos fallidos y los sueños, y patológicamente, mediante los síntomas neuróticos.

Y por último, el aporte también de Karl Jaspers (1883-1969), fundador de la psicopatología moderna, dan forma al actual acercamiento de la enfermedad mental desde el punto de vista de las ciencias positivas y de la razón.

En conclusión, el siglo XX, a grandes rasgos se caracteriza por la influencia del psicoanálisis, la expansión de la clasificación nosológica de las enfermedades mentales, el desarrollo de la neurología, la fisiología y la bioquímica, bases del desarrollo de la psiquiatría organicista, el auge de la psicofarmacología y, finalmente, el inicio de concepciones psicosociológicas de la enfermedad mental

Los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales, si bien varían, tienen en la actualidad, un punto de referencia básico en los criterios de

diagnostico del DSM-IV (Manual Diagnostico y Estadístico de las enfermedades siquiátricas, 4ª edición)

En consecuencia, con el diagnóstico psiquiátrico, el loco es reconvertido en enfermo mental y sometido a tratamiento, incluso en contra de su voluntad, ya que la psiquiatría era (y en cierta forma es) omnipotente frente al enfermo mental, cuyo discurso es negado por incoherente y cuya palabra solo sirve para verificar un diagnóstico. De este modo, la psiquiatría creía tener suficientes armas terapéuticas para curar a los locos, aunque para ello tuviera que encerrarlos y tratarlos coercitivamente: Choques biológicos e insulínicos, abscesos de fijación, contención mecánica, celdas de aislamiento, lobotomías, altas dosis de psicofármacos, electrochoque, punciones cisternales, entre otros, diciéndose aplicadas con fines terapéuticos y no disciplinarios.

Por lo tanto, en el transcurso del tiempo, con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, el loco pierde parte de su condición humana y adquiere el rótulo de enfermo, de simple portador de síntomas de una extraña enfermedad, que debían ser eliminados, porque el loco “es peligroso” y por eso es preciso detectarlo precozmente, separarlo del medio, internarlo, y curarlo.

CAPÍTULO III

EI MANICOMIO Y LA INTERNACIÓN

EL MANICOMIO Y LA INTERNACIÓN

III.1 ¿Qué entendemos por Manicomio?

MANICOMIO viene del griego manía: locura y koméo: cuidar.

Manicomios, loqueros, hospicios son los nombres para llamar en lenguaje popular a los hospitales neuropsiquiátricos (a cargo del Estado). Lugares de internación, confinamiento y reclusión para pacientes de bajos recursos económicos, demasiado alborotadores y/o incontrolables para la sociedad. Estas son instituciones frecuentemente estigmatizantes, aisladas geográfica y socialmente y en ellas se violan por lo general, los derechos humanos de los pacientes.

Sanatorios o clínicas psiquiátricas (privadas) en cambio es la denominación habitual para las instituciones que albergan los mismos tipos de pacientes que gracias a sus altos recursos económicos, pueden ser recluidos, generalmente, con menos hacinamiento, en barrios más residenciales y con una atención mas personalizada

Una leyenda popular sugiere que los pacientes si no están tan locos, al ser recluidos en estos lugares, se vuelven más locos de lo que estaban y que los

terapeutas que trabajan en estos lugares terminan tanto o más locos que sus propios pacientes.

En ambas instituciones, estatales y privadas, ubicadas en sitios distintos, con estructuras edilicias, asistenciales y geográficas diferentes podía "olerse", en efecto, la marca del mismo territorio: el de las formas empleadas para curar la locura (curar: cuidar) de los pacientes, del personal terapéutico y de las relaciones entre sí y con el resto de la comunidad.

Por eso, el desplazarnos de esos lugares exclusivos y excluyentes es un intento, no sólo de cambiar el hábitat sino también las formas de vivir en él. Un proyecto de desmanicomialización para terapeutas y pacientes, es un proyecto de desterritorialización.

Para poder entender y explicar mejor el concepto antes mencionado, debo hacer referencia a los estudios realizados por el Dr. Schiappa Pietra, de lo que él mismo denomina "modalidad Rionegrina".

El autor hace referencia al termino Manicomio como un lugar, hospital o asilo para maniacos y locos, habla de la locura como uno de los tres modos de la muerte, junto a la disolución orgánica y a la marginación social. Ningún ser humano puede "ser-estar" *totalmente loco*, ya que esto implicaría estar *totalmente muerto*.

Considera al Manicomio como instrumento comunitario de reclusión-exclusión del denominado enfermo mental. Una institución cuyo fin terapéutico se ha perdido, siendo reemplazado por un fin custodial. Lo manicomial es mucho mas que una circunstancial pared. Son espacios sociales delimitados por normas, concepciones diversas y prácticas específicas.

Algunas de las características del concepto “manicomial” que sería importante mencionar son:

- Lo manicomial tiende al aislamiento de internos e internados (aislamiento de la comunidad, otras instituciones, etc.)
- Implica el predominio de los conceptos de salud – enfermedad como polos antagónicos.
- En el “lugar para locos”, la internación es siempre un fin en si mismo, y no un medio o recurso terapéutico.
- Lo manicomial no se define por técnicas específicas, sino por un aplicar técnicas para cumplir fines custodiales.
- En estos lugares, el supuesto lugar de saber, el conocimiento y el manejo técnico, están monopolizados por corporaciones, ya que su concepción es la de “saber para poder hacer”

Se puede entender como manicomial, a cualquier práctica de salud mental que en su fin apunte a la custodia y no a la cura, ya que el término “internar” (para custodiar) implica un estado de restricción de interrelaciones sociales, a fin de preservar a una persona de los riesgos que su libre ejercicio conductual puede acarrearle. Este restringir la interacción social, es un mecanismo productor de marginación social, pues las limitaciones a sus interrelaciones sociales

detienen, obstaculizan, o distorsionan los procesos constitutivos, o de reconstitución de su subjetividad.

Desde una perspectiva histórica, el surgimiento del manicomio se puede ubicar a fines del siglo XIX sostenido por los valores de la modernidad y bajo la influencia sociocultural del positivismo. En 1880 estamos en presencia de la constitución del Estado Nacional, la inserción del país al modo de producción capitalista mundial impulsada por la generación del 80, la inmigración extranjera, el crecimiento urbano y la incipiente industrialización

En este contexto, el manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado para dar una respuesta científica, moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura. Como lo demostró Foucault (1990) en su ensayo sobre la locura, la sociedad moderna priorizó el orden y la limpieza social, separando del espacio público lo que provocaba desorden.

El manicomio fue, desde el comienzo, el lugar donde ocultar lo que afeaba el espacio público de la sociedad. Se trata de practicar el ideal del orden por medio de la segregación de la marginalidad, el control y la disciplina. El manicomio marca el límite interior-exterior.

El objetivo original del establecimiento manicomial fue dar un lugar definido de contención a la locura, la diversidad y la marginalidad improductiva, para limpiar la ciudad y sostener el sistema.

Por todo esto, para lograr conciencia del daño que provoca de la internación prolongada de pacientes, es importante el compromiso y la involucración de todos.

III. 2 Estigmatización y Marginación

Es importante tener en cuenta que la enfermedad en sí influye sobre la red vincular, altera la calidad de vida y es un suceso traumático para el paciente. La internación prolongada en un psiquiátrico provoca pérdidas y debilidades en sus vínculos familiares y de amistad determinando un aislamiento que atenta contra su recuperación y su inserción en los grupos que constituía (familia, trabajo, amigos, educativo). La enfermedad mental como la causa de actos violentos y explicación de otros problemas sociales, es la concepción dominante en la comunidad, por lo cual asumirse enfermo mental o paciente le confiere un lugar de dependencia, falta de iniciativa y marginal.

El interés por las actitudes sociales hacia las personas con enfermedades mentales y la consiguiente preocupación por sus efectos sobre éstas es una constante en el marco de la atención comunitaria en salud mental. Desde los años cincuenta y sesenta del siglo XX y con la emergencia de movimientos alternativos a la reclusión institucional, se empieza a considerar que esas actitudes son un factor negativo de repercusiones complejas, estrechamente relacionado con los sistemas tradicionales de atención y que constituyen, de hecho, una barrera poco permeable para el acceso de dichas personas a razonables condiciones de vida y atención en nuestras sociedades.

Aunque el efecto es sobre distintos problemas de salud mental, parece evidente que son las personas afectadas por trastornos graves las que más se ven perjudicadas en distintos aspectos de su vida, encontrándose al final con dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente, y los relacionados con

el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención.

La consecuencia de ambos es una considerable disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida ciudadana activa y de los distintos aspectos relacionados con la calidad de vida: relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda, salud, etc.

De todas maneras, ese complejo fenómeno social que se resume bajo el término estigma no afecta tan sólo a las personas con enfermedad mental, sino que ha venido caracterizando, en nuestras sociedades, a las relaciones que la mayoría de la población establece con determinados grupos de personas.

En realidad con el término se hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que éstos presentan algún tipo de rasgo diferencial o marca que permite identificarlos.

Se asocia por tanto a rasgos simples, fácilmente identificables (rasgos físicos, aspecto, conductas, etc.) que relaciona con tipos de personas que pueden considerarse potencialmente peligrosas: extranjeros, enfermos, delincuentes, etc. Clasificación que podría actualizarse hablando de rasgos físicos, psicológicos y socioculturales como tres categorías o dimensiones claramente identificables en los distintos tipos de estigma. Y que pueden darse además simultáneamente en una misma persona, generando discriminaciones duales o múltiples: mujer, inmigrante, de orientación homosexual, con enfermedad mental y alguna otra enfermedad o defecto físico, por poner un ejemplo, no tan extremo como parece.

➤ Proceso de Estigmatización y Marginación

Básicamente el proceso de estigmatización supone un conjunto de pasos más o menos sucesivos:

- La distinción, etiquetado e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas.

- La asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes.

- Su consideración como un grupo diferente y aparte: ellos frente a nosotros.

- Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza), frecuentemente menospreciadas pero de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta, según los modelos de atribución causal.

- La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas.

- La existencia de factores o dimensiones estructurales que tienen que ver en último término con asimetrías de poder, sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas.

Por otro lado, José Schiappa Pietra menciona que en algunos servicios de salud mental se empieza a dejar de atender lo enfermo del loco, para priorizar su condición de marginado.

La persona marginada se conduce por y con signos de otro lugar, de otros. Ser marginado es estar apartado del lugar donde las cosas poseen el sentido que uno les ha dado, del lugar que nos es familiar, es decir que, un marginado se sentirá ajeno, alienado.

Y menciona como lugares apartados, donde se concretiza la marginación, a los manicomios (también cárceles, geriátricos, hogares para huérfanos, entre otros).

Respecto al proceso de marginación, existirían distintas fases:

- **Subrayar las diferencias:** Apreciar las diferencias entre uno y las cosas y entre las cosas. Pero aprendiendo como seres individuales a diferenciarnos, olvidamos como seres sociales nuestras semejanzas.

- **Adjudicación de valor a las diferencias:** Una valoración exige el uso de algún criterio desde los espacios institucionales, que otorga existencia. Los marginados son ignorados por encontrarse por fuera, excluidos de esos espacios determinantes de lo existente.

- **Rotulación:** A la persona diferenciada y desvalorizada institucionalmente se la rotula, se le reemplaza el nombre, su raza o religión, y cualquier cosa que lo identifique. Un rotulado no es alguien que haya ganado una nueva identidad, sino que la ha perdido, es un ser negado.

- **Exclusión y reclusión:** Excluidas las personas corren aún el riesgo de que se las recluya, aisladas en alguna estructura de poder cerrada. Manicomios, cárceles, geriátricos, etc., son los lugares dispuestos para la reclusión de aquellos que, por sus diferencias, fuerzan a un replanteo del orden que nos dan nuestras instituciones.

Consecuencias

Entrando ya en la exploración de las actitudes concretas, tal y como aparecen en los distintos estudios, los contenidos cognitivos (estereotipos) más frecuentemente expresados sobre las personas con enfermedad mental, suelen agruparse en algunos factores de significativa consistencia y concordancia, al menos en las sociedades occidentales: peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida. Todo ello unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y culpa sobre lo que les sucede.

Asociados a estas ideas se encuentran sentimientos (prejuicios) de miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión, aunque siempre manteniendo la distancia. Y, consecuentemente, la predisposición a disminuir los contactos

sociales – distancia social – mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional.

Elementos, todos éstos, que concuerdan con las imágenes transmitidas desde los medios de comunicación (periódicos, películas, programas de TV), primera fuente de información sobre el tema en nuestras sociedades. Y donde las personas con enfermedad mental aparecen básicamente bajo tres visiones prototípicas: la del maníaco o la maníaca homicida que hay que recluir, la de la persona adulta con conductas infantiles que requieren control externo y la del espíritu libre y creativo que produce una cierta admiración. Las tres se caracterizan por ofrecer visiones extremas, que sitúan en todo caso a las personas afectadas fuera de lo considerado normal, pero es siempre la primera de ellas, la relacionada con la violencia, la más frecuente y la que suele destacarse por encima de todas.

Pero hay que señalar también que esos contenidos no sólo se encuentran en los distintos sectores de la población general sino que, aunque con evidentes matices, aparecen también entre profesionales sanitarios e incluso en quienes trabajan específicamente en salud mental.

En referencia al origen de las actitudes negativas, desde la Psicología Social y especialmente la Sociología (que encuentra aquí un área privilegiada de interacción con la Salud Mental), se señalan los efectos defensivos del estigma y su papel de refuerzo a la identidad grupal. Y se consideran, también, parcialmente justificados como sobrevaloración y exageración de características reales. Pero también se señala, al igual que sucede con otros estereotipos, su papel de racionalización de situaciones sociales concretas, enraizadas en la cultura y la historia, en general. Lo que, en el caso de las enfermedades mentales, encaja con la evolución del imaginario social a lo largo de los siglos (loco como persona peligrosa por los riesgos de agresión y contagio y papel de la sin razón como imagen negativa de la razón y su entrelazamiento e interdependencia con las figuras institucionales del encierro (asilos y hospitales psiquiátricos), tradicionalmente descritos por Foucault y otros historiadores de la psiquiatría.

La organización de la atención sobre la base de instituciones monográficas, separadas tanto del sistema sanitario como del conjunto de la vida social, e identificadas como lugares de reclusión y no de tratamiento, se constituye así en un factor de refuerzo del estigma, confirmando la visión de peligrosidad, incurabilidad e imposibilidad de convivencia que persiste en la población. Se cierra así un círculo vicioso que hay que romper de manera radical si queremos modificar positivamente la situación.

Las legislaciones específicas para enfermos mentales en aspectos como la capacidad o incapacidad civil o los tratamientos involuntarios, juegan así un papel de refuerzo del estigma que tendría que tenerse en cuenta a la hora de intentar regular esos aspectos, en beneficio de las personas con trastornos mentales y no sólo de la familia o el entorno social. Y también que la atención sanitaria y social a este tipo de problemas se sitúa, prácticamente en todos los lugares y a pesar de las obvias diferencias internacionales, por debajo de los estándares habituales de atención a otros problemas sanitarios y sociales.

Pero además, hay dificultades de atención en servicios generales tanto sanitarios como sociales, educativos, de empleo, etc. A ese respecto no se tienen en cuenta habitualmente aspectos como el uso indebido de los diagnósticos o el trato desigual y poco respetuoso, sin olvidar la discriminación pura y simple que se da en muchas ocasiones con y sin apoyo de la ley. Así, aunque las restricciones legales al uso de determinados servicios generales vayan disminuyendo sigue habiendo todavía, como todos sabemos, discriminaciones efectivas en la atención sanitaria no especializada en salud mental o en el acceso a servicios sociales generales, educativos, legales o de empleo, discriminaciones que hunden sus raíces en la visión tradicional del hospital psiquiátrico como espacio exclusivo y universal para la “atención” a las personas con este tipo de problemas.

También encontramos efectos sobre las familias de personas con trastornos mentales, en línea similar a los que sufren ellas mismas, dando lugar también a fenómenos de autoestigmatización, aumentando su ya reconocida sobrecarga con la necesidad de manejar un cierto descrédito añadido. Con el consiguiente

empobrecimiento de su red social e importantes limitaciones (y autolimitaciones) en el acceso a servicios de ayuda.

III. 3 Trastorno Mental e Internación

Los desórdenes mentales y los trastornos psíquicos representan el 11% del total de las enfermedades en el mundo. Según la OMS son 400 millones de personas afectadas, y esta proporción, si no se toman medidas, podrá elevarse hasta el 14% en el año 2020. La depresión llegará a ser la segunda causa de discapacidad en el mundo, en ese mismo año, después de las enfermedades coronarias y cerebro-vasculares.

Informes recientes indican que los trastornos mentales son responsables de una proporción importante de la discapacidad en el mundo. El estigma ligado a la enfermedad mental y a la discriminación, representa un obstáculo significativo para el desarrollo de programas de salud mental.

Por otro lado, los trastornos mentales no son, como históricamente se ha afirmado algunas veces, la consecuencia de causas desconocidas o de fuerzas mágicas secretas. Tampoco son consecuencia de un castigo divino o de una posesión diabólica. Otras explicaciones más naturalistas, insisten en afirmar que los trastornos mentales pueden ser explicados únicamente como resultado de fuerzas externas al individuo, como son una familia rota, los traumas infantiles o cualquier otra situación psicológica. Hay quienes piensan que una voluntad débil, o una forma de vida indecente o viciosa, o incluso interpretaciones morales o religiosas, serían las causas del trastorno mental, y

por ello, estos argumentos han sido utilizados para intentar explicar estos trastornos.

Las muchas interpretaciones que se han dado a la enfermedad mental, han hecho que ésta haya sido acompañada siempre por un estigma. Por ello, los pacientes psiquiátricos sufren no sólo a causa del trastorno per se, sino también por la falta de comprensión de su familia, sus amigos y la sociedad.

Hoy sabemos que cuando hablamos de personas con trastornos de salud mental nos estamos refiriendo a un colectivo con una problemática muy heterogénea en el que pueden incidir factores biológicos, cognitivos, emocionales, relacionales y sociales.

Por último, cada vez disponemos de más evidencias científicas sobre la implicación de los factores sociales en el desarrollo y evolución de la enfermedad mental. Las relaciones con la familia, el entorno social cercano y los dispositivos sanitarios determinan estilos y hábitos de vida que modifican los estados de salud. Cuando estas relaciones son inadecuadas se produce deterioro en la salud y mayor dependencia, asimismo, la misma enfermedad mental determina una problemática social que incide directamente en ella.

➤ Trastorno o Enfermedad Mental

Una de las definiciones de mayor consenso técnico es la ofrecida por la Asociación Psiquiátrica Americana -A.P.A.- (1995), que figura en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM IV-:

“El trastorno mental es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo: dolor) a una discapacidad (por ejemplo: deterioro en una o varias áreas de funcionamiento), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (por ejemplo: la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (por ejemplo: político, religioso o sexual) ni los conflictos entre los individuos y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción”.

Por otro lado, hay que dejar sentado, como ya mencionamos, que el malestar psíquico tiene diferente valor para quien lo padece que para terceros, sean estos familiares, amigos o profesionales, que lo valoran de distintas maneras.

La definición no depende exclusivamente de la presencia de alguna anomalía, o de la existencia de un proceso biológico sino de la predeterminación del propio grupo social, de acuerdo al lugar y momento histórico-cultural.

➤ Internación

Internar implica un estado de restricción de interrelaciones (que son siempre sociales) a fin de preservar a una persona de los riesgos que su libre ejercicio conductual puede acarrearle (a sí mismo como también a terceros). Se produce una desvinculación de la red primaria de la persona, es decir de la familia y demás personas con quienes comparte su cotidianeidad, además de la desvinculación que se produce con el sistema social haciendo esto sentir a los pacientes discriminados y aislados como si no fueran un ser humano al igual que cualquier otro, con necesidades y derechos como persona.

Por otro lado, la red que se crea en el hospital con otros pacientes internados y profesionales es temporaria y por lo general se desvanece en el momento del alta.

De aquí que las personas que rodean al paciente y el entorno son decisivas, ya que pueden ser factores equilibradores, o no ante la crisis (así como también pueden influir antes, durante y luego de la misma).

Por otro lado, también sería importante trabajar con las personas con trastornos mentales durante la internación, para que puedan adquirir herramientas y fortalecer sus recursos para afrontar en mejores condiciones el alta y la vuelta a su red y entorno.

Lo que seguiría, como veremos en los próximos capítulos, sería la movilización de esta red con su consecuente apoyo psicosocial, impulsada tanto desde el hospital, como fuera del mismo, posibilitando así la reinserción del paciente como persona merecedora de respeto, con posibilidades y recursos para poder apropiarse de sus actos y de su forma de vivir.

III.4 Institucionalización y su relación con los Derechos Humanos

La institucionalización está precedida por la habituación, en tanto que un acto sea repetido con frecuencia, "... crea una pauta que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos y que ipso - facto es aprehendida como pauta para el que la ejecuta". (Berger y Luckman, 1991: 64). La habituación posibilita que un acto se instaure como rutina y que, por tanto, permita restringir opciones (seleccionar) y torna innecesario definir cada situación de nuevo. Así "... la institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores" (Berger y Luckman, 1991: 76).

Las instituciones con, por lo tanto, objetivaciones que cumplen el papel de regular y orientar los comportamientos humanos "... estableciendo de antemano pautas que lo canalizan en una dirección determinada". Así, las instituciones se convierten en ordenadoras del mundo social, tienen fuerza normativa en tanto "... se experimentan como existentes por encima y más allá de los individuos a quienes "acaee" encarnarlas en ese momento... se experimentan ahora como si poseyeran una realidad propia, que se presenta al individuo como un hecho externo y coercitivo" (Berger y Luckman, 1991: 80).

Son numerosos los autores que han estudiado los efectos adversos que produce la institucionalización en hospitales psiquiátricos. Entre estos efectos podemos destacar la iatrogenia y la estigmatización. El primer concepto refiere a la cadena de eventos que llevan a un deterioro progresivo en las capacidades cognitivas y sociales de las personas internadas, en tanto son encerradas en una institución que las aísla del entorno social y las lleva a un sedentarismo y una pasividad que las estanca, perdiendo cualquier posibilidad de salir adelante. Observemos que su ingreso al hospital psiquiátrico es consecuencia de la imposibilidad de seguir el rumbo normal de su vida cotidiana. ¿Qué solución le ofrecemos? El encierro, la reclusión entre las cuatro paredes de un

espacio enajenante, donde por lo general los vínculos se vuelven pasivos y enfermizos. El recluso pasa a encontrarse a la deriva –tanto espacial como temporalmente- en un día a día ajeno al que transita el resto de la comunidad.

Teniendo en cuenta la situación de los enfermos mentales internados en Instituciones Psiquiátricas, afirmaré que el aislamiento de los mismos, y su reclusión en los manicomios, de ninguna manera favorece a su salud, sino que concurre al deterioro de las personas en función de su marginación familiar y social.

Como expresa Foucault en su texto clásico sobre la locura:

“el enfermo se ve afectado por el espectáculo deprimente de un hospital al que todos consideran como el templo de la muerte. La melancolía del espectáculo que lo rodea, las contaminaciones diversas, el alejamiento de todo, agrava el sufrimiento del paciente y terminan por suscitar enfermedades que no se encontrarían espontáneamente en la naturaleza, porque parecen creaciones propias del hospital. La situación del hombre hospitalizado comporta enfermedades particulares, una especie de hospitalismo, término cuya definición haría referencia a que ninguna enfermedad de hospital es pura, el hospital es creador de enfermedad”. (Foucault, 1990:42)

Por otra parte, los efectos de la institucionalización y en general, las prácticas institucionales de atención al enfermo mental, muestran una incuestionable violación a los Derechos Humanos.

La Organización de las Naciones Unidas por la resolución 46/119 (1991) fija los principios de “La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental”. Cuyo principio 13 establece: “Todo paciente de una institución psiquiátrica debe tener en particular el derecho a merecer el

respeto en cuanto a: Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley, intimidad...”

Resulta imposible compatibilizar estos principios con la despersonalización, deshumanización e institucionalización que sufren miles de seres humanos en las instituciones manicomiales y la marginación de la que son víctimas una vez fuera de estas instituciones, cuyo estigma resulta casi imposible de borrar.

Según la OPS/OMS (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud) y el CIDH, las libertades fundamentales y derechos más frecuentemente violados en los hospitales psiquiátricos incluyen: El derecho a ser tratado con humanidad y respeto, el derecho a una admisión voluntaria, el derecho a la privacidad, el derecho a la libertad de comunicación, a recibir tratamiento en la comunidad, a proporcionar consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento, el derecho a recurrir a un tribunal independiente e imparcial que determine la legalidad de la detención en un hospital psiquiátrico.

Seguramente, el poco conocimiento de los derechos de los enfermos mentales, no solo del estado, del gobierno y profesionales, sino también de la sociedad en general, es la que lleva a la violación sistemática de cada uno de ellos. Por lo que considero de vital importancia, exponer dichos derechos

➤ Derechos específicos de los enfermos mentales

- Derecho del enfermo mental a ser tratado en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona.

- Derecho a no ser calificado como enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición, por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.

- Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos, según las más elevadas normas técnicas y éticas.

- Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgoso, y de prestar y revocar su consentimiento para ejecutarlo.

- Derecho a no ser objeto de pruebas clínicas ni de tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

- Derecho a que sus antecedentes personales y fichas e historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso a esa información.

- Derecho a recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso y de libertad de conciencia y religión.

- Derecho a recibir educación y capacitación adecuada a su estado.

- Derecho a trabajar y recibir la remuneración correspondiente

- Derecho a personalidad civil y a que su incapacidad para ejercer derechos sea determinada por un tribunal a través de un procedimiento establecido por una ley al efecto.

- Derecho a que en caso de ser inculcado por algún delito u otra infracción criminal, su responsabilidad o inimputabilidad se determinen por un tribunal de justicia, según las reglas del debido proceso, en un procedimiento que considere el estado de su salud con la intervención de profesionales expertos en calidad de peritos.

- Derecho a un recurso eficaz ante un tribunal y mediante un procedimiento simple y expedito fijado por la ley para reclamar de toda acción u omisión que desconozca o lesione sus derechos.

- Derecho a no ser discriminado ilegalmente en el goce y ejercicio de sus derechos, en atención al estado de su salud

- Derecho a contar con asistencia social en el proceso de rehabilitación y resocialización cuando el sujeto ha recuperado cierto grado de salud y no cuenta con ayuda familiar para asegurar su proceso de cura y reinserción social.

(Declaración de Luxor de los derechos humanos de los enfermos mentales, 1989)

CAPÍTULO IV

REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN: DENTRO DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

REINCERSIÓN Y REHABILITACIÓN: DENTRO DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

IV. 1 Salud Mental Comunitaria

San Martín y Pastor la definen como “el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal”. Todo esto con la participación activa de la comunidad.

La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un bien que construimos y cuidamos entre todos. Este es un acontecimiento que ocurre en el denso tejido social y ecológico, ligados a la vida social, como a los riesgos y retos ambientales.

Partiendo de la Psicología Comunitaria como perspectiva teórica desde la que se aborda la presente tesina, al hacer referencia a las personas con trastornos mentales, y tan ligada la una con la otra, en este capítulo se aborda la temática de la salud mental comunitaria.

El final de los años sesenta y la década de los setenta abarcan un período muy significativo en materia psiquiátrica, caracterizado por los reiterados intentos de transformar y humanizar la asistencia al enfermo mental expresados, muy especialmente, en el empeño con que afrontaron la situación de los hospitales psiquiátricos algunos profesionales para lograr unas condiciones de vida decentes y dispensar una atención médico-sanitaria a la altura de los tiempos, que salvaguardara la dignidad de los asistidos.

Luego de la Segunda Guerra Mundial tiene lugar en la mayoría de los países desarrollados la puesta en marcha de diferentes procesos de transformación de las estructuras de atención psiquiátrica. Estos se centran en la búsqueda de alternativas a una organización asistencial basada en el manicomio.

Surgidos de orientaciones muy diversas (sociológicas, políticas, sanitarias, económicas, etc.) y con un objetivo inicial de modernización y humanización de la asistencia a los enfermos mentales, tales procesos que empiezan a recibir la denominación de “reforma psiquiátrica”, engloban tomas de posición ideológicas y técnicas basadas en una crisis de la psiquiatría tradicional. Crisis que incluye la constatación técnica de la ineficacia del manicomio para el tratamiento de los problemas de salud mental de la población, y la crítica a la conceptualización tradicional de la enfermedad mental y de los procedimientos socialmente admitidos para enfrentarse a ella, considerados inadecuados e inadmisibles, en el contexto de una sociedad democrática.

De esto, el surgimiento de un nuevo paradigma teórico: la salud mental comunitaria. Sin una definición explícita unánimemente aceptada, sino más bien con diversas formulaciones concretas, hay un núcleo conceptual común desde el que se desarrollan nuevos modos de analizar los problemas de salud

y la enfermedad mental y se proponen modelos alternativos para intentar solucionarlos.

Se va desarrollando una consideración ecológica de la salud que concede un papel relevante a los aspectos psicosociales, a la vez que se formulan nuevos principios de organización de los sistemas sanitarios basados en el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS), que constituye al núcleo central y clave de la salud comunitaria, siendo el punto de contacto entre la comunidad y los servicios de salud.

Los objetivos de salud mental son:

- Fomentar y promover la salud mental
- Planificar las acciones necesarias para beneficiar a los enfermos mentales
- Proveer servicios accesibles
- Considerar y validar la existencia de grupos vulnerables
- Promover la participación comunitaria

Uno de los rasgos que la caracteriza es que debe ser un bien obtenido a través de la participación activa de los individuos y sus familias y no una medida ofrecida o impuesta.

Los años recientes han demostrado claramente que en esta competencia los programas de salud mental deben tener prioridad, por tres razones principales. La primera razón es que los problemas y trastornos mentales neurológicos y psicosociales son frecuentes causas de sufrimiento y graves consecuencias sociales. La segunda razón es que los programas de salud mental podrían disminuir las tendencias de deshumanización que han aparecido en el desarrollo y en los sistemas de salud. La tercera razón es que los programas de salud mental actuales tienen capacidad- saber- de actuar en estas situaciones.

IV. 2 Principios de la Salud Mental Comunitaria

Es importante tenerlos en cuenta para poder entender la importancia y lo complejo que puede ser el trabajo de la comunidad.

- Responsabilidad ante una población, contemplando la planificación, prevención, globalización poblacional, coordinación con los ciudadanos; sensibilización al medio cultural, valores y costumbres; desarrollo y evaluación periódica de los programas de Salud Mental.

- Tratamiento de cabecera al paciente

- Servicios globales con atención a los niños, adultos, ancianos y pacientes crónicos.

- Enfoque multidisciplinar, contemplando aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

- Participación en la Salud Mental por parte de los usuarios, asociaciones de familiares o pacientes

- Seguimiento del caso o los casos por parte de los equipos.

- Atención Primaria o Preventiva, incluyen la promoción de la Salud, educación para la Salud. Atención Secundaria: detención o intervención precoz sobre la enfermedad; Atención Terciaria: rehabilitación, atención clínica en la fase aguda de la enfermedad.

La Salud Mental comunitaria en el presente Siglo y en los países Subdesarrollados, enfrenta graves problemas sociales que determinan un deterioro progresivo, crónico e irreversible de los habitantes, generando un caldo de cultivo promisorio para la violencia, pandillismo, alcoholismo, drogadicción y enfermos mentales deambulando por las calles convertidos en mendigos. Por lo tanto la Salud Mental Comunitaria enfrenta los siguientes Problemas y Retos:

- Descuido de los enfermos crónicos: Abandono por parte de la sociedad, comunidad y familia del enfermo mental crónico, el que se convierte en un estorbo social; además el mismo paciente rechaza la ayuda pertinente, su grado de enfermedad lo lleva a abandonar permanentemente su tratamiento.
- Grupos infraatendidos: Minorías, grupos marginales, grupos de extrema pobreza, pueblos indígenas, emigrantes y sus familiares.
- Problemas de roles profesionales: En varias ocasiones y en determinados problemas de Salud Mental nadie parecería ser el responsable directo de enfrentar el problema.
- Confusión con servicios sociales: La vinculación directa de los aspectos sociales y sanitarios determinan una confusión para enfrentar el problema de Salud Mental, aquello podría determinar el desperdicio de recursos o el descuido en la atención.

- Excesiva Medicalización: La Salud Mental se reduce a la prescripción farmacológica o a una atención apresurada de 5 minutos de "evaluación", sin importar lo relacional.
- Politicismo Social: Se le acusa a la Salud Mental comunitaria de Politicismo con olvido de los aspectos clínicos; obviamente a veces se olvida la diferencia entre la ideología comunitaria política y los beneficios que se deben abordar en la comunidad sin importar el color del discurso.
- Ausencia de integración de los servicios: No se atiende la Salud Mental íntegramente ni en coordinación.
- Dificultades para el internamiento de los pacientes: Existen dificultades legales y políticas en cuanto a los derechos en el caso del llamado internamiento obligado o "por la fuerza". No existe una coordinación entre la justicia y los profesionales de la Salud Mental.
- Criminalización del enfermo Mental: No es raro encontrar pacientes con enfermedad mental recluidos en los Centros de detención sin juicio ni absolución.
- Dificultades en la relación con los familiares de los pacientes: Los familiares no quieren asumir un rol en el cuidado del enfermo mental y prefieren deshacerse del mismo.

- Escasez de estructuras intermedias de Salud Mental: hospitales día, hospitales noche, comunidades terapéuticas, centros de reposo.
- Alarma Social: Los medios de comunicación identifican equivocadamente al enfermo mental como un individuo peligroso o delincuente.
- Ausencia de programas de prevención primaria de la Salud Mental: No existe un plan nacional de Salud Mental, y los enfermos mentales están segregados de toda forma de progreso o beneficio social.

IV. 3 Rehabilitación y Reinserción social, desde la Salud Mental Comunitaria

De la confluencia de la crisis de la asistencia psiquiátrica tradicional y crisis de los servicios sanitarios generales surge una nueva conceptualización de los problemas de salud mental.

Siguiendo a Espino y colaboradores, en lo que respecta al aspecto conceptual del paradigma comunitario de la salud mental, habría cuatro rasgos fundamentales a resaltar, por contraposición a la orientación tradicional, y en el marco de la definición de una nueva política sanitaria:

- La consideración de los trastornos mentales como alteraciones de la salud susceptibles, por tanto, de recibir una atención preventiva, curativa y rehabilitadora.

- La necesidad de tener en cuenta el conjunto de los problemas de salud mental de la comunidad y no sólo aquellas alteraciones de la misma de mayor gravedad y/o repercusión en términos de conflictividad social.
- La necesidad de diferenciar, en lo que respecta al abordaje, las competencias específicas del sistema sanitario (la resolución de los problemas de salud mediante su prevención, tratamiento y rehabilitación), de otras históricamente asociadas al mismo pero incluíbles en otros campos de actuación (Servicio Social, Discapacidad, Sistema Judicial y Penitenciario).
- La importancia del entorno social próximo.

Las implicaciones que este nuevo enfoque tiene, en la organización y funcionamiento de los servicios para la atención a la salud mental suponen un cambio de perspectiva. En definitiva, lo que se plantea es el desarrollo de una red de servicios sanitarios y sociales que prive de sentido hegemónico al hospital psiquiátrico al permitir:

- Diversificar la oferta asistencial, adaptándola a la diversidad de los problemas, y articulándola en niveles de progresiva complejidad y especialización.
- Situar el núcleo del sistema y el mayor número posible de dispositivos en el ámbito comunitario, en adecuadas condiciones de accesibilidad e integración en la estructura de la población.
- Integrar el conjunto de los servicios específicamente sanitarios en el marco del sistema sanitario general, en el nivel que corresponda a cada uno, en una ordenación coherente con el papel de la atención primaria de la salud.
- Desarrollar estructuras de coordinación territorial que permitan la actuación integrada de los dispositivos actuantes en un mismo ámbito poblacional, garantizando la continuidad de atención.

Por otro lado, María de Los Ángeles Tovar Pineda menciona que el marco de la salud mental comunitaria se inserta, como indica el nombre, en el campo de la salud mental y se desarrolla tanto en una perspectiva teórica como operativa. La perspectiva teórica elabora el término salud como categoría que le es central, así como aquellos indicadores que le operacionalizan y describen. La vertiente operativa trabaja a partir de la salud como meta interventiva y diversifica con este fin el campo de acción profesional.

Entre los aportes se destacan:

- La consideración de los factores ambientales en la explicación de la disfunción-normalidad, superando el modelo que se reduce a la dinámica intrapsicológica como único determinante de este continuo.
- La propia concepción de salud mental comienza a construirse en términos positivos y de relación interactiva con el entorno, acentuándose su carácter procesal.
- La consideración del individuo como actor activo de su salud, noción que se concreta en estrategias interventivas dirigidas a potenciar sus capacidades y autonomía en este ámbito.

Se cuestiona y supera la tendencia patologizante centrada en el diagnóstico que converge en una limitada acción profesional de carácter asistencial-

reparador, frente a una visión desarrollista y potenciadora de recursos personales y contextuales.

En el plano operativo el centro de intervención se traslada del individuo aislado, a la persona concebida en los determinantes contextuales del problema. Teniendo en cuenta que el hombre, es un ser social, tal como plantea Schiappa Pietra (1992), se apunta a orientar los procesos de rehabilitación y de reinserción dejando de considerar al “paciente” “pasivo” para empezar a pensar en ellos como personas que se hacen y están siempre en interrelaciones. Seres histórico de creación y recreación que lo que les afecta, sólo puede ser entendido por dentro de su transcurrir de acontecimientos.

El sentimiento de identidad es la expresión de la vivencia particular en una matriz grupal cualquiera situada en tarea de hacer y hacerse en el mundo. Es todo lo que está y en lo que estamos inmersos. El lugar concreto en donde transcurre nuestra cotidianeidad. La identidad se relaciona con el grupo primario y el lugar concreto que nos contextualiza y que sentimos nuestro. En la personal valoración y en la idea que cada ser humano tiene de sí mismo han participado los demás. Todos somos como individuos, creaciones grupales. Nuestros íntimos sentidos y lo que uno es para uno mismo, surge también de la tarea grupal institucional cotidiana de crear y recrear la realidad.

Se considera de gran importancia a la hora de rehabilitar que el paciente se sienta parte, se apropie del proyecto de rehabilitación, partiendo de entender sus necesidades no como carencias si no como potencialidades, tal como lo plantea Max Neef (1998), implementando la utilización de recursos no convencionales tales como:

- Conciencia Social
- Cultura organizativa y capacidad de gestión
- Creatividad Popular
- Energía solidaria y capacidad de ayuda mutua.
- Calificación y entrenamiento ofrecido por instituciones de apoyo.
- Capacidad de dedicación y compromiso de agentes externos o internos

Es imposible imaginarnos como restablecer un estado de bienestar personal, de salud, sin ejercer nuestra Capacidad Creativa-Productiva.

Logrando así la prevención y promoción de la salud, entendiendo que el trabajo grupal y comunitario en prevención, como plantea Mirta Videla (1997), consiste en intentar el reconocimiento del problema y su significación en esa comunidad, de donde surgen de inmediato los recursos propios que deben movilizarse, para convertir al problema en un problema de todos.

Prevenir no es solamente facilitar recursos para el desarrollo de acciones de autocuidado, es desarrollar programas de promoción creados por la misma comunidad, es poner al alcance de los que más lo necesitan la información necesaria que les permita cuidarse y saber que tienen derecho, por qué deben organizadamente luchar.

Es decir que partiendo de las bases y principios que propone la salud Mental Comunitaria, se arma el proceso y proyecto de rehabilitación y reinserción social, apuntando al cuidado, a la prevención y a la promoción de la salud, siendo los mismos pacientes los protagonistas de éste logro. Para lo cual tienen que sentirse y además ser incluidos, formar parte de un sistema social que no los estigmatice ni excluya, ya que la exclusión implica el quiebre absoluto del principio de igualdad entre las personas como miembros de una sociedad, que es principio básico de la ciudadanía, señala Consuelo Contreras Largo (1997).

“Ser diferentes no es ser extraño, tal como se predica, hoy día en nuestra sociedad.”

CAPÍTULO V

DESMANICOMIALIZACIÓN

DESMANICOMIALIZACIÓN

V.1 ¿Qué es desmanicomializar?

“Proceso, flujo, corriente, que articula procedimientos diversos los cuales instrumentan la disposición de pacientes y terapeutas a intervenir en una multiplicidad de acontecimientos micropolíticos que reflejan una ideología que recupera la operatividad creativa de lo caótico, constituyendo líneas de fuga contra la captura de aspiración hacia el agujero negro de la locura, en cuyo abismo caen no sólo los pacientes sino también los terapeutas, apresados por una ideología que se refleja principalmente en los diversos procedimientos de reclusión, represión y control sobre lo caótico” (Kesselman, 1993:14)

Desmanicomializar no es cerrar el Hospital Público; no es dejar en la calle a las personas internadas; no es dejar a los trabajadores de la salud sin sus puestos de trabajo; no es privatizar la atención de la salud pública; no es sobremedicar; no es encerrar; no es segregar; no es ejercer violencia física, psíquica ni química; no es depositar a las personas; no es abandonar ni desamparar; no es judicializar la internación.

Desmanicomializar es dignificar la atención de la salud mental; es transformar el vínculo entre el profesional y la persona internada; es implementar internaciones cortas en hospitales generales o centros de salud mental; es dignificar el trabajo de todos los trabajadores del hospital; es procurar la atención ambulatoria, domiciliaria; es recuperar los lazos familiares y sociales de los internados; es garantizar la vivienda (propia y/o familiar o a través de hogares sustitutos, casas de medio camino, cooperativas de viviendas u otras alternativas); es garantizar el trabajo de los internados (mantenimiento de la relación laboral; creación de cooperativas, bolsas de trabajo, microemprendimientos y otros); es mejorar la utilización y distribución de los recursos económicos; es brindar más información, apoyo y contención a las familias; es convertir el “manicomio” en un hospital general con un área de salud mental; es buscar nuevas alternativas de tratamiento; es ejercer el derecho a consensuar un tratamiento adecuado.

Al respecto Foucault, en su ensayo sobre la locura decía: “Y si en lugar de construir vastos hospitales cuyo mantenimiento es caro, se distribuyeran directamente los socorros a las familias de los enfermos, habría en ello tres ventajas. Primero, sentimental, porque al verlo cotidianamente, la familia no pierde la piedad real que experimenta hacia el enfermo. Económica, puesto que ya no es necesario dar a este enfermo alimento y alojamiento, que le están asegurados en su casa. Finalmente medica, porque sin hablar de la minuciosidad particular de los cuidados que recibe, el enfermo no corre el riesgo de “hospitalismo”

V.2 Recorrido Histórico

Los cuestionamientos al manicomio y sus formas de atención, se inician con el siglo XX, encontrando su expresión con el surgimiento de distintos movimientos en Europa y EE.UU. En nuestro país se “importan” las ideas y prácticas que acontecen en el resto del mundo.

En la década del 70, surge en Trieste, en el norte de Italia, la primera experiencia mundial en desmanicomialización. El psiquiatra Franco Basaglia encabezó un proyecto que culminó con la clausura del manicomio de Trieste, el primer neuropsiquiátrico del mundo que cerró sus puertas para siempre.

El proceso llevó 7 años. En ese tiempo, hizo contactos con las familias, para que éstas alojaran y recibieran a los pacientes. Si esto no era posible, se gestionó que el Estado aportara departamentos, y en cada uno se alojó a cuatro o cinco personas.

Basaglia armó un dispositivo que consistía en atender a los pacientes en hospitales generales. La atención era ambulatoria, ellos iban hacia donde estaban los médicos o los médicos iban a donde estaban los pacientes. Las internaciones, cuando había crisis, eran cortas. La media en ese momento eran 30 días de internación, y en la actualidad, es de 12 días. Además, tomando el oficio o la profesión de los pacientes, se crearon cooperativas de trabajo que hoy son empresas sociales.

Aquella experiencia sentó las bases de un procedimiento de desmanicomialización: cierre del manicomio, internaciones cortas, tratamiento ambulatorio y cooperativas de trabajo.

V.3 Demolición del Manicomio

La historia de la desmanicomialización ya nos es más o menos conocida, así como su intención: la ruptura del modelo asilar. Esto no sólo significa la desaparición física del establecimiento o su transformación en otras organizaciones (club deportivo, centro geriátrico, albergue nocturno, centros sociales, entre otros) sino también la desaparición mental de la idea de manicomio como depósitos atemporal de los emergentes familiares o sociales de una comunidad.

Dicho de otra manera, la desmanicomialización enlaza dos movimientos: uno dirigido a la demolición de la estructura física, el edificio con los vínculos y normas que cobija, y otro que es la elaboración mental de una psiquiatría sin manicomio. Como resultado de ambos movimientos, la desmanicomialización significa un cambio radical en la comprensión y atención del sufrimiento mental.

Si observamos la enfermedad mental en una perspectiva procesual podemos distinguir un comienzo, no siempre preciso, un acmé o estado agudo, luego un decrecimiento. La internación correspondería a un estado agudo, de 10 a 60 días (a lo sumo); luego la atención puede ser ambulatoria, domiciliaria, hospital de día, centro diurno, o cualquier otra actividad que se crea adecuada. Cada vez son más oscuros los porqués o para qué de los veinte, treinta, cuarenta años de internación.

Además, si tanto se insistió sobre lo bio-psico-social de las enfermedades, no resulta entendible que en los hospitales generales (polivalentes) no existan salas de psicopatología encargadas de aquellas internaciones temporarias.

En defensa del manicomio se argumenta que responde a otras necesidades sociales: desamparados, vagabundos, los sin techo ni comida, los “excluidos

de la sociedad”. De ser así, podríamos justamente dedicar a ellos las instalaciones, ya que ese contexto vincular es imposible tratar a un paciente mental. Entonces no sería ya un hospital dedicado a la cura y tratamiento de la enfermedad mental, ya que los usuarios definen la institución.

La ruptura del modelo asilar nos conduce a un pensamiento abierto y participativo de la comunidad. Y la resultante de aquella ruptura es la noción de red, que proviene de la idea de desmanicomialización: el sujeto sufriente puede ser asistido en espacios terapéuticos delimitados, distribuidos en un territorio. Como hemos observado, realizado y repetido, los pacientes pueden entrar y salir de cualquier punto de la red, sea un ambulatorio, centro de crisis, sala de psicopatología, hospital de día, centro diurno o lugar de rehabilitación.

Se rompe así el centralismo del manicomio. No sólo deja de ser una “institución total”; también deja de ser el centro y eje de la atención psiquiátrica-psicológica.

Pero no puede existir red mientras exista manicomio. La noción de red corresponde a un pensamiento no centralizado, la red no tiene centro, pero, mientras el manicomio continúe existiendo, por su sola subsistencia se convertirá en punto central de cualquier red. La red, para que sea verdaderamente tal, no puede alimentar ni ser alimentada por el manicomio.

Se debe llamar la atención sobre la formación de los distintos profesionales que trabajan en salud mental –psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, enfermeros, asistentes sociales y otros– para poder efectuar en conjunto la elaboración mental de una psiquiatría sin manicomio.

La red provoca una desinstitucionalización precisa de la locura, ya que deja entrever el entretejido que sustenta el proceso del enfermarse. Cambia la cualidad de la nosología. Además apunta al tratamiento del prejuicio social (que incluye a los profesionales) sobre la enfermedad mental. Vemos así a las variadas implicaciones que conlleva la desmanicomialización. Actualmente está

en discusión la Ley de Salud Mental. La desmanicomialización es un eje central en el debate sobre los criterios de internación (criterios muy filosos, ya que está en juego la libertad de los sujetos). Debemos instituir criterios médico-psicológicos, y no jurídicos, sobre la internación.

Recordemos que no es justa la unión de psicosis y peligrosidad en todos los casos, y esto se demuestra cotidianamente. En realidad, la juntura entre psicosis y peligrosidad debería quedar circunscripta sólo a los films de terror.

V.4 Obstáculos frente al cierre del Hospital Psiquiátrico

El cierre de los manicomios responde a una necesidad social evidente ya que implica una ruptura con la caduca terapéutica asilar que data de más de 100 años. Este cambio de paradigma supone la defensa de los derechos de los pacientes internados, cronificados y marginados de toda relación social como consecuencia de su prolongada hospitalización.

Ahora bien, la dificultad aparece cuando la política de desinstitucionalización es implementada acríticamente respondiendo así a lineamientos puramente económicos “sugeridos” por organismos internacionales así como a manejos políticos que concluirían con la población hospitalaria en la calle y sin ningún tipo de protección social.

Concretamente, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, una de las razones para impulsar el cierre de los manicomios, la constituye el decreto 1961 que conceptúa como áreas disponibles las ocupadas actualmente por los

Hospitales Borda, Moyano y Rawson entre otros. Los rumores que circulan hablan de la construcción de centros comerciales o barrios privados en esas locaciones.

A las cuestiones económicas y a los distintos intereses políticos de la Ciudad, se le suman otros factores interactuantes que complejizan aún más la cuestión. La industria farmacológica tiene cada vez mayor peso en el sector de la Salud Mental, a medida que va generalizándose el empleo de psicofármacos para toda forma de malestar psíquico las posibilidades de difusión de una nueva terapéutica se ven reducidas. Como ejemplo de este consumo, en 1998, se vendieron un total de 377 millones de pastillas entre antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos.

Otro aspecto que no puede ser dejado de lado en toda política de desmanicomialización se relaciona con la problemática de los trabajadores de la salud y la de los futuros profesionales. Éstos últimos, están siendo formados en marcos conceptuales que se orientan a una práctica netamente clínica e individualista. Paralelamente, los empleados de los hospitales ven peligrar el futuro de sus fuentes laborales ante la posibilidad del cierre de los psiquiátricos.

El trabajo con la comunidad constituye un requisito ineludible a fin de cuestionar arraigadas representaciones sobre la locura, la marginalidad y peligrosidad con que se connota a quien padece psíquicamente. Máxime cuando esos “locos” resultan ser pobres, excluidos y sin posibilidades familiares, educativas o laborales. Sin un trabajo profundo de reflexión sobre tales nociones, cualquier proyecto que se plantee la modificación de los supuestos manicomiales corre inevitables riesgos de fracasar.

V.5 Movimiento Antimanicomial en nuestro país

En nuestro país, terminada la dictadura, el gobierno de Raúl Alfonsín intentó llevar a cabo una experiencia similar a la italiana, que ya se había reproducido en distintos países de Europa y también en Estados Unidos.

Recordemos que, en la Argentina, la instalación de los manicomios coincide con la fundación del Estado, en la segunda mitad del S. XIX. Las condiciones de reclusión y hacinamiento no los hacían distintos de las cárceles, donde antes, por lo general en su mayoría estaban los internos. Las actividades se centraban más en la regulación religiosa y moral de la conducta que en los cuidados médicos. Los internos realizaban tareas agrícolas. El trabajo era considerado el eje central de la cura, la valorización del trabajo como medida terapéutica es entendible ya que, el trabajo en aquel momento es sinónimo de producción de tipo industrial y de orden de la sociedad.

En ese periodo, D. Cabred, apoyado por el entonces ministro, Montes de Oca, inspirado en las experiencias inglesas importa el sistema de puertas abiertas; así funda la Colonia Nacional de alienados Open Door. En ella se promueven las actividades productivas al aire libre. Su amplitud de espacio a campo abierto y sin muros visibles, estaba destinada a crear una “ilusión de libertad”, según palabras de Cabred, y favorecer la recuperación por contacto con el trabajo y la naturaleza. Su filosofía relacionada con el trabajo y la salud mental le permiten crear granjas modelos, que a lo largo del tiempo se deterioran por la corrupción burocrática, la indiferencia de los funcionarios y el deterioro vergonzoso de los salarios.

Unos años después, desde la Dirección Nacional de Salud Mental, el psicoanalista y profesor universitario Vicente Galli encabezó la experiencia y

decidió aplicarla en tres puntos del país: Río Negro, Córdoba y en Buenos Aires.

De esos tres lugares, el único donde se concretó el cierre del manicomio fue en la localidad de Allen, de Río Negro. Se trataba de un neuropsiquiátrico de alrededor de 100 internos que pasó a ser un hospital general. Los pacientes fueron trasladados a su lugar de origen tanto dentro como fuera de la provincia. Se armaron cooperativas de trabajo artesanales. La experiencia todavía existe y, es más, hay una ley provincial que prohíbe la creación de manicomios estatales y de clínicas privadas psiquiátricas. Hoy tampoco San Luis tiene manicomios. Y hay otras provincias que ya están pensando en su cierre.

➤ Modalidad Rionegrina

El Sistema de Atención en Salud Mental

En la modalidad rionegrina cada usuario es integrado al sistema bajo el diagnóstico de «sufrimiento mental». A este concepto, amplio en su definición, se asigna gran valor en tanto desmedicaliza un fenómeno predominantemente

social y resulta una estrategia probadamente eficiente en las relaciones intersectoriales y con la comunidad, y que moviliza e identifica un grupo humano altamente comprometido.

La estructura del subsector público en Salud Mental, regulado por la Ley 2.440 de septiembre de 1991 y el Reglamento N. ° 794 de mayo 1992, está conformada por equipos multidisciplinarios insertos en hospitales generales. En la actualidad existen 20 de éstos, distribuidos en las seis Zonas Sanitarias, en la totalidad de los 28 hospitales de la provincia, facilitando el acceso de los usuarios a la atención en salud mental.

Los trabajadores que constituyen el total del recurso humano específico representan cerca del 3% del total de los trabajadores de salud e incluyen 57 profesionales, psiquiatras, psicólogos y psicopedagogos, 3 trabajadores sociales, 38 operadores de salud mental, 15 enfermeros y 13 coordinadores de grupos de alcoholismo, estos últimos usuarios alcohólicos en recuperación, además de 16 residentes. Es interesante observar la evolución de la cantidad y composición del recurso humano, comparando estas cifras con las del año 1985, cuando los trabajadores de salud mental eran 65; 32 de ellos 5 profesionales, de los cuales 54 cumplían funciones en el Hospital Psiquiátrico.

El enfoque propuesto por la Ley 2.440 menciona equipos terapéuticos. Y es este trabajo en equipo lo que posibilita la cobertura, durante las 24 horas del día, de las demandas del usuario y su grupo familiar, de otras instituciones y de la comunidad en general; característica central para la contención sin manicomios, y que permite el intercambio y la construcción de un saber colectivo.

El sistema de atención tiene como tarea básica la atención en crisis y reinserción social de los usuarios. Cuando es necesario se efectúan internaciones en todos los hospitales generales de la provincial en su mayoría en salas comunes con la clínica médica. También se implementa la internación

domiciliaria como opción prioritaria, cuando se dan las condiciones para realizarla.

➤ San Luis: una experiencia de transformación institucional

En noviembre de 1993 (cuando el Dr. Pellegrini fue nombrado director por el Ministerio de Salud de la Provincia), el Hospital Psiquiátrico de San Luis tenía entre 100 y 120 camas, con un 100% de ocupación y un tiempo promedio de internación de siete años y medio. En 1998 había once camas, con un 65% de ocupación y un tiempo promedio de internación de ocho días. El Hospital era un manicomio clásico, referente del centro del país. Al número indefinido de internos, típico de las instituciones manicomiales, se sumaba la internación como una noción ambigua, sin fines claros, por un tiempo incierto y arbitrario que quedaba a merced del abuso de poder de los profesionales a cargo.

En esta Argentina, donde las palabras vaciadas de contenido están de moda, Pellegrini es un ejemplo de coherencia. Siempre tuvo clara la diferencia entre decir "vamos a transformar" y transitar esa transformación. Por eso se instaló a vivir en el Hospital, sabía por su experiencia previa en Chubut, que había que andar rápido, antes que apareciera la resistencia de los sectores afectados había que tener una base de resultados que permitiera defender el proceso de cambio.

Se empezó declarando al hospital en asamblea durante una semana. En un lugar donde no se actualizaban muy rara vez las historias clínicas, los

profesionales decían que no podían asistir a la asamblea porque tenían que actualizar las historias en cuestión

Después de esos cinco días se acordó por unanimidad (con excepción del ex director que renunció) transformar el hospital en un hospital de agudos. No era este el proyecto original, pero hasta ahí llegó la decisión de la gente en la asamblea. Para Pellegrini era de fundamental importancia generar un proceso de participación democrática que permitiera un movimiento de opinión.

Se tomaron dos decisiones concretas: no internar a pacientes cronicados y sacar el hospital a la calle. Pero el desafío principal fue transformar esta institución con las mismas personas que habían sostenido el manicomio durante veinte y cinco años: los profesionales, los trabajadores, los enfermos y los familiares.

Todo el mundo estaba de acuerdo con cerrar ingreso a los pacientes cronicados, pero siguieron viniendo y con recomendaciones que eran recomendables no rechazar. Se volvió a lo elemental: diagnóstico, pronóstico y tratamiento y así se restituyó la dimensión sanitaria en el hospital y se recuperó la tarea específica.

También tenía un peso enorme el argumento: "pobre, no tiene a donde ir", como si no viniera de alguna parte. Se comenzó a citar a los familiares. Se acabó ese gran mito de la familia mala, abandonica. Había familias que abandonaban, pero otras que no. La institución nunca había ayudado a los familiares a ayudar, porque los había dejado del otro lado de la puerta.

Los manicomios van despojando a las personas de todo lo que pueden decidir libremente, los internos no deciden el horario en que se levantan o se acuestan, la ropa que usan, el largo del pelo que tienen, no deciden nada. Se van volviendo dependientes, se van institucionalizando, de modo que cada día que pasa suma dificultades para la reinserción social.

CAPÍTULO VI

REDES SOCIALES

REDES SOCIALES

VI. 1 ¿Qué es una Red?

“El sujeto sólo adviene como tal en la trama relacional de su sociedad”.
(Najmanovich, 2005: 51).

Esta frase remite a pensar en la importancia de nuestros vínculos y de ahí a la idea de red ya que “...son el ámbito por excelencia de la interacción humana” y “...constituyen la trama misma que entreteje la vida” (Najmanovich, 1995:66).

La noción de red no es un objetivo en sí mismo, sino que es parte de una metodología para la acción que permita mantener, ampliar o crear alternativas deseables para los miembros de la organización social. Cuanto más se abran esas alternativas, más verán los miembros de esa organización a la experiencia como una construcción solidaria de su red y más se verán a sí mismos como sujetos en esa red social. La noción de red es una invitación a verse a sí mismo como un participante reflexivo y no como el “objeto social” de una “masa humana”.

El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre personas y/o instituciones que deciden asociar voluntariamente sus esfuerzos, experiencias, recursos y conocimientos para el logro de fines comunes.

La pertenencia a una red social promueve la consolidación del intercambio entre personas diferentes, reforzando la identidad y la integración, en la

construcción de interacciones, para la resolución de problemas y satisfacción de necesidades, como producto de la participación social.

Las conceptualizaciones que se han dado al término “red” son variadas: no todas tienen el mismo significado ni poseen el mismo alcance empírico o teórico. Se trata de denotar acciones e interacciones de individuos y de grupos que permiten hacer frente común a situaciones y problemas de la vida diaria.

Poder contar con los otros es un valor en sí mismo, es una forma no sólo más democrática, sino también más eficiente para construir salud.

Cuando se hace referencia a este término surgen distintas definiciones:

“(...) Conjunto de seres con quienes interactuamos de manera regular, con quienes conversamos, con quienes intercambiamos señales que nos corporizan, que nos hacen reales y cuya razón de ser más frecuente es el “apoyo psicosocial” (Sluzki, 1996).

“Las redes son un conjunto de relaciones que “...se desarrollan espontáneamente en la búsqueda de satisfacción de necesidades de diversa índole. Conformando un tejido social no siempre visible, ni para los que participan de esas redes, ni para los actores externos del ámbito local donde los grupos poblacionales desarrollan su hábitat”. (Acosta, B., 2000)

“Es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, grupo o institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla.” (Dabas, 2001).

Es decir, por red social se considera al conjunto de las interacciones que tiene un individuo a lo largo de su historia, y que no sólo se limitan a la familia nuclear o extensa, sino que incluyen a la totalidad de los vínculos

interpersonales del sujeto: amigos, vecinos, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de prácticas sociales.

Las redes son unidades heterogéneas, abiertas y en permanente intercambio, que en el transcurso de la vida se van ampliando con el ingreso de otras personas e instituciones. Durante la niñez y hasta el comienzo de la pubertad los participantes de la red pueden ser fácilmente distinguibles. Cada persona, desde su concepción, pertenece a una determinada red. Pero en el curso de su vida, frente a distintas necesidades y problemas, se abre a otros lazos y otras redes. Los intercambios que se producen en ellas son dinámicos, tanto entre sus propios integrantes como con integrantes de otros grupos y organizaciones.

La reflexión sobre redes plantea dos perspectivas, al concebirse, por una parte, como una herramienta de comprensión de los fenómenos de interrelación que se producen entre los integrantes de la red respecto al contexto. La otra perspectiva es aquella en la que se definen las estrategias de intervención en red; revistiendo un carácter instrumental donde son consideradas un medio para el logro de objetivos en los que se reconoce la importancia de la interdependencia de los actores.

De acuerdo a lo expresado por Marcelo Packman, puede pensarse la “red” como una metáfora que permite hablar de relaciones sociales aportando una serie de atributos como la contención, el sostén, la posibilidad de crecimiento, la fortaleza, el apoyo, la solidaridad, la cooperación, ayuda, adaptación, etc.

Las redes pueden ser evaluadas en términos de: a- sus características estructurales (propiedades de la red en su conjunto), b- de las funciones de los vínculos (tipo prevaleciente de intercambio interpersonal característico de los vínculos específicos y de la suma o combinación del conjunto de los mismos), y c- de los atributos de cada vínculo (propiedades específicas de cada relación).

VI. 2 ¿Por qué y para que necesitamos las redes?

Con respecto a la **Red Social, Mirta Videla**, plantea que la pertenencia a la misma es una forma de protección sanitaria. Un sujeto que se siente en “pertenencia” a su propia red social, constituida por diversos grupos está menos expuesto a la posibilidad de enfermar. Los sujetos con menor interacción social, poseen menos soporte social y son víctima fácil de cualquier estrés que le haga perder su homeostasis.

Alguien dijo que el hombre es más su biografía que su biología, con lo cual se alude claramente al producto del ambiente y a la imposibilidad de una existencia humana en soledad absoluta, ya que son los demás quienes ponen en función todas las potencialidades y guían el desarrollo. Es indudable que las personas somos algo más que nuestra anatomía y fisiología y aún nuestra psicología; somos, además, seres en relación con los otros, con una sociedad, con una historia y una cultura determinada.

Uno de los objetivos propuestos es la formación de redes, no solo dentro del Hospital si no también fuera del mismo, es importante reforzar las redes con la familia, la redes entre los pacientes y los profesionales y también de los pacientes entre sí, para que puedan identificarse entre ellos y contenerse mutuamente al compartir la situación de internación. Esto es un paso muy importante dentro de la prevención y promoción de la salud, donde los pacientes se sientan parte de y no excluidos, ni asilados. La paulatina construcción de redes sociales facilitará niveles progresivos de autoorganización Comunitaria.

Elina Dabas, en “Red de redes”, plantea que las **redes sociales** pueden contribuir a la actualización y redescubrimiento de los **recursos de autoorganización** que todos los sujetos poseen. En este proceso la figura del profesional va pasando a un segundo plano. La formación de redes sociales favorecerá el intercambio y la reorganización de modelos de vida cotidiana.

Destaca que, siempre la construcción de la realidad toma en cuenta las costumbres, los valores, los mitos y tabúes de los grupos en cuestión y es a partir de allí que un grupo se propone una realidad alternativa, facilitándose el consenso que pueda proveer la base para nuevas reorganizaciones. Las intervenciones que faciliten este tipo de consenso rescatan las diferencias y el disenso, al mismo tiempo que posibilitan la creación de un nuevo contexto de acuerdos que ubican a los participantes en un nuevo nivel evolutivo.

La red en su estructuración implica una situación de desequilibrio, ya que plantea una ruptura de los modelos conocidos que tienden a la homeostasis. La red liberaría otros canales de comunicación y ensancharía, así, el campo de los posibles.

Carlos Sluzki, en “Redes el lenguaje de los vínculos...” , afirma que existe amplia evidencia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable es salutogénica, es decir, protege a la persona de las enfermedades, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia.

VI. 3 La Intervención en Red

Las relaciones que se encuentran en la red social de una persona tienen en común el hecho de que influyen en ella de varios modos. Además los “síntomas” de un individuo pueden considerarse un indicador de que la red, en algún punto, está “fallando” en relación a sus funciones.

La **intervención en red** es un enfoque clínico para los problemas que debe enfrentar una persona o familia. Algunos denominan a este enfoque “terapia de red”, pero hay una creciente tendencia a preferir la expresión “intervención en red”.

Consiste básicamente en crear un contexto de relaciones con otros, en establecer vínculos a partir de los cuales se comienza a complejizar y nutrir las propias relaciones, y con ello se responde directamente a la necesidad de ayudarse y a facilitar el que la gente se ayude entre sí, utilizando y compartiendo sus propios recursos.

“La red misma interviene o cura” (Speck). En las intervenciones de red el poder de curación se sitúa en múltiples niveles: en la persona que necesita ayuda, su familia, sus amigos, sus vecinos, y también en el profesional que interviene.

En nuestro caso, el psicólogo se transforma en un “**operador de red**” ya que juega un rol de facilitador de procesos y de dinámicas de red en el seno de las ya existentes, y en la construcción de nuevas redes que surgen generalmente a partir de las situaciones críticas en que se intervenga. Se configura así como

un catalizador de procesos y un artesano de lazos en el interior de las redes existentes y las posibles redes futuras a partir de su accionar.

Sin embargo la red es terapéutica cuando es lo suficientemente continente como para brindar apoyo, afecto y la seguridad necesarias para la recuperación psicosocial del actor de la red, de lo contrario, puede fomentar o desencadenar mayores patologías.

De todas maneras, cabe destacar que el psicólogo no necesariamente debe entrar en contacto con las redes mismas, sino que puede adoptar una perspectiva de red, que desde la escucha en el trabajo individual le permita ayudar al protagonista de la red (en nuestro caso a la persona con trastorno mental), a identificar y aprovechar los recursos que le brinda.

La importancia de la familia y los amigos en el curso de la vida es elemental e indiscutible. Además durante los períodos problemáticos que requieren de cambios importantes, tanto los familiares como los integrantes de los distintos grupos e instituciones en contacto con las personas con trastorno mental, son más receptivos a toda influencia, por lo que es importante motivar a los terceros no implicados directamente para instarlos a aportar su ayuda y su apoyo.

VI. 4 Movilización de las Redes

En relación a los métodos de abordaje en red, todos incluyen la **movilización de la red**. Ésta se utiliza para activar a las personas significativas que conforman la red de una persona en situación de crisis. Se mapean los recursos de la red y la responsabilidad se divide entre aquellos que conocen mejor a la persona.

Abarca el rastreo o exploración de las relaciones que se encuentran obstaculizadas entre las personas, o la posibilidad de localizarlas para poder reactivarlas; la oportunidad de trascender los límites abriendo nuevos canales entre las personas de la red que no hubieran tenido contacto previo; la posibilidad de terminar o limitar la importancia de ciertas relaciones entre las personas de la red.

En una situación de crisis las personas reaccionan de maneras diferentes. Por ejemplo, se ha observado que la actitud de los pacientes psiquiátricos, en una situación de crisis, se diferencia de la actitud de la población en general (Desmarais y otros, 1989).

La población en general tiende a solicitar ayuda y sostén a los miembros de su red cuando la movilización individual no es suficiente; en cambio, los pacientes psiquiátricos utilizan su red de manera superficial: no se entregan suficientemente como para que los miembros de su red puedan brindarles verdadero apoyo.

Del mismo modo, cuando el estrés proviene de la red, los sujetos que no presentan un trastorno psiquiátrico tienden a utilizar el mecanismo de retiro más selectivamente, mientras que los sujetos que sí presentan un trastorno psiquiátrico tienden a cortar todos los contactos íntimos, lo que los arrastra a un

círculo vicioso de fracasos repetidos que puede conducirlos a la crisis psicótica o a la hospitalización y la intervención profesional.

La movilización de la red varía incluso según las variables socioeconómicas (como el medio de origen, el nivel de educación) y las variables personales (ocupación, estilo de vida, etc.), sin que podamos identificar una o más variables determinantes. De la misma manera, la movilización de la red depende de la diferencia de género, ya que los hombres y las mujeres tienen conductas diferentes ante sus respectivas redes.

Por ello, se deben examinar con la persona identificada el conjunto de las condiciones objetivas de existencia que caracterizan su situación y a partir de ellas efectuar la movilización de su red.

VI. 5 Redes y Salud

Muchos investigadores son los que han explorado el impacto del apoyo brindado por la red en la salud de los individuos.

Las redes sociales sirven para entregar **apoyo psicosocial** a sus miembros. Las personas pueden recurrir a ellas para obtener apoyo emocional, obtener información respecto a servicios disponibles en la comunidad, sustituir servicios entregados por organismos formales por ayuda informal, aprender conductas frente a situaciones amenazantes, etc.

La pertenencia a una red social relativamente nutrida ha sido relacionada con mejores niveles de salud física, manejo adecuado del estrés y por lo tanto reduce los riesgos de enfermedad y de complicaciones, y menor uso de recursos médicos. De la misma manera, existe evidencia de que la presencia de una enfermedad en un miembro de la red deteriora la calidad de su interacción social y, a la larga, el número de personas accesibles de su red social.

De acuerdo a una investigación mencionada por Desmarais y otros (1989), en un contexto urbano, la red primaria tiene un alcance que varía entre 25 y 40 personas (red extendida) entre las cuales se recorta una red de 6 a 10 personas con quienes se tiene contacto íntimo (red efectiva).

Si bien las redes más grandes tendrían un mayor potencial para otorgar apoyo, estas redes también pueden acarrear demandas mayores y mayor potencial de interacciones dañinas. La idea que "mientras mayor sea el tamaño de las redes sociales es mejor", ignora las presiones y responsabilidades que se producen al mantener un gran número de relaciones. De acuerdo a Polister un incremento en el tamaño de una red social puede no ser útil, una vez alcanzado un tamaño óptimo.

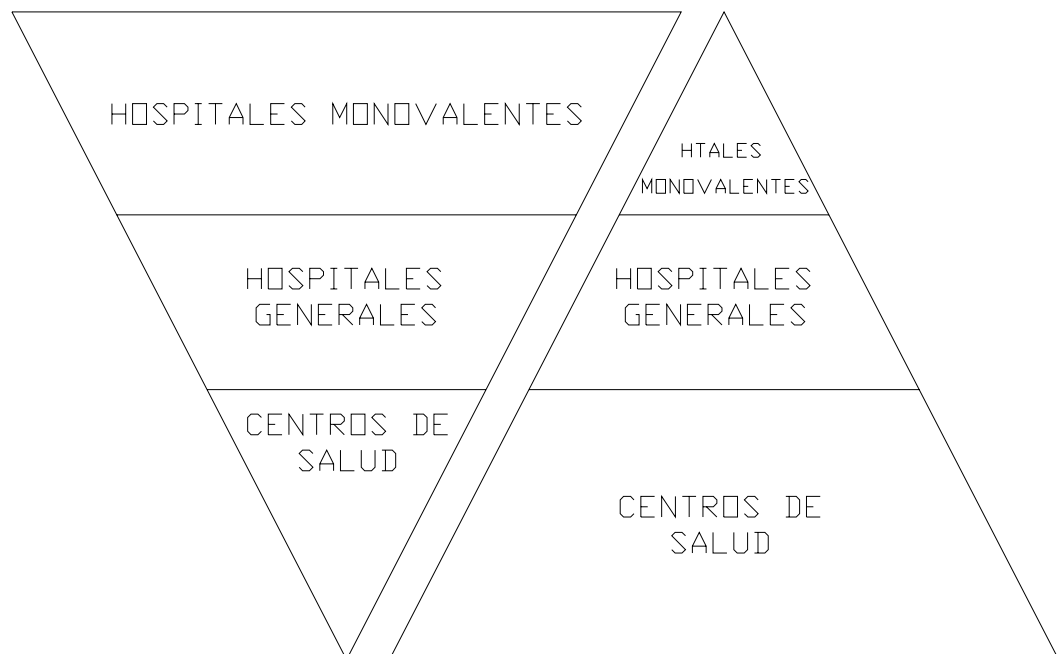
Se ha precisado que las personas que tienen redes sociales escasas, cuando enferman, sufren problemas psicológicos más graves y con peor pronóstico que aquellos que cuentan con más apoyo. En otras palabras, tienen menores posibilidades de mejoría que aquellas que tienen redes sociales extensas y activas.

La influencia que ejerce la red social en la salud puede residir en que brinda una retroalimentación periódica acerca de las desviaciones de salud que favorece los comportamientos correctivos. La red actúa como custodio de la salud y animador de las consultas a profesionales idóneos. De hecho, la red favorece muchas actividades personales que se asocian positivamente con sobriedad: rutina de dieta, ejercicios, sueño, adherencia a tratamientos medicamentosos y en general, cuidados de la salud.

Además, las relaciones sociales contribuyen a dar sentido a la vida de sus miembros al favorecer la organización de la identidad a través de los ojos y las acciones de los otros, que influyen enormemente en el propio reconocimiento como individuo y en la imagen de sí mismo.

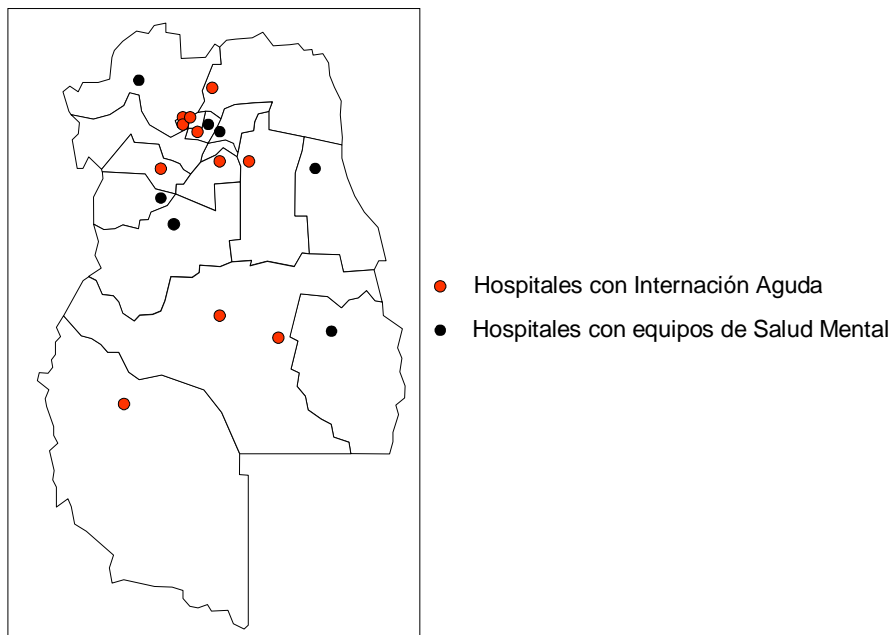
Existe amplia evidencia de la necesidad de afiliación del ser humano. Una reacción natural ante situaciones de peligro, ante el temor, la ansiedad o el estrés es la búsqueda de la proximidad de otra persona, de sus palabras, de su contacto físico. Tendencia compartida con otras especies y que es de gran importancia para la salud, el ajuste y el bienestar.

VI. 6 Redes y Estadística



La pirámide invertida muestra la distribución en el financiamiento de los servicios de salud mental en el año 2005: Del 100% del presupuesto el 3,48% de los gastos en atención de salud por parte del Ministerio de Salud Provincial están dirigidos a la salud mental. (OPS recomendó distribuir el 10% del presupuesto en Salud a Salud Mental). De todos los gastos invertidos en salud mental, el 68% de ellos están dirigidos a hospitales psiquiátricos. En términos de accesibilidad de los servicios de salud mental, el 100% de la población tiene libre acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales, dado que no hay ninguna restricción desde el sistema de salud. La medicación se entrega gratuitamente en los Hospitales y centros de salud.

La segunda pirámide muestra hacia dónde queremos llegar en la distribución presupuestaria, como así también en la organización de los recursos humanos u oferta de servicios.



Gestiones para la conformación de la Red

- Convenio entre el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y el Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza
- Contrato de Locación de Servicios de Atención Médica en Salud Mental de Nivel 1, 2 y 3
- Dirección de Salud Mental
 - 1º Propuesta de Servicios de Atención en Salud Mental Nivel 1,2 y 3 – Enero 2006
 - Contratación de los Equipos Asistenciales: total 40 (Enfermeros, Psicólogos, Trabajadores Sociales y Psiquiatras)
 - Circuitos de Atención – Manual de Procedimientos
 - Actas Acuerdos con los Hospitales Generales y Monovalentes contratados
 - Políticas de Medicamentos
 - Coordinación Administrativa y Control de Gestión
 - Programa de Capacitación (Capacitación específica a Enfermeros, Capacitación en Atención en Crisis para el Equipo en general, Capacitación para Trastornos Cognitivos
 - 2º Propuesta de Servicios de Atención en Salud Mental Nivel 1,2 y 3. Modificación Septiembre 2006

		Agudos	Crónicos
Este	Hospital Saporiti	4	0
	Hospital Santa Rosa	3	0
Metropolitana Sur	Hospital Lencinas	6	0
	Hospital Paroissien	4	0
Valle de Uco	Hospital Las Heras	4	0
Metropolitana Norte	Hospital Central	3	0
	Hospital El Sauce	7	20
	Hospital Pereyra	7	20
	Hospital Sicoli	3	0
Region Sur	Hospital Eva Peron	0	2
	Hospital Schestakow	4	4
	Hospital Malargue	1	0
Total		46	46

Así el presupuesto de Salud Mental pasó de 3,48% a 4,24%.

Otro hecho muy importante y significativo tuvo que ver con el trabajo realizado desde el año 2004 con la Suprema Corte de Justicia y Salud Mental que concluyó con una Acordada de la Corte que dictamina la creación de un Servicio de Evaluación y Orientación (SEO) que sigue los casos judiciales y desde 2006 decide las externaciones sin necesidad de autorización judicial previa lo que marca una decisión de avanzada en el respeto de los derechos de los pacientes internados compulsivamente.

A pesar de todos estos avances, todavía hay que seguir ampliando la oferta de servicios en los centros de salud para poder seguir desarrollando una propuesta de SALUD MENTAL COMUNITARIA. Parte del diagnóstico de OPS arrojó lo siguiente:

“Los contactos de atención ambulatoria, (tanto las de los 127 establecimientos fuera de los hospitales psiquiátricos /como las que se realizan dentro de los Hospitales psiquiátricos) superan ampliamente la atención de pacientes internados. Pero debe destacarse que casi el 40% de la atención ambulatoria se hace dentro de los hospitales psiquiátricos (monovalentes.) Nos indica que aun existe una prestación ambulatoria de alta demanda en los hospitales especializados y una insuficiente red descentralizada de efectores que responda a esa demanda: En términos relativos la relación es de 9:1.

En síntesis:

- Estadísticamente el 70 % de las consultas ambulatorias en salud mental se realizan en el marco del consultorio externo de los Hospitales de Salud Mental
- Los psicofármacos se encuentran centralizados en los Hospitales de Salud Mental

- Los Hospitales de Salud Mental denuncian la sobresaturación de sus sistemas de consultorio externo que los lleva a realizar prestaciones cuestionables, como la repetición de recetas.”

Desde la Dirección de Salud Mental se inició un proceso de investigación de esta situación. Se decide asistir durante un año semanalmente a uno de los Hospitales de Salud Mental “El Sauce”, para realizar prestación asistencial en el consultorio externo y así aproximarse a la problemática del mismo.

Se observó lo siguiente:

- El 70% de las consultas ambulatorias de la provincia se realizan en los Hospitales de Salud Mental
- Escasos o ausencia de criterios comunes para la atención y seguimiento de los pacientes. (No hay protocolos de diagnóstico y tratamiento).
- Deficiente adecuación de la oferta hospitalaria a las nuevas patologías de la Salud Mental - Predominio del enfoque asistencial individual. Los tratamientos grupales, vinculares y familiares tienen escaso desarrollo.
- Discontinuidad de los tratamientos y alta variabilidad de médicos tratantes.
- Alta frecuencia de reiteración de recetas sin asistencia profesional de evaluación y aun sin la concurrencia del paciente a la consulta.
- El malestar entre los profesionales que trabajan en instituciones públicas está ligado al desborde en relación a las nuevas necesidades de los pacientes: los problemas para atender la emergencia, las dificultades para internar y para externar, los turnos en consultorio externo.
- El encuentro cotidiano con estos padecimientos produce un sentimiento de impotencia en los terapeutas, que no han re formulado sus prácticas en relación a los cambios en la demanda, lo que en ocasiones lleva a altos índices de Burnout.

- Parte de los pacientes, no corresponden a la zona de regionalización del hospital
- Falta de programas sistematizados para la intervención en patologías específicas y complejas
- Parte de los pacientes se tratan por problemáticas de salud mental que podrían resolverse en sectores del sistema de salud distintos al Hospital de Salud Mental.
- La presencia de los pacientes está fuertemente ligada a los recursos farmacológicos.
- También puede observarse la influencia de los laboratorios que condiciona en muchos casos la actividad profesional, define orientaciones y aún prácticas concretas.
- Se observa una marcada tendencia burocrática en la estructura organizativa y administrativa de las instituciones con fuerte resistencia al cambio, paralizadoras de cualquier intento transformador.
- La falta de datos estadísticos que permita, establecer un perfil epidemiológico de la población asistida en consultorio externo.
- El estado de los registros, historias clínicas, desactualizados, con datos incompletos etc.

Es decir y en conclusión el PROBLEMA ES:

- El cambio de Paradigma Social (estado de Bienestar al estado neoliberal)
- Que se han generado nuevas patologías mentales: violencia (homicidios, suicidios, familiar, abusos, etc.) adicción, patologías múltiples, sociopatologías, **etcétera**.
- Que nuestro sistema de Salud en general y Salud mental en particular se encuentra en proporciones invertidas en relación a presupuesto y recurso humano (Sistema de salud Hospitalocéntrico.)
- Que la centralización de la Atención genera: inaccesibilidad, inequidad e ineficiencia.
- Que existen escasos criterios de georreferenciación
- Que los Efectores actúan de forma segmentada.
- .Que existen Focos institucionales rigidizados en sus prácticas, sin posibilidad de adecuarse a las nuevas demandas psicopatológicas y psicosociales de la comunidad.
- Que los Dispositivos de atención están guiados por un paradigma predominantemente asistencial-individual.
- Que faltan más dispositivos de atención en crisis.
- Que los Efectores ambulatorios en atención primaria tiene escasa medicación psiquiátrica.
- Que Existen Redes, con dificultades en la interacción activa y personalizada

Por lo tanto surge la necesidad de reformular el Sistema de Salud Mental a partir de la Regionalización, Descentralización y Localización de los Servicios.

El giro más importante en la concepción de la salud es el que se la conciba como producto social: *“sólo si el hombre logra una participación protagónica en la dinámica de transformación permanente de la sociedad, podrá alcanzar el pleno desarrollo de sus potencialidades psíquicas, físicas, etc., en el marco de una comunidad movilizadora y organizada”*.

Asimismo se la reconoce como concepto cultural, pasando a estar definida en su especificidad, por cada comunidad en relación a su historia, sus tradiciones y sus valores, lo que conforma una identidad propia que opera como sustrato.

En este contexto comienza el reconocimiento de la Salud Mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La Salud Mental es inescindible de la Salud Integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico y psíquico.

Entonces, la Salud Mental debe ser definida NO como la ausencia de problemas o síntomas, sino como la posibilidad de resolución de conflictos del individuo con sus propios recursos y dentro de su Comunidad. Cuando esta capacidad se ve dañada o interrumpida, la persona queda en situación de desamparo psíquico, sin protección ni recursos. La ruptura de los lazos sociales, que se viene produciendo en nuestro país, ha afectado enormemente la salud psíquica de la población fomentando el desamparo y el aislamiento subjetivo.

Como propone la Licenciada Mercedes Rattagan (2005), en su artículo “Una Revolución Copernicana”.... Debemos realizar un pasaje de la asistencia médica sintomática a la intervención comunitaria. El eje de los compas deberá

realizar un giro estratégico y tendremos que conducir una revolución al modo copernicana, donde el hospital deje de ser el eje central, con sus satélites periféricos:

- El eje debe claramente inclinarse hacia la comunidad
- El centro de la asistencia en salud mental será el Centro de Salud de la región
- Los equipos de salud deben estar en el lugar donde se origina el problema de salud/enfermedad, al lugar de residencia de las Historias Clínicas, para encontrar en su seno su disolución
- El escenario natural de los procesos de salud/enfermedad es donde la gente vive
- Se deben construir diseños de atención que no separen al paciente de su comunidad.

Los servicios comunitarios son el medio principal para lograr una atención accesible, descentralizada, participativa, y continúa.

La salud mental es un problema colectivo, agotarlo en el sujeto conduce a concepciones muy estrechas del sufrimiento psíquico.

Respecto de los equipos de salud, plantea que los profesionales tienen que abandonar los lugares de queja improductiva para construir propuestas creativas, posibles, viables, actuando con armonía y unidad de criterio orientadas a mejorar las respuestas hacia la población. Esto los conducirá a un desarrollo personal y científico, construyendo situaciones saludables para sus pacientes.

No se trata de que se intervengan los servicios de salud o el sistema de salud en miras de lograr una mayor eficacia que permita superar las limitaciones actuales, sino que la apuesta se dirija a un cambio radical en sus bases de sustentación, en los supuestos ideológicos que guían las prácticas y en la concepción teórica de los conceptos de salud enfermedad. Esta concepción

lleva a desentrañar los orígenes de la enfermedad, y difiere del encuentro con la etiología o patogenia. Se requiere de un cambio de paradigma tanto en el modelo de comprensión de los problemas como en la forma de intervención.

Cuadro Comparativo del Viejo Paradigma en Salud Mental en relación al Nuevo paradigma en Salud Mental

Grandes Instituciones	Pequeñas Unidades
Funcionamiento Rígido	Flexible. Disposición al cambio
Aislamiento	Apertura
Visión Reduccionista	Integral
Baja participación familiar	Alta participación familiar
Promueve Dependencia	Promueve Autonomía
Pacientes desposeídos	Recuperación de la identidad
Agrupamiento indiferenciado	Diferenciado según diagnóstico potencial de rehabilitación
Cuidados fragmentados	Cuidados continuos
Nula evaluación de resultados	Basado en metas programadas
Tiempo de internación indefinido	Tiempo de internación ajustado y renovable
Intervención Individual	Intervención grupal/familiar/comunitaria
Sin contacto con redes comunitarias	Basado en redes comunitarias

Decimos entonces que EL CAMBIO DE PARADIGMA operará a través de la descentralización empoderando el sistema a través de la APS (Atención Primaria de la salud) que implica corresponsabilidad por todas las personas e

instituciones que conforman la sociedad, por lo tanto las características que debería contener un sistema de APS son las siguientes:

- El establecimiento formal de redes sociales, que integren esfuerzos y recursos, supriman el asistencialismo, reconozcan valores y temas comunitarios, que estimulen la solidaridad y promuevan la participación plena de los beneficiarios.
- El diseño y aplicación de una cultura de prevención, con la participación activa de las instituciones, que puedan ser capaces de asumir una revisión crítica de sus objetivos modificando sus metas si así correspondiera, poniendo las mismas al servicio integral de las personas.
- Reconocer en cada comunidad sus diferentes características, actitudes, valores, instituciones, es decir su identidad, conduciendo a precisar la calidad de vida de cada comunidad.
- Revalorizar el rol y la importancia de instituciones, familia, escuela, analizando y entendiendo los modelos de socialización para que sean capaces de asumir el reto que plantean las nuevas formas de comunicación.
- Promover el desarrollo de la investigación en la perspectiva de utilizarlos en la transformación hacia un sistema de APS que garantice la potencialidad de la prevención y promoción de la salud en el camino hacia el logro pleno de la calidad de vida.
- Garantizar la continuidad, regularidad y sustentabilidad de los programas y servicios de los contenidos en la APS, entendiendo que la prevención es un proceso lento e inagotable, pero no por eso menos eficaz.
- Desmitificar el modelo médico hegemónico, transformando el modelo actual asistencialista, en un modelo de la auténtica práctica preventiva, participativa y solidaria.
- Entender y garantizar la interdisciplina como una alternativa válida para la incorporación de los conocimientos.

- Instrumentar una organización Real del Equipo de Salud (que contenga a Médicos, Administrativos, enfermeros, Asistentes Sociales, Psicólogos, etc.) con una adecuada y positiva coordinación con los niveles políticos.
- Que el Equipo cuente con una Planificación estratégica de salida a la Comunidad que le permita identificar claramente debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas para llevar a cabo la tarea.
- Programar teniendo en cuenta el resultado final que se quiere alcanzar haciendo participe activo a la población, lo que le dará legitimidad a dichos programas. En síntesis, promover en la comunidad, el pasaje de una postura pasiva-dependiente-demandante a una postura participativa y creativa.

CAPÍTULO VII

FAMILIA DISFUNCIONAL

FAMILIA DISFUNCIONAL

VII. 1 Definición de familia

“Sistema organizado cuyos miembros, unidos por relaciones de alianza y/o consanguinidad, sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad para lo cual utilizan información de adentro y de afuera del sistema y la experiencia actual-histórica de cada uno de sus miembros.”

La diferencia entre familia funcional y disfuncional se advierte cuando se hace foco en:

- La capacidad de la familia para resolver problemas
- El clima emocional de la familia
- La capacidad para cambiar, en el curso del ciclo vital de la familia
- La capacidad para regular la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares
- La formación de fronteras generacionales funcionales.

Estos factores son influidos por contextos sociales, económicos, culturales y comunitarios de la familia y representan el suprasistema en el cual están incluidos.

VII. 2 Familia Funcional

Virginia Satir: familia funcional es la que resuelve los problemas; evita paralizar sus proceso interaccionales y en la que los conflictos tienen un efecto positivo, estimulando a los cambios de desarrollo necesario.

John Weakland: es aquella capaz de abandonar las conductas que les han resultado ineficaces y formularse nuevas estrategias. Las disfuncionales siguen repitiendo las conductas ineficaces.

Reiss: refiere que la familia funcional se caracteriza por:

- Su sensibilidad al medio (desempeño alto de la configuración)
- Sus cualidades como dominio y colaboración
- Su apertura hacia nuevas experiencias

Epstein, Boshop y Baldwin: determinaron dimensiones de funcionamiento familiar que se diferencian en tres esferas de tareas:

- Esfera de las tareas básicas: que se ocupa de satisfacer las necesidades materiales de la familia.
- Esfera de las tareas de desarrollo: relacionada con el ciclo vital
- Esfera de las tareas arriesgadas: en las que se pone de manifiesto la capacidad de la familia para resolver crisis imprevistas.

Una familia puede funcionar en las tres esferas con eficacia.

Virginia Satir: propuso reglas de la comunicación que garantizaran la funcionalidad de la familia, ellas son:

- Las transacciones empezadas deben ser terminadas
- Las preguntas se formulan y se responden con claridad
- La hostilidad y los conflictos son reconocidos e interpretados.
- Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás.
- Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y de comunicar las esperanzas, temores, expectativa que tiene.
- Se admite la diferencia de opiniones.
- Los miembros de la familia son capaces de elegir entre varias alternativas de conducta y tiene la posibilidad de aprender de la experiencia.
- Los mensajes que se envían los miembros mutuamente son enunciados con claridad y la conducta es coherente con el mensaje.

Este estilo de comunicación funcional hace posible la “individualización conexa”.

Las familias funcionales presentan una organización jerárquica clara con fronteras generacionales inequívocas, pero no impermeable.

Los atributos que caracterizan a una familia según *Beaver* son:

- Sistema común de valores
- Preocupación recíproca, inversión en el bienestar de cada miembro, el ensalzamiento y no la desvalorización mutua; pero sin privarse de la capacidad de trazar límites y afirmar la independencia.
- Amplia gama de sentimientos (ternura, dolor, etc.) que permite aflorar el conflicto, la confrontación y la disputa.
- La voluntad de confiar que las personas tienen buenas intenciones.
- La oportunidad de dialogar

En las familias disfuncionales se observa un desdibujamiento de las fronteras generacionales, la suspensión de la organización jerárquica y la formación de una triangulación patológica.

VII. 3 Familia Disfuncional

Uno de los problemas más grandes que se presenta a la hora de externalizar a los pacientes es que no cuentan con la contención de su familia, una red principal que muchas veces no está y con la cual es muy importante trabajar. Tanto para que el paciente como las personas que lo rodean puedan juntas entrar en un proceso de rehabilitación y de reorganización del marco familiar y de convivencia.

Cuando esto no es posible estamos hablando de una familia disfuncional.

La familia es un sistema organizado que tiene finalidades claras:

- alimentación
- adaptación al medio
- protección
- socialización de sus miembros

Si no logra cumplir con sus objetivos es disfuncional.

La familia disfuncional: tiene dificultades para resolver problemas, sus procesos interaccionales están paralizados y fijos, sitúa los problemas en un individuo, niega que exista problema alguno, repite estrategias de resolución ineficaces.

Así, los conflictos no estimulan el desarrollo, sino la rigidez y la poca capacidad de cambio.

En las familias disfuncionales se observa:

- Desdibujamiento de las fronteras generacionales
- Suspensión de la organización jerárquica
- Formación de triangulación patológica
- Promueve y sostiene una alteración comunicativa entre sus miembros
- Dificultad en el manejo del eje proximidad- distancia (discriminación self-objeto)
- Desequilibrio de la justicia familiar.

Los síntomas estabilizan a la familia y denuncian su disfunción.

Hay cuatro categorías principales de patología familiar:

Patología de las fronteras:

Cuando las conductas de fronteras de quienes participan en los subsistemas se vuelven inadecuadamente rígidas o débiles y estorban un intercambio de informaciones con los subsistemas circundantes.

Minuchin ubica estas patologías en una dimensión que va desde lo desacoplado a lo enmarañado.

En el sistema familiar *enmarañado* la distancia interpersonal es escasa y hay confusión de las fronteras subsistémicas. La conducta de un miembro afecta inmediatamente a otros y la tensión de uno reverbera con intensidad a través de las fronteras y velozmente produce ecos en otros subsistemas.

En la familia *desacoplada* hay excesiva distancia interpersonal. Las fronteras que separan son rígidas y es bajo el potencial de reverberación.

Familias *aglutinadas*: Rigidez en las fronteras de la unidad familiar, son cerrados y dejan fuera el mundo externo. Presionan a sus miembros en subsistemas con fronteras difusas. Exagerado sentimiento de pertenencia al grupo familiar en desmedro del sentimiento de autonomía: ser uno mismo.

Patología de la Alianzas:

Alianza: La desviación de conflictos o determinación de chivo emisario y coaliciones intergeneracionales inadecuadas.

Desviación de conflicto: por ejemplo dos padres sólidamente unidos contra un hijo o subsistema.

Coaliciones intergeneracionales: alianza estrecha de un progenitor y un hijo contra el otro progenitor o aún con los hijos restantes. La coalición es un orden combativo por la oposición a un tercero y es patológico si es intergeneracional.

Patología de Triángulos:

La alianza equivocada, lo mismo que los desequilibrios jerárquicos, pueden presentarse en función de triángulos perturbados.

Triangulación: dos progenitores en conflicto manifiesto o encubierto, intentan ganar contra el otro, la simpatía o apoyo del hijo. Connota un intenso conflicto de lealtades.

Coalición progenitor hijo: Expresión manifiesta del conflicto parental es difícil determinar si experimenta más dificultades el hijo, o el progenitor excluido. La intensa proximidad del hijo al progenitor preferido puede producir sintomatología.

Las triadas desviadoras: Los padres toman al hijo como chivo emisario, éste presenta una conducta perturbada y los progenitores se asocian para gobernarlo. Los progenitores enmascaran sus diferencias tomando a un hijo definido como enfermo y mostrando sobreprotectora afición por él (familia psicósomática)

Patologías de Jerarquías:

La inversión de las jerarquías de poder es la más destructora fuerza para la estructura familiar. Son una forma especial de patología de alianza.

Presiones evolutivas contemporáneas que están desestabilizando a la familia, que rompen su equilibrio y la incitan a evolucionar: Algunos sistemas responden transformando las reglas y posibilitando nuevas conductas más funcionales. En otros sistemas, en lugar de un cambio de forma surge un síntoma médico o psicológico. El factor desestabilizante puede ser positivo o negativo (nacimiento o muerte), predecible o impredecible (el hijo mayor se va del hogar o la muerte de un hijo en un accidente). La familia queda atascada y se organiza en torno al síntoma.

VII. 4 La familia del paciente psiquiátrico

Hasta la implantación en nuestro país de la reforma psiquiátrica, la mayoría de las personas que eran diagnosticadas de enfermedades psicóticas, permanecían internadas en los hospitales psiquiátricos durante largos períodos de tiempo y, a veces, de por vida.

Esto producía un deterioro importante de los enfermos que, aislados del resto de la sociedad, iban adquiriendo hábitos y conductas patológicos por la rutina, la falta de motivaciones, la ausencia de estímulos, el contagio de comportamientos ritualizados de unos pacientes a otros aparte de las alteraciones psicomotrices síntomas de sus propias psicosis (estereotipias, catatónicas, extravagancias etc.).

Al final, la propia hospitalización originaba tantos trastornos en los pacientes como las mismas enfermedades mentales, llegando a un estado irreversible de pérdida de habilidad para las actividades de la vida diaria y de la convivencia social.

Se vio así que la institucionalización no era un buen modo de tratar las enfermedades mentales pues suponía una marginación generalmente irreversible.

Por eso, la llamada reforma de la asistencia psiquiátrica quería que las hospitalizaciones de los enfermos psicóticos fueran siempre lo más breves posible y únicamente durante fases muy agudas de su enfermedad. El resto del tiempo, había que lograr que los pacientes se mantuvieran en el seno de la sociedad y no apartados de ella.

Para ello había que cerrar los Hospitales Psiquiátricos y hacer los ingresos en Unidades de Psiquiatría ubicadas dentro de los hospitales generales (como otra especialidad médica cualquiera. Estas Unidades se llamarían *Unidades de Internamiento Breve Psiquiátrico*.

Lógicamente, había que crear recursos que atendieran a los pacientes fuera de los hospitales, en la comunidad. Estos recursos son unidades de salud mental,

hospitales de día, recursos de rehabilitación, talleres ocupacionales y recursos de alojamiento alternativos.

Posiblemente, aunque todos los recursos descritos existieran y estuvieran funcionando, habría algunos enfermos psiquiátricos que, por las especiales características y gravedad de su enfermedad, seguirían necesitando de unidades de larga estancia.

Todo esto ha traído consigo que muchos pacientes psiquiátricos de los que antes se hubieran internado en los Hospitales Psiquiátricos, permanecen ahora en situación de alta, a veces con síntomas crónicos de sus enfermedades y siempre con alteraciones de conducta que repercuten directamente en los que tienen más cerca, **la familia**.

La reforma psiquiátrica se ha puesto en marcha hace muchos años pero, en nuestro país, aún falta mucho para que existan los recursos alternativos que se habían ofrecido de modo que la mayor carga derivada de las enfermedades mentales recaee, aparte de en los propios pacientes, en sus familiares y convivientes.

Por eso, la familia del enfermo psiquiátrico cobra un papel muy importante en la reforma psiquiátrica y hay que proveerla de ayuda y apoyo para que pueda afrontar lo que supone la lucha diaria contra la enfermedad mental de su familiar, para que la familia pueda estar CON el familiar y no mirándolo desde lejos.

- 1- Las asociaciones de familiares de enfermos psíquicos tienen los siguientes objetivos:
Agrupar a las familias para intercambiar información, ánimo y apoyo de todo tipo (psicológico, social, económico... etc.)
- 2- Salir a la calle, informar al resto de la sociedad que cualquier familia puede ser la próxima donde se declare un nuevo enfermo psíquico y que, por lo tanto, TODOS estamos implicados en esta batalla por

mejorar la salud mental y prevenir la enfermedad mental. Es necesario acabar con tabúes viejos y erróneos, con segregaciones y marginación. Buscar la solidaridad de todos en la aceptación de estos enfermos en nuestra sociedad.

- 3- Contactar con los equipos de salud mental comunitarios y con los servicios sociales y trabajar junto con ellos en los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.
- 4- Exigir a la Administración Pública, a los gobiernos de los países, las comunidades autónomas, los cabildos insulares y los ayuntamientos, que promuevan la creación de los recursos necesarios a los que se ha comprometido al aceptar el reto de la Reforma Psiquiátrica.

SEGUNDA PARTE

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO VIII

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

VIII. 1 Objetivos del Trabajo

Objetivos generales:

- La apropiación de la salud, promoviendo la autogestión, apuntando al desarrollo humano.

Objetivos Específicos:

- Tender a que los pacientes tomen un rol más activo
- Promover la motivación
- Fomentar recursos que hay en los pacientes para que puedan utilizarlos
- Reencontrar la propia Identidad
- Establecimiento de redes (dentro y fuera del Hospital)
- Que la rehabilitación (Taller de Cerámica y Taller de Teatro) les sirva como aprendizaje para poder desenvolverse al salir del Hospital
- Tender a la desmanicomialización

VIII. 2 Diseño de la Investigación

Tomando a Hernández Sampieri, R. (2006):

La Metodología a utilizar es *Cualitativa*, empleando métodos de recolección de datos no estandarizados, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes. La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. Se fundamenta más en un proceso inductivo, explorar y describir y luego generar perspectivas teóricas, se plantea un problema pero no se sigue un proceso claramente definido, más bien se utiliza este tipo de investigación para describir y refinar preguntas de investigación.

El Diseño aplicado será de *Investigación- Acción*, teniendo en cuenta que su propósito fundamental se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales. La Investigación-Acción pretende propiciar el cambio social, transformar la realidad y que las personas tomen consciencia de su papel en ese proceso de transformación.

VIII. 3 Técnicas Utilizadas

Los Instrumentos a utilizar para llevar a cabo la investigación serán la *Observación Participante, Técnicas Grupales y IAP (Investigación Acción Participativa)*

Maritza Montero (2006) señala que la Observación Participante (OP) se trata de una la actividad metodológica, caracterizada por ser sistemática y con objetivos determinados por propósitos de investigación y de generación de conocimientos. La misma se realiza en el transcurso de la vida cotidiana de personas o de grupos específicos, con el fin de conocer, desde una posición interna, ciertos fenómenos o circunstancias a las que no se podría haber accedido desde una posición externa no participante. Lo más interesante de la OP es que además de registrar esos sucesos, nos permite producir teorizaciones que surgen de la misma experiencia.

Entre los objetivos de la OP encontramos los siguientes:

- “Superar las restricciones que imponen otros métodos, obteniendo una visión más amplia, más detallada y más completa de un determinado fenómeno.

- Descubrir los sentidos y perspectivas, así como los valores y normas, desde los cuales los actores sociales en determinadas circunstancias de vida construyen su realidad.
- Facilitar de esa manera el acceso en la investigación a las posiciones y sentidos de personas y grupos”(Montero, M., 2006:205)

La otra técnica de recolección de datos utilizada se denomina, “Entrevista en profundidad”. En la misma el entrevistado desea obtener información sobre determinado problema y a partir de él establece un guión de temas que le interesaría ahondar. El entrevistador escuchará atentamente al entrevistado sondeando aquellas razones y motivos que le resulten de particular interés pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano.

Los encuentros cara a cara entre entrevistador-entrevistado se orientan hacia la comprensión de los significados, perspectivas y definiciones de las personas que informan respecto a sus propias vidas, experiencias o situaciones, a partir de sus propias palabras.

Para la recolección de información también se utilizaron técnicas auxiliares (Maritza Montero 2006), tales como anotaciones de campo y documentos secundarios: fotos, notas de prensa, etc.

VIII. 4 Destinatarios de la Investigación

Pacientes de los Talleres de Teatro y Cerámica del Servicio de Rehabilitación del Hospital El Sauce.

La **Institución**, ya que se trató de reforzar el trabajo transdisciplinario y la relación de los profesionales entre sí y de los profesionales con los pacientes.

Finalmente la **Practicante** ya que a través de esta experiencia, se pudo realizar una labor que se relaciona directamente con la profesión, enriquecerse como profesional, y sobre todo como persona.

VIII. 5 Recursos de la Investigación

- Humanos: Profesionales del Servicio de Rehabilitación, Docente de campo Licenciado Humberto López, Pasante de Psicología Universidad del Aconcagua, Soledad Méndez
- Materiales: Taller de Cerámica y sus materiales, Taller de Teatro
- Legales: Seguro de responsabilidad civil. (UDA)

VIII. 6 Procedimientos

Se procederá primero familiarizándose con el lugar de trabajo y la comunidad, entrevistando con cuestionarios semidirigidos y entrevistas, a los profesionales y pacientes, luego a partir de las necesidades planteadas por el grupo de pacientes se trabajará con los mismos, a través de la Observación Participante, Técnicas de Grupo y el método de Investigación Acción Participativa, teniendo en cuenta los objetivos propuestos en la investigación y las necesidades planteadas por los sujetos a investigar.

CAPÍTULO IX

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

IX. 1 Presentación y Discusión de Resultados

Lo primero que se realizó en el campo de trabajo fue un diagnóstico institucional del Hospital El Sauce:

Consuelo Contreras Largo (1998) sostiene que: “**El diagnóstico** lo aplicamos con el principio fundamental de **conocer para actuar**, esto permitirá que las intervenciones sean destinadas a provocar un **cambio** en la medida en que vamos construyendo un conocimiento que sirve como punto de partida para la acción”.

El Hospital El Sauce, el cual es monovolante, ya que se encuentran en él enfermedades psiquiátricas solamente, es semiabierto, es decir que también gente que no está internada puede utilizar los servicios de consultorio externo.

Se encuentra ubicado en Bermejo, donde finaliza el carril Mathus Hoyos, no se encuentra en un lugar accesible ya que solamente un colectivo llega hasta él, por lo cual es a veces muy difícil para la gente acceder.

La gente de la comunidad, los barrios que hay alrededor del Hospital, permanentemente están pasando por la entrada del mismo, incluso mucha gente de la comunidad espera el micro dentro del Hospital para ir hacia el centro.

Por fuera es un lugar muy grande, con un gran espacio verde en su entrada, muchas personas circulando en él, con varios edificios separados, que son los diferentes servicios, entre los cuales no hay conexión entre unos y otros, exceptuando con el servicio de Rehabilitación que recibe paciente de todos los demás servicios. En cuanto a la comunicación dentro de la Institución, resulta difícil mantener una comunicación de tipo vertical, los servicios tienen que presentar notas para dirigirse a la dirección, no se trata de una comunicación fluida, así mismo dentro de los mismos servicios o de un servicio con otro la comunicación es escasa, no se sabe dentro de un servicio como se maneja otro, ni se realizan actividades en conjunto.

Se accede al Hospital gracias al contacto con una médica psiquiatra que trabaja en el lugar, a partir de ahí se presenta un proyecto a la dirección del Hospital, lo cual demoró varios meses en ser aprobado y leído, luego de algunas modificaciones se logro comenzar con el trabajo en el mes de agosto.

Una vez que se comienza la práctica profesional en el servicio de Rehabilitación, el personal de este servicio se encuentra muy bien predispuesto y dispuesto a ayudar en todo lo que refiera al proyecto, aceptando ceder parte de sus horas de trabajo para realizar la reflexión final llevada a cabo por la pasante de psicología, permitiendo a ésta la participación en los talleres, no sólo realizando los trabajos con los pacientes, si no interviniendo, opinando en la clase del tallerista.

A partir de entrevistas realizadas a los profesionales del Servicio de Rehabilitación se infiere que éstos no se sienten considerados como importantes dentro del Hospital, ellos mismos se denominan hippies del hospital, el último orejón del tarro, etc. Han ideado un proyecto denominado Hospital de día, para aquéllos pacientes que han sido externados o para aquellos que no necesitan ser internados, pero manifiesta no sentirse apoyados por “el otro hospital” para llevar adelante esta idea.

El Hospital se crea en 1951, el 6 de diciembre, su primer director fue un médico anestesista, empezó a conformarse con pacientes traídos del Hospital Carlos

Pereyra, en un primer momento no se contaba con servicios si no con tres pabellones, pabellón significa lugar de encierro, por esta razón se les cambia el nombre por servicios, un lugar donde se le ofrece un servicio al paciente.

En un primer momento el Hospital pertenecía al Ministerio de Salud de la Nación, los empleados en su momento también fueron nombrados por la Nación. En 1970 se agrega el servicio de mujeres, antes era un Hospital sólo de hombres. En 1978 se amplía el Hospital, se aumenta la capacidad de camas debido a que la población de la institución seguía creciendo.

En los últimos años se han agregado los servicios de Admisión en donde se decide si el paciente se queda internado o no y el servicio de Consultorio Externo que recibe a pacientes que no están internados y a pacientes que han sido dados de alta y realizan un tratamiento ambulatorio.

En el año de 1995 se incluye dentro del Hospital un Centro de Salud para brindar atención a la comunidad del Sauce, salita que antes era utilizada por los médicos residentes que estaban todo el día en el Hospital.

La historia del Hospital ha sido marcada por la historia de los medicamentos a lo largo de los años, los primeros utilizados eran los neurolépticos. Otro hecho importante fue la llegada de pacientes judiciales inimputables que empezaron a poblar la institución y esto dio lugar a que surja un nuevo servicio, el de judiciales. Se cuenta con ocho servicios: servicio A (internados varones), servicio B (judiciales varones), servicio C (es el VIP del Hospital, los pacientes con obra social), servicio D (mujeres judiciales y mujeres internadas). También cuentan con los servicios de Guardia (pacientes que llegan sin turno, por Motus propia o traídos), Consultorio Externo, de Rehabilitación (no todos los pacientes van a este servicio si no los que son mandados por los médicos) y Centro de Salud.

Dentro del hospital hay un Hogar que funciona de manera independiente, llamado Jorda, que pertenece a la Dinadiff.

El trabajo en el Hospital se realiza de manera interdisciplinaria, hay Profesionales de la Salud, Asistentes Sociales, Residentes, Pasantes y Talleristas trabajando con los pacientes

Los pacientes generalmente vienen por su cuenta, aunque lo que correspondería es que vengan por derivación, es ahí donde se determina estimativamente el tiempo que se quedan en el Hospital.

(Historia reconstruida con testimonios de profesionales del Hospital)

Lo que se propone encaminar, con este proyecto es un trabajo que incluya tanto a los pacientes del Hospital como a los profesionales, teniendo en cuenta que se entiende por comunidad **“un grupo social, dinámico, histórico, culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o interventores sociales, que comparten intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y tiempo determinados y que generan colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines”**; en donde prime la participación, la autogestión y la apropiación del proyecto por parte de los pacientes principalmente, y del resto de las personas que forman parte de la comunidad del Hospital, atendiendo a las necesidades de los pacientes, no desde la sobreprotección, si no dándoles el lugar y el espacio para que se contacten y reencuentren con sus recursos, potencialidades e identidad perdida en la masificación que se produce debido al largo tiempo de internación. Entendiendo a la necesidades no como una carencia si no como algo movilizador, generador de recursos.

El objetivo primordial del proyecto apunta mejorar la calidad de vida y estado de salud de los pacientes, no siendo ésta entendida como lo contrario de enfermedad, si no en un sentido positivo como **“globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social”**

A través de los talleres de teatro y cerámica se busco llevar a cabo los objetivos propuestos en el anteproyecto; en los talleres de cerámica se realizaban objetivos concretos planteados al principio de la clase, ya que al trabajar con personas psicóticas sabíamos que no poseen la capacidad de simbolizar, es por eso que lo que se enfatizó fue la creatividad personal que cada uno le ponía a lo que hacía y el trabajo en equipo con los otros compañeros y con los profesionales. Se partía de una consigna que daba la profesora, luego se lograba ese objetivo con la ayuda de todos dividiendo las tareas y finalmente se realizaba una reflexión final donde cada uno decía lo que había sentido, remarcando siempre la importancia de lo que lográbamos trabajando juntos.

A partir de este taller, en cual más que nada se trabajaba con las mujeres, se pudo establecer una muy buena relación de trabajo con dos de las pacientes. Pamela y Eliana; Pamela es una chica muy desinhibida a la cual su familia no quiere tener en su casa, por la falta de control que ella manifiesta diariamente, se pudo trabajar mucho con ella el tema del cuidado personal, del respeto, de hacerse valer como persona. Pamela poco a poco pudo ir controlando su comportamiento, debido a que se sintió escuchada, expreso sus miedos y necesidades que su familia no había podido escuchar aún. Ésta paciente luego de varios meses en rehabilitación comenzó a volver algunos días de visita a su casa y a compartir tiempo con su familia y amigos.

Eliana fue presentada como una paciente que se automutilaba, varias veces durante los talleres se la separaba para que ella pudiera expresar lo que sentía ya que le cuesta mucho poner en palabras lo que piensa y sobre todo cuando esta frente a mucha gente, es por esto que se trataba de trabajar una parte del taller con ella aparte para que pudiera canalizar y expresar su angustia sin pasarla al cuerpo como venía haciendo. Disminuyeron sus intentos de suicidio y de lastimarse a sí misma ya que pudo decir lo que hace mucho tiempo estaba guardando, y pudo sentirse que contaba con alguien, contenida, su sentimiento de soledad se dejo de lado al menos por un tiempo.

En los talleres de teatro lo más importante fue la expresión corporal, partiendo de que estos sujetos tienen dificultades para expresarse, sabiendo que padecen un aplanamiento afectivo importante se reforzó el establecimiento de redes tanto con compañeros como con profesionales, buscando que cada uno pudiera liberar lo que sentía y lo que necesitaba. Se apuntó a que puedan ver que también un compañero del hospital puede ser un amigo y una persona que brinde apoyo y contención.

Al finalizar los talleres se realizaba “el Fogón” Donde cada uno decía como se había sentido, cuando finalizaban todos de hablar cada uno se llevaba una llamita para guardar lo que habíamos hecho y que no se apague.

En todas las reflexiones muchas veces se repetían los sentimientos y las necesidades, a partir de ahí se confrontaba a los pacientes con ese otro que también pasa por una situación similar y en el cual me también se pueden apoyar, fomentando así la solidaridad y el compañerismo entre ellos, fortaleciendo sobre todo las redes dentro del Hospital, ya que muchas veces tanto éstas como la redes fuera del hospital, sobre todo con la familia, se encuentran debilitadas y los pacientes se sienten muy solos.

Se comenzó trabajando la identidad personal y las necesidades a partir de lo que cada uno expresaba en el fogón, todos se sentían identificados con lo que decía el otro, se le daba la oportunidad a cada uno de hablar y de ser escuchado para que pudieran ver así como cada uno es una persona única y particular, pudiendo salir del sentimiento de masificación que viven diariamente. A partir de estas necesidades expresadas se planeaba como seguir trabajando.

Después de varios talleres dedicados a la identidad se trabajó el tema de la libertad y los sueños, en donde cada uno tenía que expresar lo que era la libertad y cuál sería su sueño ideal, pero no con palabras si no con el cuerpo, representar a través de una posición corporal, una cara, un gesto lo que eso significaba para ellos. Esta actividad los movilizó mucho porque pensaron en el futuro, en ellos fuera del hospital, algo que ansían pero que a la vez les da mucho miedo.

Se realizó un festejo para el día de la primavera, con juegos programados en el taller de teatro, en donde el objetivo principal fue que pacientes y profesionales fueran parte de un mismo festejo, donde todos participaran y compartieran la mañana realizando actividades, merendando, jugando, bailando todos en conjunto, desde un mismo lado, tendiendo a disminuir la asimetría que caracteriza la relación profesional-paciente.

Finalmente se realizó la construcción de una máquina de la Salud, cada uno tenía que decir lo que creía que esa máquina necesitaba para funcionar, luego de que todos hablaran se representó la máquina, donde cada uno se ponía en el lugar que iría la partecita que habían dicho, tanto pacientes como profesionales **construimos** la máquina de la salud. Los pacientes se manifestaron muy entusiasmados con éste taller y todos participaron más animados que de costumbre, realmente queriendo construir ésta máquina que les permitiera cambiar el rumbo de sus vidas hacia un mundo mejor. Juan fue uno de los pacientes que más se destacó en los talleres de teatro, si bien siempre mantuvo sus delirios, éstos fueron cediendo con el paso del tiempo y pudo cada vez más integrarse en la actividad presentada, siendo finalmente uno de los líderes del grupo, volviendo a sonreír en cada taller y brindándoles esa alegría a los demás, que lo seguían al ver su entusiasmo y sus ganas para trabajar y salir adelante.

Llegó el momento de la despedida con todo el grupo, ya que los mismos que acudían a cerámica los lunes eran los que realizaban el taller de teatro el miércoles, primero que nada se les agradeció por su disposición a trabajar; se les manifestó que me llevaba mucho de ellos y lo bueno que había resultado el trabajo.

Ellos se manifestaron muy contentos y agradecían haberse sentido escuchados, pidiendo que se repita éste tipo de actividad en donde al finalizar el taller estaba el espacio para poder “expresar”. Fue una despedida muy emocionante con mucho cariño entre todo el grupo debido al tiempo compartido y trabajado todos juntos como comunidad, entendiendo ésta como un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado,

preexistente a la presencia de los investigadores o interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y tiempo determinados y que generan colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines: Maritza Montero (2006).

Los objetivos planteados y temas trabajados se mantenían a lo largo de los talleres debido a la patología que padecen las personas del grupo con el que se trabajó, tienen dificultad a la hora de recordar y retener la temática trabajada, dificultad a la hora de concentrarse para comenzar la actividad y de expresarse cada vez que se tocaba algún tema nuevo, se trabajó mucho sobre la confianza, mostrando que todos éramos parte de esa institución, buscando los mismo objetivos, apuntando a una mejor calidad de vida , permitiéndoles esto más libertad a la hora de expresarse. Se procuró poner menos cantidad de objetivos, a largo plazo, pero que pudieran ser logrados.

Observaciones...

Hubieron pocos pacientes en los que pudo verse un cambio para mejor, y el hecho de que aunque sea solo tres pacientes pudieran comenzar a apropiarse de la mejoría de su salud, interactuando con los demás y metiéndose en el trabajo de cada taller como los principales protagonistas, es lo que motiva a seguir adelante con el proyecto, más allá de los obstáculos institucionales o que el deterioro de los pacientes, debido a las patologías, puedan presentar.

Que se logro...

- ✓ Que cada paciente pudiera reencontrarse como un ser único, apuntando a disminuir la masificación
- ✓ Fortalecer las relaciones entre los pacientes, y de los pacientes con los profesionales
- ✓ Fomentar la solidaridad
- ✓ Promover la autogestión a partir de encontrar los propios recursos
- ✓ Promover la libre expresión y pensamiento
- ✓ Desarrollar habilidades para desenvolverse fuera del hospital
- ✓ Disminuir la ansiedad y miedo hacia el afuera y el futuro
- ✓ Trabajar temas propuestos por los pacientes y necesidades surgidas durante los talleres tales como: libertad, el miedo que produce salir de la institución, etc.
- ✓ Se abordaron las necesidades no como carencias si no como recursos que movilizan en pos de una búsqueda para estar mejor.

Con respecto a los pacientes que participaron en los talleres y de las reflexiones finales llevadas a cabo se observo un gran compromiso, un gran potencial y recursos en muchos de ellos, una gran necesidad y satisfacción por sentirse escuchados y acompañados, muy buena predisposición e interés en que se hagan los cierres grupales luego de la actividad, los cuales fueron orientados según la necesidad de los pacientes, siendo éstos el objetivo fundamental y más importante de trabajo, comprendiéndolos y respetándolos como sujetos de derecho.

Aspectos que deberán ser más trabajados y que produjeron mayor dificultad a ser logrados fueron; el trabajo transdisciplinario, para lo cual se necesita priorizar el trabajo en equipo, escuchando y respetando las distintas propuestas

y saberes. Este fue un objetivo difícil de lograr ya que la mayoría de los profesionales se interesaban por su tarea y no estaban muy de acuerdo con el trabajo en equipo y mucho menos con trabajar junto a los pacientes, más bien preferían mantener una asimetría, marcando diferencias con ellos.

También resultaba por momentos complicado promover la autogestión porque los profesionales y las personas internadas están muy institucionalizados, les resulta difícil aceptar lo nuevo, sobre todo a los profesionales y a los pacientes en el sentido a que están acostumbrados a que hagan todo por ellos, es por eso que son considerados “pacientes”, pasivos dentro del hospital; es así como poco a poco al pasar los años van perdiendo su identidad y se van olvidando de quiénes son y de lo que pueden hacer.

Otro punto importante a ser trabajado sería la relación familia-sujeto internado, lo cual no pudo realizarse ya que era muy difícil establecer contacto con los familiares, la gran mayoría de los pacientes se encuentran abandonados en el hospital, es por esto que se reforzó mucho durante el proyecto el vínculo con los demás internos y con los profesionales.

Los objetivos propuestos, logrados y no logrados, necesitaron de más tiempo y más colaboración por parte del hospital tanto para llevarse a cabo como para mantenerse en el tiempo cuando el psicólogo comunitario ya no esté.

Propuestas desde el Rol del Psicólogo Comunitario...

Los **psicólogos** asumen el rol de **agentes estimuladores de las transformaciones**, nunca el de rectores de las mismas.

Las funciones del psicólogo comunitario son:

Crear servicios preventivos a través de la formación de grupos de autoayuda.

Participar en actividades de planificación y programación de proyectos, con el objeto de influir en el modo en que los servicios se adaptan a las necesidades de la población local y las formas en que se le ofrece.

Realizar servicios de consultoría destinados a brindar asesoramiento y orientación técnica a otros profesionales de la salud.

Realizar tareas de transmisión de habilidades, basados en el entrenamiento de otros profesionales y de miembros de la población local para que se encarguen de funciones terapéuticas o de asistencia.

En base a esto se propone:

- Funcionar transdisciplinariamente para que puedan lograrse los objetivos propuestos, trabajando en pos de la salud para todos, incluyendo la participación del sujeto como actor principal. De tal forma que las propuestas de promoción, prevención lleguen a oídos de profesionales y no profesionales para interiorizarnos del tema y tomar conciencia de esta problemática social.
- Trabajar juntos, agentes internos y externos disminuyendo asimetrías

- Promover la autogestión apuntando a que los sujetos se apropien de la prevención y promoción de su salud.
- Tomar las necesidades como potencialidades, entendiendo a cada uno de los sujetos como sujetos de derecho.
- Estimular la participación solidaria, el respeto por los derechos y el cumplimiento de los deberes de todos los actores sociales para seguir promoviendo el cambio de conciencia que se está gestando.
- Combatir la incultura del “no te metas” demostrando a través de la realidad que expusimos, que el individualismo no lleva más que al aislamiento, retraimiento, soledad, etc. Y que en cambio, participar e interaccionar en grupo enriquece a todas las personas por igual.

- Los graves problemas sociales que padece nuestra comunidad no podrán encontrar resolución sólo con la participación de los propios damnificados y/o profesionales en el tema, si ésta no se engarza en una propuesta de cambios estructurales que ataque la problemática en sus causas más profundas. Por esto es necesario una intervención desde todos los ámbitos de la sociedad, ya que todos tienen algo valioso para aportar. Entre todos podemos construir una realidad que nos guste y nos permita vivir satisfaciendo al máximo nuestras necesidades.

A partir de lo antes propuesto se apunta a un cambio, tal como lo propone Saforcada (1999), del paradigma clínico al paradigma sanitarista:

- De la simplicidad a la complejidad
- Del cientificismo autocrático al respeto por la diversidad
- De la dependencia al desarrollo de competencias
- De la evitación del daño a la promoción de la salud

TERCERA PARTE

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Partiendo desde el punto de lo que fue el trabajo en el Hospital, resultó difícil poder empezar y poder ponerse de acuerdo con los profesionales; pero una vez que se logró la inserción en la comunidad, se establecieron los días y se pudo tomar contacto con los pacientes, las actividades y el tiempo fueron fluyendo de manera sorprendente, ya que habían prejuicios e interrogantes antes de comenzar tales como: ¿Podrán personas psicóticas reflexionar sobre lo trabajado?, ¿Poner en palabras los sentimientos?, ¿Mantendrán su atención como para sostener la actividad?, ¿Permitirán que el agente externo pueda integrarse a su grupo de trabajo?

En un primer momento se intentó llevar un plan de trabajo con objetivos bien delimitados, pero el trabajar con estas personas, tomar contacto con ellas y con sus diferentes patologías fue lo que hizo que las actividades surgieran según sus propias necesidades y según sus tiempos personales.

Sin duda la psicosis muchas veces es vista como un camino sin salida, las personas psicóticas la mayor parte de las veces son consideradas, hasta dentro de las mismas instituciones, como sujetos pasivos y sin recursos, pero es justamente lo contrario lo que se apuntó a mostrar con este trabajo de investigación.

Ver al psicótico primero como persona antes que como enfermo, antes de estigmatizarlo, brindarles la oportunidad de expresarse y de reencontrarse como personas con potencialidades y derechos. Sin dejar de tener en cuenta cuáles son y cuáles no son sus limitaciones, como todos podemos tener, haciendo énfasis en lo que sí se puede, estas personas pueden ser protagonistas del cuidado de su propia salud, apoyándose y trabajando a la par

con los profesionales y con sus amigos, familias, logrando un verdadero establecimiento de redes sociales.

Es este “ser parte de” lo que les permite sentir que siguen vivos que son parte de esta sociedad, que son seres humanos.

Para que éstos objetivos pudieran terminar de culminarse no solamente faltó tiempo si no también haría falta conciencia social, no solo para la gente que no los conoce, si no para la gente que ésta todos los días con ellos y aún los discrimina, los ponen en un lugar inferior y diferente, es necesario que todos dejemos de lado estos prejuicios, para juntos luchar por la igualdad y la calidad de vida.

Haciendo referencia a lo que significo en un aspecto personal el trabajo en el Hospital El Sauce, fue vivido como una experiencia muy enriquecedora, en donde los obstáculos sirvieron para poner mayor energía y esfuerzo en hacer mejor las cosas.

El trato con los pacientes y la relación que se pudo establecer con ellos superaron ampliamente mis expectativas y me impulsó para saber que esto no termina en la práctica de mi tesina , sino más bien pasa a ser un proyecto de vida, de trabajo, que va a ser continuado desde el rol de psicólogo comunitario; si bien el campo de los neuropsiquiátricos es algo muy explorado, es el aporte de lo comunitario lo nuevo que apunta a un cambio no solo dentro de la institución si no también dentro de la sociedad en general.

Son los que se quedaron los que merecen hoy toda mi dedicación, lucha y compromiso. Cada uno de ellos tiene una historia que debe ser oída, una necesidad que debe ser cubierta y un corazón que sufre y debe ser enmendado.

Me gustaría dejar en claro que, cada uno de los pacientes que colaboraron conmigo en esta tesis tienen sueños, vidas que realizar fuera de la institución, miedos al afuera

(Por eso sus reincidencias), pero por sobre todas las cosas, mucha necesidad de afecto...

El punto es que, los manicomios no curan, al contrario, enferman más, porque dentro de sus paredes se encuentra la peor enfermedad de todas, la soledad, el abandono, el olvido... Entonces, ayudemos a NO olvidar, a que las personas con enfermedades mentales sean tratadas como cualquier otro enfermo, y no “depositado” por el solo hecho de que a la sociedad le da miedo lo distinto, lo desconocido... Informémonos, no ignoremos una realidad muy seria: hay gente que sufre, que está sola, y que necesita ser escuchada y tratada como cualquier otro ser humano...

Es momento de sacarnos la venda de los ojos, de dejar de hacernos los sordos, es momento de actuar, de ayudar, de ponerse en el lugar de otros...Porque hoy son ellos, pero mañana “los olvidados” podríamos ser cualquiera de nosotros...Y entonces, ¿Quién nos escucharía o ayudaría?

Como futura psicóloga considero importante los aportes que esta experiencia, a partir del trabajo en conjunto con otras personas y otras disciplinas, puede aportar a nuestro aprendizaje. Apuntar al empoderamiento, entendiendo éste, como el proceso de acción social que promueve la participación de la gente, de las organizaciones, de las comunidades en ganar control respecto a sus vidas en comunidad y en el conjunto de la sociedad. **Actuar con otros intentando lograr un cambio.**

El conocimiento va de la mano de la experiencia y trabajar con las comunidades nos da la posibilidad de ir construyendo el mismo, en una espiral continua de acción - reflexión – acción.

Puede resultar un proyecto ambicioso todo lo propuesto pero no imposible y es por esto que se debe poder continuar...