

En camino a la cordura

La desmanicomialización en la Argentina

Nuestro país fue pionero en América latina en el tratamiento de padecimientos mentales. Las dictaduras militares impusieron retrocesos también en esta materia pero desde la recuperación democrática se vienen registrando avances y experiencias alentadoras.



Hace más de un siglo, Domingo Cabred revolucionó el tratamiento que se les daba a las personas con padecimientos mentales en nuestro país. Recibido de médico en 1881, se especializó como “alienista” –equivalente entonces a lo que hoy sería un psiquiatra– trabajando en el “Hospicio de Mujeres” y luego en el “Hospicio de las Mercedes”. Ambas instituciones estaban entre las pocas que trataban los problemas mentales y seguían el modelo de “asilo-prisión” convencional en la época. A fines del siglo XIX, Cabred emprende un viaje de estudios a Europa y visita en distintos países instituciones asistenciales en las cuales los “alienados” no eran tratados como reclusos. “Los pacientes vivían en grupos de entre 25 y 30 personas en residencias más parecidas a un hogar que a las instituciones men-

tales tradicionales –cuenta el licenciado en Psicología Jorge Rossetto, Director Interventor de la Colonia Montes de Oca y especialista en desinstitucionalización–. Estaban ubicadas en las afueras de las ciudades, destinadas al cuidado, a la protección, tenían una fuerte impronta humanista y respondían a los principios de vincular el tratamiento al trabajo y la libertad de movimiento de los pacientes”. Cuando regresa de este viaje, Cabred comienza a promover un método de tratamiento surgido en Escocia y denominado Open Door, puertas abiertas, sustentado en prácticas no restrictivas.

En 1906 se crea la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales –presidida por Cabred hasta 1929– y comienza la construcción del Asilo Nacional de Alienados con el fin de poner en prác-

tica estas nuevas ideas. “Fue la puesta en marcha de un tipo de institución diferente al conocido hasta entonces –dice Rossetto–. De cierta manera, Cabred intentó hacer la primera política de Estado en materia de tratamientos de salud mental. Visto a la distancia, en el año del centenario de la Colonia Nacional Montes de Oca y de la Colonia Oliva de Córdoba, es interesante hacer una revisión de estas instituciones desde el contexto histórico. Surgen como respuesta al abandono y a la exclusión, y su objetivo en cuanto a la protección de las personas se cumplió. Hay documentos que corroboran la rehabilitación de pacientes. Pero esto pudo ser sostenido durante pocas décadas, luego entraron en ocaso, en un período negro. Se fueron transformando de instituciones abiertas a cerradas, de métodos y tratamientos no restrictivos a represivos. En este desplazamiento de los fines originales en su misión institucional tuvieron fuerte incidencia las dictaduras militares, las interrupciones de la democracia”.

Desinstitucionalización

Más allá de los avances producidos en los tratamientos de los padecimientos mentales, el modelo manicomial mantuvo su hegemonía. Recién en la década de los 60, el psiquiatra italiano Franco Basaglia comienza a hablar de “desinstitucionalización” de los enfermos mentales y desarrolla prácticas basadas en el principio de “comunidad terapéutica”.

“Cuando se habla de desinstitucionalización, es en vinculación al concepto de ‘instituciones totales’ definidas en 1961 por el sociólogo Erving Goffman en su libro ‘Internados’ –explica Rossetto–. Las instituciones totales se caracterizan por su nivel de aislamiento, son cerradas, y por mantener estrictas rutinas en sus funcionamientos. La desinstitucionalización en salud mental o discapacidad promueve una profunda reforma de este modelo. Entre las distintas alternativas de atención, una que tiene base en la comunidad con el objetivo de integrar a ella al paciente es sustancialmente diferente a la realidad vital de un individuo internado en una institución manicomial”.

En la Argentina hubo distintos momentos y experiencias en esta materia. “La más conocida es la del Policlínico de Lanús, encabezada por Mauricio Goldemberg en los años 60 y hasta principios de los 70 –refiere Rossetto–. Armando

La comunidad como recurso

“Cuando se habla de recursos en salud mental –dice Rossetto– se piensa en el especialista, pero cuando se trabaja desde una perspectiva más comunitaria, los recursos en salud mental somos todos, la propia comunidad. No hace falta ser un especialista para dar cierta contención, para funcionar como agente de salud mental, todos lo somos potencialmente. Esta perspectiva por la cual muchos de los cuidados de salud mental se pueden hacer desde la propia comunidad es lo que el modelo manicomial no tiene en cuenta. Se trata de cambiar un enfoque en el cual se revaloriza el papel de diferentes actores comunitarios y sus posibilidades de producir salud. No es para todos los casos, pero hay un piso importante de problemas o padecimientos de salud mental que podrían resolverse en la propia comunidad con recursos que ella tiene. El médico, la pastilla o la institución no son lo único que puede proporcionar bienestar. Estos son procesos que con continuidad y voluntad política indefectiblemente se van a ir profundizando. En Villa Caraza, Lanús, hay un Centro de Atención Primaria en el cual a través de la organización, del equipo y del trabajo con la comunidad fueron desarrollando estrategias innovadoras y eficaces que favorecen la inclusión social. Hay personas, incluso con padecimiento mental grave, que están viviendo en la comunidad apoyados por los propios vecinos. Desarrollaron un trabajo en red que demuestra que se puede trabajar desde un enfoque distinto”.

Bauleo, importante psiquiatra y psicoanalista fallecido hace unos meses, quien trabajó durante su exilio en Italia con Basaglia, contaba que a éste lo sorprendieron las experiencias generadas en la Argentina. Eran avances muy importantes en el desarrollo de los servicios de atención en la comunidad y el trabajo con grupos. Pero fueron tremendamente dañados por las dictaduras militares, las cuales produjeron grandes retrocesos respecto de progresos ya logrados en innovación y servicios a la comunidad”.

En los años 80, ya recuperada la democracia, se inició otra importante experiencia en la provincia de Río Negro, encabezada por el psiquiatra Hugo Cohen. Se desarrolló en el Hospital de la ciudad de Allen, otra de las instituciones incluidas en el proyecto de Cabred. “Incluso fue legi-

timada por la ley provincial 2440 que solo permite la internación como última instancia –explica Rossetto–. Es una experiencia muy importante y reconocida. Se han ido desarrollando equipos de salud mental en toda la provincia y es tomada como referencia en otras. Más acá en el tiempo, la provincia de San Luis inició una experiencia en la cual transformaron un hospital psiquiátrico con 120 camas en hospital escuela de salud mental con 8 o 10 camas de internación breve, y el resto de los pacientes viviendo integrados a la sociedad”.

“Las experiencias que existen en provincia de Buenos Aires, Río Negro, San Luis; pero también Santa Fe, Mendoza y otras –prosigue Rossetto– van señalando que efectivamente se puede trabajar de otro modo, que se puede integrar, que estas personas pueden formar parte de la comunidad, ser uno más, y no necesariamente tienen que estar excluidos, aislados”.

Resistencias

Las instituciones manicomiales existen porque hay una sociedad que las promueve. Su transfor-

“Se dieron avances muy importantes en el desarrollo de los servicios de atención en la comunidad y el trabajo con grupos. Pero fueron tremendamente dañados por las dictaduras militares, las cuales produjeron grandes retrocesos respecto de progresos ya logrados en innovación y servicios a la comunidad”. mación implica variadas situaciones de conflictos y resistencias tanto al interior de las instituciones como en la comunidad. “Todavía hay mucho prejuicio, una representación de la locura, de la discapacidad, muy asociada al aislamiento y el encierro –afirma el especialista–. Muchas veces la sociedad se conmueve o escandaliza por lo que pasa en las instituciones totales, pero a la hora de abrir las puertas para la integración de personas que están institucionalizadas, mira para otro lado. En esto cabe pensar hasta qué punto las instituciones son funcionales a determinado modelo de sociedad. Una de las claves es trabajar muy fuerte en campañas de sensibilización social, porque no es sencillo desligar la locura del encierro, una asociación que está fuertemente arraigada en lo social por más que se diga desde lo discursivo otra cosa. Hay que trabajar contra la discriminación y la estigmatización. Son procesos de mediano y largo plazo”. La desinstitucionalización muestra buenos resultados terapéuticos, incluso para quienes estuvieron muchos años internados. “Pero también para el personal, los trabajadores –señala Rossetto–

Aviso

quienes durante años conocieron solo un modelo de atención posible y muchas veces hasta resistieron el cambio por incertidumbre, por miedo a perder el trabajo. La afirmación exitosa de este modelo no solo hace que esos temores desaparezcan sino que además implica más trabajo, más recursos, más compromiso, más responsabilidad". La mayoría de las personas institucionalizadas están desvinculadas de sus familias, y en muchos casos están internadas por una discapacidad mental. "Pero fundamentalmente, están internados por ser pobres, por una cuestión económica –asegura el entrevistado–. Aquí se suma situación familiar y situación socioeconómica. La posibilidad de su inclusión social, a la que tienen derecho, implica fuertes esfuerzos del Estado, necesitan de apoyos. Pueden ir a un Centro de día y estar en una casa siempre y cuando haya cuidadores y operadores que participen del proceso de rehabilitación. Es un punto central". Estos apoyos tienen que ver fundamentalmente con recursos humanos. "Personas que acompañen, servicios que deben existir –explica Rossetto–. A nivel comunitario, la red se puede ir cons-



truyendo con organizaciones de la sociedad civil, con distintos tipos de organizaciones que fortalezcan el proceso de inclusión. No es un modelo posible para todos pero sí para una gran mayoría. Para quienes no puedan convivir con otros

pacientes en una casa común habrá que plantear otras alternativas”.

Desafíos

“Las experiencias en EE.UU. o Inglaterra de cierre de hospitales psiquiátricos no vinieron de la mano de políticas orientadas a la protección de los individuos –asegura Rossetto–, muchas veces respondi-

ron más a una política neoliberal de ajuste. Esto también ha desacreditado a la desinstitucionalización y hasta le ha dado fundamentos a quienes se oponen porque finalmente implicó el abandono, la desinversión del Estado en los servicios y la desprotección de esas personas que, de alguna manera, tenía lugar con las instituciones tradicionales. Es un tema muy complejo. En esta cuestión, a veces surge el mito de reconvertir el sistema con un mismo presupuesto, pero por mi experiencia veo que hay una etapa donde hay que volcar recursos tanto para sostener el viejo modelo como para ir construyendo el nuevo”.

“La desinstitucionalización no puede hacerse de cualquier modo –continúa Rossetto–, tiene que ser con atención y protección por parte del Estado, tiene que ir generando credibilidad hacia el interior de las instituciones y de la comunidad. Muchas veces entre una externación y el abandono hay un paso. Lo que marca la diferencia es que sea una externación asistida. Uno de los grandes desafíos es cómo sustentar este modelo en una política de protección con inclusión social. Otro es cómo integrar comunidad y protección, desde la institución, desde el Estado; y un tercer desafío es poder desarrollar una red de servicios y de contención en cada comunidad”.

Según el especialista, nuestro país está en un momento interesante en materia de desinstitucionalización. “Hay cada vez más experiencias de trabajo en políticas con orientación de base comunitaria, muchas veces promovidas desde las mismas instituciones psiquiátricas o asilares –afirma–. Esto muestra un cambio fundamental; en la necesidad del trabajo con municipios, de desconcentración de la atención psiquiátrica, de que las propias instituciones trabajen de manera descentralizada y a través de convenios con el nivel local la apertura de unidades residenciales en la comunidad. Esto está pasando. Hay experiencias muy interesantes como el Programa de Externación y Rehabilitación Asistida para la Integración Social que nació en el Hospital Estévez en el año 99; la del Melchor Romero, con la apertura de casas y centros comunitarios de salud mental; la experiencia reciente en Montes de Oca, en el Hospital Cabred. Todas ellas han surgido de las propias instituciones psiquiátricas, con apoyo tanto de la provincia como de la Nación. Antes había una dicotomía muy fuerte entre lo comunitario y las instituciones. Actualmente, este proceso de reconversión gradual se viene dando en forma sostenida, se va multiplicando y ya hay experiencia acumulada y resultados”.



“Todavía hay mucho prejuicio, una representación de la locura, de la discapacidad, muy asociada al aislamiento y el encierro. Muchas veces la sociedad se conmueve o escandaliza por lo que pasa en las instituciones, pero a la hora de abrir las puertas para la integración de personas que están institucionalizadas, mira para otro lado”.

Volver a casa

Rossetto destaca la importancia que tienen los programas de subsidios a la externación como una de las principales estrategias de desinstitucionalización. “Hay antecedentes muy importantes –explica– como el “Programa Vuelta a Casa” implementado en los hospitales psiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires, a través de un convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Humano. La Curaduría General de la Provincia de Buenos Aires también implementa un programa similar desde hace años. En el caso de la Colonia Montes de Oca, el programa se denomina “Regreso al Hogar” y consiste en un subsidio de \$480 mensuales que se ajusta en forma simultánea a la pensión asistencial por discapacidad. En todos estos casos el aporte económico es un factor importante, pero no es lo único, ya que las intervenciones generalmente involucran a otros temas como psicoeducación, tratamiento psiquiátrico y control farmacológico en el nivel local, intervenciones familiares y comunitarias, entre otras”.