

# **EL MOVIMIENTO DE SALUD MENTAL: UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y CRÍTICA**

---

**Martín de Lellis**

PROFESOR TITULAR

Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

## INTRODUCCIÓN

El campo de la Salud Mental se halla enfrentado hoy a importantes tensiones y desafíos, fruto de un cúmulo de situaciones que, a lo largo de un dilatado período histórico, han terminado de conformar una agenda de cuestiones complejas y de difícil resolución.

Para lograr una adecuada comprensión de los problemas que hoy el Estado debe caracterizar y resolver a través de políticas públicas específicas, es necesario proceder a una somera reconstrucción histórica que nos oriente en torno a cuáles han sido las principales tendencias que se han planteado en este campo, las cuales se han mostrado estrechamente asociadas a factores políticos y a las pautas socio-culturales dominantes en cada período considerado.

En primer lugar examinaremos cómo han surgido y se han consolidado las primeras instituciones de corte asilar-tutelar en Argentina, así como su momento de mayor potencia y expansión como respuestas a los *males sociales de la época* y según la impronta político-institucional que le imprimió la generación del centenario en las primeras décadas del pasado siglo.

En segundo término, abordaremos la progresiva declinación de este modelo, conforme se produjeron importantes cambios en el contexto político, institucional, en las modalidades asistenciales y en las expectativas psicosociales interiorizadas por los sujetos afectados respecto del derecho a ser asistidos por esta clase de dolencias, así como la imposibilidad de hallar un modelo sustitutivo capaz de resolver con eficacia las cada vez más complejas y prevalentes problemáticas de Salud Mental.

Más adelante plantearemos cómo se han ido planteando las incipientes críticas y los intentos de superación de este modelo en el marco de lo que históricamente se denominó la higiene mental, y detallaremos luego la emergencia y consolidación del movimiento de Salud Mental, así como todas las expectativas que este ha generado en el plano sanitario, jurídico y político-institucional.

Por la particular relevancia que reviste, nos centraremos en los procesos de reforma acaecidos en la región de América Latina y en nuestro país que son consistentes con

los crecientes cuestionamientos al modelo asilar-tutelar desde un enfoque fundado en la protección de derechos y desde una propuesta asistencial basada en la deconstrucción del asilo y el trabajo en redes integradas de servicios.

La identificación de este proceso de reforma institucional nos permitirá identificar cuáles han sido los hitos más destacados en el período reciente, entre los cuales se incluye la sanción de la ley nacional de salud mental y las actividades desplegadas por la autoridad de aplicación en favor de su cumplimiento durante los últimos diez años.

Por último, y más allá de las profundas controversias que este movimiento ha generado en el último medio siglo, efectuaremos un balance crítico en torno a cuáles han sido los principales aportes identificados, así como las asignaturas pendientes y desafíos que cabe afrontar en el período venidero.

---

## SURGIMIENTO Y CENIT DEL MODELO ASILAR-TUTELAR

**“Los sueños de la Razón producen monstruos”  
Francisco de Goya y Lucientes (1799)**

En el transcurso de un dilatado período histórico que llega hasta el inicio de la modernidad el tratamiento de la locura era una responsabilidad que se cernía principalmente sobre el ámbito doméstico: mientras aquellos que se juzgaba peligrosos eran reclusos en el hogar o expulsados *puertas afuera*, a los que se consideraba más inofensivos se los dejaba vagar sin mayores dificultades como miembros integrados a la comunidad.

Ya avanzado el siglo XVII y hasta fines del siglo XVIII se consolidan y difunden en Occidente aquellas modalidades de tratamiento basadas en la coerción y el aislamiento indiferenciado de los sujetos caracterizados por su condición de excluidos en las que primaría, al decir de Klaus Dorner, la *administración racional de la irracionalidad*. Este proceso produjo, como efecto, una mayor protección pero al precio de una menor visibilidad social: *“Mendigos y vagabundos, gentes sin hacienda, sin trabajo o sin oficio, criminales, rebeldes políticos y herejes, prostitutas, libertinos, sifilíticos y alcohólicos, locos, idiotas y hombres estafalarios, pero también esposas molestas, hijas violadas o hijos derrochadores fueron por este procedimiento convertidos en inocuos e invisibles”* (Dorner, K. 1974. pp.29).

A pesar de la crueldad con que se sometía a las personas allí recluidas, las prácticas de confinamiento institucional comienzan a enmarcarse en una respuesta filantrópica basada en valores tales como la beneficencia y la caridad y preceden a lo que resultarían, en el siglo siguiente, la organización de las grandes instituciones especializadas orientadas al *encierro terapéutico*. Surgidos en Francia como respuesta a las necesidades de aislar a quienes se juzgaba una amenaza para el orden social y en un contexto de fuerte disciplinamiento propio del período pre y postrevolucionario, se irán constituyéndose institucionalmente los Asilos u Hospicios de Alienados como una herramienta asistencial específica para el tratamiento del padecimiento mental. De esta manera puede inferirse que las prácticas basadas en el encierro institucional, denunciadas por las condiciones de extrema crueldad y degradación de la condición humana que allí se producían resultaron

---

una de las tantas modalidades de intervención ante los problemas sociales y sanitarios emergentes.

En este contexto, el término “asistencia”, según Castel (2009), recubrió en el transcurso de la modernidad un conjunto extraordinariamente diversificado de prácticas que se inscribían en una estructura común, determinada por la existencia de ciertas categorías de poblaciones carecientes y por la necesidad de hacerse cargo de ellas. *“Durante siglos, el hospital fue la antesala del cementerio. Pero desde mucho antes fue un espacio físico donde se alojaban por igual y mezclados indigentes, enfermos, locos, desvalidos o simplemente extranjeros. La historia del hospital es paralela a la del deslinde de la medicina y su alejamiento de la magia, la superstición y la brujería”* (Brandariz, 2005).

En esta perspectiva de análisis no podemos dejar de remitirnos a los análisis realizados por Klaus Dörner (1974), Roy Porter (2003), George Rosen (1974), Ackernecht (1962) y Michel Foucault (1979) en torno a las instituciones disciplinarias que alcanzan su cenit durante el transcurso del siglo XIX. Desde la perspectiva ensayada por tales autores, resultará lógica la conclusión de que la locura no es un hecho natural sino la resultante de una construcción sociocultural sustentada a través de una intrincada y compleja red de prácticas policiales, judiciales, administrativas y médico-psiquiátricas.

Hacia mediados del siglo XIX se consolida una segunda etapa que resultó fundacional en la modalidad de tratamiento del padecimiento mental. La creciente racionalización y medicalización de la asistencia se planteó conjuntamente con la emergencia del Hospicio como la respuesta institucionalizada para dar tratamiento al problema de la locura, la demencia y el retardo mental. Estas instituciones se colocaron pronto a la vanguardia del proceso de atención y conformaron una respuesta institucional casi exclusiva para la atención de las dolencias mentales. El enfoque humanitario y compasivo representado por destacados médicos alienistas como Pinel en Francia, Chiaruggi en Italia y la obra de los retiros de inspiración religiosa ensayada por Tuke en Inglaterra se propusieron mitigar una era de maltratos y vejaciones que se expresaban en aquellos establecimientos en los que primaba una función más custodial que terapéutica. De allí en más los médicos, en vez de concentrarse de manera excluyente en los órganos corporales enfocaron su atención sobre el psiquismo, promoviendo la observación y el registro sistemático de la conducta del paciente. La obra de estos pioneros se proyectó al cabo de unas décadas a gran parte

de las naciones ya independizadas de América Latina, incluyendo países como Chile, México, Brasil y Argentina (Rivera Garza, 2002; van Young, 2005; Ruiz Ceballos, 1994; Vezzetti, 1988).

Dado que el objetivo formalmente declarado de estas iniciativas era dar protección al precio de una intensa exclusión, se crearon establecimientos denominados Asilos pero que fueron deviniendo paulatinamente en Colonias productivas tendientes al autoabastecimiento social y económico, y en los cuales primaba una función más residencial o custodial que terapéutica.

En Inglaterra y Escocia se populariza el método de *no restraint* (sin coerción, sin restricción) y comienza a adscribirse el éxito en el proceso de curación a la generación de un ambiente familiar en el cual podían convivir los internos y quienes lo atendían, y en la cual se incentivaba la conducta mediante el tratamiento moral, consistente en suavidad y cortesía en el trato, cesión de recompensas que podían oscilar entre la coerción externa hasta la restauración del autocontrol en el paciente, reproducción de la vida social en zonas rurales, por lo tanto, de las pautas de vida que regían para la sociedad general y, lo más relevante, aceptaban la libertad de egreso con permiso de las autoridades.

La *alienación mental* se constituyó en un concepto que permitió abarcar aquellas manifestaciones desviadas de la norma (definida, sobre todo, de acuerdo a acendradas pautas socioculturales) y en las que no se hallaba un asiento orgánico definido, aun cuando se presuponía la afectación del sistema nervioso o, más específicamente, el órgano cerebral. Este concepto designaba la radical ajenidad de quienes, al carecer de capacidad de juicio y discernimiento, debían ser asistidos en las múltiples dimensiones que afectaban su vida cotidiana, sin considerar bajo ningún aspecto la autonomía en la toma de decisiones que tales personas pudieran ejercer, y fundamentó las estrategias de corte asilar que se diseminaron de forma persistente por todo el mundo hasta bien avanzado el siglo XX bajo la denominación de Hospicios de Alienados.

El Asilo para alienados se constituyó en un ámbito con legitimación científica, y el cargo de Superintendente o Alienista se convirtió por entonces en una posición que gozaba de reconocimiento público, si bien era problemática su aceptación entre la naciente comunidad profesional, pues quienes la conformaban percibían con suspicacia una práctica terapéutica asentada en métodos tan poco replicables y que avanzaba mucho

---

más en el plano de las clasificaciones diagnósticas que en terapéuticas efectivas para la curación: los médicos eran designados para ocuparse de cuidar la salud y atender las enfermedades o interurrencias clínicas de las personas asiladas, pero sin la formación, ni las aptitudes ni la responsabilidad asignada para atender específicamente las dolencias mentales. *“A decir verdad, los alienistas norteamericanos han sido los menos médicos de entre los médicos, y los lugares en los que han practicado son los menos terapéuticos de entre los hospitales”* (Castel, F. et al. 1979, pág. 33).

El creciente proceso de racionalización de la asistencia produjo también como efecto una mayor segmentación y también una notoria segregación de los pacientes, que se expresó incluso en el diseño arquitectónico y funcional de los establecimientos asilares. Estos se emplazaban en zonas rurales muy apartadas geográficamente de los aglomerados urbanos más poblados, e incluían agradables parquizaciones inspiradas en concepciones higienistas que predominaron en Europa durante un prolongado período histórico. El prototipo recomendado por la Academia de Ciencias francesa, por ejemplo, propiciaba el alejamiento de las salas entre sí, separando a los enfermos por enfermedades y buscando el máximo de luz y ventilación. *“Impregnado del higienismo revolucionario, consistía en pabellones pequeños, separados, con sólo dos hileras de camas y con medidas y distancias proporcionadas en base a intuiciones sanitarias. Entre pabellones habría jardines, solo accesibles por convalecientes (.....) en tanto que al frente irían los consultorios externos y al medio la internación. (.....). Si bien aparecen en el esquema espacios funcionales especializados como enfermería y lavandería, la única sala especialmente diseñada sería la de cirugía, concebida como anfiteatro para la enseñanza anatómica y quirúrgica”* (Brandariz, G. op.cit. pág. 89)

Dado que el objetivo formalmente declarado de estas instituciones era dar protección al precio de una intensa exclusión, se configuraron establecimientos que tendieran al autoabastecimiento social y económico cuya modalidad era la de *puertas abiertas* en las cuales se promovía dentro de las instituciones la recreación o reproducción de la vida social. Por otro lado, la política de aislamiento terapéutico que confinaba a los anormales en un espacio segregado, preferentemente rural y alejado de los centros poblados, se justificaba en la medida que la urbe aparecía como potencial fuente de corrupción (por alojar el crimen y la disolución de costumbres) y como un ámbito más expuesto a la

inestabilidad del cambio social, representado esto último por el continuo arribo al país de las populosas corrientes inmigratorias cuyos sujetos portaban ideologías transformadoras vinculadas al comunismo, el socialismo y/o al anarquismo. Comprendían también un conjunto de dispositivos educativos y de laborterapia que, subsumidos en el modelo de Asilo-Colonia, permitían discriminar una atención específica de acuerdo al tipo de sujetos que demandaban asistencia.

El concepto de enfermedad mental se consolidó de manera concomitante a la hegemonía creciente de la medicina, al amparo de la atención prodigada en estas instituciones sobre este tipo de dolencias. Pioneros de la neurología y la psiquiatría, por entonces encarnación de legitimidad científica, jugaron un rol destacado en este proceso proveyendo una exhaustiva caracterización de síndromes enmarcados en sistemas clasificatorios que abrevaron en la labor de reconocidos médicos provenientes de Europa (tanto de la escuela francesa representada por Esquirol como de la escuela alemana representada por Kraepelin), y que tuvieron un perdurable impacto sobre las modalidades de tratamiento.

Los avances producidos por estas ramas de especialización médica jugaron un rol destacado en el proceso de institucionalización, pues suministraron un fundamento técnico para la creciente instauración de los nuevos asilos (el término se empleaba sin connotaciones peyorativas) y porque facilitaron la constitución del enfermo y/o el discapacitado mental como sujetos del campo científico y no simplemente moral.

Es importante referirnos a las corrientes teóricas que por entonces hegemonizaban la perspectiva psiquiátrica. Fundamentándose en flamantes teorías eugenésicas, cobró auge por entonces la perspectiva degeneracionista (Porter, R. 2003) que remarcaba la conveniencia, tanto para el paciente como para sus familias y para el entorno social, de que el sujeto viva en aislamiento y, sobre todo, evite ejercer conductas reproductivas que pudieran generar una descendencia aún más perturbada. Las teorías degeneracionistas, por otro lado, confirmaban las escasas alternativas de rehabilitación, ya sea por tratamiento clínico o por lo que entonces se reservaba a los rehabilitables –el tratamiento por la educación y/o por el trabajo- y fundamentaban procesos prolongados de reclusión bajo modelos custodiales de atención.

Bajo este marco institucional, el trabajo forzado en las instituciones de encierro conjugó la idea de redención por el trabajo con la condena moral de base calvinista, acerca de la ociosidad. La categoría trabajo adquirió una nueva entidad, pues ya no era concebida desde el valor expiatorio de la labor forzada en el encierro medieval -como medio de salvación-, sino que adquirió un valor terapéutico y una función moralizante que ya no estaba orientada por la disciplina religiosa sino hacia la integración social. La mayor parte de los ideólogos y dirigentes del siglo XVIII proponían la idea de que el Estado debía usar su autoridad para obligar a todas las personas que eran capaces de ocuparse en la producción a que trabajaran. Así las soluciones propuestas podían diferenciarse según se orientaran a reprimir la ociosidad mediante legislación punitiva o bien creando instituciones que proporcionaran trabajo al pobre y sancionaran a quienes se negaran a trabajar. Esta concepción, fuertemente arraigada en la creación y mantenimiento de la Institución asilar, nos permite comprender la relevancia que tuvieron las medidas orientadas a promover el aprendizaje de oficios o las distintas formas de laborterapia en el marco de las estrategias rehabilitadoras de la alienación y el retardo mental.

El modelo tutelar halló fundamentación ética en el criterio de beneficencia que se centraba en deber profesional, simbolizado en la figura del médico humanista y reformador encarnado por Pinel, quien llevaba al ámbito de los sórdidos manicomios las promesas de liberación que por entonces encarnaba la Revolución Francesa. Apoyándose en la leyenda heroica que lo identificaba como quien había sido capaz de sacudir las cadenas que sujetaban los cuerpos pero también las amarras de la ignorancia que impedían un tratamiento humano de las distintas formas de locura, el enfoque pineliano halló fundamento científico en las teorías que por entonces resultaban dominantes para entender las patologías rotuladas como mentales. Este enfoque de la beneficencia permaneció incuestionado, y por un dilatado período justificó todas las medidas que se adoptaban según un criterio basado en el mayor bien para el paciente, pero sin consultarle a este qué significaba dicho bien.

Durante el transcurso del siglo XIX, luego del período calificado como el *gran encierro* (Dorner, K. op. cit), fue tomando cuerpo la idea de que las personas con retardo o alienación mental requerían una protección que ameritara la intervención del poder judicial. Por imperio de normativas específicas, la administración de Justicia fue

interviniendo progresivamente en la atención dispensada por las instituciones de salud mental, con el fin de ofrecer tutela para la protección de los pacientes, e implicó la apertura de procesos judiciales para quienes no reunían condiciones de autovalimiento, a menudo mediante la designación de representantes denominados *curadores* (familiares o de oficio) cuyo rol era velar por la cobertura y atención de sus necesidades básicas, incluso en materia de salud.

Fue también durante ese período que se iniciaron las primeras reformas tendientes a revertir las aberrantes condiciones en que se hallaban quienes eran reclusos, a menudo brutalmente. Bajo la categoría de dementes o enfermos psiquiátricos. El rótulo o calificativo de demente, que ha subsistido en el Código Civil argentino durante un larguísimo período de tiempo, era consistente con el enfoque tutelar que, negando a las personas toda capacidad, designaban a sustitutos legales que eran los portadores de la auténtica capacidad. Así es cómo, pese a las intenciones de brindar protección a los más desvalidos, terminó reforzándose una visión estigmatizante de la persona con esta clase de trastornos que, paradójicamente, los ha privado de mayores oportunidades de inclusión social.

Este proceso se desplegó durante un prolongado período de tiempo, en el cual la administración de justicia fue delegando progresivamente la función de “juzgar”: A lo largo del procedimiento penal y de la ejecución de la pena, comenzaron a reproducirse toda una serie de instancias anejas. *“En torno al juicio principal se han multiplicado justicias menores y jueces paralelos: expertos psiquiatras o psicólogos, magistrados de la aplicación de las penas, educadores, funcionarios de la administración penitenciaria se dividen el poder legal de castigar; se dirá que ninguno de ellos comparte realmente el derecho de juzgar; que los unos, después de la sentencia, no tienen otro derecho que el de aplicar una pena fijada por el tribunal, y sobre todo que los otros no intervienen antes de la sentencia para emitir un juicio sino para ilustrar la decisión de los jueces* (Foucault, 1987, p. 28).

En el ejercicio de la tutela jurídica la administración de justicia ha puesto en práctica diferentes herramientas (por ejemplo, el oficio, la sentencia, el amparo, el hábeas data, el fallo en diferentes instancias del aparato judicial) y ha investido diferentes roles en el funcionariado (por ej: el curador, el defensor, el juez, el perito de parte o de oficio) con la

finalidad de garantizar el cumplimiento de derechos cuyos estándares se hallan consagrados por normativas nacionales e internacionales.

Es por esta razón que, en el contexto de estas instituciones, el sistema de atención continúa en la actualidad manifestando un alto grado de judicialización, razón por la cual deberíamos cuestionarnos acerca de cómo se vincula ello con la efectiva protección y defensa de los derechos de quienes sufren trastornos mentales, ya que los pacientes allí atendidos han presentado históricamente un alto riesgo de hallar vulnerados derechos tales como: a recibir información, a dar consentimiento al tratamiento dispensado y a no sufrir malos tratos, entre otros aspectos que se pueden identificar como importantes.

Se ha descrito el anudamiento entre las prácticas judiciales y sanitarias propio del modelo tutelar mediante diversas expresiones: por ejemplo, se alude comúnmente a la psiquiatrización del derecho o a la colonización de la justicia para señalar la confluencia de ambos discursos y sus consecuencias en la práctica de los operadores que actúan en uno u otro poder del Estado. El anudamiento funcional entre ambos discursos se ve también reflejado en el criterio adoptado comúnmente para el tratamiento de ciertas conductas específicas, tales como aquellas pasibles de ser interpretadas como: a) la peligrosidad, en tanto conducta dañosa que puede adoptar potencialmente la persona, justificó prácticas de reclusión y dio lugar a la intervención preventiva, distinta de la terapéutica o de la social; b) la inimputabilidad como indicador de inconciencia, inmadurez e irresponsabilidad y que obturó en los sujetos la posibilidad de asumir una progresiva responsabilización en la toma de decisiones; c) la incapacidad como indicador que, pese a los fines declarados de una mayor protección, pueden consolidar la privación de oportunidades para el acceso a derechos básicos en la esfera social, cívica, laboral y educativa.

Pero más allá de los acuerdos normativos que han ido consolidándose y ampliando la esfera de los derechos subjetivos, *“subsisten muchas situaciones en las cuales no se advierte la tutela y/o protección efectiva de derechos por la ausencia de dispositivos eficaces de atención, y la justicia termina alentando la internación compulsiva de pacientes como modo de remediar un conflicto social en regímenes institucionales que no protegen la dignidad humana y refuerzan la asociación entre la enfermedad mental con la peligrosidad, la incapacidad y la inimputabilidad”* (Kraut, A. 2005 op, cit, pág. 70). Como

---

señala muy bien Kraut, se ha privado ilegítimamente de la libertad a los padecientes mentales sin mediar proceso alguno, y sin el consentimiento expreso de la gran mayoría de ellos. “*En este terreno derecho y psiquiatría siguen compartiendo el poder de decidir las normas y valores sociales, y observan la realidad como dos absolutos opuestos –estáticos e invariables-: salud y enfermedad. Y de este modo legitiman políticas al servicio de un modelo autoritario y arbitrario*” (Kraut, A. op, cit, pág. 70).

Debemos señalar pese a todo que, conforme la Justicia ha promovido la internación compulsiva en instituciones de encierro y los equipos asistenciales se vieron obligados a convalidar tales decisiones bajo amenaza de *desacato* a la autoridad judicial. Esto ha ido generando situaciones de larvada tensión entre la racionalidad jurídica cuyo objetivo es resolver la situación de urgencia social que atraviesa el sujeto a proteger y por quién se exige perentoriamente una “cama para internación” privilegiando históricamente el criterio de seguridad y la racionalidad médico-asistencial que objeta esa indicación por considerar que la evaluación de las decisiones a adoptar deben guiarse por justificaciones técnicas a cargo de quienes tienen responsabilidades asistenciales y no porque el sujeto carezca de vivienda o, falta de contención social, se haya convertido en un sujeto cuya conducta se ha vuelto disruptiva y, como tal, considerada *peligrosa para sí o para terceros*.

Además de las tensiones suscitadas a propósito de los criterios y decisiones relativas a la internación, también surgen problemas relacionados con la permanencia (a menudo de por vida) en tales instituciones. Sobre los sujetos que eran internados mayoritariamente de forma compulsiva e involuntaria, la Administración de Justicia ha ejercido de hecho escasa o nula vigilancia efectiva para examinar sus condiciones de institucionalización. Si ningún familiar o referente afectivo reclamaba enfáticamente por su derecho a la externación y a vivir en comunidad, el paciente podía quedar internado prácticamente de por vida, produciéndose entonces mayores condiciones de privación de capacidades e inhabilitación mental que le impedía afrontar las demandas aún más simples de la existencia cotidiana. En síntesis, el denodado celo para internar expeditivamente no se condecía con la misma preocupación por vigilar tales condiciones de vida cuando el paciente ya se hallaba internado sin prestar su asentimiento para ello, y al poco tiempo el paciente veía completamente disminuidas sus chances de reinserción.

Si bien las altas clínicas debían informarse a la autoridad judicial a cargo del seguimiento tutelar de las condiciones en que el paciente recibía atención, esta cuestión terminó convirtiéndose en una instancia a menudo formal, pues en condiciones de *institucionalización* y, salvo excepciones, no se había sostenido un proceso de comunicación fluida entre la administración pública a cargo de la asistencia y el Poder Judicial.

Estas situaciones de larvada tensión fueron desocultadas tras la sanción de la ley nacional de Salud Mental, pues la norma indica que debe indicarse la necesidad de internación de acuerdo al criterio de riesgo en sustitución del criterio de peligrosidad, que debe procederse a un control más estricto de las internaciones y establecer un seguimiento periódico más estricto de las condiciones de institucionalización, con la obligación de informar al juez para que este cuente con toda la información disponible sobre el caso en cuestión e instituye además un órgano de revisión encargado de vigilar la condición de los pacientes institucionalizados.

En síntesis, las características principales del enfoque asilar-tutelar han sido, entre otras, las siguientes: el centrarse en la minusvalía e incapacidad, basarse en una delimitación del objeto restringida a la dimensión individual, la racionalidad científica como criterio de exclusión de otras prácticas fundarse en una concepción ética basada en la beneficencia y una concepción patogeneizante que se ha centrado principalmente en los emergentes negativos asociados al proceso de la vida.



Philippe Pinel, médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales.

---

## ASILOS Y HOSPITALES MENTALES EN ARGENTINA

**“Ya no existirán esas sombrías mansiones de cerebros enfermos que daban argumento al novelista y al dramaturgo, calificadas como vastos cementerios de la razón oscurecida o aniquilada”  
Domingo Cabred (1898)**

**“Hay dos personas a quienes no puedo negarme en un pedido: el general Ricchieri y el doctor Cabred”  
Julio A. Roca (1904)**

El modelo psiquiátrico asilar se diseminó en Argentina hacia la segunda década del siglo XIX, y dio origen a diversas iniciativas de carácter estatal pero sustentadas también por la filantropía privada, tal como es el caso del Hospital General de Alienadas que inicia sus actividades durante el año 1854, o bien del Hospital de San Buenaventura cuyo origen data del año 1863. Se trataba de un modelo custodial, que descansaba en distintas terapias físicas que no omitían la coerción cuando resultase necesaria para dominar las situaciones de crisis o *accesos de furor*, aunque también fueron incorporando distintas modalidades del tratamiento moral.

Los dispositivos más importantes que se construyeron desde este modelo se implantaron durante la década del '80, de forma coexistente con el proyecto de Estado nacional que encarnaba la clase dirigente y que se sustentaba en el desarrollo económico centrado en la producción de riquezas naturales y en el impulso a la inmigración europea para poblar el país y encaminarlo hacia el destino de grandeza que parecía estarle prefijado.

Así fue que, una década antes de que Argentina festejara el centenario, pletórica de riqueza y potencialidades, se aprueba la construcción de hospitales y asilos regionales a lo largo de toda la República. En el año 1897, a instancias de Eliseo Cantón, se presenta al Poder Legislativo el proyecto de ley en el cual se solicita la creación de un asilo o colonia de alienados fuera de la ciudad de Buenos Aires, encomendándose la conducción del proyecto al Dr. Domingo Cabred, médico alienista y profesor de patología mental de la Universidad de Buenos Aires. La ley 4953 de creación de Hospitales y Asilos Regionales, que se promulgó el 28 de julio de 1906, tuvo entonces trascendental importancia por institucionalizar una respuesta al problema de la indigencia y la marginalidad entonces creciente en la Argentina del Centenario.

Cabred encarnó, junto con otras personalidades notables de la época, la nueva figura de médicos reformadores del sujeto social, inspirados por la ciencia y los ideales filantrópicos, y en lucha constante contra los grandes males de la época (Klappenbach, H. 1999). El médico era la figura encargada de asistir a los enfermos, de promover la salud de los individuos y el líder natural de los *programas sanitarios*, debiendo cumplir su misión en el marco de la política de consolidación del aparato del Estado. Habiéndose desempeñado como practicante en el manicomio de



mujeres y Hospital de Las Mercedes, y luego de asumir el cargo de subdirector durante seis años obtiene por concurso la dirección del mismo durante el año 1892. Domingo Cabred toma a su cargo la cátedra de Patología Mental durante el año 1893, cuyas clases comienzan a dictarse en el propio Hospicio; transformando la enseñanza de la psiquiatría desde una actividad restringida notoriamente a la clasificación nosográfica hacia una actividad de carácter más clínico-asistencial.

Según Cabred, los nuevos asilos y hospicios permitirían hacer efectiva una solución completa al importante problema que representaba para la asistencia pública nacional los *grandes males sociales de la época* (que incluía ante todo el tratamiento de los tuberculosos y los enfermos de lepra), mediante una concepción que, entre otros aspectos, proponía que la alienación y las diversas formas del retraso mental requerían de una respuesta estatal basada en la unidad política de acción y de abundantes recursos volcados hacia este fin. (Veronelli, J. C. 2004).

De acuerdo a los estudios encomendados en el año 1904 por la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, en esta época la sociedad argentina carecía de instituciones asistenciales que respondieran a la demanda de atención para los pacientes que sufrían los problemas que por entonces se caracterizaban como distintas manifestaciones de alienación y retardo mental, y que además se hallaban en situación de pobreza o indigencia. El Hospicio de las Mercedes, que por entonces constituía la respuesta casi excluyente al problema de los alienados en la República Argentina, estuvo desde sus

---

orígenes superpoblado, hecho que se agudizó con las sucesivas oleadas inmigratorias que llegaron a fines del siglo XIX y principios del XX. Fue por esa época que, en un célebre escrito fechado en 1919 e intitulado “La locura en la Argentina”, José Ingenieros resume la situación de los enfermos mentales asilados en los hospicios: *“A través de las rejas se les daba comida y a veces se extraían los excrementos, tal como se hace ahora con las fieras en los jardines zoológicos, aunque con menos higiene y confort...”* (citado en Iacoponi, L. 1999) y Lucio Meléndez ofrece esta descripción cruda de la situación de los hospicios hacia fines del siglo XIX: *“Los alienados vivían en un completa aglomeración, muchos de ellos sin otra cama que el desnudo y frío suelo, en calabozos húmedos, oscuros y pestíferos. Los cepos para sujetar y calmar a los furiosos y los que contenían las mismas camas eran de uso frecuente como único medio de calmar la agitación”* (Meléndez, L. 1879).

La Comisión fue presidida por Cabred durante 23 años (1906-1929), y durante ese período se logró la creación de instituciones asilares y hospitales regionales a lo largo y a lo ancho del país contabilizando la habilitación de aproximadamente 11.200 camas (Malamud, 1966, p. 119), aún en aquellos territorios relativamente despoblados que se habían anexado recientemente a la organización nacional. El proyecto comprendió la construcción del Hospital Regional de Resistencia, el Asilo de Alienados de Oliva, la Colonia Nacional de Alienados en Open Door (hoy Colonia Cabred), la Colonia para niños retardados de Torres (actualmente Montes de Oca), el Hospital de Bell Ville, el Hospital Común Regional de Río Negro, en Allen, el Asilo Colonia de Olivera, el Hospital Común Regional Andino de La Rioja, el Hospital Común Regional de Misiones, el Hospital Común Regional del Chaco, el Policlínico Regional del Litoral en Entre Ríos, para citar a los más importantes. También se realizaron importantes progresos en el combate de problemas sociales o enfermedades entonces epidémicas como el cáncer, la tuberculosis, la lepra, el paludismo, la niñez abandonada, el alcoholismo; basados en una concepción en la cual Cabred abrevaba en las doctrinas higienistas que en su tiempo impregnaban el enfoque sanitario dominante en la Argentina.

La dependencia política directa al Presidente de la Nación, la extensión territorial del plan, los importantes recursos volcados a la creación y mantenimiento de tales proyectos asistenciales y la estabilidad institucional son un ejemplo del sustento que tenía esta política pública. Como destaca Vezzetti (1991) se conjugaron en el enfoque de Cabred la

visión neuropsiquiátrica hegemónica en la época y los supuestos ideológicos que subyacen a la exaltación de la comunidad de puertas abiertas, dos enfoques que se bifurcarán en sendos desarrollos en la historia de la psiquiatría argentina.

La experiencia acreditada por Cabred, primero como Director del Hospicio de las Mercedes, y luego mediante los diversos viajes de estudio realizados a Europa para conocer los servicios de atención más avanzados que en la época trabajaban en la rehabilitación de las personas con discapacidad mental, se consideraron legitimadores para la nueva misión que se le asignaba. En tales viajes impresiona a Cabred el contacto con quienes conducían la experiencia de Alt Scherbitz, en Alemania, una institución donde las personas con discapacidad mental se alojaban en casas tipo chalet distribuidos en una extensión de 300 hectáreas, todos diferentes entre sí, sin rejas, rodeado de jardines, con capacidad para veinticinco o treinta pacientes. Desde el punto de vista edilicio, se asemejaba más a un hogar familiar que a las características de asilo-prisión muy presentes en esa época. En nuestro país, Cabred retomó estas ideas proponiendo que el Asilo se constituyera en un Sistema-Colonia en el cual se produjera un ahorro creciente al erario público y se propendiera progresivamente al autoabastecimiento económico de la Institución.

Cabe señalar el contexto en el que se planteó la instauración del complejo asilar-tutelar. Durante la denominada generación del '80 continuó incentivándose fuertemente desde las élites dirigentes el arribo de nuevas oleadas de inmigrantes para fundar una nueva tierra de promisión y bienestar destinada a todos los hombres de bien que, como rezaba la letra de la constitución nacional, "*desearan habitar el suelo argentino*". La adaptación al *nuevo mundo* debía comprender el ajuste a los valores del orden, la disciplina y el respeto a la autoridad que caracterizaba el ideario conservador, el mismo que hegemonizara desde la década del 1880 la conformación de un nuevo proyecto de Estado Nacional y que alcanzaba continuidad en el período liderado por Julio A. Roca y conocido como la *generación del centenario*.

En dicho marco sociopolítico, que generaba suspicacias de la sociedad criolla hacia las masivas corrientes inmigratorias cuyo arribo era aluvional, la segregación del diferente resultaba funcional al proceso de integración coercitiva, y era el reverso filantrópico del severo control y represión que durante el período mencionado se ejerció sobre quienes,

portando ideologías que se juzgaban contrarias al interés nacional, amenazaban el orden y la seguridad pública. Por ejemplo, como un correlato ominoso al proceso de disciplinamiento y segregación del alienado como encarnación de una amenaza al orden social, durante la década del '20 se desató una feroz represión a los movimientos insurgentes que en la región patagónica ponían en cuestión el régimen político oligárquico en el que se sustentaba el Estado nacional.

El problema de la inmigración era un tema recurrente entre los referentes de la psiquiatría argentina, tales como Arturo Ameghino, influyente psiquiatra y profesor de la Universidad de Buenos Aires, quien sugería la aplicación de medidas drásticas como la implementación de filtros para que no ingresen los inmigrantes afectados por toda suerte de alteraciones mentales, desde las psicosis más floridas hasta los psicópatas y alienados en potencia y, en una etapa temprana de su carrera hasta el propio Mauricio Goldenberg, recomendaba en sus escrito que los inmigrantes sean exhaustivamente examinados y seleccionados en sus países de origen antes de que decidan partir a los lugares de destino, y reservaban al especialista en salud mental la evaluación de tales situaciones de ingreso (Wolfson, M. 2009)

En este contexto de disciplinamiento social debían también vencerse las resistencias respecto del loco inmigrante, a quien se atribuían toda suerte de peligros y amenazas. En su discurso a la Cámara de Senadores, Eliseo Cantón señalaba que la abundancia de locos entre los inmigrantes se debía a que arribaban llenos de ilusiones y de anhelos, pero que luego al establecerse en Buenos Aires y verse confrontados a las necesidades más básicas de supervivencia se predisponían a la enajenación mental, y citaba como prueba de ello la evidencia de que la población de los hospicios había crecido demográficamente durante la primera corriente migratoria, en particular aquellos de origen italiano. Por su parte, Gache afirmaría que, "*...Los italianos son los que más fácilmente pierden el uso de la razón, en esta ciudad, y esto se justifica si se considera el crecido número de inmigrantes de esa nacionalidad que anualmente llega a nuestras playas, y también el apego inmoderado a la fortuna cuya pérdida produce con frecuencia innumerables víctimas...*" (citado por Riquiere, 2000, págs. 11-12) .

Si bien las mencionadas circunstancias permiten comprender cómo surgieron y se consolidaron en el país estas instituciones, es necesario considerar cuál ha sido la

---

definición oficial que signó su creación, a fin de observar el progresivo desplazamiento de los fines durante el transcurso del pasado siglo.

En el ideario expresado por Cabred se adscribe a la reforma radical que encarnan los principios que Connolly había implantado en Escocia y que, como ya viéramos, recibió la denominación de *open door*, al tratamiento humanitario impulsado por Clouston, Mitchell y Sibbald en Escocia, Tuke en Inglaterra, Pinel y Leuret en Francia y por Chiaruggi en Italia. El denominador común de estos nuevos planteos era la necesidad de desterrar los chalecos de fuerza y liberar a los pacientes de las ataduras con que se los sujetaba para dominar aquellas conductas impulsivas y violentas que entonces se caracterizaban genéricamente como accesos de furor, derribar los muros externos e internos y abrir las puertas de los pabellones para que los pacientes puedan circular libremente por la Institución durante la mayor parte del día. Señala enfáticamente que todo proceso de innovación institucional debía incorporar las experiencias y lecciones aprendidas en los países europeos respecto de una mayor humanización del paciente sometido a estas penosas condiciones de vida.

Entre otros avances, se conceden permisos para egresar e ingresar nuevamente al Asilo según el plazo previamente acordado y se propendía a la rehabilitación del paciente a través del trabajo, dentro de un medio rural con amplia extensión y gozando de un confort que resultaba altamente evolucionado para su propia época. *“No habrá muros de circunvalación que limiten el horizonte, y el sistema de puertas abiertas –Open Door– regirá ampliamente para estos anormales, como rige para los alienados en el establecimiento que desde aquí se divisa y que nos cupo el honor de fundar (Cabred, op.cit, 1899)”* y enumera luego las innovaciones que, en carácter de buenas prácticas, estarán comprendidas en este modelo: *“Se deja durante el día abiertas las puertas de la mayor parte de sus departamentos, se suprime casi totalmente el encierro celular; se concede permiso a gran número de enfermos para salir del asilo bajo la palabra dada por ellos mismos de volver a él”* (Cabred, op.cit, 1899).

En el citado discurso inaugural, Cabred se hace eco del influjo positivista como ideología inspiradora del trabajo que entonces comenzaba a desarrollar, sostenido por el régimen de beneficencia pública: *“La creación de este Asilo abre así una nueva era en el tratamiento de los anormales, pues entre nosotros, lo mismo que en los países más*

*adelantados de Europa, han sido los últimos en alcanzar los beneficios de la caridad y de la ciencia [...] Llevados a la práctica estos principios científicos y humanitarios bajo el régimen de internado, que es la mejor forma de educación para anormales, se obtendrán en la Argentina los mismos beneficios alcanzados en las instituciones similares de Europa” (Cabred, op.cit, 1917).*



Discurso inaugural de Cabred en Colonia Montes de Oca. 1908

Emplazado en el ámbito rural, se aspiraba a convertir la Colonia en un espacio autosuficiente, con su ámbito de explotación rural y ganadera, así como la generación de diversos ámbitos para el aprendizaje de oficios que, además de servir al propósito rehabilitador, también permitía ahorros al erario público. . *“Los trabajos de colonización agrícola han recibido un impulso considerable y preferente con el sistema del open-door, no sólo porque están de acuerdo con este principio sino porque constituyen el más poderoso agente del tratamiento moral. El cultivo de la tierra permite ocupar mayor número de alienados; es la tarea más higiénica y que más les place en razón de que se efectúa al aire libre y de que ofrece ocupaciones más variadas; representa, por último, una fuente importante de recursos” (Cabred, op.cit, 1899)*”.

El objetivo de emplazar la institución en un medio rural aislado respondía también a un propósito rehabilitador, pues se consideraba beneficioso evitar la exposición del paciente a las complejas demandas y tensiones que pondrían en riesgo su precario equilibrio psicológico. En parte subsistía la creencia de que al conectar al paciente con actividades

---

que no demandaran excesivo esfuerzo o tensión intelectual se evitaba perpetuar las condiciones que propiciaban la locura, entendida esta como el precio que pagamos por la vida en civilización, pues la irracionalidad o insanía se consideraban resultado de un proceso de disociación del hombre en sus relaciones con la naturaleza. Se desprendía, pues, de este enfoque ideológico que se hallará presente en los tratadistas más influyentes de la época, una visión rousseauniana en torno a los beneficios que reporta una vida en contacto con la naturaleza en contraste con la degradación que representaba la vida urbana.

La base del tratamiento se asentaba asimismo en la rehabilitación social a través del trabajo, que contribuiría además al autoabastecimiento económico de la Institución: *“Fuera de su eficacia educativa, el trabajo aplicado en grande escala será también un factor importante de economía para el Instituto, como se ve en los manicomios bien organizados”*. (Cabred, D. op.cit.1917). También se invertirá un gran esfuerzo en generar instancias institucionales para el aprendizaje y la escolarización de los internos educables: *“Los medios educativos que se pondrán en práctica consultarán las aptitudes individuales y tendrán fundamentalmente por objeto la utilización social del retardado”*. La influencia que ejercía además el positivismo científico no ha sido entonces menor, ya que los profesores e investigadores más renombrados de la medicina mental tales como Lucio Menéndez, José Ingenieros o Christofredo Jakob asentaban sus enseñanzas académicas en los hospicios de alienados para desarrollar allí tareas de indagación y experimentación científica. (Guerrino, O. 1992)

Como un ejemplo de la racionalización del método adoptado, se preveía un sistema de admisión que permitiera clasificar y orientar el ingreso de pacientes. *“La primera sección es la de admisión, donde a su ingreso serán examinados y clasificados los anormales, antes de ser distribuidos en las secciones que les corresponda”* (Cabred, D. Discurso inaugural. 1917) así como las distintas alternativas de tratamiento y rehabilitación. Uno de los factores más relevantes ha sido el cambio en el perfil de los beneficiarios de la Institución.

Resistido en sus comienzos, este nuevo sistema pronto se generalizó. El propio Cabred recurrió a las evidencias con las que se contaba en su época: el 80% de la población de los asilos podía hacer uso de una absoluta libertad, mientras que sólo el 20% necesitaba reclusión, aunque no en la forma de asilos cerrados sino empleando la vigilancia continua

de asistentes entrenados en su atención y cuidado señalando a la vez como insignificante la proporción de internos que adoptan conductas de evasión: 2%. (Malamud, M. 1966).

Apenas unas décadas después de su fundamentación, los métodos pedagógicos y los resultados obtenidos en las Colonias habían trascendido las fronteras del país. La experiencia asilar en Argentina era considerada en el mundo como un modelo en su género. El profesor Roustan, inspector de la Academia de Medicina de Paris, al término de una visita a la Colonia Open Door el 22 de julio de 1924, dejaba constancia de sus impresiones con las siguientes palabras: *“No he visto en ninguna parte tal asociación de la escuela, del taller, de la cura a aire pleno y de la pedagogía más científica y más moderna”*; Clemenceau, durante la visita realizada durante el año 1910 con motivo de los fastos del Centenario exclamará *“Ha querido mi destino que en una casa de locos encuentre la obra más perfecta de la razón humana”* y, ya en el año 1930, Gonzalo Bosch expresará su admiración con las siguientes palabras: *“De pabellón en pabellón, nuestros ojos no admiraban sino instalaciones suntuosas con el concepto científico y moderno de lo que debe ser una colonia de este género (...) No se ha puesto una sola ventana, un solo azulejo, una sola cama sin consultar la última palabra de la Higiene, de la Medicina y de la Pedagogía”* (citado en Dagfal, A. . Sin embargo, y como ha sido advertido ya en relación a las contradicciones que signan el origen de las Instituciones asilares creada para atender y educar a los pacientes con retardo incluye en la denominación de *ineducables* profundizó la brecha entre los fines oficiales y su aplicación efectiva, que desembocará en la crisis irreversible del modelo asilar.

El equipo asistencial descansaba centralmente en la labor del médico alienista, cuya labor recibía apoyo de una numerosa cantidad de personal de apoyo (mucamos, enfermeros, ecónomos, personal voluntario de extracción religiosa) que colaboraba con las tareas de limpieza y cuidado general, pero que compartían escasamente las responsabilidades asistenciales. Mucho más tardíamente se introdujeron disciplinas técnicas que se anexaron a la labor centralizada por el médico que permitieron configurar los equipos asistenciales que en Argentina se reconocieron bajo la categoría ambigua de auxiliares de la medicina, con la inclusión de profesiones emergentes que comprendían la psicología, el trabajo social, la terapia ocupacional o la musicoterapia.

Sea cual fuere la disciplina de especialización, comenzaron a establecerse entonces acuerdos con centros académicos y/o científicos, para instaurar en los hospicios un ámbito de formación que permitiera profundizar la investigación de los sujetos con trastornos mentales. Se formalizaron entonces nuevas especialidades médicas y, más tarde, se generó un ámbito de formación para las incipientes carreras de psicología en la Universidad del Litoral, Universidad de Córdoba, Universidad de Buenos Aires y Universidad de La Plata, creadas durante los años 1956 y 1959. La hegemonía que ha tenido el hospital psiquiátrico como espacio de formación para los futuros profesionales de la salud mental no ha sido cuestionada sino hasta fecha muy reciente, en la medida que se puso cada vez más de manifiesto las oprobiosas situaciones que violaban los preceptos de la dignidad humana de las personas asistidas y la imperiosa necesidad de revisar las concepciones y las prácticas allí dominantes.

---

## OCASO Y CRISIS DEL MODELO ASILAR-TUTELAR

**“De qué manera pudieron los psiquiatras hacer un diagnóstico, construir una nosografía por la cual uno se llama esquizofrénico, otro se llama deprimido y otro agitado? Yo vi únicamente personas oprimidas o personas atadas, personas destruidas, personas que siempre respondían con la misma expresión, una frase que se da en todos los idiomas, en todos los países del mundo. En Italia se dice “domani”, en México se dice “mañana”. Este mañana no llegará nunca, ese día que el enfermo espera y que nunca llegará”**  
Franco Basaglia (1978)

Las instituciones son artefactos sociales creados con el propósito de responder a problemas que la misma sociedad identifica como relevantes, y para los cuales no existe hasta el momento una respuesta estable que se demuestre, además de legítima, eficaz. Sin embargo, en el decurso histórico de las instituciones se producen nuevos avances científicos y tecnológicos en el campo pertinente, así como cambios en las representaciones sociales que la población sostiene con respecto al problema y la población que lo padece. Asimismo, cambian las consideraciones y principios éticos vinculados tanto al quehacer de quienes actuaban profesionalmente en las instituciones como de las personas que en ella son atendidas y albergadas.

Si todos estos cambios científico-técnicos, sociales y éticos no son tomados en cuenta por la institución, esta pierde la capacidad de modificación y actualización en respuesta a las demandas o necesidades sociales que fundamentaron su creación, su legitimidad social se diluye totalmente y la perpetuación o supervivencia se convierte en la prioridad fundamental del quehacer institucional. Se abona el camino para los típicos procesos de burocratización, anomia y desconocimiento de las responsabilidades básicas que la desvían cada vez más de aquellas tareas capaces de restituir un sentido pleno al quehacer institucional: en este caso práctico, las actividades de cuidado y rehabilitación cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los internos alojados.

En el caso de los asilos y hospitales regionales construidos en Argentina, el propio éxito de los asilos promovió una ingente internación de enfermos, no con fines terapéuticos sino como depositación y aislamiento, ya que muchos de ellos desbordaron las posibilidades de tratamiento con que contaba la psiquiatría por entonces, poniéndose cada vez más en

---

evidencia dos de las principales dificultades que la acompañarán desde entonces: el efecto iatrogénico que producirá la institucionalización prolongada y el altísimo costo que representará el mantenimiento de estas macroinstituciones concebidas bajo un régimen custodial.

El sistema ideado por Domingo Cabred se mantuvo fiel a sus principios hasta fines de la década del `20. En el momento de su creación, esta Institución no pudo superar las restricciones que se sitúan en el horizonte temporal desde el cual operaban: ha sido tributaria de las concepciones tutelares acerca de la niñez, el retardo mental y, fundamentalmente, acerca de los beneficios asociados al tratamiento en las instituciones asilares, que protegían a los pacientes al precio de un fuerte aislamiento y exclusión social. Hacia el año 1929 la Colonia Montes de Oca contaba con 1159 asilados según los informes elaborados minuciosamente por el director del establecimiento Dr Erardo Reinecke y reflejados en las Memoria técnico-administrativa de ese año que daban cuenta de la aplicación de la terapéutica tal como había sido concebida por su fundador.

Resulta un consenso firmemente establecido entre los especialistas (Stagnaro, J.C. 2006) que el modelo asilar tutelar comienza a verificar su crisis hacia finales de los años 20 e inicios de los años 30, de forma concomitante a la convalecencia de Cabred y al vacío de conducción institucional que dejó su desaparición física. Al poco tiempo de su muerte se disuelve institucionalmente la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales, que había tomado a su cargo la construcción y habilitación funcional de la gran mayoría de establecimientos monovalentes que aún perduran como la respuesta asistencial para las patologías más severas, sobre todo en quienes no disponían de recursos para sufragar los costos de la atención en el ámbito privado y/o del naciente mutualismo o Seguridad Social.

Pasados más de cien años después de colocarse la piedra fundamental de la Colonia de Alienados Open Door -hoy rebautizado como Hospital Domingo Cabred-, el panorama existente en la mayoría de las Instituciones comprendidas en el proyecto de Asilos y Hospitales Regionales que datan de la misma época, permite afirmar que muchos de los logros exhibidos en los años tempranos carecieron de sustentabilidad. Además del aislamiento, la fragmentación de los servicios, la desactualización científica y la dilución de los fundamentos éticos explicitados originalmente han sido una de las características más

notables de las instituciones asilares en los últimos años. Las Colonias se constituyeron entonces en un espacio de exclusión social caracterizado por el abandono, la reclusión indefinida y sin objetivos terapéuticos de personas y la pérdida de derechos sociales y civiles. Se consagró de esta forma un modelo asilar de atención que contradujo en gran parte los fines originales ligados a los fundamentos esenciales de su creación que, con mucha claridad y capacidad argumentativa, Cabred expuso en los discursos de inauguración de tales instituciones.

Al ser concebido como un régimen de custodia, la proporción de personal- cuidador por paciente internado ha resultado cada vez más insuficiente, ya que ha primado la lógica del cuidado y control impersonal, anónimo y masivo afectando la calidad del proceso de atención. Se plantearon entonces problemas acuciantes tales como el hacinamiento, la imposibilidad estructural de cubrir la atención de los pacientes, el deterioro y cronificación de los mismos por la discontinuidad o virtual inexistencia de programas continuos de rehabilitación. Esta situación se tradujo, en definitiva, en frecuentes re-internaciones por interrupción de tratamientos, escasas oportunidades de reinserción social y debilitamiento del trabajo en red entre los distintos niveles de atención. Por otra parte, las dotaciones de personal exhiben en términos generales, su carencia de motivación e iniciativa y han sido también víctimas de un violento proceso de burocratización; todo ello escudado y protegido por una fortaleza corporativa más preocupada por sus derechos que por los de los pacientes atendidos.

Si bien en sus orígenes estos establecimientos surgieron con una fuerte impronta dedicada a la rehabilitación a través del trabajo, poco a poco fueron decayendo las actividades vinculadas con la ocupación de los internos, en parte por las denuncias de los abusos y explotación que se efectuaba de los mismos como *mano de obra disponible* y también por las escasas inversiones en el equipamiento y mantenimiento preventivo de los existentes. Entre otros aspectos, los talleres ocupacionales fueron desactivándose progresivamente y sumergiéndose muchos de ellos en situaciones de abandono, lo que configuró un dispendio de recursos y una cabal expresión de cómo no pudo hallarse un modelo sustitutivo del enfoque pedagógico y moral cuyo énfasis eran las actividades laborterapéuticas como medio privilegiado de rehabilitación.

Coexistía esta situación con la sobreexplotación de pacientes con mayor grado de lucidez, ya que aún demandándosele más actividades y responsabilidades no podían siquiera aspirar a los beneficios que, bajo el régimen de peculio y/o talleres protegidos, se hallaban previstos para los trabajadores bajo esta condición. Asimismo, gran parte de las actividades que antes quedaban a cargo de pacientes adecuadamente supervisados fueron concedidas a terceros o, lisa y llanamente, privatizados. Estas empresas, cuya finalidad era netamente lucrativa, no tomaba entre sus responsabilidades la contratación de internos para emplearlos en tareas protegidas, aún cuando el marco legal promoviera estas medidas y, en ocasiones, las impusiera como parte de la concesión o tercerización de servicios.

Finalmente, el continuo declive de la economía (que, en la época de Cabred se hallaba ligado a un pujante modelo agroexportador) y la tecnificación cada vez mayor y más compleja del mercado de bienes y servicios ha impedido pensar en iniciativas para incorporar la producción de los pacientes, y le ha quitado centralidad al trabajo como eje estructurador de la vida institucional. Este proceso se tradujo en una transformación en la cultura de los empleados que asumían tareas en los distintos talleres ocupacionales: dicho personal fue progresivamente destinado a dar respuestas a las demandas que surgían de la propia institución (reparaciones, instalaciones, ejecución de obras de infraestructura) y no a las actividades que permitirían incorporar al paciente y contribuir a los objetivos de su rehabilitación.

Cabe añadir otro factor importante que ha incidido en el proceso de desvirtuación institucional ha sido el aislamiento geográfico que durante años ha afectado a este tipo de instituciones. Si bien durante las últimas décadas se han multiplicado las vías de acceso que conectan las zonas rurales en las que se emplazaron estas instituciones y los centros urbanos que fueron desarrollándose en derredor de los mismos (por ej: al Municipio de Luján en la provincia de Buenos Aires, la ciudad de Oliva en Rosario, Oliveros en la provincia de Santa Fe) y con la red de servicios básicos y sanitarios allí emplazados, tales establecimientos no han superado del todo su aislamiento institucional. Pero se produjo además otro fenómeno que añadió complejidad a la situación de estas instituciones, pues en las zonas aledañas se fueron desarrollado comunidades locales que se hicieron altamente vulnerables a las transformaciones económicas generadas por la Institución,

que a la vez se constituyeron en la principal fuente de trabajo para las personas que allí vivían. Las comunidades locales que se asentaron territorialmente y fueron creciendo a expensas de las demandas de abastecimiento de bienes, insumos y servicios, fueron estructurando redes de intercambio (como proveedores de insumos alimentarios, centros educativos, guarderías, comedores, talleres protegidos, instituciones sanitarias etc.) y se han hecho altamente dependientes para su sustentabilidad económica de las instituciones asilares.

Estas características reforzaron a la vez, el aislamiento institucional que ha afectado durante años a estas instituciones. Aún cuando subsisten redes de intercambio con instituciones locales (centros educativos, guarderías, comedores, talleres protegidos, centros asistenciales), han sido escasas las iniciativas tendientes a generar, mediante acuerdos y Convenios técnicos, la realización de emprendimientos conjuntos con organismos reguladores, de asistencia técnica o bien con organizaciones u otras instituciones sanitarias de alcance nacional. También resultaron cada vez más escasos los acuerdos con entidades académicas que permitieran generar en estos ámbitos escenarios para el aprendizaje científico vinculado al tratamiento de las dolencias mentales.

En relación al factor educativo, fueron también debilitándose de forma progresiva la generación de oportunidades de desarrollo y adaptación de los pacientes a las más complejas demandas del medio social, cubriendo con servicios educativos a una cada vez más exigua proporción de los pacientes asistidos.

Desde la década del 50 en adelante se ha producido además una auténtica revolución en lo que atañe a la invención y desarrollo de neurolépticos y psicofármacos que permitieron novedosas intervenciones sobre los enfermos mentales. Estas innovaciones en el tratamiento farmacológico han permitido, entre otros aspectos, lograr un mayor control de las manifestaciones impulsivas y violentas de los propios pacientes, facilitar el seguimiento ambulatorio e incentivar procesos de externación en los cuales las familias pueden colaborar, por un lado, administrando al paciente la medicación requerida para su adecuada estabilización y, por otro, brindándole un trato y comprensión que lo ayude en su mejoría y coopere con la rehabilitación alcanzada. Pero una contracara de este proceso se expresó en el alto grado de medicalización de la población, precisamente cuando subsistían tan altos niveles de incertidumbre en torno a la efectividad de los fármacos

psicotrópicos que se administraban a esta clase de pacientes. Numerosas voces críticas alertaron entonces acerca de cómo, al verse facilitada la contención farmacológica de los pacientes, se desalentó la aplicación de medidas apoyadas en la actividad ocupacional y en un más cabal uso del tiempo libre; respuesta que habitualmente se ha denominado *enchalecamiento químico*. Cabe señalar asimismo que a menudo la psicofarmacología actuó como una respuesta que permitió mejorar el cuadro sintomático pero no resolver las causas subyacentes del padecimiento mental.

Todo este proceso asociado a la desvirtuación de fines se vio agudizado, además, por la carencia en los hechos de un sistema efectivo de admisión que identifique, evalúe y asigne los pacientes a programas de tratamiento diseñados específicamente para cubrir sus necesidades de atención, que ha producido como uno de los más importantes problemas la indefinición de la población que sería atendida por cada una de las instituciones. La convivencia de pacientes con manifestaciones heterogéneas en términos de capacidades funcionales y adaptativas les ha impedido participar satisfactoriamente en actividades comunes de rehabilitación, lo que ha redundado en una menor eficacia de dichas acciones y en la baja motivación percibida por los profesionales y técnicos participantes.

---

## LOS INTENTOS DE SUPERACIÓN

**“Los inconvenientes sólo existen en la cabeza de los clínicos que no saben psiquiatría. Se puede, pues, tener enfermos mentales internados en una sala especial sin ningún inconveniente y a muy bajo costo”.**  
Ramón Carrillo

De manera conjunta con la hegemonía del modelo alienista que en Argentina introdujeron médicos como Lucio Meléndez fue cobrando forma otro movimiento de ideas que, agrupado bajo la denominación de higienismo, influyó de modo perdurable en el pensamiento médico y sanitario. La higiene se constituyó, en el intervalo que media entre fines del siglo XIX y primeras décadas del XX en una de las tendencias más destacadas del pensamiento sanitario ya que, enfocada sobre el ambiente y los colectivos sociales, proponían la adopción cada vez mayor de medidas profilácticas y preventivas ligadas a los determinantes que más peso tenían en la morbimortalidad, y en el fomento de las conductas que debían ser adoptadas en el ámbito doméstico para prevenir la transmisión de enfermedades. (Arouca, C. 2006).

A partir de este enfoque, se discriminaron una gran cantidad de problemas sociales y sanitarios que debían ser objeto de la higiene pública, tales como la malaria, la tuberculosis, la prostitución, el alcoholismo y las distintas variedades de alienación y/o retardo mental. También como efecto reforzaron en principio la conveniencia de aislar a los sujetos portadores de la enfermedad (incluso mental) en ámbitos segregados espacialmente y, bajo esta misma concepción teórica, médicos y psiquiatras propusieron medidas que permitieran limitar el arribo de extranjeros como medida de higiene pública.

A través de las ideas que introduce en su obra, un exponente del temprano higienismo como Ramos Mejía concibió el crecimiento descontrolado de las ciudades como una amenaza al orden, el bienestar y los valores de la sociedad criolla tradicional: *“La inmigración ha enfermado a Buenos Aires, alterando a la vez las tradiciones y el linaje de las viejas familias porteñas, y viciando con gérmenes patógenos el aire del conglomerado urbano”* (Ramos Mejía, 1956, p. 52).

No obstante, el enfoque higienista pronto se diferenciará en su enfoque de las teorías degeneracionistas, que abogaban por restringir de modo brutal todas aquellas

oportunidades y condiciones que podían contribuir a la reproducción de individuos que condujeran a la degeneración de la especie humana. Desde esta teoría, la herencia jugaba un papel relevante en la transmisión etiológica de las enfermedades (incluso mentales) que podían reaparecer con mayor malignidad en las generaciones subsiguientes y por lo tanto era imprescindible su aislamiento social.

En tanto movimiento social, la higiene mental se institucionalizó en Norteamérica a partir de la obra desplegada hacia comienzos de la década del 30 por el médico estadounidense Clifford Beers, quien a partir de un testimonio de vida personal (él mismo había sido atendido en un asilo como paciente psiquiatrizado) planteó los lineamientos de un enfoque que se desplegó rápidamente por el mundo, y que en Argentina se introdujo merced a la obra de figuras como Gonzalo Bosch, quien recepciona estas ideas y le otorga difusión a través de publicaciones periódicas como los Anales de Higiene Mental.



Clifford Beers, psiquiatra estadounidense fundador del movimiento de higiene mental de los Estados Unidos.

Ha tenido indudable relevancia como antecedente los aportes de Adolph Meyer, quien propuso a Beers la denominación “higiene mental”, sostuvo la necesidad de un enfoque integral psique-soma y, además, comprendió que el tratamiento debía enfocarse sobre experiencias vitales más que actuar en respuesta a síndromes cosificantes, y los formulados por James Halliday (1956), quien abogó por la necesidad de actuar a través de un enfoque de etiología integral e integrado según niveles

que denominó *medicina psicosocial*. De acuerdo a los planteos de Beers, la higiene mental consideraba a cada miembro de la comunidad como un individuo cuya salud mental y emocional se hallaba determinada por factores causales definidos y que planteaba necesidades más acuciantes de prevención que de curación. También durante la década del '40 se plantearon las primeras experiencias relacionadas con la adopción de prácticas preventivas y en la intervención de profesionales de la Salud Mental para resolver

---

situaciones de crisis en el plano personal, grupal e institucional (Lindemann, 1956) así como las propuestas de Caplan y Bellak en torno a la formación de agentes de salud mental en la comunidad. Todo este conjunto de conocimientos y prácticas empíricas *“pusieron en evidencia las relaciones entre ambiente, ontogénesis y personalidad, como así también el efecto que tienen en la maduración, la autoestima y la estabilidad emocional los modos de afrontar las crisis del desarrollo –adolescencia, vejez- y de la vida –muerte de seres queridos, disolución de la familia, enfermedades graves, pérdida del trabajo”*. (Saforcada, E. 1998)

Este movimiento, que se irradió rápidamente por el mundo, contribuyó a desplazar de su lugar centralmente hegemónico al paradigma tutelar representado en los asilos y establecimientos psiquiátricos, y poner de relieve factores no considerados en el enfoque médico tradicional como, por ejemplo, las condiciones de vida propias del hábitat en el que desplegaba la vida cotidiana de los pacientes. Asimismo puso crecientemente el acento en la necesidad de evitar en lo posible el paso por el hospital, suscitando una política de educación del público y de desarrollo de intervenciones menos invalidantes. *“De este modo, el Movimiento de Higiene Mental se aleja cada vez más de la psiquiatría pesada, de sus formas clásicas de institucionalización y de sus modalidades de intervención propiamente médicas, para imponer la presencia activa de un nuevo tipo de especialistas en todos los núcleos de la vida social. Es el paso de una problemática de la enfermedad mental a una problemática de la salud mental, puerta abierta a todas las manipulaciones médico-psicologizantes”* (Castel, F. et al. op.cit. pág. 45). Sustentado en estos innovadores enfoques, la National Mental Health Act, que es votada en EEUU durante el año 1946, instituye la creación del National Institute of Mental Health, organismo que toma a su cargo un ambicioso programa de acción en el área de la investigación, la enseñanza y la apertura de innovadores dispositivos asistenciales que fundándose en una perspectiva higienista aspiraban a superar el orden psiquiátrico tradicional.

En Argentina, el higienismo mental, cobró auge de modo concomitante al ascenso de las clases medias y a la autonomización de la profesión médica. Influida por la tradición francesa, comenzó a incentivar la necesidad de mejorar la condición (incluso edilicia) de los pacientes institucionalizados y a promover la implementación de servicios que dispusieran de abordajes ambulatorios y servicios sociales, expresándose dichos enfoques

---

en la apertura de dispensarios y consultorios externos de neurología y psiquiatría en los hospitales especializados (Visacovsky, S. 2002). Concebidos y modelados como un intento de superación de las megainstituciones asilares, los dispensarios psiquiátricos debían constituir la puerta de entrada al sistema de servicios asistenciales en tres líneas fundamentales; a) hacia distintas modalidades de tratamiento ambulatorio; b) hacia la hospitalización en servicios abiertos; c) hacia la internación en establecimientos cerrados como los que representaba el Asilo psiquiátrico (Klappenbach, H. 1999)

Cabe señalar que la asistencia psiquiátrica externa dio inicio en el país en el año 1922 con la apertura de consultorios para la atención ambulatoria en el Hospital de Alienados de Rosario y, casi diez años más tarde, la Liga Argentina de Higiene Mental instaló consultorios externos de psiquiatría y neurología en el Hospicio de las Mercedes.

La influencia que ha tenido el movimiento de higiene mental puede observarse claramente si nos atenemos al importante rol que comienza a concedérsele a las intervenciones de carácter preventivo, las que se propagarían luego en quienes más tarde integraron el movimiento de Salud Mental. *“Justicia, ejército, escuela, familia, pero también industria. Si se trata no tanto de diagnosticar y de curar enfermedades propiamente dichas cuanto de apreciar el potencial de una personalidad y sus aptitudes para afrontar sus tareas cotidianas de manera satisfactoria, estos “descubrimientos” y asegurar a la vez el mejor funcionamiento de la empresa. Es el principio del interés por esa manipulación del “factor humano” en las empresas, sobre cuyas funciones es inútil extenderse de momento”* (Castel, F. et al. Op.cit. pág. 44).

Como un hito relevante, cabe señalar que la Liga de Higiene Mental fundada en el año 1930, promovió la adopción de medidas psicoprofilácticas para problemas sociosanitarios como el alcoholismo o las “patologías sociales” mediante el trabajo en instituciones educativas y/o de bien público, además de la utilización de los medios masivos de comunicación, tanto impresos como auditivos. Como señala Rosa Falcone, *“una de las funciones más importantes de la Liga habría sido crear los Servicios de Higiene Mental acompañados por el Servicio de Asistentes Sociales para aquellos pacientes que revistieran menor gravedad. Dentro del programa de la Liga, y cumpliendo con sus propósitos, los asistentes sociales realizarían, con fines preventivos fichas biotipológicas, fichas psíquicas y perfiles psicológicos y sociales para arribar a un diagnóstico y tratamiento social*

*correspondiente. La visitadora o asistente inspeccionaría el domicilio del solicitante para recoger la información que haría posible el diagnóstico. La asistencia social comprendería actividades orientadas a combatir las causas de la miseria, la indigencia y el pauperismo y destinadas a prevenir la invalidez, la falta de recursos, de alimentos o de alojamiento”* (Falcone, R. 2015).

También tuvo una influencia directa en la creación del Centro de Investigación en Psicología Social (CIPS) en función de un proyecto presentado desde la Cátedra de Psicología Social de la Carrera de Psicología de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba (Saforcada, E. 2009).

En la región de América Latina gravitó de modo importante la obra de Gerald Caplan, un importante referente del movimiento de la Salud Mental que en EEUU sistematizó los distintos niveles de atención de la psiquiatría preventiva, tratando de adaptar los supuestos teóricos y operativos que poco antes habían formulado Leavell y Clark al caracterizar la *historia natural de la enfermedad*. Se promovieron a partir de este enfoque intervenciones inspiradas en la promesa que planteaban las teorías entonces dominantes como el psicoanálisis de extender a muy diversos ámbitos de la vida social los hallazgos que podían obtenerse en el plano de la clínica. Esto permitía continuar con el legado de Freud pero a menudo rebasando los límites que el propio Freud había cautelosamente fijado, y legitimaron inéditas prácticas que fueron desplegándose en el ámbito de la salud y en otras instituciones sociales e, incluso, promoviendo la adopción de conductas preventivas que permitieran evitar daños psicológicos futuros a través de los medios masivos de comunicación.

La organización del sistema de servicios de salud en Argentina se hallaba entonces en proceso de reconfiguración bajo la gestión del Ministro Carrillo durante la segunda presidencia de Juan Domingo Perón. Si bien Carrillo sustituye en su discurso el término “alienados” por “enfermos mentales”, y denuncia a menudo la atroz situación de los establecimientos asilares, el sesgo profundamente asistencialista de su pensamiento lo conduce a una de las contradicciones más insalvables, ya que preconizó la necesidad de multiplicar en más de un



Ramón Carrillo neurocirujano,  
neurobiólogo y médico sanitarista de  
Argentina

100% la cantidad de camas hospitalarias destinada a los enfermos mentales, si bien se hallaban comprendidas en este cálculo lo que él juzgaba necesario desde un enfoque sanitario, tal como era la habilitación de camas psiquiátricas en hospitales generales.

La influencia de esta corriente renovadora tuvo impacto también en los servicios generales de atención, pues indicaba la necesidad de adoptar un tratamiento precoz para las manifestaciones más leves, más insidiosas y menos visibles de la enfermedad mental. Dentro de este planteo, que también halló una fundamentación en las teorías higienistas, la figura del psiquiatra adquirió un nuevo protagonismo en los servicios del primer nivel de atención, así como en la habilitación de centros de psiquiatría preventiva cuya labor principal debía orientarse no dentro de los muros sino fuera de ellos, en el medio socioeconómico y familiar. También comenzó a proponerse, con un énfasis cada vez más renovado, la necesidad de incorporar servicios psiquiátricos en los hospitales generales, y hasta el propio Carrillo, por entonces el médico sanitarista más influyente, llegará a afirmar por entonces la necesidad de que se atienda a los enfermos mentales en los mismos dispositivos que los enfermos aquejados por los males generales.

El modelo asilar-tutelar había entrado profundamente en una crisis que puso en cuestión su misión, estatuto y sustentabilidad, pero no se hallaba aún una propuesta sustitutiva que se mostrara viable. Contribuyeron a la profundización de esta crisis la difusión de importantes trabajos provenientes de las ciencias sociales tales como los publicados por Erving Goffman (2007), Thomas Szasz (1974), y Michel Foucault (1979), ficciones novelísticas y/o films que adquirieron notable popularidad como *Atrapados sin salida* (1975) del recientemente fallecido Milos Forman, así como la denuncia proveniente de importantes representantes de movimientos filantrópicos que habían sensibilizado de manera importante a las élites dirigentes y a la opinión pública.

Hemos visto cómo el modelo de la beneficencia ha constituido la respuesta hegemónica al problema del padecimiento y la discapacidad mental, y en qué medida la misma se sustentó en el liderazgo del médico que, investido del conocimiento científico, ejercía su rol como reformador social. Se producen sin embargo hacia la segunda mitad del siglo un conjunto de instrumentos normativos sobre la materia que hallaron consenso en el ámbito de las Organizaciones internacionales, y que ponen el acento en los derechos específicos que asisten a personas con distinto tipo de discapacidades y en la necesidad de

obrar en forma no discriminatoria, muchos de ellos amparados a la vez en acuerdos formulados en torno a la Declaración Universal de Derechos Humanos (específicamente en los artículos 3,5,7,12 y 17) o bien a Pactos y acuerdos que amplían los derechos de ciudadanía. Cabe mencionar en tal sentido la Declaración sobre Personas que padecen de retardo mental del año 1971, las Disposiciones de las secciones 501 y 502 del Título V de la Ley sobre Sistema de Salud Mental aprobada por el Congreso de los EEUU de América en el año 1980 y las pautas para el perfeccionamiento de la atención en Salud Mental que en 1988 recomienda la Subcomisión de Prevención de la Discriminación y Protección de las Minorías de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la Declaración de Hawai y las recomendaciones propuestas por la Asamblea Permanente del Consejo de Europa referida a la situación de los enfermos mentales y las normas básicas formuladas por la OMS para la atención de la Salud Mental.

Por otra parte, la Asamblea General de Naciones Unidas fija lineamientos fundamentales relativos al tratamiento en la Resolución 46/119 “La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental” (ONU, 1991), cuyo principio 9 establece: “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros...”. En relación a la “Admisión forzosa” establece en el inciso 1 del Principio 16 que una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica cuando un profesional calificado y autorizado determina que por causa de dicha enfermedad existe una seria probabilidad de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros”. Si bien se acepta la admisión forzosa cuando “...la no internación puede conducir a un grave deterioro de su estado o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado”, en el inciso 2 de este Principio señala expresamente que “Una admisión o retención compulsiva deberá hacerse inicialmente por un corto periodo con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención”.

Esta visión produce un giro copernicano en el abordaje del enfermo y el discapacitado mental: ya no se trata de encerrar y aislar al sujeto en ámbitos en los cuales se los priva de aquellas condiciones y derechos humanos considerados fundamentales, sino de hallar los

medios para que su condición de humanidad se vea efectivamente actualizada, promovida y respetada.

En dichas herramientas normativas se plantean ciertos principios o valores fundantes que deben ser respetados: el derecho a la identidad, el derecho a la no discriminación, el derecho a no ser sometido a tratos crueles y degradantes; pero también un conjunto de principios que apuntan a fortalecer el grado de autonomía de estas personas, sobre todo en relación a la aceptación de las decisiones o acuerdos que se establecen con los representantes designados por el Poder Judicial.

Se plantea la necesidad de desterrar prácticas aberrantes que, por resultar habituales son consideradas como naturales por quienes las adoptan y que deben obligar a un trabajo de problematización, así como la incorporación de nuevas prácticas que se enmarquen en un proceso de reforma orientado por la protección y defensa de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento psíquico.

La Declaración de Caracas (OPS, 1990) representa un hito importante en relación al tratamiento del enfermo mental, pues allí se plantea una revisión crítica del papel hegemónico del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios de salud mental y se establecen cuáles son los principios que deben regir para la progresiva desmanicomialización, la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de la salud (APS) y la capacitación de los recursos humanos en salud mental orientados hacia el modelo de atención comunitaria.

---

## EL MOVIMIENTO DE LA SALUD MENTAL

**“La comunidad hospitalaria debe reorganizarse de acuerdo a ciertas normas que le permitan al paciente ingresar a un ambiente agradable, de confianza, de actividad, lo más parecido en lo posible al ambiente social del que proviene”**

**Mauricio Goldenberg (1958)**

Amparado y alentado por el movimiento de higiene mental y por la sanción de instrumentos legales o normativos *aggiornados* a las nuevas realidades, se instaló en el debate público la necesaria reorientación del modelo psiquiátrico de atención. En muchos países este proceso fue la resultante de intensos movimientos sociales que colocaron la cuestión en la agenda pública y desataron un fuerte debate acerca de cómo debían tratarse las distintas variaciones de la enfermedad y el sufrimiento mental.

Un cambio significativo se produjo en el período inmediatamente posterior a la posguerra en el área de la salud pública internacional. La recientemente constituida Organización Mundial de la Salud, burocracia íntimamente ligada a la Sociedad de Naciones que encarnaba un nuevo orden político mundial y sustentaba su discurso centrado en la protección y defensa de los derechos humanos, propuso entonces una definición de salud que aspiraba a trascender la dimensión puramente biológica, al describirla como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad*”. A pesar de las reiteradas y fundadas críticas de la que fue objeto esta definición, legitimó a gran parte de los psiquiatras, neurólogos, psicoanalistas y psicoterapeutas en el campo de la profesión médica, habilitó nuevas profesiones y alentó la constitución de un nuevo campo de referencia: el de la Salud Mental.

La introducción del concepto *Salud Mental* resultó a partir de entonces irrefrenable, y en la gran mayoría de los documentos o bien en los Congresos que reunían a especialistas de todo el mundo comienza a utilizarse en sustitución del añejo concepto de *Higiene Mental*, tal como lo recoge el Congreso Internacional de Salud Mental realizado en Londres durante el mes de agosto de 1948 o bien el primer Congreso Latinoamericano de Salud Mental realizado en Brasil durante el año 1954, o el que se realizó dos años más tarde en la ciudad de Buenos Aires.

---

Esta nueva mirada, que propiciaba la apertura de un campo inédito de escenarios e intervenciones profesionales, fue posible por el advenimiento de nuevas corrientes teóricas que comienzan a extenderse capilarmente orientando las prácticas de las instituciones asistenciales, y que aportaron además claves interpretativas para una gran cantidad de fenómenos emergentes en la vida social. Los escenarios para la transferencia de conocimientos parecían ilimitados, ya que dependían de la capacidad de detectar e intervenir oportunamente ante una gran cantidad de situaciones que resultaban comunes o frecuentes. Dichas intervenciones, novedosas muchas de ellas, definían roles profesionales que rebasaban el horizonte de la clínica y les permitían asumir tareas como orientadores, educadores o asesores en los más diversos escenarios y para temáticas muy dispares. El *especialista en Salud Mental* podría ser consultado para atender problemas de empresas en crisis, comunidades expuestas a catástrofes artificiales o naturales, o para mejorar las relaciones humanas entre el personal y/o el clima de convivencia institucional. Como vaticinaba Bohoslavsky, *“el interés se desplazará a la defensa por el derecho a la calle, a la fábrica, a la escuela, a distintos tipos de instituciones, lo cual emparentaría con cambiar el reclamo por el estatus legal por un interés por asumir más plenamente el rol social”* (citado por Noailles, G.2010)

Tomando como antecedentes las denuncias formuladas por quienes se encuadraban en el higienismo, el movimiento de Salud Mental encaró una decisiva impugnación de los establecimientos asilares, propugnando la humanización en el tratamiento y la instauración de instituciones sustitutivas como los Centros de Salud Mental en la comunidad, que trabajarían en la prevención de situaciones de crisis en el medio comunitario, y en la rehabilitación de base comunitaria de quienes se hallaban largamente institucionalizados. Dichas iniciativas toman también como principales antecedentes las críticas que sobre el modelo manicomial ejercieron representantes de la antipsiquiatría, como Ronald Laing (1969) los estudios históricos realizados por Foucault (1979), los embates de Szasz contra los procesos de internación involuntaria y con lo que calificó como fabricación institucional de la locura (1994) o, y a las que cabe añadir los aportes de la psiquiatría de Sector en Francia, en cuyos lineamientos participaron notables psiquiatras como Henry Ey, los aportes de Maxwell Jones acerca de la comunidad terapéutica, el movimiento de desintitucionalización iniciado en Estados Unidos durante la década del 60 y la experiencia italiana de Reforma Psiquiátrica realizada en Trieste y Milán

durante los años 70 (Bassaglia, F. 1973), la cual ha representado un hito significativo en el desplazamiento del paradigma asilar (Anguelerges, 1975).

Ya hemos señalado que las orientaciones novedosas como la psiquiatría social y la psicología comunitaria propusieron medidas tendientes a restituir la importancia del ambiente social y la participación en redes de apoyo y sostén, además de señalar la relevancia que comenzó a adquirir el examen de las competencias y/o capacidades más que las carencias o necesidades que los sujetos pudieran manifestar.

También en el plano de las instituciones asistenciales el movimiento de Salud Mental amplió su esfera de intervenciones, comprendiendo medidas de diagnóstico e intervención temprana. La inserción del psiquiatra, pero sobre todo del psicólogo en los dispositivos de Atención Primaria tales como los Centros del Primer Nivel de Atención, preveía también la adopción de herramientas y técnicas que permitieran expandir el número de sujetos cubiertos por los beneficios prodigados por las distintas formas de terapia haciéndolas más accesibles y, de algún modo, con mayor vocación de universalidad que las iniciativas precedentes. Desarrollos pioneros de la psicología de la salud permitieron desarrollar y brindar aportes teóricos y herramientas técnicas de intervención en el ámbito de los servicios de salud, incluso a profesionales (ej: médicos clínicos o pediatras) que no tenían una formación especializada en psiquiatría o psicología clínica (Morales Calatayud, F. 2017).

Reconocidos referentes del movimiento de Salud Mental como, por ejemplo, Gregorio Bermann, tuvieron participación en misiones oficiales tales como colaborar en la constitución de un área de Salud Mental en la recientemente conformada Organización Mundial de la Salud. Bermann, por ejemplo, participó a su vez en distintos congresos científicos que, bajo la denominación Salud Mental, eran convocados a instancias de OPS en distintas partes de la región de América Latina y, por supuesto, de Argentina.

En Argentina, uno de los hitos de este proceso fue la creación del Instituto Nacional de Salud Mental, cuya dirección se confió a psiquiatras que encarnaban las tendencias más progresistas, y que tenía como principio establecer las políticas en la materia y gestionar los establecimientos monovalentes que por entonces se hallaban bajo la órbita del Estado nacional. Por entonces la Capital Federal era, además de Tierra del Fuego, el único territorio que dependía del Estado nacional y se constituía por lo tanto en un ámbito para

desarrollar iniciativas transformadoras. Fue así que Mauricio Goldenberg, como autoridad entonces a cargo del área capitalina desarrolló el Plan Nacional de Salud Mental, que se constituyó en uno de los primeros antecedentes programáticos de estas características, y que tomaba como uno de sus principales antecedentes la experiencia desarrollada bajo su liderazgo en el Hospital Evita de la Provincia de Buenos Aires. En el marco del Plan Nacional de Salud Mental que se puso en marcha a partir del año 1967 se llevó a cabo, durante los años 1968 y 1976, una experiencia pionera de prevención primaria orientada según los preceptos más novedosos de la Salud Mental y en el cual se desarrollaba desde el Centro de Salud N° 1 una propuesta de planificación descentralizada y organizada con un criterio de integración territorial. Esta experiencia, que abarcaba el área geográfica del barrio de Núñez, desde el parque Saavedra hasta el río, buscó en todo momento promover la participación comunitaria en salud y el involucramiento de agentes legos adecuadamente formados (Rosario, H; Hirsch, H; Bello, J. 1979).

El Instituto Nacional de Salud Mental se creó inspirándose en la Ley Inglesa de 1944, que proponía el Seguro Nacional de Salud y el Servicio Nacional de Salud Mental. En su creación se concretaban las recomendaciones efectuadas por el Jefe de la Sección Salud Mental de la OMS, y que incluía prevención de las enfermedades neuropsiquiátricas, asesoramiento técnico en salud mental, asistencia integral a los enfermos y promoción de la investigación científica. En forma casi simultánea se crea la Comisión Asesora Nacional en Salud Mental que, representada por destacados referentes de la psiquiatría dinámica como Badaracco, Usandivaras y Goldenberg, asumió un discurso intensamente crítico de la psiquiatría tradicional, y que fue adquiriendo una creciente influencia en las decisiones sanitarias adoptadas a nivel nacional.

Entre los aspectos que ya comenzaban a plantearse sobresalían las tensiones y contradicciones entre un movimiento que surgía con vocación interdisciplinaria y que se configuraba como un ámbito promisorio para la inserción y desarrollo profesional de vastos contingentes de psicólogos formados en las recientemente creadas carreras de Psicología y las restricciones que los propios médicos que adherían formalmente a este movimiento harán pesar -a través de sus asociaciones- sobre los graduados de las emergentes carreras de psicología que pujaban por recursos, peleaban por su reconocimiento y se constituían en definitiva como competidores en el campo

---

profesional. Los psicólogos, que por entonces recibían una formación que otorgaba competencias para el ejercicio del rol profesional en el área clínica y se identificaban en mayor grado con los postulados que animaban el movimiento de Salud Mental chocaron fuertemente con la resistencia de quienes, encarnando posiciones hegemónicas, no se hallaban dispuestos a ceder parte de los privilegios obtenidos.

Las disputas entre asociaciones de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas se habían hecho por entonces mucho más intensas, ya que se jugaba entonces el acceso a cargos de poder y el necesario consenso en la toma de decisiones que afectaban la vida de las instituciones; y se prolongarán durante muchísimo tiempo como una nota característica del campo de la Salud Mental (Dagfal, A. op.cit. 2009). Más allá de que la legalización del estatuto profesional recién se produjo en el año 1985 con la sanción de la ley de ejercicio profesional del psicólogo, ya existían diversos servicios en los cuales el psicólogo ejercía la psicoterapia a la par de la labor ejercida por los médicos.

De forma concomitante al seguimiento y consolidación del movimiento de la Salud Mental en Argentina, se promovió la adopción de estándares consensuados científicamente que contribuyeran al registro y clasificación sistemática de las enfermedades mentales. Además, los profesionales de Salud Mental debían sostener su labor en los datos que proveían los sistemas de registro y clasificación que debían actualizarse con los últimos consensos técnicos provenientes de la Organización Mundial de la Salud y de la naciente Federación Mundial de la Salud Mental. Comienza a plantearse por entonces un incipiente interés por sustentar las prácticas desde un enfoque sanitario que considere los determinantes que obren en el plano colectivo y no quedar restringido a lo estrictamente individual. Durante la gestión de Ramón Carrillo entre los años 1945 y 1950 se habían ya introducido algunas propuestas de nominación y clasificación sistemática de enfermedades mentales (Carrillo, R. 1950), que recibieron un despectivo comentario de Gregorio Bermann, quien calificó esta iniciativa de *extraña y profusa* (Dagfal, A. op.cit, 2009). Pero poco tiempo después se planteó una propuesta de clasificación avalada científicamente a nivel nacional e internacional que lograría mayor consenso posterior entre los referentes del campo. La clínica en salud mental podía contar con un sistema organizado que favorecía el registro de las prácticas y permitía introducir procesos de evaluación que hasta entonces se hallaban vedados u obstaculizados.

Complementariamente, brindaba la posibilidad de realizar relevamientos sistemáticos que permitirían, entre otras cosas, estimar la magnitud y prevalencia de los problemas de salud mental.

Esta propuesta se conjugó además con la iniciativa de fortalecer los servicios de salud mental en hospitales generales. Como hemos señalado anteriormente Ramón Carrillo, entre otros sanitaristas, abogaba por la idea de que los enfermos mentales sean atendidos en los hospitales generales, además de propiciar la apertura de Centros que permitieran dar forma a esta idea de una psiquiatría preventiva con base en la comunidad.

Los servicios de salud mental insertos en establecimientos generales de salud lograron un franco espaldarazo con la apertura del servicio de psicopatología en el Hospital Evita, un establecimiento asistencial creado durante el primer período peronista (y rebautizado como Araoz Alfaro Hospital tras la caída de Juan Domingo Perón en el año 1955), y que estaría llamado a constituirse en una experiencia pionera de apertura de un servicio al interior del establecimiento hospitalario.

La experiencia llevada a cabo por el Servicio de Psicopatología del Policlínico Aráoz Alfaro del Partido de Lanús (Prov. de Buenos Aires), de 1956 hasta los comienzos de la década de los 70, bajo la Jefatura del Dr. Mauricio Goldemberg, quien designó como responsable del primer departamento de Psiquiatría Social del país al Dr. Isaac L. Lubchansky (quien, emigrado a Israel en la década del 70 cambia su nombre por el de Itzhak Levav). Desde este ámbito institucional, que se constituyó en una referencia relevante para quienes ansiaban quebrar la hegemonía del modelo asilar, se llevaron a cabo actividades de prevención primaria, se instituyeron un conjunto de dispositivos novedosos al interior mismo del hospital general (ej: servicios de interconsulta para pacientes atendidos en otras dependencias hospitalarias) y consultorios externos, mediante servicios abiertos a la comunidad que promovían la conformación de hospitales de día y consultorios barriales, o bien la coordinación de acciones con otras instituciones sociales y sanitarias emplazadas en el área de influencia del hospital. Se desarrollaron actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria con una estrategia de capacitación basada en el establecimiento de contactos con



Servicio Psicopatológico  
Araoz Alfaro, 1964

---

líderes que permitirían expandir el trabajo en la comunidad adyacente al hospital y la articulación con instituciones locales (escuelas, clubes, sociedades de fomento, etc.) cubriendo temáticas tan variadas como prevención del alcoholismo, el fracaso escolar, prevención de diarreas o salud reproductiva.

También cabe destacar en este proceso la diseminación cada vez mayor del psicoanálisis en el área rioplatense (Plotkin, M. 2002) y las distintas formas de psicoterapia en los servicios de salud así como el surgimiento de las propuestas asociadas con la *psiquiatría social* que, fundadas en la experiencia de Maxwell Jones y Bion en el tratamiento de las neurosis de guerra, se concretó en la propuesta de *comunidades terapéuticas*, sustentados en la democratización de las relaciones entre pacientes y terapeutas en un marco de liberalidad y humanización en el trato que distaba profundamente del tratamiento en el hospicio psiquiátrico tradicional. Si hasta entonces la psicoterapia se empleaba en el ámbito de los tratamientos privados, ahora tenía la chance de irradiarse de forma plena en los hospitales públicos generales. Por otra parte, cabe señalar que aproximadamente durante la misma época la psicología social de la salud comienza a ofrecer contribuciones importantes para trabajar en el primer nivel de atención mediante diversas estrategias y herramientas de intervención que enfocan problemas inéditos relacionados al campo de la salud materno-infantil, la salud reproductiva, los problemas de discapacidad y cronicidad propios de la vejez y que rebasaban largamente el estricto margen de la Salud Mental.

El modelo de *comunidades terapéuticas* recibió un renovado impulso en los Estados Unidos durante la administración Kennedy, que propulsó la creación de un Centro Federal de Salud Mental, la instalación de Centros de Salud Mental en las comunidades locales que paulatinamente sustituyeran la atención dispensada en los grandes manicomios, la conformación de equipos interdisciplinarios y el entrenamiento de agentes de salud para desarrollar un trabajo preventivo y con base en la comunidad (Zax y Specter, 1978). La primera experiencia importante en Argentina de un Centro de Salud Mental se desarrolló en la Ciudad de Buenos Aires y estuvo liderada por Hugo Rosario, mientras que la adopción del modelo de comunidades terapéuticas se produjo hacia mediados de los años '60 durante el gobierno de facto del general Onganía en el cual actuaba el coronel Estévez como interventor del INSM y Goldenberg como Director de Salud Mental de la Ciudad de

Buenos Aires. Pero como señala D'Agostino (2016, pág. 133), *“Los principios de las Comunidades terapéuticas: democratización, permisibilidad, libertad de comunicación y la asamblea comunitaria, no resultaba compatible con el objetivo de la dictadura y el objeto del terrorismo de estado, se impidió el desarrollo de estas experiencias, como así también la capacidad de construir un modelo alternativo en salud mental”*.

Al mismo tiempo se profundiza la crisis entre quienes ejercían la psicoterapia y otras modalidades de atención clínica, ante la falta de eficacia de las instituciones tradicionales en Salud Mental para resolver los problema socio-sanitarios emergentes y a los graves problemas que, al menos en Estados Unidos, se asociaron al desencadenamiento de conflictos bélicos en los que se alistaron numerosos soldados y en los que estuvo involucrada fuertemente la sociedad civil. Fue esta circunstancia de crisis profesional que impulsó a la convocatoria de psicólogos patrocinada por el Instituto Nacional de Salud Mental y la Universidad de Boston bajo la denominación *“Conferencia para la educación de psicólogos para la Salud Mental Comunitaria”*, y en la cual se discutió en profundidad el perfil de psicólogo requerido para las nuevas demandas sanitarias, las estrategias de capacitación que deberían adoptarse. Se produce como consecuencia de este encuentro la Declaración de Boston en el cual se emplea, por primera vez en el mundo, el término *“Psicología Comunitaria”* (Saforcada, E. op.cit. 1998).

La perspectiva epidemiológica en salud mental cobró fuerte notoriedad e impulso internacional merced al estudio realizado en los EEUU por Hollingshead y Redlich (1958) que correlacionaba la incidencia de las enfermedades mentales con la clase social. Durante la experiencia realizada por Mauricio Goldenberg en el área de influencia del hospital Evita se desarrollan investigaciones epidemiológicas que permitirían delinear el curso de las acciones a seguir, así como desde el Departamento de Docencia se promovieron estudios en los cuales se justificaba la adopción de una perspectiva sanitaria de la Salud Mental (Tarnopolsky, A. et al. 1970).

En el año 1972, y por iniciativa del Grupo Documento se constituyó, la Coordinadora de trabajadores de la Salud Mental, cuyo objetivo era insertar formalmente a los trabajadores de esta área en los hospitales públicos y Centros de Salud. La Coordinadora, espacio de carácter eminentemente gremial y resultado emergente de los conflictos planteados entre asociaciones psicoanalíticas (Dagfal, A. op.cit. 2009) representó una de

las primeras instancias de agregación gremial que concitó el reconocimiento bajo esta nueva denominación identitaria que, entre sus objetivos implícitos, pretendía disolver la hegemonía que aún tenían los médicos por sobre otras disciplinas profesionales.

Otro aspecto importante a destacar ha sido la conformación de los equipos interdisciplinarios, en los cuales se jerarquizó la incorporación de trabajadores sociales, enfermeros y una plétora de psicólogos que, egresados de las recientemente creadas carreras de Psicología, hallaron en este servicio un ámbito para el ejercicio de prácticas formativas que los habilitarían para el ejercicio clínico. Se planteaba este proceso de integración a los restantes servicios hospitalarios, aun cuando resultaba una práctica no autorizada en virtud de la legislación que por entonces restringía al psicólogo a una labor de mero *auxiliar de la medicina*.

En los albores de la recuperación democrática el Dr. Aldo Neri, entonces ministro de la cartera sanitaria, encarga a Mauricio Goldenberg un relevamiento de servicios y recursos con el objetivo de la formular un diagnóstico de situación y establecer las prioridades para la implementación de políticas públicas. El relevamiento, realizado junto a otros colegas de la experiencia lanusina que se manifestaron abiertos a las corrientes innovadoras que en toda Europa portaban una visión novedosa respecto de la Salud Mental, fue presentado en un documento denominado "*Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental*" y que resultó un antecedente directo de la creación, por decisión presidencial, de la Dirección Nacional de Salud Mental (DNSM).

Tras declinar el ofrecimiento del cargo de Director de Salud Mental que le propuso el presidente Raúl Alfonsín el Ministro de Salud en ejercicio designa entonces a Vicente Galli, quien se hallaba fuertemente conectado a los protagonistas del movimiento italiano que participaron en la experiencia de Trieste y liderada por Franco Basaglia pero también con los psicólogos argentinos que habían abrevado en dichas referencias teóricas y algunos de ellos participado en la experiencia lanusina. Durante su gestión Galli sensibilizó a las autoridades provinciales para dotar de mayores recursos y aumentar la jerarquía institucional de las áreas de Salud Mental, impulsó la creación de las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM) e intentó, aunque con resultados poco sustentables respecto de las metas planteadas, infundir una visión que recogiera cabalmente la herencia de Mauricio Goldenberg; en cuya gestión se plantearon los

---

primeros antecedentes de incorporar psicólogos a la Residencia de Psicología Clínica en hospitales generales.

Por entonces ya era un credo de diversos movimientos contrahegemónicos la necesidad de quebrar definitivamente los ejes de sustentación del modelo asilar y suprimir de una vez por todas el bastión institucional que durante décadas había sido asiento de dicho modelo: el manicomio. Los movimientos desmanicomializadores alcanzan en los años '80 una renovada fuerza (Rotelli,F.2014), y con el advenimiento de la democracia el movimiento de Salud Mental encuentra una expresión cabal a través de distintas figuras del campo filosófico y médico-psicológico. Cabe citar, como un hecho emblemático, que un encuentro realizado en Buenos Aires para avanzar en alternativas institucionales a la manicomialización congregó a figuras renombradas de la filosofía europea como Robert Castel y Félix Guattari entre otros. También se convocó a un importante evento en los inicios de la década de los '90 para promover la estrategia de desmanicomialización en la provincia de Río Negro, que poco antes había sancionado la ley provincial N° de 2440 sobre la promoción sanitaria y la salud mental de las personas con sufrimiento psíquico.

El contexto resultaba sumamente crítico para encauzar medidas de este tipo: la institucionalidad de lo público se hallaba devastada luego del proceso militar y una propuesta desinstitucionalizadora podía agravar aún más la fragilidad del tejido vincular que cementaba la vida social y que, por entonces, se estaba recomponiendo. Por otra parte, el escaso margen presupuestario con que contaba la DNSM tampoco permitía ensayar importantes transformaciones y este factor erosionó aún más la viabilidad de las propuestas desmanicomializadoras.

La incorporación formal de referentes del campo de la Salud Mental halló un nuevo espaldarazo con la apertura, en los inicios de la recuperación democrática, de las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental. Esta instancia de formación de posgrado, abierta a médicos, trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos y otras profesiones que se iban incorporando gradualmente a un campo expansivo y con cada vez mayor vocación interdisciplinaria, permitió que una creciente gama de recursos del campo "psi" se incorporen a los servicios de salud generales o bien especializados, y comiencen a interactuar de modo original con las restantes especialidades asistenciales. A medida que se poblaba el mercado profesional con un contingente cada vez mayor de psicólogos que

---

se especializaban a través de residencias clínicas o bien en las denominadas RISAM y menor el número de psiquiatras que optaban por trabajar en el sector público, más creciente se hacía la incorporación de profesionales con este nivel de calificación y especialización a los equipos básicos de Atención Primaria de la Salud. La inserción de los especialistas en Salud mental en servicios que respondían a la estrategia de Atención Primaria de la Salud tuvo un decidido apoyo en el ámbito internacional y, a instancias de la Organización Panamericana de la Salud, se suscribe durante el año 1990 la Declaración de Caracas. Allí se establece claramente la necesidad de desplazar el eje de atención del hospital psiquiátrico hacia la comunidad, y se enfatiza que la formación de los profesionales debía orientarse según los principios de la Atención Primaria de la Salud y por fuera del ámbito psiquiátrico.

Cabe señalar además lo que aconteció en el dictado de las carreras de psicología en todo el país. Tras el interregno de la dictadura, se pusieron en discusión los criterios que orientaban la formación de los profesionales de la Salud Mental y consiguientemente se abrieron instancias para cubrir a través de concursos oficiales los cargos vacantes por las obligadas renuncias de quienes ahora debían abandonar sus cargos, o bien para cubrir nuevas asignaturas en función de los cambios curriculares recientemente adoptados. Fue entonces que gran parte de aquellos profesionales que adherían a las corrientes teóricas que se habían en este período se habían sostenido en ámbitos privados y a menudo en una cultura de catacumbas en las que se protegía su enseñanza y se la revestía de un aura iniciática (principalmente el lacanismo) resurgían públicamente y aspiraban a cubrir gran parte de las asignaturas pero con un sesgo fuertemente asistencialista, descontextualizado y con una impronta favorable al ejercicio liberal de la profesión. Durante el año 1988 se produce una interesante alianza entre la Universidad de Buenos Aires y la Organización Panamericana de la Salud. Sara Slapak, entonces decana de la Facultad de Psicología, fue invitada a una convención organizada por la Asociación Psicológica Americana en Washington, en la cual se constituyó la Red interamericana para el desarrollo de la psicología en la atención comunitaria en salud. Dicha red se conformó con universidades, asociaciones profesionales, instituciones sanitarias y la sociedad interamericana de psicología (SIP). Allí se estableció que la Facultad de Psicología funcione como centro piloto para el desarrollo de la orientación comunitaria en el pregrado y posgrado, y como parte de las actividades conjuntas se realizaron, con auspicio de OPS y

la SIP, sendos seminarios de formación dictados por dos referentes relevantes de la psicología comunitaria estadounidense: Robert Newbrough y Jim Kelly y destinado a profesionales de diversos centros formadores de todo el país.

En el año 1978 se inició el proceso de descentralización hospitalaria, que se completaría definitivamente hacia comienzos de la década de los '90, y que incluyó la transferencia del nivel nacional al nivel provincial y del nivel provincial al nivel municipal y ciertas medidas de descentralización administrativa y financiera como los hospitales de autogestión. Como consecuencia del proceso de descentralización, el 75% de la capacidad instalada en el sector público en el área de la salud se hallaba en el año 1995 bajo la órbita provincial o municipal. El gobierno nacional debía reservarse el rol de rectoría y el diseño de la política pública, pero al carecer de liderazgo y de recursos efectivos para acompañar los procesos de transformación terminó en la práctica profundizando el nivel de inequidad entre las regiones sanitarias, y produciendo notorias asimetrías en la calidad de atención de acuerdo a las condiciones específicas que presentaba cada unidad hospitalaria.

Finalizado el período alfonsinista, y en el contexto de políticas liberalizadoras que alentaban la descentralización, la privatización y la desregulación de servicios (Castro, B; Casal, A; de Lellis, M. 2007), los establecimientos de salud se transfirieron por decreto a las provincias y a la CABA merced a un Decreto firmado por el entonces presidente de la República. Así fue como, entre otros, establecimientos tales como al Domingo Cabred y Colonia Oliva pasaron a la órbita de las provincias y establecimientos como el Hospital José Tiburcio Borda, Braulio Moyano se trasladaron a la jurisdicción recientemente creada: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El proceso de descentralización puso al descubierto el déficit de liderazgo y la débil rectoría que ejercía entonces el Estado Nacional, que terminó consumándose institucionalmente con la virtual desaparición de la DNSM del organigrama del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Al parecer, carente ya de la responsabilidad por administrar los establecimientos monovalentes a su cargo, el Estado nacional terminó por desentenderse de ejercer políticas rectoras en Salud Mental, y se acentuó así un proceso de anomia y fragmentación que profundizó las asimetrías regionales y produjo aún una mayor inequidad sanitaria.

Otro aspecto importante a destacar es que como campo emergente la Salud Mental nació con vocación interdisciplinaria y que, conforme se fueron consolidando las incipientes disciplinas y especialidades profesionales, ha ido poniéndose más en cuestión la hegemonía excluyente del médico en la toma de decisiones. Cabe decir además que la inspiración ideológica sustentada por los primeros referentes del movimiento (en su mayoría médicos psiquiatras que abrevaron en teorías psicodinámicas pero con apertura hacia otras corrientes de pensamiento) ponían más en evidencia aún que ciertos desafíos no podían resolverse en el ámbito restringido de la clínica y necesitaban, desde una perspectiva sanitaria, expandir sus fronteras de aplicación a muy distintas áreas de la vida social.

La ley que por entonces regulaba el ejercicio profesional de quienes actuaban en este campo era la 17132, que establecía con claridad la preminencia que debía tener el saber médico por sobre las restantes disciplinas, consideradas o clasificadas bajo el ambiguo término de “auxiliares de la medicina”. En la medida que muchas de las disciplinas comprendidas por la ley bajo esta denominación comenzaban a adquirir un estatuto de autonomía a través de la legislación y las normas supletorias dictadas por el Estado nacional comenzó a plantearse también con mayor agudeza la contradicción entre un discurso tendiente a la hegemonía disciplinaria y la conformación más heterogénea del campo, demandada por otra parte a dar respuestas a los problemas sanitarios cada vez más complejos.

Como telón de fondo hallamos que, por un lado, aquellos que se referenciaron en torno a la Salud Mental en Argentina abrevaron en la teoría psicoanalítica que por entonces gozaba en este momento de un proceso de expansión mundial: pedagogos, analistas profanos y psiquiatras reformistas sostenían una mayor apertura hacia otras profesiones pero cercenaron o no permitieron desarrollar corrientes disciplinarias más ligadas a la tradición científica de la psicología (Dagfal, A. 2006).

Pero estuvo signado además por la intensa disputa corporativa entre psicólogos y psiquiatras, que dominó por unas décadas el escenario del campo de la salud mental, ya que la inclusión del psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud siempre mantuvo una importante dosis de ambigüedad:Cuál debía ser su rol? Cuáles los límites de su ejercicio profesional? Qué marco normativo debía regular sus prácticas? Muchas de las

contradicciones que se plantearon entonces tenían relación con los procesos formativos, ya que fueron médicos psiquiatras quienes concibieron la creación de las carreras y ocuparon las posiciones de poder en el claustro académico, para liderar la formación de futuros profesionales que, en teoría, no se hallaban habilitados para ejercer profesionalmente las competencias adquiridas durante su formación. Estas profundas contradicciones se encarnaban aún en el discurso de los psiquiatras más reformistas como Bleger, Goldemberg o Pichón Riviere, que alentaron espacios de formación no convencionales pero sin discutir a fondo la hegemonía médica en la toma de decisiones.

No podemos omitir otra innovación importante introducida por el movimiento de salud mental y que guarda relación con el desplazamiento del eje de problematización de la ética profesional, que virará desde la importancia concedida a las cuestiones deontológicas del deber profesional, hacia otro eje centrado en el respeto a la autonomía y participación de los sujetos y familiares en la toma de decisiones.

---

## LOS ACONTECIMIENTOS RECIENTES: PROCESOS DE REFORMA Y LEY NACIONAL

**“La desinstitucionalización de la asistencia social forma parte de un cambio más amplio de la sociedad moderna: el ataque a las instituciones rígidas en el trabajo y en la político. Lo mismo que en la asistencia social, lo que domina este esfuerzo más amplio es la creencia de que las comunidades tienen más capacidad que las burocracias para satisfacer las necesidades sociales de la gente”.**

**Richard Sennett (2003)**

**“A la derecha la ley..... a la izquierda las reformas”**

**Franco Basaglia (1980)**

En virtud de tales antecedentes, no resulta extraño que la reforma del modelo asilar-tutelar de atención se planteara entonces como el principal tema de agenda en Salud Mental, concebida como la transformación o directamente supresión del régimen manicomial y la apertura de nuevos servicios o la reestructuración de los ya existentes (Chiarvetti, S. 2008).

Pueden mencionarse como antecedentes regionales iniciativas o programas que se hallaron en sintonía con la propuesto en la Declaración de Caracas, tales como aquellos implementados en la ciudad de Cali, Colombia (Uzcátegui, R.; Levav, I. 1991); la reforma de los hospitales generales para favorecer la inclusión de servicios de Salud Mental en Costa Rica; las experiencias de Salud Comunitaria realizadas en el Centro de Salud de Curundú, Panamá; el Modelo Hidalgo de atención en Salud Mental desarrollado en México; para citar sólo algunas de las más importantes. Por su orientación comunitaria, cabe destacar las experiencias de rehabilitación de enfermos hospitalizados realizados por Juan Marconi en el Hospital Colonia El Peral, ex Open Door de Chile, en el cual se creó un servicio de agudos, se organizó a los crónicos, se fomentó la capacitación de miembros de la comunidad como monitores en Salud Mental y se estableció la redistribución de recursos dentro de un nuevo enfoque basado en la rehabilitación. En el caso de Brasil, el movimiento social gestado a favor de la ampliación de los derechos de pacientes

psiquiátricos, trascendió la mera sanción de leyes o declaraciones de derechos para constituirse en un proceso que, incluido como cuestión social en la agenda de los poderes públicos, ha inspirado distintas iniciativas y cursos de acción tales como la integración de la Salud Mental en el programa de Salud Comunitaria de Murialdo en el distrito federal de Porto Alegre (Busnello, E. 1985), el Programa de Salud Mental de la ciudad de Santos y el movimiento Loucos por la vida que se desplegó coincidentemente con la postulación de Lula Da Silva a la presidencia de la República brasileña (Amarante, P. 2009).

En nuestro país, durante la década de los '90, y luego de suscribirse la Declaración de Caracas a la que adhieren y se comprometen formalmente los distintos países de América Latina, en los países de la región (incluida la Argentina) se ponen en marcha iniciativas para lograr la reducción de camas y la constitución de una red integrada de servicios de salud mental basada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Cabe señalar además que, entre quienes lideraron el grupo redactor de la Declaración de Caracas se hallaba un argentino que había trabajado junto a Goldenberg en la experiencia desarrollada en el Hospital Evita: Isaac Lubchansy, luego rebautizado como Itzak Levav al emigrar a Israel tras el golpe militar.

- La transformación realizada en la Colonia de Oliveros, Provincia de Santa Fe, en el cual se redujo las internaciones de las 1250 camas existentes en el año 1984 a las casi 400 camas que existen en la actualidad, logrando una reducción de aproximadamente el 32% en el transcurso de alrededor de 20 años, lapso que muestra la dificultad que encierran estos programas cuando están bien desarrollados.
- La experiencia de transformación institucional desarrollada en el hospital monovalente de la Provincia de San Luis, que mediante la apertura del Hospital y el trabajo con la comunidad circundante, convierte al hospital monovalente concebido como cronicario en un hospital polivalente, especializado en la atención de patologías agudas y con un promedio de internación que apenas supera los 7 días (Pellegrini, J. 2005). Se redujo notoriamente el gasto en medicamentos (alrededor de un 70 %) y ese dinero ayuda a solventar estrategias de externación que contemplan el otorgamiento de subsidios y el aseguramiento de dispositivos de

alojamiento en el seno de la comunidad, proveyéndole el hospital medicamentos, ropa, calzado y hasta materiales de construcción para sus casas.

- La experiencia desarrollada en la Colonia Nacional Montes de Oca durante la gestión del Director Interventor Jorge Rossetto, quien durante el período 2005-2015 logró inobjetable resultados, en términos de la disminución de camas asilares, la habilitación de dispositivos comunitarios gestionados por la institución o con un régimen autogestionado, la inclusión de pacientes en situación de alta pero con altos niveles de precariedad social a un régimen de subsidios que permitió en muchos casos el “regreso al hogar” (Rossetto, J.; de Lellis, M. 2007).



Colonia Nacional Montes de Oca imagen de pabellón remodelado por el arquitecto Gustavo Navone en 2008.

- a. El Programa de Rehabilitación y Externación asistida que, iniciado hace más de 20 años en el Hospital Estévez, situado en la localidad de Temperley, provincia de Buenos Aires; ha tenido como objetivo promover la reintegración social de los pacientes institucionalizados que, si bien se hallan en condiciones clínicas para su reinserción comunitaria, no pueden hacerlo por carecer de recursos materiales (ingreso, vivienda) o de un ámbito de contención familiar que lo aloje. Se instauran dos herramientas: la constitución de Casas de Convivencia mediante el alquiler a cargo del hospital y el otorgamiento de subsidios a Familias Sustitutas, que puedan albergar a pacientes dados de alta. Para ello los hospitales deben afrontar las erogaciones con sus presupuestos habituales. Tanto las residencias destinadas a Casas de Convivencia como las familias interesadas en albergar a pacientes, deben cumplir con una serie de requisitos para ser habilitados, previa firma de un contrato con la autoridad hospitalaria.

Pero, ¿cuáles fueron los correlatos institucionales de todo este período de importantes reformas en el plano sanitario, jurídico y asistencial?

Como hemos señalado, la década de los '90 fue del todo perdida para avanzar en políticas públicas de Salud Mental acordes con los nuevos planteos éticos, jurídicos y sanitarios. A comienzos del milenio se precipita la crisis del año 2001, que precipitó la salida anticipada del poder del presidente Fernando De la Rúa y se declara la emergencia social y sanitaria. En pleno período de emergencia sanitaria el gobierno pone en marcha un programa para el fortalecimiento del primer nivel de atención desde una estrategia basada en la APS bajo la insostenible denominación de Médicos Comunitarios, cuyo objetivo era dotar de recursos humanos de diferente extracción disciplinaria en los centros de salud que actuaban en el nivel local. Pero más allá de esta denominación, y contradiciendo también las previsiones de quienes formularon el programa, las estadísticas permitirán comprobar más tarde que los psicólogos conformaban el mayor porcentaje de disciplinas profesionales financiadas por el programa, aun cuando carecieran, por los déficits de formación en el grado y el posgrado, de las herramientas de formación teóricas y técnicas para actuar desde un rol comprometido con la salud pública en las instituciones a las que se irían incorporando.

Como consecuencia de la movilización impulsada por organizaciones de derechos humanos, y por el predicamento logrado por destacados referentes que provenían del campo jurídico como Alfredo Kraut o bien influyentes referentes de la Salud Mental como Hugo Cohen o el propio Levav, se conforman espacios de articulación sectorial cuyo propósito es influir en el ámbito de los poderes públicos y dar forma a nuevas medidas legislativas e institucionales que permitirían concretar la tan deseada reforma en las instituciones asilares. Se crea entonces la Comisión de Justicia, Salud y Derechos Humanos en el ámbito de la Secretaría de Derechos Humanos de Nación que por entonces estaba bajo la conducción de Eduardo Duhalde y en la que participaron autoridades sanitarias, académicas, representantes de organizaciones civiles, legisladores y miembros del Poder Judicial, y se generan desde allí consensos que permitirían una labor concertada entre las diversas instituciones y organismos implicados.

Como un hito sobresaliente de este período cabe destacar la publicación en el año 2007 del Informe Vidas Arrasadas (2008), elaborado conjuntamente por el CELS y el MRDI, en el

cual se denuncia la penosa situación de los pacientes institucionalizados y la escandalosa existencia de las instituciones psiquiátricas, que se describieron en el documento como ámbitos de encierro sistemático y violación de derechos humanos entre las personas alojadas.

Durante el año 2008 se concreta la reglamentación de la ley 24788, que delega en la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud) la conducción del programa y habilita para la conformación de los equipos técnicos que conducirán la marcha de este programa de implementación.

Durante el año 2008-2009 una Comisión Asesora en materia de adicciones que dependía directamente del Jefe de Gabinete produjo un informe en el que detalla la prevalencia e impacto socio sanitario del consumo e insta a adoptar medidas integrales de parte de los poderes públicos, que involucraran al Ministerio de Salud y la Administración de Justicia.

Aún cuando pueden advertirse importantes iniciativas de reforma institucional, la cantidad de camas por habitante en Argentina prácticamente duplica la que se observa en países como Brasil, España o Japón, resulta casi 9 veces superior a la que se registra en Australia y 60 veces la observada en China. Cabe señalar que en nuestro país se constata que, según los últimos registros oficiales, el número de establecimientos psiquiátricos privados llegan a superar los 250, con una oferta de camas de aproximadamente 9.000 plazas, equivalente al 40% de las existentes en instituciones monovalentes del país. (Barrionuevo, H. 2005) calculándose que a la Provincia de Buenos Aires corresponde aproximadamente el 50% de ellas.

En nuestro país, desde hace aproximadamente veinte años, se han planteado avances que en el campo de la legislación y las políticas públicas contribuyen al proceso de regulación de esta grave problemática, que se sustentan en la Convención Internacional de protección de las personas con discapacidad y su Protocolo facultativo, los principios para la protección de los enfermos mentales sancionados por la ONU y diversas declaraciones y resoluciones emitidas por órganos que representaban a asociaciones profesionales.

La sanción de una ley nacional resultaba una necesidad acuciante para influyentes sectores de opinión, y calificados referentes. El reclamo se expresaba en distintos órganos de difusión y en publicaciones de referentes académicos (Kraut, A. op.cit) quienes

expresaban la necesidad de contar con un instrumento legislativo de alcance nacional, pues si bien se contaba en Argentina con antecedentes legislativos en la materia, tal como es el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Santa Fe, Entre Ríos y Río Negro, no existía una Ley Nacional de Salud Mental que rigiera en todo el territorio nacional.

El proceso de debate en torno a una ley que regule sobre la materia se inició en el año 2005 aproximadamente, desembocando en el denominado Proyecto de la Diputada Nacional Marta De Brassi y en el proyecto de la Senadora Nacional María Cristina Perceval, los cuales luego de impulsar los debates en el ámbito legislativo y en la sociedad en general, perdieron estado parlamentario.

Más adelante, se avanzó en la formulación de un proyecto de Salud Mental a instancias del diputado Leonardo Gorbacz por Tierra del Fuego al que luego se sumaron Diputados de casi todos los bloques de la Cámara (Gorbacz, Sylvestre Begnis, Conti, Ibarra y Otros – Expte. 60/09), hasta lograr finalmente la sanción de la ley durante el mes de diciembre de 2010.

A casi un año de su aprobación en la Cámara de Diputados, y luego de su tratamiento en el Senado se logra la definitiva sanción de la ley de Salud Mental Nº 26657, que será publicada en el Boletín Oficial el 2 de diciembre de 2010.

Cómo recoge la ley de salud mental las contribuciones innovadoras que forman parte inherente del movimiento histórico de la Salud Mental? Qué avances se produjeron en términos de gestión de políticas públicas nacionales a partir de la sanción de la ley nacional?

La Ley nacional introduce un cambio sustancial en materia de promoción y prevención de la Salud Mental, se basa en los estándares internacionales de derechos humanos vigentes en la materia, así como estipula lineamientos de acción basados en la justicia social y los derechos humanos, y contiene los siguientes puntos fundamentales:

- a. Expresa claramente en su artículo 3º la dimensión y trascendencia de la misma, como proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos

humanos y particularmente de los derechos sociales de toda persona. Esta definición refleja una perspectiva novedosa, que incita a recuperar aproximaciones basadas en el enfoque de la complejidad nutriendo a su vez estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para su abordaje.

- b. Armoniza como marco legal muy apropiado en el campo de las adicciones, en tanto expresa que la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación puntual en un momento determinado.
- c. Establece parámetros para definir el rol que tendría en este campo la Autoridad de Aplicación, como desarrollar recomendaciones dirigidas a las Universidades Públicas y Privadas, para que la formación de los profesionales, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental; promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país y desarrollar planes de prevención en Salud Mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental, en coordinación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Empleo, Trabajo y Seguridad Social.
- d. Señala, por un lado, la necesidad de efectuar un relevamiento exhaustivo de los pacientes atendidos mediante un Censo de pacientes institucionalizados, e indica también la necesidad de contar con un sistema de clasificación avalado por instituciones sanitarias internacionalmente reconocidas como la O.M.S.
- e. La ley señala necesidad de que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario, (.....) y que se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales” (ARGENTINA, Ley

---

Nacional de Salud Mental, Art. 9º). Allí es donde cobra relevancia la participación de las familias u otros vínculos significativos en el proceso de atención y el aliento a actividades que tales como la visita periódica a la institución, los procesos de revinculación progresiva o bien la posibilidad de una externación asistida al medio familiar.

- f. La ley jerarquiza a las redes institucionales de establecimientos y servicios de salud, cuya finalidad debe ser asegurar a los usuarios la integralidad y continuidad de cuidados en los procesos asistenciales. También destaca la relevancia de reestructurar la red de servicios de atención y plantea taxativamente la prohibición de crear nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes públicos o privados en tanto que los existentes se deberán adaptar a los objetivos y principios establecidos en la ley hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos (ARGENTINA, Ley Nacional de Salud Mental,, Art. 27º). Por otra parte, el artículo 28 establece que las internaciones de salud mental deben realizarse en los hospitales generales, y que el rechazo de la atención de los pacientes por motivos de su salud mental bajo esta modalidad se considerará un acto discriminatorio en términos de la ley 23592.

En el año 2010 se crea por Decreto Presidencial la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), y se le adjudican misiones y responsabilidades institucionales que habían estado durante un largo tiempo ausentes en el Estado Nacional. Al frente de la Dirección se designa al Licenciado Yago Di Nella, psicólogo con escasos antecedentes en salud pública pero que encaraba una decidida visión fundada en la protección y defensa de los derechos humanos, ya que su adscripción institucional era en el área de protección a grupos vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos liderada entonces por el Dr. Eduardo Duhalde.

Desde el inicio de su gestión, el flamante funcionario recibió apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, representada entonces por la diligente labor que ejerció el Dr. Itzhak Levav en el Departamento de Salud Mental con sede en Washington y por el referente subregional Dr. Hugo Cohen, quienes legitimaron con su participación en actos

---

públicos las primeras medidas adoptadas. Durante la gestión de Di Nella, que se prolongó entre abril del 2010 y diciembre del 2011, se intentó reposicionar a la Salud Mental en la agenda de las distintas jurisdicciones, rescatar la importancia de una visión epidemiológica que ofreciera las bases necesarias para planificar y adoptar acciones de alcance nacional, incorporar a los técnicos de la salud mental en las iniciativas sanitarias de base territorial. Se convocó a referentes (sobre todo autoridades provinciales) para consensuar la redacción del Decreto Reglamentario, y se integró el PRISMA, programa coordinado conjuntamente con el poder judicial y el ministerio de seguridad para la atención de las personas con padecimiento mental que, juzgadas inimputables, recibían un tratamiento en instituciones con régimen cerrado. Pero la gestión, que fue interrumpida prematuramente, dejó como resultado un insuficiente grado de integración con otras áreas de la cartera sanitaria y otras dependencias ministeriales, así como el crónico déficit de recursos para resolver una agenda tan saturada de demandas no permitió darle sustentabilidad a muchas de las iniciativas adoptadas.

Sucedió a la gestión de Di Nella la licenciada Matilde Massa, oriunda de Santa Cruz y vinculada por su anterior desempeño en dicha provincia a la Ministra de Desarrollo Social entonces en ejercicio, la Dra. Alicia Kirchner. Durante dicha gestión se desplegó una actividad muy intensa en diferentes áreas para lograr la implementación de la ley nacional, y tratando de proyectar la Salud Mental como una cuestión central de la política sanitaria nacional y de cada una de las jurisdicciones. Se reanudaron las periódicas convocatorias a los funcionarios provinciales con responsabilidad institucional en la materia, se dio nuevo impulso al área de investigación epidemiológica, se conformó un equipo que se abocó al cumplimiento de la ley 24788 de prevención del alcoholismo, se profundizó la integración con otras áreas del ministerio de salud, se revitalizó el área de comunicación social y se fortalecieron las iniciativas de capacitación que cubrieran al personal que actuaba en los servicios de salud pero también al que se hallaba inscripto en procesos de formación universitaria.

Entre las iniciativas más importantes que se adoptaron en el período que permitieron institucionalizar gran parte del articulado de la ley nacional, pueden señalarse la Reglamentación de la ley nacional que se sancionó durante el mes de julio de 2013, la institucionalización de la Comisión Nacional Intersectorial en Salud Mental y Adicciones

(CONISMA) como espacio de articulación intersectorial en el ámbito de la Jefatura de Ministros durante el año 2014, se concretó la creación y convocatoria periódica al Consejo Consultivo con participación de muy diversas organizaciones del ámbito civil.

Cabe destacar especialmente la producción de las Recomendaciones y lineamientos a las Universidades porque resultó una experiencia inédita en la cual las autoridades políticas y universitarias coincidían de manera perentoria en la necesidad de transformar las pautas y contenidos de la formación de los profesionales de la Salud Mental y se comprometían en un programa de reforma avalado conjuntamente para la reforma de aspectos curriculares que se juzgaban desactualizados para afrontar las demandas que planteaba el marco normativo vigente. Las Recomendaciones a las Universidades para dar cumplimiento al Artículo 33º de la ley se produjeron en coordinación con la Secretaría de Políticas Universitarias, así como también los Lineamientos curriculares para la formación de profesionales y técnicos de la Salud Mental, y se avanzó en la generación de consensos para la formulación de normas consensuadas de calidad en los servicios de salud mental.

Luego de un intervalo en que las políticas públicas de salud mental a cargo del funcionario del gobierno electo durante el año 2015 exhibieron una mayor discontinuidad con las iniciativas precedentes, las nuevas autoridades han expresado de manera enfática su alineamiento con el contenido de la ley nacional y la voluntad de avanzar en su concreción, aún cuando predomine el discurso en torno de lo políticamente viable y en el cual se admite ya como irrealizable la meta planteada en el Decreto Reglamentario de la ley, de *“un continente libre de manicomios para el año 2020”*.

En síntesis, la reforma en el modelo de atención se sustentó de manera indisociable a la perspectiva de protección y defensa de los derechos humanos del paciente con sufrimiento mental, y a un abigarrado conjunto de leyes, normativas, acuerdos y declaraciones internacionales abonan o justifican una transformación en el régimen de atención actualmente vigente. Durante el transcurso del siglo XX se abre camino una nueva visión acerca de la enfermedad y el retardo mental centrada en la idea fundante de que el enfermo es, por sobre todas las cosas, un sujeto cuyos derechos deben ser respetados.

---

## UNA SÍNTESIS: EL DEBE Y EL HABER DEL MOVIMIENTO DE SALUD MENTAL

**“Los procesos de transformación institucional son políticos, y tienen que ser colectivos para instituirse. Mayor cantidad de actores empoderados, comprometidos con el cambio, son la clave para ganar una lucha que es ideológica y política”**

**Jorge Rossetto (2016)**

En síntesis, tomando en cuenta las principales rupturas ensayadas por el movimiento de la Salud Mental, ¿cuáles fueron los mayores logros que se produjeron a lo largo del período y cuáles son, a nuestro juicio, aquellas asignaturas aún pendientes sobre las cuales es indispensable continuar trabajando con mayor intensidad y persistencia?

En primer lugar, la emergencia de la Salud Mental reconfiguró el campo al reposicionar a actores que ocupaban posiciones subalternas (psicólogos, psiquiatras reformistas, psicoanalistas) y colocó en posición defensiva o “de reacción” a quienes ocupaban las posiciones dominantes, principalmente los partidarios de los enfoques más conservadoras de la psiquiatría tradicional. Surgen nuevos actores como las asociaciones de psicólogos, científicos sociales y técnicos en rehabilitación que se organizaron cooperativamente en defensa de sus intereses y han presionado para una mayor apertura del campo, y para el logro de mayores condiciones de legalidad y legitimidad de las prácticas. En tal sentido, Instituyó una referencia interdisciplinaria innegable, precisamente para superar la linealidad de las prácticas tradicionales y para conformar un equipo capaz de dar una respuesta coherente e integral a la gran complejidad de las situaciones existentes. Este proceso profundizó la crisis entre los propios médicos psiquiatras (entre partidarios del naciente modelo y quienes abogaban por sostener un modelo centrado en la respuesta asilar) o bien de forma más general entre aquellos que sustentaban una clínica restrictiva y quienes abogaban por una apertura hacia un paradigma más expansivo e integral.

Si bien una plétora de psicólogos se fue incorporando a los equipos de salud integrado por disciplinas tradicionales pero también emergentes como la musicoterapia o la terapia ocupacional, la interdisciplina continuó siendo una aspiración planteada en un plano ideal, pero raramente efectiva en la práctica de los servicios ya que, por ejemplo, en la casi

---

totalidad de los servicios de salud mental la jefatura fue asumida por profesionales médicos. Además de la exigua cantidad de experiencias interdisciplinarias efectivamente implementadas, la fragmentación disciplinaria, la reproducción de hegemonías sostenidas en criterios injustificados y las disputas corporativas han impedido trabajar integradamente y en equipo, contrariando las propuestas que han insistido en ofrecer una respuesta multidimensional, articulada y compleja a las problemáticas hoy prevalentes en salud mental. Las disputas sustentadas en una moral corporativa entre médicos y psicólogos siguen trabando la implementación de los marcos normativos ya socialmente consagrados, precisamente por hallarse en controversia las incumbencias profesionales y la responsabilidad diferencial que cada una de las profesiones debe asumir en la internación involuntaria en las instituciones asilares (Rosendo, E. 2009).

Las señaladas dificultades para el trabajo interdisciplinario resultan aún más escandalosas en la medida que se han difundido por todo el mundo las corrientes de pensamiento inspiradas en una perspectiva de la complejidad que incitan aún más al trabajo interdisciplinario. De allí la relevancia que tiene la adopción de lineamientos que adecuen y actualicen la capacitación de grado y la formación permanente de los recursos humanos que se constituirán en implementadores de las políticas públicas de salud mental basadas en esta perspectiva. No obstante, reforzamos nuestra opinión, ya formulada en anteriores trabajos, que el auténtico logro del movimiento históricamente reconocido como Salud Mental, radicará en que ya no se adjetive la salud como mental sino que designemos a la Salud a secas o bien nos refiramos a *lo mental en la salud* (Saforcada, E. y de Lellis, M. 2006) ampliando el involucramiento de miradas profesionales a quienes que rebasa a quienes integran restrictivamente el equipo de Salud Mental.

El segundo aspecto importante se relaciona con la promesa de superar las características custodiales del modelo de atención, que fundamentaba las prácticas asilares tan frecuentes entonces para atender las dolencias mentales. El régimen custodial que sustentaba las prácticas científico-profesionales en los asilos había sido objeto de profundas y reiteradas invectivas, así como habían sido reiteradas las denuncias sobre la aberrante condición en la que vivían las personas allí alojadas y asistidas. Los exponentes del movimiento de Salud Mental pusieron de relevancia a través de sus escritos la crisis entre quienes destacaban el papel que tuvieron los asilos psiquiátricos en la atención de

los enfermos mentales y en la configuración de un rol identitario para el médico psiquiatra y aquellos que propiciaban la deconstrucción física y simbólica del Asilo, la definitiva superación institucional de este dispositivo y la necesidad de lograr una articulación institucional progresiva bajo el modelo de trabajo en red con el resto de los servicios que integraban el sistema de atención.

No obstante el impulso innegable que ha tenido el movimiento de Salud Mental para encarar una ruptura de la hegemonía encarnada en el hospital psiquiátrico, este sigue gozando en los hechos de una renovada vigencia y exhibe notorias resistencias para ser reformado. A pesar del avance en los tratamientos ambulatorios, en las distintas técnicas de psicoterapia y en los nuevos recursos tecnológicos como las innovaciones en materia de psicofármacos, los establecimientos monovalentes con régimen cerrado continuaron siendo durante el período el epicentro del tratamiento para una gran cantidad de *locos pobres* que no tienen resuelta sus posibilidades de alojamiento y subsistencia, absorbiendo el más importante volumen del presupuesto en Salud Mental y conformando la instancia más frecuente para la formación e investigación de las alteraciones mentales.

Cabe señalar que Incluso las recomendaciones en torno a la creación de nuevos dispositivos asistenciales y la protección que ha ejercido la justicia en materia de normativas técnicas y judiciales no parecieron ejercer un impacto positivo sobre el mejoramiento en el bienestar y la calidad de vida de las personas alojadas. De acuerdo a las lecciones que deja la desinstitucionalización, constituida en la más importante política de reforma psiquiátrica en la región, la reducción de camas debe ser programada y acompañada mediante la construcción de alternativas asistenciales que estén inspiradas en un modelo de atención integral y de base comunitaria. De lo contrario, puede ocurrir que se agraven aún más los problemas de abandono, criminalización y privatización de la atención, tal como lo señalan los estudios de caso realizados en torno a los procesos de deshospitización en los Estados Unidos (Kraut, A. op.cit) o incluso de desinstitucionalización en la Patagonia argentina (Sanz, D. 2013).

En tercer lugar, y como ya había sido planteado por referentes del higienismo, el movimiento de Salud Mental introdujo una visión que trascendió medidas de restauración para incorporar las medidas preventivas que permitieran anticipar y evitar los daños a la salud mental, o bien tendientes a proteger y/o reforzar las condiciones existentes de

salud. Cabe señalar que estas propuestas hallaron significativo eco en nuestro país, pues quienes se referenciaron en torno al movimiento de Salud Mental también desarrollaron iniciativas para actuar en la prevención temprana de los trastornos mentales. Este proceso permitió cuestionar la respuesta asistencial que, atendida casi exclusivamente a responder a la demanda, no ofrecía alternativas técnicas para actuar en los niveles de prevención primordial, y como correlato surgieron propuestas tendientes a evitar el surgimiento y evolución de la enfermedad evitable.

La respuesta preventiva en salud mental permitieron una mayor sistematización de las prácticas profesionales, tanto las de orientación selectiva como universal, e implicaron la apertura a nuevos escenarios que trascendían por completo el *hospital de alienados* para comenzar a diseñar intervenciones en juzgados, escuelas, fábricas, cárceles y/u otros ámbitos en los que transcurría la vida cotidiana de los sujetos. También implicó concebir el rol del profesional, ya no al servicio de un modelo custodial o con un sesgo marcadamente asistencialista, sino pensar intervenciones profesionales desde un rol de orientador, educador o asesor institucional.

No obstante, cabe señalar que en el transcurso de las últimas décadas los aportes en materia de promoción y prevención específica del padecimiento mental han sido menguados, y no se han incorporado plenamente al discurso especializado los aportes provenientes de las tendencias que en todo el mundo comienzan a reconocerse bajo el rótulo o denominación genérica de promoción de la salud. Por otra parte han sido escasos los antecedentes de ligar tales discursos y orientar las prácticas en materia de prevención, más allá de que la OPS insistiera a través de numerosos documentos sobre la necesidad de actuar en la *promoción de la salud mental*.

En cuarto lugar, promovió en el trabajador de Salud Mental la adopción de metodologías e instrumentos sistematizados que redundaran en una mejora del registro y sistematización de las prácticas clínicas y también en la posibilidad de brindar insumos para relevamientos poblacionales, pues comienzan a plantearse de forma acusada nuevas morbilidades que deberían ser objeto de mayor vigilancia epidemiológica. Los organismos internacionales como la OMS y la OPS alentaron con una insistencia cada vez mayor en torno a la necesidad de contar con datos fiables y actualizados que indiquen la prevalencia de los problemas de salud mental que, junto con aquellas cuestiones ligadas a la cronicidad,

discapacidad y lesiones en constante aumento, contribuyeron a configurar el perfil epidemiológico de las sociedades contemporáneas.

Sin embargo y pese a la importancia que ha tenido esta visión sanitaria, el desarrollo de la epidemiología en salud mental ha quedado trunco y amenazado por persistentes discontinuidades, ya que al imponerse como hegemónica una mirada clínico-restrictiva en los procesos de gestión de servicios, estos no se han visto favorecidos por prácticas de registros continuos basados en consensuados sistemas de información y no se ha alentado el desarrollo de investigaciones poblacionales. Como un indicador de lo antedicho, al momento de la creación de la Dirección Nacional no se registraban estudios sistemáticos de base poblacional y con un método epidemiológico científicamente fundado desde la década de los '70, con los trabajos que impulsó Antonio Pagés Larraya al frente del programa PEPSI en el ámbito del CONICET. Pero más allá de este importante antecedente institucional, los desarrollos en el ámbito de las instituciones públicas han sido escasos, y la conformación de programas de fortalecimiento de los sistemas de información epidemiológica que permitieron instaurar salas de situación en distintos niveles jurisdiccionales no contaban con indicadores que regularmente informaran sobre las alteraciones en la salud mental de los distintos colectivos poblacionales. Asimismo, la carencia histórica de un sistema de vigilancia epidemiológica que arroje información fehaciente y continua sobre los trastornos mentales o sobre las estrategias que se emplean para su mitigación, ha tenido como consecuencia la invisibilidad del problema y, en tal sentido, la escasa jerarquización de la problemática en las políticas públicas de salud. En comparación con otras áreas de la salud pública y hasta el año 2010 en el que se constituye un área específica de epidemiología en el marco de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, ha sido escasa la tradición y continuidad de investigaciones poblacionales que contribuyan a caracterizar la magnitud, impacto, severidad y evitabilidad de los trastornos mentales en la Argentina.

Al fundirse con las corrientes más críticas de pensamiento y conjugarse con el discurso de la protección y defensa de los derechos humanos, la Salud Mental pudo trascender las restringidas fronteras de la intervención clínica individual y conectarse con el potencial crítico y transformador que cuestionaba las raíces mismas del sistema de opresión e, incluso, cuestionar el sesgo profundamente clasista que tenía el ejercicio de la profesión.

En el caso de Europa este movimiento se halló representado por el grupo de Trieste liderado por Franco Basaglia, que se constituyó en referencia para generaciones de profesionales europeos o americanos y, en el caso de los EEUU, las corrientes más críticas se hallaron representadas por el movimiento de la psiquiatría y psicología comunitaria, enlazada a todas aquellas tendencias *liberales* que cuestionaron las bases fundamentales del modo de vida americano y su rol como gendarme del orden mundial.

Pero también produjo un fenómeno que Robert Castel (1980) describió como un repliegue en la intimidad de la práctica psicoterapéutica para tratar y procurar resolver urgentes problemas sociales a través de una relación interpersonal, como eran los tratamientos asistenciales enmarcados en un contrato liberal. Es decir, y salvo contadas excepciones, no se pudo integrar el pensamiento de raigambre social, ni para una explicación más satisfactoria de los determinantes sociales asociados a la salud mental ni para concebir que muchos *remedios* al padecimiento mental deben proceder de respuestas político-sociales, tal como lo ponían en evidencia los exponentes de la psiquiatría social o la psicología comunitaria. En la medida que los procesos de formación continúen trazándose desde una perspectiva clínico-restrictiva y con un profundo sesgo liberal más que en un enfoque socio-expansivo continuarán produciéndose esta clase de desencuentros entre el contenido de la formación de los profesionales y las demandas que impactan sobre los servicios de atención. Diversos trabajos, entre los que sobresale el desarrollado por Pomares y Di Nella (2012) o bien por Scaglia (2001) enseñan que entre los estudiantes subsiste una representación dominante en el cual se equipara psicología a psicoanálisis y, por otra parte, la práctica se sustenta desde una concepción liberal del ejercicio profesional, todo lo cual resulta desfavorable para la inclusión de profesionales en programas que den respuesta mediante políticas públicas a los más graves problemas sociales.

Otro aspecto a considerar es el problema ilusorio de fetichizar las normas, como si estas pudieran producir *per se* un cambio en las condiciones de vida de los sujetos y en las normas que rigen el proceso de atención. Este proceso se agudizó por el creciente repliegue en la práctica privada que se produjo conforme avanzaron los procesos represivos y la persecución política adoptada por los regímenes dictatoriales que obligaron a gran parte de la comunidad profesional a refugiarse en una cultura de

catacumbas encarnada en los grupos de estudio, ateneos o seminarios que se llevaban adelante en el ámbito privado y que revestían de un aura iniciática el descubrimiento de ciertas teorías que deslumbraron por su sofisticado planteo, por prolongar la influencia francesa que ha sido tan decisiva en la formación de los profesionales psicólogos y porque se relacionaba con movimientos contestatarios en el plano de las ideas y embates culturales de los años '60 en adelante (Plotkin, M. op.cit).

En último término, aun cuando el movimiento de la Salud Mental ha gozado de un creciente grado de institucionalización y una creciente legitimación social fruto de los esfuerzos desplegados por sus principales referentes, la salud mental no ha gravitado de modo relevante en la agenda sanitaria del país y han sido escasas las oportunidades de introducir esta perspectiva en las políticas públicas de salud, problema que ha tendido a agravarse por la crónica discontinuidad de las políticas públicas y permite caracterizar a las iniciativas desarrolladas por la *omisión* que por las acciones efectivamente adoptadas. Esta situación de inestabilidad ha corroído toda posibilidad de generar proyectos sustentables que trasciendan a las intervenciones de turno y permitan un trazado continuo de las p iniciativas puestas en marcha, muchas de ellas en articulación con otras importantes áreas de gobierno y en cumplimiento de acuerdos o tratados celebrados internacionalmente. Pese a los avances logrados en el plano normativo, subsisten problemas socio-sanitarios de creciente prevalencia en los cuales la perspectiva adoptada por los referentes del movimiento ha resultado poco eficaz, conforme se ha puesto cada vez más de relieve la complejidad de los problemas a ser abordados y los determinantes sociales asociados.

Para concluir, y a modo de síntesis de todo lo desarrollado en el presente trabajo, consideramos que el movimiento de Salud mental recuperará su potencial transformador sobre la lógica de funcionamiento de los servicios de salud en general si incorpora una mirada sanitaria compleja que permita caracterizar los múltiples determinantes asociados con las nuevas morbilidades, recentre sus intervenciones en lo preventivo, fortalezca la necesidad de adoptar investigaciones epidemiológicas que orienten la organización de los servicios de atención y conecte con los movimientos críticos que han puesto de relieve la relevancia de considerar el *factor humano* en el sistema de atención.

Sin duda que en este proceso se desatarán resistencias al cambio, producto de un modelo que históricamente ha reforzado la exclusión de los padecientes mentales pero al precio de una desresponsabilización colectiva respecto de cómo comprender y actuar sobre lo mental en el sistema de servicios de salud (de Lellis, M. 2006) y en torno a cómo diseñar acciones que permitan su protección y cuidado involucrando a los servicios sanitarios y sociales.

De lo contrario, si el movimiento Salud Mental se subordina aún más a la lógica mercantilizante y medicalizadora terminará reforzando un modelo de concepciones y de prácticas que poca eficacia ha demostrado para tratar las nuevos determinantes que hoy afectan a las poblaciones humanas, y reforzará las tendencias segregacionistas que le han dado al tema salud mental tan baja jerarquía en las prioridades de política pública durante los últimos noventa años.

---

## Bibliografía

- Ackernecht, E. (1962). Breve historia de la psiquiatría. Buenos Aires: EUDEBA.
- Amarante, P. (2009). Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topía.
- Anguelerges, R. (1975). La antipsiquiatría. México: Siglo XXI.
- Arouca, S. (2008). El dilema preventivista: contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. Buenos Aires: Lugar.
- Basaglia, F; Langer, M; Caruso, I.; Szasz, T; Verón, E; Suárez, A; Barrientos, G. (1974). Razón, locura y sociedad. México: Siglo XXI.
- Barrionuevo, H. (2005). Salud mental y discapacidad mental en las obras sociales nacionales. Buenos Aires: AES/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Busnello, E. (1985); Lima ; B; Bertolotte, J.M. (1985). Psychological issues related to the classification of mental health problems in a community programme in Brazil. In: Jablensky, A. (ed). Mental disorders, alcohol and drug-related problems. International congress series. 669. Excerpta medica/Elsevier. Nueva York.
- Carrillo, R. (1950) Clasificación sanitaria de los enfermos mentales. Buenos Aires: Talleres Gráficos del Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- Castel, R. (1980). El psicoanalismo, el orden psicoanalítico y el poder, Siglo XXI, México,
- Castel, R. (2009). El psiquiátrico. Edad de oro del alienismo. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Castel, F; Castel, R; Lovell, A. (1979). La sociedad psiquiátrica avanzada. Barcelona: Anagrama.
- Castro, B; Casal, A; de Lellis, M. (2007). Medicina prepa: políticas públicas y derecho a la salud. Buenos Aires: Proa XXI.
- CELS/MRDI. (2007). Vidas arrasadas. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: Una asignatura pendiente: Sobre el artículo: Hacia la construcción de una política en salud mental. 17. 173-182.
- DAGFAL, A. (2015). El pasaje de la higiene mental a la salud mental en la Argentina (1920-1960). El caso de Enrique Pichón-Riviere. Trashumante. Revista Americana de Historia Social. p. 11 - 36

---

Dagfal, A. (2009) Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo. Buenos Aires: Paidós.

Dagfal, A. (2006). La guerra y la paz: las primeras disputas por el ejercicio de las psicoterapias en la Argentina (1959-1962). Anuario de Investigaciones, vol. XIII, pp. 127-135. Universidad de Buenos Aires.

D'Agostino, A. (2016). Políticas sociales en Salud Mental y transformaciones del Estado en Argentina (1945-1990). Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina; vol. 62, no. 2

de Lellis, M. (2015). Perspectivas en salud pública y salud mental. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.

de Lellis, M. y cols. (2006). Psicología y Políticas de Salud. Buenos Aires: Paidós.

de Lellis, M. (2014). La salud mental en la agenda de las políticas públicas en salud mental. Aletheia. Vol. 41. Mayo-Agosto. 8-23.

Dorner, K. (1974). Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría. Madrid: Taurus.

Falcone, R. (2015) Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto. Ficha de Cátedra. Facultad de Psicología. UBA.

Foucault, M. (1979). Historia de la locura en la época clásica. Siglo XXI.

Foucault, M. (1987). Vigilar y castigar. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2003). El poder psiquiátrico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Goffman, I. (2007). Internados. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Goldenberg, M. y Lubchansky, I. (1990). Salud Mental. En: Sonis, A. Actividades y Técnicas de Salud Pública - Tomo 1. Buenos Aires: El Ateneo.

Guerrino, A. (1982). La psiquiatría argentina. Buenos Aires: Editores Cuatro.

Halliday, J. (1961). Medicina psicosocial. Buenos Aires: EUDEBA.

Hollingshead, A., Redlich, F. (1958). Social class and mental illness: a community study. New York: John Wiley & Sons.

Iacononi, L. (1999). El Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred y el Método Open Door. En: Argentina, Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred. (1999). Centenario de la Fundación. Buenos Aires: Imprenta de la Fundación del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred.

Ingenieros, J. (1937). La locura en Argentina. Buenos Aires: Editorial L. J. Rosso.

---

Klappenbach, H. (1999): "El movimiento de la higiene mental y los orígenes de la Liga Argentina de Higiene Mental". *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* 10 3-17.

Kraut, A. (2005). *Salud Mental y tutela jurídica*. Buenos Aires: Editorial Rubinzal Culzoni.

Laing, R. (1969). *Cordura, locura y familia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Levav, I.; Restrepo, H; Guerra de Macedo, C. (1994) The restructuring of psychiatric care in Latin America: a new policy for mental health services. *Journal of Public Health and Policy*. 15. (Spring) 73-85.

Lindemann, E. (1956). The meaning of crisis in individual and family living. *Teachers College Record*, 57, 310-315.

Malamud, M. (1966). *Domingo Cabred: Crónica de una vida consagrada a luchar por la atención médico-social de los argentinos*. Buenos Aires: Ediciones Culturales Argentinas.

Montanari, A. (1991). Introducción. En: Pinel, Ph, Itard, J. *El salvaje del Aveyron: psiquiatría y pedagogía en el Iluminismo tardío*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Morales Calatayud, F. (2017). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.

Noailles, G. (2010). *Estudiantes, militantes, analistas*. Buenos Aires: Koyatún.

ONU. (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 119. 46ª Sesión.

OPS. (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Publicado el 14 de noviembre de 1990.

Plotkin, M. (2003). *Freud en las Pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)* (Buenos Aires: Sudamericana).

Porter R. (2003). *Breve historia de la locura*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Ramos Mejía, J. (1956). *Las multitudes argentinas*. Buenos Aires: Editorial Tor.

Requiere, M. (2000) *Beneficencia y Asistencia Social: la política manicomial en Buenos Aires. (1880-1940)* Alcmeon. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Vol. 9, N° 2, 169- 194.

Rivera Garza, C (2002) *La vida en reclusión: cotidianidad y estado en el Manicomio General La Castañeda (México, 1910-1930)* En: Armus, D. *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Norma.

---

Rosario, H.; Hirsch, H; Bello, J. (1979). Salud mental. Una experiencia de prevención primaria. *Revista Medicina y Sociedad*. Vol. 2. N° 2. Abril-Junio. 96-101.

Rosen, G. (1974). *Locura y sociedad*. Madrid: Editorial Alianza.

Rosendo, E. (2009). Las leyes en el campo de la salud: entre la defensa de intereses corporativos y profesionales y la regulación de las prácticas profesionales. *Psicología y pedagogía*. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Universidad del Salvador. 8 (21).

Rossetto, J.; de Lellis, M.; (2007). El proceso de reforma institucional: la experiencia de tres años de gestión en la Colonia Nacional Montes de Oca. *Vertex*. *Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. 73: 225-238.

Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topía.

Ruiz Ceballos, A. (1994) *Psiquiatras y locos: entre la modernización contra los Andes y el nuevo proyecto de modernidad*. Perú. 1850-1930. Lima: Instituto Pasado y Presente.

Saforcada, E. (1998). El contexto histórico de la psicología comunitaria. En: Saforcada, E. (comp): *Psicología Comunitaria. El enfoque ecológico contextualista de James Kelly*. Buenos Aires : Proa XXI.

Saforcada, E. (2009). Córdoba 1969 - Mercosur 2009: de la Psicología Sanitaria a la Salud Comunitaria. Ponencia presentada en Congreso Nacional de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.

Sanz, D. (2013). *Tratar la locura. La judicialización de la salud mental*. Buenos Aires: Topía.

Scaglia, h. (2001). Representación profesional del psicólogo en ingresantes de la carrera de Psicología de la UBA. VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. pp. 614-626.

Stagnaro, J. C. (2006). Los psiquiatras y el asilo psiquiátrico: del asilo a la comunidad. *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*. Volumen XVII. (65) 28-34.

Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

Tarnopolsky, A., del Olmo, G. and Valdemarin D. (1970) "Prevalencia de enfermedades mentales en el partido de Lanus: informe popular," En: Mariategui, J. and Adis Castro, G. (eds.) *Epidemiología Psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires: Fondo Para la Salud Mental.

Van Young, E. (2005) *Ascenso y caída de una loca utopía.: el Manicomio General en la Ciudad de México a comienzos del siglo XX*. En: Armus, D. *Avatares de la medicalización*. Buenos Aires: Lugar.

Veronelli, J. C. (2004). Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina. Washington D.C. OPS.

Vezzetti, H. (1985). La locura en la Argentina. Buenos Aires: Paidós.

Vezzetti, H. (1991). Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas. Revista Vertex. Volumen II. Nro.3. Marzo-Abril-Mayo

Visacovsky, S. (2002) El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina. Buenos Aires: Alianza.

Wolfson, M. (2009). Mauricio Goldenberg. Una revolución en la salud mental Buenos Aires: Capital Intelectual.

Zax, M; Specter, G. (1978). Introducción a la psicología de la comunidad. México: El Manual Moderno.