

Atrapados con salida

Texto: Mariana Rapoport

Ilustración: Horacio Rodríguez Fischer

El caso italiano

El cierre de los manicomios en Italia terminó con una etapa de la historia de la psiquiatría que veía al enfermo mental como un elemento peligroso a ser aislado en un espacio cerrado y controlado para encerrarlo por vida a un manicomio. Ese mismo año, el psiquiatra Franco Basaglia exhibe a la sociedad sus nuevas teorías. Sus ideas tomaron el camino de una ley que preveía el remplazo de los manicomios por servicios ambulatorios. El objetivo era llevar la atención del enfermo debía realizarse sin excluirlo de la comunidad.

Desde la implementación de la ley, se han observado los efectos de los nuevos manicomios y la terapia de electroshock, y se han observado los efectos de higiene mental que aseguran el tratamiento que debe seguir un paciente en crisis.

La ley en un primer momento no logró cumplir con cada una de las recomendaciones de Basaglia. La resistencia de las viejas estructuras, empujadas en adelante por los intereses económicos, resultó en un grupo de manicomios que se mantuvo en funcionamiento. En 1983, varios senadores—defensores de la ley—pidieron en cambio mayor presupuesto. Mientras tanto, investigaciones comandadas por el Parlamento y el Ministerio de Salud detectaron que las estructuras creadas eran aún insuficientes. También advirtieron que en varias ciudades funcionaban los manicomios, que albergaban a unas 30.000 personas.

A partir de estos datos, el Congreso comenzó su debate para modificar la ley, siempre respetando el espíritu original de su autor, que veía la necesidad de abolir definitivamente los manicomios y reemplazarlos, en cambio, por servicios ambulatorios. El costo de esta transformación de los enfermos. Desde 1978, el Estado italiano ha destinado 50 millones de dólares en este proyecto.

Poco a poco, el clima hostil hacia la ley está desapareciendo. Se venen las resistencias al cambio de los médicos, de los enfermos y de los familiares de estos, por fin, se han dado cuenta de que con el manicomio no consiguen resultados escasos.

En este proceso de cambio, las familias tienen un papel fundamental: están comprendiendo que, en lugar de recluir a sus familiares con manicomios, es en sus casas donde esas personas deben recibir el tratamiento y las terapias que los puede llevar a la curación.

(Informe: ANSA, para "Clarín")

Luego de siete años de cabildeos, la ley un revolucionario método de tratamiento de los enfermos mentales. Sin manicomios, sin internaciones interminables, sin técnicas represivas y sin participación de la comunidad, en todo este tiempo, logró que el 90 por ciento de los pacientes se reintegrara a la sociedad. Un ejemplo de avanzada.

embarcadas en el proyecto, divididas en 15 equipos diseminados en hospitales generales y puestos sanitarios. A los parajes más remotos llegan la psiquiatras (un auto cargado de integrantes del equipo). Son enfermeras, agentes sanitarios, médicos generalistas, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, hasta alcohólicos recuperados, en conjunto, los que se responsabilizan del paciente de Salud Mental. "La preocupación última—señala la psiquiatra Graciela Nattella—es devolverles sus derechos y satisfacer sus necesidades."

Este abordaje solidario, humanista, les permitió atender el año pasado cerca de 36.000 prestaciones gratuitas, contra 11.000 realizadas en 1985. La mayoría, por ser de alto costo, para la mayoría de la gente de la provincia.

Otra mirada

Hay un concepto clave que facilita la comprensión de los manicomios. Es "El lugar de la locura". El lugar de la locura no es el manicomio, sino el espacio de la crisis, y al plantear el término de crisis nos ubica ante la posibilidad de que cualquiera puede atravesarla. De hecho, hay un sinnúmero de situaciones vitales que se asemejan a los episodios de crisis: la pérdida de un ser querido, los traslados, la jubilación, la menopausia, la adolescencia, la pérdida de empleo, etc.", advierten.

¿Alguno está libre de padecer sufrimiento mental?, retrucan. Cuando la comunidad comprende esta nueva mirada, su visión del "loco" cambia 180 grados. El loco no es un manicomio, sino un sujeto que participa en los grupos de ayuda para alcohólicos, hace 25 años se creó un "comité de supervisión" que ayuda a los alcohólicos. "Yo ayudé en nada sino que me casé más—sostiene—. Para mí lo más importante es la familia."

La familia de la mujer que como el "loco" es peligroso hay que encerrarlo en un manicomio, es derribado por la contundencia de las estadísticas. "En los casi 1.400 pacientes gratuitos, el 80 por ciento entre 1985 y 1990 eran alcohólicos, de los cuales 500 otros, no se ha registrado ni un solo episodio de suicidio".

Patricio Infante, alcohólico recuperado y fundador de los grupos institucionales (GIA), trae un cuento de su pueblo. "En el pueblo de Agüero, de 800 habitantes, claro. Nosotros tenemos el 'Loco Santiago'. Desde que él se fue a un nuestro periférico, anda medi-

“La Desmanicomización en los Media: Representaciones Sociales y Construcción de la Forma Psiquiátrica”

Noemí Graciela Murekian
Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires

Simposio: *“Comunidades, Público, Media frente a la Locura”*

VII CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTACIONES SOCIALES:

MEDIA Y SOCIEDAD

Roma, Italia Agosto 28— Septiembre 1º 2006



1. PROBLEMATICA

- La intervención de los *media* en programas de integración social del paciente psiquiátrico constituye un terreno crítico.
- ¿Cómo generar un cambio allí donde la tradición institucional y el capital simbólico (Bourdieu, 1988, 1992) consolidaron paradigmas de marginación y exclusión social?

1. PROBLEMATICA

- En principio, atribuirle a los *media* el poder de producción omnímmodo de cambios en la comunidad sería convertir la problemática en un juego de determinismos reduccionistas -del emisor al receptor- ignorando contextos, circunstancias, y por sobre todo, el carácter de actor social de los sujetos y grupos alcanzados por las intervenciones.
- No obstante, cuando los *media* se ocupan de la locura, recreando mitos y fantasmas asociados a la muerte y al peligro, sus potencialidades se ven favorecidas por un terreno social fértil.

1. PROBLEMATICA

- En “*Folie et représentations sociales*” (1989) Denise Jodelet ya había planteado la necesidad de revisar tanto el diseño como la evaluación de las campañas de información dirigidas a lograr cambios de actitud hacia los enfermos mentales en la comunidad.
- Jodelet observó que gran parte de tales tentativas no sólo se mostraban poco fiables, sino también ineficaces en sus propios objetivos.

1. PROBLEMATICA

- Ante campañas fallidas y la generación de efectos adversos en el público (miedo, alerta, preocupación) ¿no cabría cuestionar el mismo principio de difusión de las políticas de reforma, como fuente potencial de rechazos y de resistencias en la comunidad?
- O bien, frente a los efectos negativos de la psiquiatrización del universo cotidiano: ¿no sería cuestión de dar curso a la llamada *política del hecho cumplido: situar al enfermo mental en el mundo social, esperar y ver?* (Jodelet, 1989: 35).

2. LA “DESMANICOMIALIZACION”: UN CASO DE REFORMA PSIQUIATRICA

- De cara a la problemática planteada, expondremos un caso particular de reforma psiquiátrica, la llamada “desmanicomialización”, experiencia socio-sanitaria surgida en el sur patagónico argentino.
- Se trata de un programa de transformaciones del sistema de Salud Mental vigente en la provincia de Río Negro, cuya resonancia internacional y similitudes con el modelo italiano lo han convertido en un referente de interés para otros contextos.

3. MARCO TEORICO

La triangulación teórico-conceptual que Moscovici expresó junto a Marková permite sintetizar nuestro encuadre general:

- Estudiar las RS tanto en su **proceso histórico** como en su **desarrollo**.
- Investigar su formación observando el **conflicto** y la **tensión** que se presentan en los procesos de influencia entre las mayorías y las minorías, entre los individuos y los grupos (...).
- Indagar la **comunicación** como proceso fundamental manifiesto a través de la **conversación** o los **procesos de influencia ...**

(Moscovici, Marková, 2003: 135)

3. MARCO TEORICO

■ PERSPECTIVA GENETICA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

(**Sociogénesis:** construcción y transformación de las representaciones sociales de ciertos grupos respecto de objetos específicos)

(Duveen y Lloyd, 2003)

■ PERSPECTIVA COMUNICACIONAL DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

(Modalidades de comunicación vía medios escritos)

(Moscovici, 1979, 1994)

■ TEORIA DE LAS MINORIAS ACTIVAS Y REPRESENTACIONES SOCIALES

(Equipo de trabajadores en Salud Mental)

(Moscovici, 1996).

3. MARCO TEORICO

- Desde esta perspectiva, es posible indagar cómo el interjuego entre prácticas innovadoras y representaciones en salud mental pone en relieve, por un lado, a los actores sociales involucrados en los conflictos que devienen de los proyectos de reforma y, por otro, el eje valorativo que los distingue: defender o silenciar los derechos humanos de los “enfermos mentales”.
- Los *media*, al intervenir en la formación y circulación de las representaciones sociales (Moscovici, 1976) reflejan en sus producciones discursivas y simbólicas el estado del debate social que impregna los proyectos de cambio en salud mental.

- Modalidades de comunicación:

- **La difusión** implica la circulación de la información por encima de los conglomerados o categorías sociales. Trata de llegar a la mayor audiencia posible. Ajusta la información a los valores predominantes de la mayoría.
→ **Opinión**
- **La propagación** intenta comprometer al individuo en creencias propias de un grupo ya constituido del cual forma parte y, por otro, ajustar los nuevos acontecimientos a los principios ideológicos o doctrinales del grupo o viceversa.
→ **Actitud**
- **La propaganda** tiene por función acentuar las diferencias sociales conflictivas entre grupos en pugna, y para ello aplica representaciones estereotipadas sobre los mismos.
→ **Conducta**

4. LA “DESMANICOMIALIZACION” SITUADA

- La historia de la reforma psiquiátrica en Río Negro tuvo su punto de partida con la recuperación del sistema democrático en 1983.
- Desde 1984, las políticas de salud mental rionegrinas apuntaron hacia la humanización en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos, mayoritariamente internados en el Neuropsiquiátrico de la ciudad de Allen, principal centro de derivación de crónicos de la región patagónica.
- Tradicionalmente, la gestión de la Salud Mental se centralizó en Allen, ámbito institucional que llegó a concentrar el 84% del recurso humano existente en la provincia.

4. LA “DESMANICOMIALIZACION” SITUADA

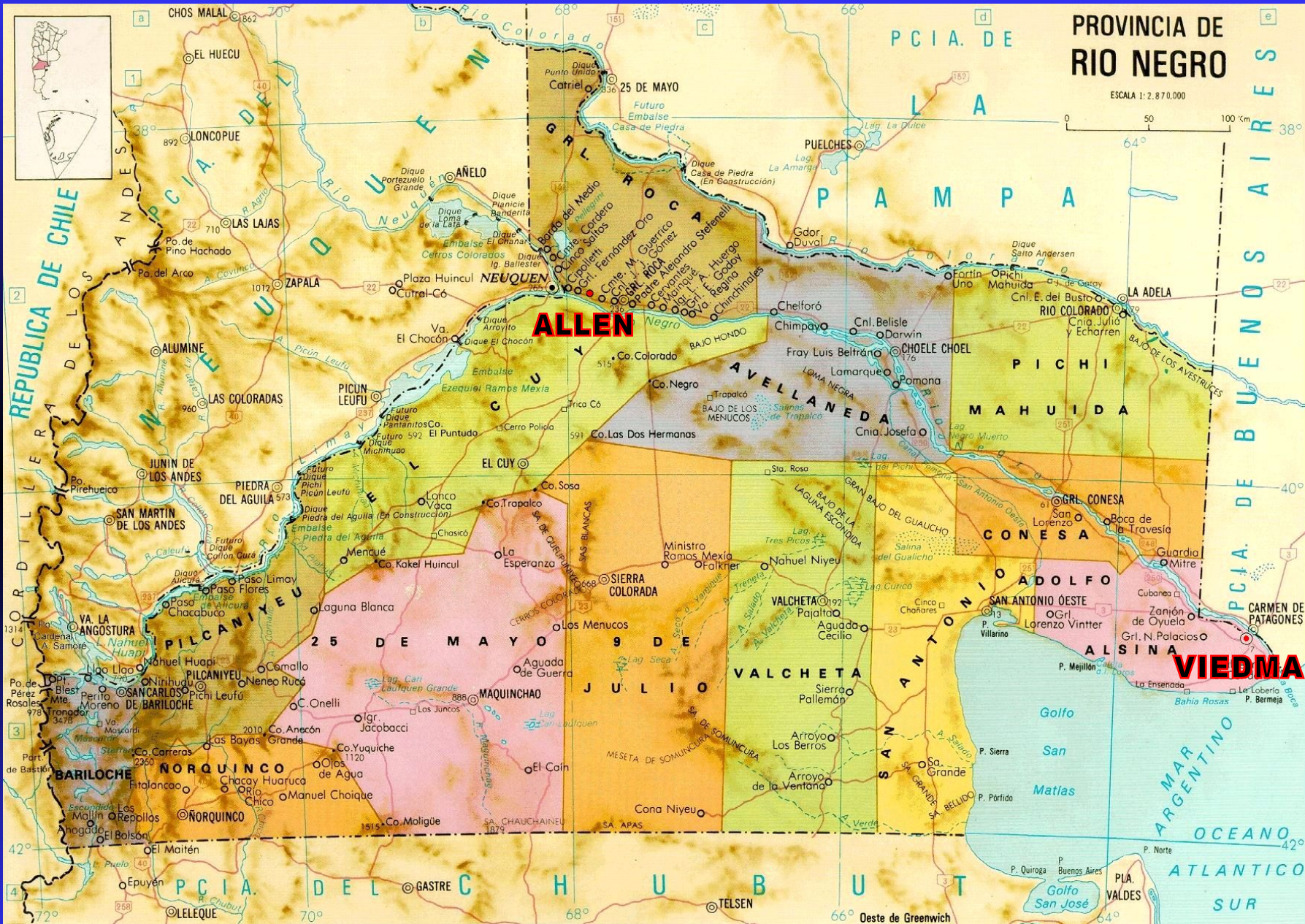
- Hacia mediados de 1985, el eje estratégico de Salud Mental se desplazó hacia el centro del poder político y administrativo provincial: la ciudad de Viedma, capital de Río Negro.

- Fue entonces que un grupo minoritario proyectó su lucha por defender el crecimiento de la reforma, desde el mismo interior del Consejo Provincial de Salud Pública.

(Schiappa Pietra, 2003: 174)

- Desplazamiento político y geográfico, pues la ciudad de Allen distaba a 500 km de Viedma.

- Viedma nunca tuvo un hospital psiquiátrico. El más cercano se hallaba en la vecina orilla, en la ciudad de Carmen de Patagones, Provincia de Buenos Aires.



PROVINCIA DE RIO NEGRO

ESCALA 1:2.870.000

ALLEN

VIEDMA

4. LA “DESMANICOMIALIZACION” SITUADA

Como fenómeno social, la “desmanicomialización” se objetivó y logró trascender a través de tres hechos fundamentales, atributos de una creciente visibilidad mediática:

- El cierre del Neuropsiquiátrico de Allen, el 3 de octubre de 1988.
- La sanción de la Ley 2440 *de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental*, el 11 de septiembre de 1991.
- El desarrollo progresivo de estrategias alternativas de atención comunitaria en salud mental, reconocidas hoy como “modalidad rionegrina”.

4. LA “DESMANICOMIALIZACION” SITUADA

- Los postulados de la reforma se hicieron explícitos en la ley 2440 y en un texto de difusión editado en 1994 - *“Trabajar en Salud Mental: La desmanicomialización en Río Negro”*- definido como la obra conjunta de un equipo de trabajadores de salud mental a cargo del proceso de reforma.
- Principios básicos:
 - ◆ descentralización
 - ◆ trabajo comunitario e interdisciplinario
 - ◆ mantenimiento de los vínculos del sufriente mental con su medio
 - ◆ reinserción del sufriente mental en su medio
 - ◆ generación de un cambio en la cultura, en las representaciones sociales de la locura.

5. OBJETIVOS

- a) Describir cómo la “desmanicomialización” -fenómeno socio-simbólico emergente dentro del campo de la salud mental y divergente respecto de las representaciones tradicionales de la locura- se objetivó y se ancló en los *media*.
- b) Evaluar en diacronía el impacto representacional de la desmanicomialización en la comunidad de Viedma, contexto en el que realizamos nuestro estudio.
- c) Identificar el rol mediador de las minorías activas en la construcción de la reforma y en la generación de estrategias de transformación socio-sanitaria y representacional.

6 . METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO

- 1° - Con el fin de explorar el origen del término y del concepto de “desmanicomialización” se realizó una reconstrucción cronológica a partir de documentos oficiales y prensa escrita en el período inaugural indagando las fuentes de su eventual acuñación.
- 2°- Para estudiar el surgimiento del fenómeno en tanto objeto de representación social se realizó un análisis de contenido de textos y relatos locales, así como de entrevistas a sus principales protagonistas.

6 . METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO

- 3°- Para observar el impacto informativo de la reforma, se partió de un estudio diacrónico (años 1992 y 2000) basado en dos muestras probabilísticas de la población adulta de Viedma (444 y 443 sujetos respectivamente), y un muestreo de expertos (año 1999) de la justicia y la política provincial (46 sujetos).

Instrumento: cuestionario semi-estructurado de diseño correlacional, que incluyó asociación de términos, preguntas abiertas (conocimiento e información sobre cierre, ley y atención, actitudes y opiniones acerca de la convivencia y las políticas públicas) y cerradas (origen de la muestra).

6 . METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO

- 4°- Para indagar el proceso de anclaje de la “desmanicomialización” en un medio alternativo, analizamos el material textual que circula actualmente en Internet, donde se reproducen debates, opiniones y testimonios acerca de la experiencia de Río Negro y de otros contextos en clave de desmanicomialización.

Este medio fue considerado en virtud de constituir un espacio abierto a la diversidad de formas comunicacionales, al tiempo que un recurso potencial vinculado con la acción social.

7 . RESULTADOS

El análisis sociogenético nos permitió identificar diferentes “momentos” del proceso generativo de la “desmanicomialización” en tanto fenómeno representacional:

- Un primer momento en que la reforma se desarrolló y conceptualizó como “desinstitucionalización”.
- Luego, la etapa del nombre (designación en analogía con el estudio de Claudine Herzlich y Janine Pierret, 1988) .
- Finalmente, la construcción de un marco referencial común, en co-ocurrencia con la expansión del fenómeno y su divulgación masiva.

Tales instancias se gestaron con progresiva simultaneidad a la producción de eventos significativos como los ya citados -cierre, ley 2440 y atención comunitaria- favoreciendo una dinámica de anclajes sucesivos del fenómeno.

Desmanicomialización

VS.

Desinstitucionalización

7.1- La etapa en clave de desinstitucionalización

- Con el avance de las políticas de reforma, la visibilidad social del proceso encontró espacio en los *media* locales. El periódico regional “*Río Negro*” editó una serie de **artículos y cartas de lectores** en los que se plasmaron los primeros debates públicos acerca de las “polémicas” medidas oficiales, observándose que los discursos confrontados se expresaban en términos de *desinstitucionalización*.
- Sin embargo, sus contenidos preanunciaban la construcción paulatina de un **marco referencial divergente y opositor**, frente al cual se conformaría el arco de resistencias en franco rechazo al nuevo modelo.
- No sería impropio sostener que, en esta fase de conflictos se encontraba en germen la **identidad de las minorías activas** que llevarían adelante el proceso de desmanicomialización. En los titulares ya se dibujaba una cartografía de defensores y opositores a las políticas en curso.

Notas y cartas de lectores publicadas en 1988 por el periódico regional *Río Negro*

- **Murió por el intenso frío.** Nota del 11 de junio.
- **Piden soluciones para el hospital de Allen.** Nota del 14 de junio.
- **Seminario sobre salud mental.** Nota del 14 de junio.
- **Carta de lectores: Reflexiones.** Firmada por Gastón Poirier Lalanne. Publicada el 17 de junio.
- **Carta de lectores: Reflexiones ideológicas.** Firmada por María Inés Gaviola. Publicada el 22 de junio.
- **Seminario de salud mental.** Nota del 22 de junio.
- **Carta de lectores: Salud Mental.** Firmado por Cristina Pécora. Publicada el 6 de julio.
- **Asistencia a enfermos mentales procesados.** Nota del 19 de noviembre.
- **Protección a enfermos mentales procesados.** Artículo del 25 de noviembre.
- **Chau, manicomio.** Artículo del 29 de noviembre: 11.

7.2 – La etapa del nombre

- En las notas periodísticas posteriores y coetáneas al cierre del manicomio se abrió el camino hacia una resignificación del vocabulario utilizado, descubriendo, de algún modo, la necesidad de generar un léxico común para sostener la avanzada incipiente en favor de un cambio concreto en las políticas de salud mental.
- Así, mientras se inauguraba el nuevo edificio del Hospital General de Allen en noviembre de 1989, se consolidaban las condiciones objetivas para otorgarle un nombre a este fenómeno social, lugar de confluencia de trabajadores de la salud mental, políticos, juristas, pacientes y miembros de la comunidad.

7.2 – La etapa del nombre

- En abril de **1989** el término “desmanicomialización” se hizo público, por primera vez, en un ámbito de debate profesional:

IV JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
“Poder, democratización y participación en las prácticas e instituciones de salud” (Mesa Redonda). Panelista por el Equipo de SM de Río Negro: Lic. Schiappa Pietra. Organizada por la Asociación de médicos residentes del hospital de niños Ricardo Gutiérrez y Comisión Argentina de residentes del equipo de salud-CONAMER. Realizada del 8 al 15 de abril de 1989.

- Posteriormente, hacia fines de **1990**, el medio gráfico más importante de la región lo editó por primera vez facilitando su circulación masiva:

DIARIO RIO NEGRO. (1990) **“Acciones en salud mental destacan en Río Negro”**. Nota publicada el domingo 2 de diciembre: 15.

- Sin embargo, en los medios periodísticos locales la reforma psiquiátrica seguía designándose como “desinstitucionalización”.

- Particularmente, la prensa escrita se hizo eco de las repercusiones públicas de la reforma al tiempo que resaltaba sus aspectos críticos:

BELVIS, M. (1990). **“Salud mental: en busca de una ley. El eje de la polémica en torno a la nueva normativa se centra en la existencia o no de institutos manicomiales”**. *Diario El Regional*. Artículo publicado el 3 de agosto: 3.

Diario El Regional. Artículo publicado el 3 de agosto: 3. DIARIO EL REGIONAL. (1990). **“Desamparo para quienes necesitan internación”**. Nota publicada el 3 de agosto: 3.

DIARIO EL REGIONAL. (1990). **“Desterrar la palabra loco”**. Nota publicada el 3 de agosto: 3.

- En lo que respecta al ámbito gubernamental, observamos que en el período que medió entre las dos apariciones públicas del término (abril de 1989 a diciembre de 1990) la palabra no se hallaba aún integrada en los discursos oficiales:

- La primera versión del Anteproyecto de ley de salud mental no la incluía:

PROVINCIA DE RIO NEGRO (1989). *Anteproyecto de la ley Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental*. Consejo provincial de Salud Pública.

- Tampoco fue utilizada por una publicación oficial de la Legislatura de Río Negro sobre temáticas específicas :

PARLAMENTO RIONEGRINO. (1990). *Nuevas perspectivas para la Salud Mental*. Legislatura de Río Negro, Año 1, Nro. 3, octubre: 8-9.

7.3 - La construcción de un marco referencial

- Es importante destacar, no obstante, que en los documentos citados se venían gestando los principios que luego conformarían los postulados de la desmanicomialización.
- Asimismo, el Anteproyecto de ley de salud mental refrendó en sus páginas un conjunto de frases que luego serían evocadas como slogans en cada oportunidad de presentación pública del proyecto (1989):
 - ◆ *“Queremos tomar al hombre de la mano y llevarlo por la calle. Esa es la institución que proponemos ... ”* (12)
 - ◆ *“Como trabajadores de la salud ante el riesgo de los excesos por el control social elegimos los riesgos de la libertad.”* (17)

■ Los encuentros de debate le otorgaron mayor dinámica a la difusión y propagación de la desmanicomialización, convocatoria que logró mayor aceptación entre los sectores sensibles a la problemática social planteada: pacientes, familiares de pacientes y especialistas.

COHEN, H., TOSCANI, H. (1991). **Gacetilla de prensa para la difusión de la presentación del trabajo de desmanicomialización desarrollado en la Provincia de Río Negro.** Consejo de Salud Pública. Prov. de Río Negro, 25 de julio.

REVISTA DESBORDAR y REVISTA NO HAY DERECHO. (1991). Folleto de invitación y difusión para el **Debate: “La desmanicomialización en Río Negro”**. Auspiciado por el Área de Estudios e Investigación en Ciencia, Cultura y Sociedad del Centro Cultural General San Martín, 11 de septiembre.

- En suma, los anclajes del término, el concepto y la experiencia, dentro del contexto comunicacional local, no fue espontáneo.
- Se requirió de un sostenido ejercicio de difusión, propagación y propaganda a cargo de los **líderes y “expertos doctrinales”**, y un compromiso continuo con el proyecto, para que la “desmanicomialización” fuese reconocida como tal.
- A nivel nacional, el artículo que generó mayor impacto mediático fue “*Atrapados con salida*” (*Revista Clarín*. Buenos Aires, 1°/09/1991).
- La paráfrasis apeló al recuerdo de una imagen y un relato instalados a partir del conocido film “*Atrapado sin salida*” de Milos Forman.
- La representación sintética objetivada en el título se ajustó al principio señalado por Moscovici: *Las exigencias de la comunicación justifican la economía de la información* (1976: 265).

Atrapados con salida

Texto: Mariana Rapoport

Ilustración: Horacio Rodríguez Fischer

El caso italiano

El cierre de los manicomios en Italia terminó con una etapa de la historia de la psiquiatría que veía al enfermo mental como un elemento peligroso para la sociedad que debía ser recluido.

Hasta el 10 de mayo de 1978, en Italia, bastaba la firma de un médico para encerrar de por vida a un enfermo considerado "peligroso para sí mismo y para los demás". Ese mismo año, el psiquiatra Franco Basaglia exhibe a la sociedad sus nuevas teorías. Sus ideas tomaron el camino de una ley que prevé el remplazo de los manicomios por servicios ambulatorios. El objetivo era claro: la atención del enfermo debía realizarse sin excluirlo de la sociedad.

Desde la sanción de la ley Basaglia, fue prohibida la construcción de nuevos manicomios y la terapia de electroshock y fueron creados centros de higiene mental que asesoran el tratamiento que debe seguir un paciente en crisis.

La ley en un primer momento no logró cumplir con cada una de las reformas votadas. La resistencia de las viejas estructuras, empapadas en ancestrales prejuicios, hizo notar su fuerza. En 1985, un grupo de parlamentarios pidió la modificación de la ley, esgrimiendo incapacidad de resolver todos los casos. En 1988, varios senadores—defensores de la ley—pidieron en cambio mayor presupuesto. Mientras tanto, investigaciones comandadas por el Parlamento y el Ministerio de Salud detectaron que las estructuras creadas eran aún insuficientes. También advirtieron que en varias ciudades funcionaban los manicomios, que albergaban a unas 30.000 personas.

A partir de estos datos, el Congreso comenzó su debate para modificar la ley, siempre respetando el espíritu original de su autor, quien veía la necesidad de abolir definitivamente la cultura de los manicomios y reemplazarlos, en cambio, por servicios ambulatorios para la asistencia y recuperación de los enfermos. Desde 1978, el Estado italiano ha destinado 50 mil millones de dólares en este proyecto.

Poco a poco, el clima hostil hacia la ley está desapareciendo. Se vencen las resistencias al cambio de los médicos, de los familiares. Muchos de estos, por fin, se han dado cuenta de que con el aislamiento se consiguen resultados escasos.

En este proceso de cambio, las familias tienen un papel fundamental: están comprendiendo que, en lugar de recluir a sus enfermos en los manicomios, es en sus casas donde esas personas que sufren pueden comenzar las terapias que los puede llevar a la curación.

(Informe: ANSA, para "Clarín")

Luego de siete años de cabildeos, la Legislatura de Río Negro convirtió en ley un revolucionario método de tratamiento de la enfermedad mental. Sin manicomios, sin internaciones interminables, sin técnicas represivas y con participación de la comunidad, en todo este tiempo se logró que el 95 por ciento de los pacientes se reintegrara a la sociedad. Un ejemplo de avanzada.

embarcadas en el proyecto, divididas en 15 equipos diseminados en hospitales generales y puestos sanitarios. A los parajes más remotos llegan la psicopatrullas (un auto cargado de integrantes del equipo). Son enfermeros, agentes sanitarios, médicos generalistas, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, hasta alcohólicos recuperados, en conjunto, los que se responsabilizan del paciente de Salud Mental. "La preocupación última—señala la psiquiatra Graciela Nattella—es devolverles sus derechos y satisfacer sus necesidades."

Este abordaje solidario, humanista, les permitió atender el año pasado cerca de 36.000 prestaciones gratuitas, contra 11.000 realizadas en 1985. La mayoría, pacientes alcohólicos, el problema de salud más grave de la provincia.

Otra mirada

Hay un concepto clave que facilita la recuperación de los marginados mentales: "El hablar de sufrimiento mental—argumentan—desmitifica el fenómeno de la locura, y al plantear el término de crisis nos ubica ante la posibilidad de que cualquiera puede atravesarla. De hecho, hay un sinnúmero de situaciones vitales que la generan y que la pueden transformar o no en enfermedad: la pérdida de un ser querido, los traslados, la jubilación, la menopausia, la adolescencia, la pérdida de empleo, etc.", advierten.

¿Alguno está libre de padecer sufrimiento mental?, retrucan. Cuando la comunidad comprende esta nueva mirada, su visión del "loco" cambia 180 grados y no exige su encierro en un manicomio. Oscar Randazzo, alcohólico en recuperación y participante en los grupos de autoayuda para alcohólicos, hace 25 años pasó por un manicomio para "recuperarse" de su adicción. "No solo no me ayudó en nada sino que me enfermé más—sostiene—. Para mí lo más importante es la ayuda de mi familia."

Otro prejuicio, aquel que sentenciaba que como el "loco" es peligroso hay que encerrarlo en un manicomio", es derribado por la contundencia de las estadísticas. "En los casi 1.400 pacientes graves atendidos en Río Negro entre 1985 y 1988 (esquizofrénicos, paranoicos, alcohólicos, débiles mentales, entre otros), no se ha registrado ni un solo episodio de violación u homicidio", esgrimen con satisfacción.

Patricio Infante, alcohólico recuperado y coordinador a sueldo de los Grupos Institucionales de Alcohólicos (GIA), trae un cuento de su pueblo, Chichinale, de apenas 3.800 habitantes. "En el pueblo—relata— todos nos conocemos, claro. Nosotros tenemos un loco, el 'Loco Santiago'. Desde que él se trata en un nuestro periférico, anda medi-



HRF

7.4 - El impacto socio-simbólico de la “desmanicomialización”

- La emergencia de la desmanicomialización como fenómeno representacional se evidenció en los modos desarticulados y selectivos de **objetivación y anclaje** de su conocimiento e información, así como en la asimilación desemejante de sus valores y objetivos.
- El **impacto social** de las políticas se observó en las dimensiones afectivas y simbólicas ligadas al contacto general y específico con la idea de convivencia.

**TABLA 1: MENCIÓN DEL TERMINO “DESMANICOMIALIZACION”
EN EL CORPUS TOTAL DE RESPUESTAS ABIERTAS EN LAS
MUESTRAS DE POBLACION GENERAL Y DE EXPERTOS
(JUSTICIA Y POLITICA)**

	VIEDMA 1992		VIEDMA 2000		EXPERTOS VIEDMA 1999	
	fr	%	fr	%	fr	%
MENCIONA	7	1.6	18	4.1	22	47.8
NO MENCIONA	437	98.4	425	95.9	24	52.2
TOTAL	444	100	443	100	46	100

**TABLA 2: NIVEL DE INFORMACION ACERCA DE LOS
TRES HECHOS FUNDANTES DE LA
DESMANICOMIALIZACION EN RIO NEGRO
(Cierre, ley, atención)**

	VIEDMA 1992		VIEDMA 2000		EXPERTOS VIEDMA 1999	
	fr	%	fr	%	fr	%
CONOCE TODOS	11	2.5	14	3.2	24	52.2
CONOCE DOS	37	8.3	112	25.3	15	32.6
CONOCE UNO	178	40.1	164	37.0	7	15.2
NO CONOCE	218	49.1	153	34.5	-	-
TOTAL	444	100.0	443	100.0	46	100.0

TABLA 3: TOMAS DE POSICION FRENTE A LA DESMANICOMIALIZACION EN LAS MUESTRAS DE POBLACION GENERAL Y DE EXPERTOS (Cierre, ley, atención y convivencia)

	Acepta		Condiciona		Rechaza		NS/NC		TOTAL	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Muestra Viedma 1992	244	55.0	85	19.1	103	23.2	12	2.7	444	100
Muestra Viedma 2000	202	45.6	88	19.9	132	29.8	21	4.7	443	100
Expertos Viedma 1999	19	41.3	16	34.8	9	19.6	2	4.3	46	100

TABLA 5: EVOCACION DE RELATOS DE CRIMENES Y REPRESENTACIONES CRIMINALIZADAS DEL “LOCO” Y DEL “ENFERMO MENTAL” EN POBLACION GENERAL
 (Respuestas excluyentes por sujeto en el corpus total de preguntas abiertas del cuestionario)

	fr	%
VIEDMA-1992	444	100.0
Evocan	6	1.4
No evocan	438	98.6
VIEDMA-2000	443	100.0
Evocan	47	10.6
No evocan	396	89.4

**TABLA 6: DOCUMENTOS HALLADOS EN INTERNET
SOBRE “DESMANICOMIALIZACION”
SEGUN AÑO DE EDICION
(Período consultado: enero/2004 a febrero/2006)**

Años	fr
1993	1
1995	1
1996	3
1997	4
1998	7
1999	10
2000	14
2001	11
2002	5
2003	30
2004	23
2005	23
2006	7
Total trabajos consultados	139

**TABLA 7: FRECUENCIA DE USO DEL TERMINO
 “DESMANICOMIALIZACION” Y EXPRESIONES DERIVADAS EN LOS 139
 DOCUMENTOS CONSULTADOS EN INTERNET
 (Período: enero/2004 a febrero/2006)**

	fr menciones	%	fr repeticiones	%
DESMANICOMIALIZACION	120	71.0	284	80.9
DESMANICOMIALIZAR	23	13.6	31	8.8
DESMANICOMIZACION	14	8.3	22	6.3
DESMANICOMIALIZADORA	4	2.3	4	1.1
DESMANICOMIALIZADOR	3	1.8	4	1.1
DESMANICOMIALIZADA	1	0.6	2	0.6
DESMANICOMIALIZADORES	1	0.6	1	0.3
DESMANICOMIALISTAS	1	0.6	1	0.3
DESMANICOMIZAR	1	0.6	1	0.3
DESMANICOMIALIZANTES	1	0.6	1	0.3
TOTAL	169	100.0	351	100.0

**TABLA 8: PERFIL CUANTITATIVO DEL NIVEL DE
ACEPTACION DE LA ESTRATEGIA DE
DESMANICOMIALIZACION EN LOS DOCUMENTOS
PUBLICADOS EN INTERNET**
(Período consultado: enero/2004 a febrero/2006)

	fr	%
Aceptación	76	54.7
Respuesta condicionada	30	21.6
Rechazo crítico	12	8.6
Información sin tendencia definida	21	15.1
Total	139	100.0

8 . CONCLUSIONES

En diálogo con Ivana Marková, Moscovici sostenía: *lo que tiene un nombre tiene un valor* (Moscovici, Marková, 2003: 135).

- Tal afirmación abre el camino a las interpretaciones sobre la necesidad de acuñar un nuevo nombre para dar cuenta de un estilo local de reforma psiquiátrica.

- El término “desmanicomialización” surgió como un emblema distintivo y convocante alrededor de las acciones de una minoría activa en pos de un objetivo social y ético común.

- Ahora bien, ¿cómo explicar el impacto social de un neologismo cuya construcción se forjó a la luz de un término ya existente como el de “desinstitucionalización”?

8 . CONCLUSIONES

1. **Objetivada** en un **término** original, su evocación ha logrado encarnar un conjunto de experiencias y conocimientos de las corrientes críticas del campo de la salud mental, avanzando hacia una nueva contextualización.
2. Si por **anclaje** se entiende el proceso de enraizamiento de un nuevo objeto de representación en un sistema de pensamiento previo (Jodelet, 1986: 490) el mismo término “desmanicomialización” parece condensar ambos sentidos.

“DES”

LO NUEVO

- Idea o intención de cambio. Alternativas.
- Desandar, desterrar la cultura de marginación social del enfermo mental.
- Promoción de nuevos valores (DDHH).
- Generación de representaciones polémicas.

“MANICOMIALIZACION”

LO PREVIO

- Herencia simbólica de la psiquiatría asilar.
- Naturalización de las imágenes manicomiales, de encierro, abandono y exclusión social.
- Defensa de los valores tradicionales.
- Reforzamiento de las representaciones hegemónicas.

8 . CONCLUSIONES

- ¿Será por el peso simbólico que recrea la imagen de la marginación social junto a la acción a seguir, que el término desmanicomialización ha logrado trascender e instalarse en el lenguaje de quienes asisten a las realidades y a las ficciones del encierro?

- La expansión y apropiación del término por diferentes grupos, la diversidad de sus usos y aplicaciones, no sólo testimonian su actualidad sino que le reconocen un cierto poder.

- La “desmanicomialización” se ha constituido en una metáfora buena para pensar y para actuar.

8 . CONCLUSIONES

- Ahora bien, la sociogénesis de la desmanicomialización como **proceso** se originó antes de la invención del término.
- Su divulgación primaria en el seno de los debates del sector profesional de la salud revela su carácter **acotado y emergente**.
- A partir de la legitimidad construida por las **minorías activas** fructificó la circulación de nuevas representaciones que favorecieron la sanción de la ley 2440.
- Los **medios escritos** al reflejar las tensiones intersectoriales, propiciaron la identificación y confrontación de los actores en pugna, y desde allí intervinieron en la sociogénesis del proceso.
- Reconocer a las minorías activas y a los *media* como factores viabilizadores de la desmanicomialización ha supuesto **valorar el conflicto como fuente de cambio social**.

8 . CONCLUSIONES

- Desde un sector marginal a los intereses políticos y desde los sectores más excluidos se logró generar poder e influencia.
- Los datos expuestos mostraron el anclaje acotado del recuerdo y memoria del término, pero no así de las consecuencias de su objetivación práctica en el nivel de las experiencias socio-sanitarias e institucionales más concretas (cierre, asistencia y convivencia)

8 . CONCLUSIONES

- Por último, como resultado transversal y fuente de discusión de los procesos de reforma: una constante relativa, la reactivación de resistencias y miedos frente al contacto con los enfermos mentales.
- Viedma (Río Negro) no ha escapado a tendencias similares halladas en otros contextos, como lo demuestran estudios comparados en gran escala:
 1. BECKER, T., BAUER, M, RUTZ, W, PSYCHISCH KRANKE, A. (2001). **Psychiatric reform in Europe**, En *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, Vol. 104, No. 410. Munksgaard.
 2. ENQUÊTE **La Santé Mentale en Population Générale. Image et Réalité**, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), « Etudes et Résultats ». DREES, 116, mai 2001, 2.

8 . CONCLUSIONES

- Desde nuestra perspectiva, el desafío sigue en pie, así como tantas luchas forjadas en el campo de los Derechos Humanos.
- La clave radica en la búsqueda renovada de estrategias de mejor realización, esfuerzo de creatividad cultural sin duda sensible a las contradicciones del mundo actual. El estado inacabado de las reformas lo demanda.