

Evolució històrica de l'atenció a la salut mental: fites essencials en la construcció del discurs de la salut mental comunitària

Manuel Desviat

Recepció: 05/05/2020 Acceptació: 26/06/2020

Resum

L'Assemblea de l'Organització Mundial de la Salut va introduir el 1953 la salut mental com una formulació discursiva que suposa ampliar la mirada de l'atenció psiquiàtrica a la prevenció, el desenvolupament de serveis comunitaris i revisar l'assistència manicomial, posant l'accent en la necessitat d'un treball comunitari que superi l'atenció centrada en els hospitals psiquiàtrics. L'OMS, per tant, planteja la salut mental com un camp social particular, en termes de Bourdieu, on intervenen diferents disciplines, deixant de ser un àmbit exclusivament mèdic. Es vincula, així, la salut mental als processos de reforma psiquiàtrica, dels quals la salut mental comunitària esdevé el model assistencial, motiu pel qual es pot afirmar que, en realitat, parlar de l'evolució de la salut mental en l'atenció al patiment psíquic és parlar de la reforma psiquiàtrica. D'aquí parteixo en aquest article, a través d'alguna de les fites, esdeveniments i processos que considero essencials en la construcció de la salut mental comunitària.

Paraules clau

Salut mental comunitària, reforma psiquiàtrica, psicosocial.

Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria

La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud introdujo en 1953 la salud mental como una formulación discursiva que supone ampliar la mirada de la atención psiquiátrica a la prevención, el desarrollo de servicios comunitarios y revisar la asistencia manicomial, haciendo hincapié en la necesidad de un trabajo comunitario que supere la atención centrada en los hospitales psiquiátricos. La OMS viene, por tanto, a plantear la salud mental como un campo social particular, en términos de Bourdieu, donde intervienen distintas disciplinas, dejando de ser un ámbito exclusivamente médico. Se vincula, así, la salud mental a los procesos de reforma psiquiátrica, de los que la salud mental comunitaria se vuelve el modelo asistencial. Por lo que se puede afirmar que, en realidad, hablar de la evolución de la salud mental en la atención al sufrimiento psíquico es hablar de la reforma psiquiátrica. De ahí parto en este artículo, a través de alguno de los hitos, acontecimientos y procesos que considero esenciales en la construcción de la salud mental comunitaria.

Palabras clave

Salud mental comunitaria, reforma psiquiátrica, psicosocial.

The historical evolution of mental health care: key milestones in the construction of the community mental health discourse

In 1953, the Assembly of the World Health Organisation (WHO) introduced mental health as a discursive formulation that implies broadening the focus of psychiatric care to include prevention, the development of community services, and review of mental health care, placing the emphasis on the need for community work that goes beyond care at psychiatric hospitals. As a result, the WHO considers mental health no longer as an exclusively medical concern, but as a particular social field, to use Bourdieu's definition, one in which different disciplines intervene. Accordingly, mental health is linked to psychiatric reform processes in which community mental health becomes the care model, which is why we can affirm that, in fact, to speak of the evolution of mental health in the field of care for psychological suffering is to speak of psychiatric reform. This is the starting point for my article, in which I trace some of the milestones, events and processes that I consider key in the construction of community mental health.

Keywords

Community mental health, psychiatric reform, psychosocial reform.

Com citar aquest article:

Desviat, Manuel (2020).

Evolució històrica de l'atenció a la salut mental: fites essencials en la construcció del discurs de la salut mental comunitària.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 17-43.





Un acontecimiento no solo reconfigura el presente y habilita un futuro impensable sin él, sino que redimensiona y articula el pasado que lo precede para que este pasado pueda abrazarlo, encajarlo, explicarlo.

Acontecimiento (Zizek, 2014, p. 16)

Els orígens

Hi ha antecedents, esdeveniments precursors en el primer terç del segle passat, però serà després de l'horror bèl·lic de la Segona Guerra Mundial, que va posar en evidència la desoladora situació en què vivien els pacients mentals ingressats als hospitals psiquiàtrics i la ineficàcia terapèutica d'aquestes institucions totals, que es pot situar la consciència professional, social i política que va menar a la necessitat de reformar l'atenció al patiment psíquic. Hi havia raons ètiques: tornar els drets humans i ciutadans als pacients mentals que estaven ingressats als hospitals psiquiàtrics, procurant una atenció que respectés la dignitat de les persones; i hi havia raons tècniques: fer front a la malaltia psiquiàtrica greu amb una atenció terapèutica i social més eficient.

Les característiques dels processos de reforma estaran condicionades per les característiques dels sistemes sanitaris on s'emmarquen

El moment era propici, les dècades dels cinquanta als setanta foren les dècades de l'estat del benestar. La salut va formar part del projecte de societat que suposa l'estat de benestar, que procura assegurar de manera universal serveis essencials: sanitat, educació i prestacions socials. La cobertura universal sanitària s'estén per Europa i Canadà, on s'organitzen sistemes nacionals de salut amb una nova manera de veure l'atenció sanitària. L'enfocament incorpora activitats preventives i de promoció de la salut i una epidemiologia aplicada a les malalties no infeccioses. De la noció de malaltia i el seu tractament es passa a una noció més àmplia que inclou tant la condició desitjada per al benestar dels individus com les accions necessàries per aconseguir-la. Principis que promouen l'Organització Mundial de la Salut, creada el 1948¹, la Nova Salut Pública (1974)² i el desenvolupament de l'Atenció Primària (Alma Ata, 1978)³. En aquest nou escenari es desenvoluparan els processos de transformació de la reforma psiquiàtrica, el model assistencial de la qual és la salut mental comunitària. Les característiques dels diferents processos de reforma estaran condicionades per les característiques dels sistemes sanitaris on s'emmarquen, juntament amb el paper atorgat a l'hospital psiquiàtric. En aquest sentit, el desenvolupament d'aquest procés no serà el mateix en el marc d'una política que assegura una cobertura pública universal (com a Europa i Canadà) que en un estat *minimalista* que abandona la sanitat al mercat (estat neoliberal com als Estats Units). L'altra característica, el paper atorgat a l'hospital psiquiàtric, diferencia les reformes que, malgrat que considerin que l'atenció comunitària és l'eix de l'assistència, el mantenen més o menys modernitzat (països francòfons, Cuba o, dins de l'Estat espanyol, Catalunya i Euskadi), de les que consideren que cal tancar-lo i substituir-lo

completament per alternatives comunitàries (Regne Unit, Estats Units, Itàlia, Espanya i Brasil).

En qualsevol cas, hi va haver uns objectius comuns a tots els processos, pocs i en aparença simples: 1) la transformació o el tancament dels hospitals psiquiàtrics i la creació de recursos a la comunitat; 2) la integració de l'atenció psiquiàtrica a la sanitat general; 3) la modificació de la legislació dels països per tal de millorar els drets dels pacients; i 4) promoure canvis en la representació social estigmatitzant que la societat tenia de la malaltia mental.

La trobada amb la comunitat, com molt bé diu Isaac Levav (1992), plantejarà la necessitat de desenvolupar noves tasques, des del diagnòstic comunitari a la prevenció i a la rehabilitació, incorporant-hi noves nocions com ara població en risc, grups vulnerables i intervenció en crisi, i precisant altres eines i habilitats de gestió social. La responsabilitat ara és fer-se càrrec de la cura sanitària de la població. De la demanda que hi acudeix i de la que no hi accedeix. Importen els casos que prevalen, no només els que es “curen”.

En l'estratègia terapèutica i organitzativa es produeix, com assenyala Hochmann, un triple desplaçament del poder i del benefici terapèutic: de l'hospital al territori, del psiquiatre a l'equip interdisciplinari i del subjecte malalt a la comunitat de la qual forma part (1971). Una nova cultura psiquiàtrico-psicològica-social, una manera de fer clínica on es trenquen les dicotomies individual *versus* social, biològic *versus* psicològic. “Un model que implica noves actituds en les tasques quotidianes de les professions sanitàries i, per descomptat, una planificació i ordenació dels sistemes públics que la facin possible” (Desviat i Moreno, 2012; Desviat, 2020).

Una estratègia que, a banda de reorientar la sanitat del primer món, pot facilitar el desenvolupament dels sistemes sanitaris dels països en vies de desenvolupament i de renda baixa, superant els sistemes de salut benèfics o d'assegurances socials sense el cost elevat de la medicina basada en els grans complexos hospitalaris i les prestacions mèdiques individualitzades.

Algunes fites de la història de la salut mental comunitària

La desinstitucionalització suposarà nous subjectes de dret, nous actors en unes dècades d'importants canvis polítics i econòmics, en un escenari que esdevé molt complex perquè la salut mental, i el seu tractament, travessa tot el teixit de les nostres formacions socials i posa al descobert formes excel·lents i estigmatitzants d'atendre la diferència, no només dels considerats malalts mentals.



La desinstitucionalització suposarà nous subjectes de dret, nous actors en unes dècades d'importants canvis polítics i econòmics

Aquesta complexitat sociopolítica es posarà de manifest en cada un dels esdeveniments i processos amb què miraré de dibuixar un retrat del desenvolupament de la salut mental, atès que no són fets que estiguin al marge del seu moment històric. Moltes vegades veiem la història a través de gestes aïllades, la gesta d'un gran personatge o grup de persones, com si se'ls pogués atribuir només a ells, a aquest moment estel·lar a què fa referència Stefan Zweig (2002), de geni o inspiració, el que ha passat. Diu Rafael Huertas –un exemple de particular interès– en el mític gest de Pinel –considerat fundacional de la psiquiatria–, alliberant dels lligams els bojós de la Salpêtrière i les boges de Bicêtre, que, sense treure mèrits a l'autor, no es pot veure *només* a causa de la inspiració d'un gran home, sinó com un fet conseqüent amb els canvis socials i polítics que va inaugurar la Revolució Francesa (Huertas, 2012).

***La ment que es va trobar a si mateixa* (Cliffor Beers, 1908)**

Si hi ha un antecedent significatiu de la salut mental comunitària és el Moviment d'Higiene Mental que s'origina als Estats Units gràcies a les idees del psiquiatre Adolf Meyer, impulsor de la psiquiatria psicodinàmica i social a Amèrica del Nord, i a Cliffor W. Beers, un expacient, ingressat diverses vegades en hospitals psiquiàtrics, que el 1908 va publicar un llibre, *La ment que es va trobar a si mateixa* (1908), que va commoure l'opinió pública. Gràcies a això, Beers promou la Lliga d'Higiene Mental⁴, moviment que s'oposa a les formes custodials d'atenció i que defensa un tractament en la comunitat, que en poc temps s'estén als Estats Units i a la resta del món (a Espanya, es funda la Lliga d'Higiene Mental el 1927, per iniciativa de José Germain).

Durant la Segona Guerra Mundial, es creen dos mètodes que converteixen aquests espais declusió en espais terapèutics

Cal destacar també Mary Potter Brook, considerada la primera treballadora social psiquiàtrica, que va crear un programa que vinculava la psiquiatria amb el treball en la comunitat. Potter visitava els pacients als seus domicilis, fet que donava continuïtat al tractament i alhora permetia recollir informació sobre la seva situació social (Idareta Goldaracena, 2018). Casada amb Adolf Meyer, aquest afirmava, referint-se als estudis de la seva dona: “Ens va ajudar a situar el problema en un marc social més ampli i a arribar a l'origen de la malaltia, la família i la comunitat” (Meyer, 1922, p. 22)⁵.

Dues experiències precursors en plena Segona Guerra Mundial

Durant la Segona Guerra Mundial, la manca de personal a la institució psiquiàtrica en dos hospitals fa que es dugui a terme una reordenació administrativa i clínica, que originarà dues maneres de fer el tracte i la convivència

institucional menys iatrogènics i més eficaços. De fet, es creen dos mètodes que converteixen aquests espais de reclusió en espais terapèutics. Són la psicoteràpia institucional francesa i la comunitat terapèutica anglesa.

L'hospital de Saint-Alban

Francesc Tosquelles⁶, exiliat després de la Guerra Civil Espanyola, desenvoluparà en un asil rural el psiquiàtric de Saint-Alban, en plena ocupació alemanya de França, una experiència radical de transformació aplicant la psicoanàlisi a tota la institució. La hipòtesi de partida és que a la institució total (hospital, presó) tothom està malalt. “No són els murs de l'hospital que el converteixen en un manicomi. Ho fan les persones –cuidadors i malalts– que hi viuen” (Dessaunt, 1971). Per tant, la teràpia ha d'abastar tot l'hospital, el personal i els malalts; cal tractar tota la institució. La qüestió, en paraules de Lacan, és “acollir” l'objecte a partir d'una xarxa de significants per tal de preservar el subjecte (Lacan, 1972). Hi ha una “anàlisi institucional” en assemblees diàries de tot el personal.

La psicoteràpia institucional, incubada a Saint-Alban, es converteix després de l'Alliberament en el fonament teòric de la psiquiatria francesa, de l'anomenada psiquiatria de sector, que consolida la presència de la psicoanàlisi, juntament amb el treball en la comunitat (Desviat, 2020).

Quadre 1. Principis de la circular del sector

- Tractament al més precoç possible. L'efecte cronificador de la institucionalització ha de ser evitat. Separar el malalt de la seva família com menys temps millor.
- L'hospitalització és només un moment del tractament.
- Assegurar la post-cura, evitant les recidives.
- Es delimiten àrees de cinquanta a cent mil habitants per a cada sector que hauran de tenir llits a l'hospital, dispensaris d'higiene mental, hospital de dia i tallers protegits.
- La continuïtat d'atenció està assegurada per un mateix equip mèdico-social sota la responsabilitat d'un metge-cap convertit en cap de sector.
- L'atenció infantojuvenil s'escindeix, creant serveis propis, els intersectorials infantojuvenils, que corresponen a tres sectors psiquiàtrics d'adults (dos-cents mil habitants).

Font: Elaboració pròpia.

D'altra banda, l'hospital de Saint-Alban va esdevenir un lloc de trobada i formació de psiquiatres que seran els protagonistes de la reforma de l'atenció a la salut mental a França, Bonnafé, Oury, Gentis, entre d'altres, o teòrics de la descolonització, com el psiquiatre antillà Frantz Fanon, i un lloc de refugi de prestigiosos intel·lectuals, com el poeta comunista Paul Éluard o el dadaïsta Tristán Tzara⁷.



La comunitat terapèutica

Es busca l'aprofitament deliberat, amb finalitats terapèutiques, de tots els recursos de la institució manicomial

El 1943 Wilfred Bion i John Rickman organitzen els malalts de l'hospital de Northfield (Regne Unit), soldats amb trastorns mentals, en grups de discussió, fent-los participar en el govern del centre. La guerra va fer que l'Estat es fes càrrec de tots els recursos sanitaris, integrant-los i regionalitzant-los en un Pla d'emergència destinat a garantir la cobertura als soldats i la població civil (Desviat, 2020). Es busca l'aprofitament deliberat, amb finalitats terapèutiques, de tots els recursos de la institució manicomial, entesa com un conjunt orgànic i no jerarquitzat de metges, pacients i personal auxiliar (Jones, 1958), tot creant un procediment per a organitzar les activitats de les institucions totals i parcials que serà a bastament utilitzat fins a l'actualitat.

Si apliquem, diu el 1958 el psiquiatre Maxwell Jones, a un hospital psiquiàtric el terme de “comunitat terapèutica”, vol dir que la responsabilitat del tractament no resta confinada al personal mèdic, sinó que també implica els altres membres de la comunitat, és a dir, els pacients (Jones, 1968).

Quadre 2. Principis d'una comunitat terapèutica

- Llibertat de comunicacions a diferents nivells i en totes les direccions.
- Anàlisi en termes de dinàmica individual i interpersonal de tot el que s'esdevé a la institució (reunions diàries de pacients i personal, psicoteràpies de grup).
- Tendència a destruir les relacions d'autoritat tradicionals.
- Ambient de màxima tolerància.
- Activitats col·lectives (balls, festes, excursions, etc.).
- Presència de tota la comunitat en les decisions administratives del servei.

Font: Elaboració pròpia.

La resposta radical italiana comprèn que no és possible crear un espai ideal aïllat del món

Dels límits de la comunitat terapèutica, sorgeix la resposta radical italiana. Basaglia, després d'una estada al Regne Unit, arriba de director a Gorizia on, amb un grup de joves psiquiatres, comença a replicar el model, però al cap d'un temps comprèn que no és possible crear un espai ideal aïllat del món, un oasi de llibertat dins d'una institució total.

Reformes psiquiàtriques i desenvolupament de la salut mental comunitària

El discurs d'un president: *Community Mental Health Centers Act of 1963*

Se sol fixar com a fet inaugural de la salut mental comunitària la llei que promulga la creació de centres comunitaris de salut mental –*Community Mental Health Centers Act*– que el president John Kennedy va presentar al Congrés

dels Estats Units el 1963, “per a la prevenció o diagnòstic de la malaltia mental, l’assistència i el tractament dels malalts mentals i la rehabilitació d’aquestes persones”, un programa que proposa la creació de centres de salut mental comunitaris per tota la nació, com a resposta a les denúncies de la situació dels malalts internats als hospitals psiquiàtrics i la nul·la assistència pública extrahospitalària. És l’època del *New Deal*, d’una tímida lluita contra la pobresa de l’administració nord-americana⁸, però, igual que els centres de salut mental, va durar poc; eren uns programes i uns dispositius el desenvolupament i funcions de suport comunitari a la desinstitucionalització dels quals necessitaven un sistema públic de salut i de prestacions socials que encara avui els Estats Units no té.



El discurs de Kennedy suposa una clara denúncia de l’assistència duta a terme als Estats Units centrada gairebé exclusivament en institucions on, segons les seves paraules, “sovint la mort constituïa l’única esperança ferma d’alliberament” (Kennedy, 1963, p. 2). Per a Gerald Caplan la Llei de creació dels centres de salut mental comunitaris, avalada pel discurs presidencial, era el començament d’una revolució en la psiquiatria nord-americana, pel fet que “rubricava que la prevenció, el tractament i la rehabilitació del malalt mental i la discapacitat mental s’havien de considerar una responsabilitat comunitària” (p. 21).

Per a Caplan –el seu llibre *Principis de salut mental comunitària* (Caplan, 1966) es va convertir aviat en text fundacional de la salut mental comunitària– les nocions de prevenció, risc i població en risc constitueixen, juntament amb la teoria de la crisi, els elements conceptuals de la psiquiatria preventiva o comunitària amb què desenvolupa un model conceptual, extraient categories epidemiològiques i de salut pública.

L’expressió *psiquiatria preventiva* es refereix al cos de coneixements professionals, tant teòrics com pràctics, que poden emprar-se per planificar i dur a terme programes per reduir, en primer lloc, la freqüència en una comunitat dels trastorns mentals de tot tipus [prevenció primària]; en segon lloc, la durada d’un nombre significatiu dels trastorns que es presenten [prevenció secundària], i, finalment, el deteriorament que aquests trastorns poden causar [prevenció terciària] (Caplan, 1966).

Activitats encaminades preferentment a grups de població, famílies o individus que, si estan més exposats a factors de risc –agents infecciosos, ambientals, hàbits de vida i esdeveniments socials, culturals i psicològics–, esdevenen més vulnerables a “fer-se mal”, a emmalaltir o a patir les complicacions d’un procés patològic. La noció d’*aportacions bàsiques* es basa en la hipòtesi que, per a no patir un trastorn mental, una persona necessita aportacions contínues i adequades a les diverses etapes de creixement i desenvolupament. És a dir, considera que les variacions de trastorns mentals en les diferents poblacions són degudes a factors oposats, benèfics (aportacions) o negatius (factors o pràctiques de risc). El treball preventiu consisteix

La noció d’*aportacions bàsiques* es basa en la hipòtesi que, per a no patir un trastorn mental, una persona necessita aportacions contínues i adequades a les diverses etapes de creixement i desenvolupament

a identificar aquests factors per corregir-los en sentit positiu. Hi ha dos tipus de factors: els que actuen de manera contínua sobre el desenvolupament de la personalitat (aportacions necessàries) i els que intervenen de manera circumscrita o puntual, en situacions de desequilibri (crisi). *Atzars de la vida* que impliquen una pèrdua sobtada d'aportacions bàsiques, l'amenaça de la pèrdua o les grans exigències associades a l'oportunitat d'obtenir més aportacions.

Quadre 3. Serveis essencials dels centres de salut mental (per a una població d'entre 75.000 i 200.000 habitants)

- Urgències i hospitalització de vint-i-quatre hores tots els dies de la setmana.
- Hospitalització parcial.
- Consultes i educació a la comunitat.
- Avaluació i seguiment dels ingressos a l'hospital psiquiàtric estatal de referència.
- Cases a mig camí.
- Alcoholisme, drogodependències.
- Sistema d'avaluació de programes.

Font: Elaboració pròpia.

A nivell conceptual és Gerald Caplan, en el seu llibre *Principis de salut mental comunitària*, qui introdueix elements fundadors de la salut mental comunitària, però no es pot oblidar la influència d'altres textos apareguts pocs anys abans, entre d'altres, *Internats. Assaig sobre la situació social dels malalts mentals*, del sociòleg Erving Goffman, o *La història de la bogeria en la bogeria a l'època clàssica*, de Michel Foucault, o el *Mite de la malaltia mental*, del psiquiatre Thomas Szasz, publicats el 1961; llibres que tindran un enorme pes en la psiquiatria, la sociologia, la filosofia, i, en realitat, en el pensament de la nostra època. En el cas de Szasz, influència més l'antipsiquiatria, a causa de la gran difusió de la seva obra, que, tot i l'aparència rupturista, és sovint poc rigorosa; d'altra banda, el seu comportament polític –membre militant de l'església de la cienciologia– és obertament conservador i contrari no només a la psiquiatria sinó també a la salut mental comunitària i a la sanitat pública.

Psiquiatria i antipsiquiatria

No és casual que sigui a final de la dècada dels seixanta de segle xx que sorgeixi l'antipsiquiatria, com tampoc no ho és que sorgeixi precisament al Regne Unit, on existia un universal i eficient Servei Nacional de Salut, que podia permetre experiències marginals, no involucrades en la necessitat de la reforma de l'assistència, a diferència d'Itàlia o Espanya.

La antipsiquiatria, tal com he escrit en un altre lloc (Desviat, 2007), és la manifestació en el camp de les disciplines de la salut mental de la profunda crisi de les ciències, de l'art, de la ideologia i dels valors en les dècades posteriors al final de la Segona Guerra Mundial; crisi que culminarà en la rebel·lió del maig del 68.

És David Cooper qui utilitza per primera vegada aquest terme per descriure una experiència, Villa 21, realitzada en un pavelló d'un hospital psiquiàtric de Londres. Psiquiatria com a pràctica alternativa a la psiquiatria tradicional, enfront de la violència institucional, qüestionant l'hospital, anant més enllà de la comunitat terapèutica, en una pràctica que assajarà un clima de llibertat per als pacients, sense violència ni restriccions. I serà a l'obra de Cooper i de Ronald Laing, en l'antipsiquiatria anglesa, on hem de situar en sentit estricte l'antipsiquiatria, tot i que el terme es va generalitzar aviat per assenyalar tot el moviment anti-institucional i reformador psiquiàtric dels anys seixanta i setanta del segle passat. Des de l'SPK (col·lectiu socialista de pacients de la clínica de Heilderberg, que predicava la insurrecció armada), fins a les màquines desitjants de Deleuze i Guattari; de Gintis, a Octave o Maud Mannoni; de Basaglia i Jervis a Tomás Szasz; de les experiències angleses a les denúncies de la situació assistencial durant la repressió franquista. Crítica global i ideològica de la psiquiatria, sobretot de la praxi mèdica, nosogràfica i diagnòstica, que arriba a proclamar la inexistència de la malaltia mental, mite o artefacte pseudomèdic, trivialitzant o idealitzant, a vegades, la psicopatologia, quan la mira esbiaixadament a través de genis-bojos: Artaud, Höderlin, Nietzsche.

En el camp de l'experiència, David Cooper i Ronald Laing van fundar el 1965 la Philadelphia Association, que va establir una xarxa de comunitats a Londres per a persones afectades de problemes mentals. Cases antipsiquiàtriques on les ments perdudes podrien guarir-se tornant-se boges entre persones que veuen la bogeria com una oportunitat de reconstituir el seu "jo autèntic". (Des de l'1 de juny de 1965, data de l'obertura, fins al 1968, en la més coneguda Kingsley Hall, hi van viure cent nou persones, entre les quals, el mateix Laing, durant períodes de més de trenta dies, segons ens explica ell mateix a *Esquizofrènia i pressió social* (Laing, 1975).

En el terreny estrictament terapèutic, té sentit la pregunta que es fa Jervis a *El mite de l'antipsiquiatria*: és realment possible ajudar de forma antipsiquiàtrica una persona afecta (i oprimida) del que s'anomena un trastorn mental? Sembla que l'experiència no va ratificar les experiències angleses. El mateix Laing ho confirma (1979).

Entre les aportacions a la indagació psicopatològica cal considerar, especialment, el *Jo dividit i El jo i els altres*, de Laing, potser, les aportacions teòriques més importants de l'antipsiquiatria.



La antipsiquiatria és la manifestació en el camp de les disciplines de la salut mental de la profunda crisi de les ciències, al final de la Segona Guerra Mundial

La Llei 180 i les cooperatives triestinas

Al principi va ser Gorizia. L'Hospital psiquiàtric de Gorizia i una figura carismàtica, que va morir massa d'hora, Franco Basaglia. Era finals de 1961 quan, després de tretze anys com a metge psiquiatre en una clínica universitària, Basaglia pren possessió del càrrec de director del manicomi de la petita ciutat de Gorizia, una província fronterera amb l'antiga Iugoslàvia de poc més de cent trenta mil habitants. Juntament amb un grup de psiquiatres (Jervis, Slavich, Pirella, Casagrande) converteix, primer, l'hospital en una comunitat terapèutica i, després, conscient dels límits de l'hospital psiquiàtric, proposa tornar el malalt mental a la societat, desmuntant la institució. Basaglia, el 1968, escriu al pròleg de *L'instituzione negata*:

Aquesta és l'acció de subversió institucional que alguns metges, psicòlegs, sociòlegs, infermers i malalts han proposat i provocat en un hospital psiquiàtric, en posar en dubte de judici, en el pla pràctic, la condició mateixa d'internament (Basaglia, 1972, p. 2).

Serà a Itàlia on la desinstitucionalització adquirirà més radicalitat i suport polític. Liderada pel moviment Psiquiatria Democràtica, aconsegueix els anys setanta el tancament per llei dels hospitals psiquiàtrics (Llei 180, 1978). Culmina així un procés que s'inicia amb la humanització i transformació de l'hospital psiquiàtric, per a sortir a l'exterior, a la societat mateixa, on funcionen els mecanismes originaris de l'exclusió del malalt mental. Aquesta doble marginació de la qual parla Basaglia.

Quadre 4. Llei 180

No es podran realitzar ingressos nous en hospitals psiquiàtrics a partir de maig de 1978; i no hi podrà haver ingressos de cap tipus a partir de desembre de 1981. Es prohibeix la construcció de nous hospitals psiquiàtrics.

Els serveis psiquiàtrics comunitaris, els serveis territorials, s'han d'establir per a àrees geogràfiques determinades, i treballar en contacte estret amb les unitats de pacients ingressats a fi de garantir una atenció continuada

Tots els ingressos, tant voluntaris com forçosos, es faran a les unitats psiquiàtriques dels hospitals generals, que no tindran mai més de quinze llits.

Font: Elaboració pròpia.

Hi ha d'haver una integració total entre els diferents serveis en les àrees geogràfiques que serveixen de marc al tractament psiquiàtric

El tancament dels hospitals psiquiàtrics s'entén com un procés gradual (mitjançant accions de desinstitucionalització i la no realització de nous ingressos). Els nous serveis es dissenyen com a alternatius i no com a complementaris o addicionals als hospitals. És la psiquiatria hospitalària que ha de ser complementària a la cura comunitària i no al contrari. Hi ha d'haver una integració total entre els diferents serveis en les àrees geogràfiques que serveixen de marc al tractament psiquiàtric. El mateix equip ha de subministrar serveis domiciliaris, ambulatoris i ingressos. Aquest model de cura facilita la continuïtat de l'atenció i un suport a llarg termini, amb equips interdisciplinaris, visites domiciliàries i intervencions en moments de crisi. Una de

les aportacions més importants, inspirada en la gran tradició de cooperatives laborals que hi ha al nord d'Itàlia, són les empreses socials per donar ocupació, que es creen en el procés de desinstitucionalització, com a eines per a la integració social.

Cal, segons Rotelli, crear camps d'intercanvi entre les parts més empobrides i aquelles més riques de la societat (culturalment, socialment o econòmicament), construint un nou pacte social, una nova ètica en l'espai de la qual sigui possible reciclar tot el que seria rebutjat en la lògica d'un ordre exclouent. Es tracta de modificar substancialment la lògica assistencialista, la manca d'autonomia i la dependència de les prestacions socials habituals (Pitucco i Rotelli, 1994).



Quadre 5. El projecte Valerio. Imola

Aquest projecte pren el nom del pacient més greu dels que es van institucionalitzar a l'hospital psiquiàtric Imola, com a indicador de les respostes que van ser necessàries en el seu procés desinstitucionalitzador. La idea central del projecte és comptar amb recursos externs al món sanitari: mirar de rehabilitar la ciutat per reintegrar el pacient. La ciutat (i en particular una part significativa dels seus ciutadans) (Venturini, 2005) és inclosa en el procés i es converteix en protagonista del canvi. El lloc de trobada estava constituït per la pràctica dels drets. No més denúncies, exigències de reparació, estatuts específics per als malalts, sospites de falsa identitat. En canvi, reconeixement recíproc, presa de consciència dels propis drets, suport a exercir-los. Millor destruir les barreres arquitectòniques que realitzar recorreguts diferents. Millor insistir obsessivament amb el principi de reciprocitat. La idea parteix del fet que la integració només s'esdevindrà de manera efectiva quan existeixi un avantatge comú. No hi ha intercanvi si la relació va cap a una única direcció, en aquest cas hi ha una relació paternalista que desvaloritza l'acció. Per aquest motiu, en el projecte Valerio, no es van valorar tant les ocasions que posaven en evidència les necessitats dels pacients, com les que promovien una oferta d'alguna cosa cap als altres; oferta sovint gratuïta, simbòlica, però que corresponia a les necessitats de la societat.

Font: Elaboració pròpia a partir de Venturini, 2016, p. 26.

La reforma psiquiàtrica a Espanya

Setmanes i Missions d'higiene mental

Si hi ha un antecedent de la salut mental comunitària a Espanya rau en les Reunions, Setmanes i Missions que la Lliga d'Higiene Mental realitza durant la Segona República. Entre 1931 i 1936, la Lliga d'Higiene Mental, creada el 1927 a instàncies de l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria i inspirada en les Misiones Pedagógicas de la Institución Libre de Enseñanza, desplega una sèrie d'actes –xerrades radiades, reunions en escoles, facultats, cases de poble, ateneus– a la majoria de les províncies espanyoles amb l'objectiu de difondre mesures sanitàries i culturals que milloressin la idea que la població tenia de la salut mental per tal d'aconseguir –segons figura en el decret de creació– “la profilaxi de la bogeria, que millorin l'assistència mèdica i social

La Lliga d'Higiene Mental realitza durant la Segona República una sèrie d'actes a la majoria de les províncies espanyoles amb l'objectiu de difondre mesures sanitàries i culturals

del psicòpata i l'alienat i que condensin les regles més indispensables de la higiene individual (Reial Ordre de 25 de gener de 1927, citat per Gonzalo Moya, 1986, p. 218).

El seu objectiu era arribar tant a la població en general com als poders públics, en ambients i locals diversos i en xerrades on els oradors no eren només psiquiatres, sinó també juristes, pedagogs i altres professionals. En les Missions, fetes des de Madrid, ens explica Luis Valenciano Gaya, “ens desplaçàvem a poblacions –no capitals– o petits pobles perquè la propaganda cultural [com feia en l'àmbit teatral simultàniament *La Barraca* de García Lorca] penetrés amb més profunditat a les terres espanyoles” (Valenciano Gaya, 1977, p. 94).

Algunes d'aquestes conferències, radiades o pronunciades en les Setmanes, van ser editades per la Lliga –“Vida moderna i higiene mental”, “Causes i tractaments de les malalties mentals”, “Higiene mental, escola i joventut”, etc.–, en fullets finançats per la Secció de Psiquiatria i Higiene Mental de la Direcció General de Sanitat.

En la realitat, la República va possibilitar la culminació de tot un moviment de consolidació de la psiquiatria i la salut mental a Espanya dut a terme des de principi de segle xx. Una psiquiatria agrupada en dues escoles, la de Madrid i la de Barcelona, que formaran l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatres (AEN) el 1924, associació que jugarà un paper important en la modernització assistencial i legislativa durant la Segona República i serà fonamental en el procés de reforma psiquiàtrica després de la dictadura franquista.

Entre altres accions, es promou el Decret d'Assistència Psiquiàtrica de 1931 (que recull un avantprojecte aprovat per l'assemblea conjunta de l'AEN i la Lliga d'Higiene Mental el 1929) i el Consell Superior Psiquiàtric, amb Lafora com a president i Germain com a secretari; iniciant-se la creació de dispensaris de salut mental i els intents de modernització dels hospitals psiquiàtrics.

Comelles a *Raó i sense Raó* (1988) explica els avenços en una salut mental territorialitzada a Catalunya –la comarcalització, la sectorització de l'atenció a la salut mental iniciada amb la Mancomunitat–, destacant les figures de Tosquelles i de Mira López, que seria el primer catedràtic de psiquiatria a Espanya⁹.

Amb la “victòria nacional” acaba el que Valenciano va anomenar el gran moment de la psiquiatria espanyola en la seva obra dedicada a Lafora (Valenciano Gaya, 1977). Acaba en dispersió, presons i marginació interior, per a una bona part de la generació de psiquiatres republicans, en una societat civil trencada, en aquesta llarga nit de pedra (1969), en els versos de Celso Emilio Ferreiro, de la dictadura franquista.

De la Coordinadora de psiquiatria i l'article 20 de la Llei General de Sanitat a la contrareforma neoliberal de la dècada del cervell

Caldrà esperar a principis de la dècada dels setanta, moment en què una altra generació en pugui agafar el relleu, després de l'erm intel·lectual, científic i tècnic de la dictadura i els seus prohoms. Van ser les experiències dels països pioners de la reforma i un nucli professional format en les denúncies i experiències frustrades durant el tardofranquisme, aglutinat al voltant de la Coordinadora de psiquiatria, creada el 1971 després dels primers conflictes provocats per tímids intents de reforma –que s'esdevenen durant el tardofranquisme a Oviedo, Conxo, Salt, Instituto Mental de la Santa Cruz–, i després a la refundada Associació Espanyola de Neuropsiquiatria, aviat oberta a tots els professionals de la salut mental (Desviat, 2020).

És en la democràcia, ja en la Transició, que podem situar la reforma psiquiàtrica a Espanya. Es complien els requisits per a un canvi social, una societat il·lusionada entrant en democràcia, més sensibilitat social, la denúncia pública que havia fet visible el desemparament del patiment psíquic i un grup de professionals capaços de dur-la a terme.

En el seu ideari hi havia una sanitat universal i una salut mental antimaniacomial i comunitària. Uns ideals que van a trobar els seus límits aviat, amb els canvis en l'escenari mundial que esquarterarien la concepció de l'estat de benestar, de la universalitat i el vincle social, tan necessaris per a una atenció equitativa i comunitària.

El 1986, La Llei General de Sanitat contempla a l'article 20 les línies mestres del programa de reforma.

Quadre 6. Article 20 de Llei General de Sanitat (1986)

1. L'atenció als problemes de salut mental de la població es realitzarà en l'àmbit comunitari, potenciant els recursos assistencials a nivell ambulatori i els sistemes d'hospitalització parcial i atenció a domicili, que redueixin al màxim possible la necessitat d'hospitalització. Es consideraran de manera especial aquells problemes referents a la psiquiatria infantil i la psicogeriatría.
2. L'hospitalització dels pacients per processos que ho requereixin es realitzarà en les unitats psiquiàtriques dels hospitals generals.
3. Es desenvoluparan els serveis de rehabilitació i reinserció social necessaris per a una adequada atenció integral als problemes del malalt mental, buscant la necessària coordinació amb els serveis socials.
4. Els serveis de salut mental i d'atenció psiquiàtrica del sistema sanitari general cobriran, així mateix, en coordinació amb els serveis socials, els aspectes de prevenció primària i d'atenció als problemes psicossocials que acompanyen la pèrdua de la salut en general.

Font: Elaboració pròpia.

Una de les característiques fonamentals de la reforma espanyola és la seva relació amb l'atenció primària, un dels pilars de la reforma sanitària, via d'entrada al sistema i principal responsable també dels problemes de salut mental i respecte a la qual el sistema d'atenció especialitzada en salut mental



Una de les característiques fonamentals de la reforma espanyola és la seva relació amb l'atenció primària

actua en segona línia. Les transferències sanitàries a les comunitats autònomes i la integració dels recursos de la pluralitat de les administracions existents prèviament amb competències sanitàries (Estat, INSALUD, diputacions, ajuntaments) en àrees de salut han permès l'ordenació territorial dels serveis de salut mental, creant xarxes de serveis que engloben la totalitat de les prestacions, condició de possibilitat d'una atenció comunitària. Aquesta organització, juntament amb el desenvolupament dels programes de rehabilitació psicosocial, va facilitar una desinstitucionalització acurada de la vella cronicitat –afavorida per l'escàs nombre de llits psiquiàtrics en centres monogràfics del país– i una manera no manicomial d'atendre la nova cronicitat. Un altre factor afavoridor de la reforma ha estat comptar amb un ampli consens professional (i inicialment polític) i uns equips de tècnics preparats per liderar el procés de reforma (aquest consens es plasma en la Comissió Ministerial per a la Reforma Psiquiàtrica i en la Llei General de Sanitat)¹⁰.

Les dificultats principals es van trobar fora de l'àmbit de la salut mental en l'ambigua i tantes vegades escassa voluntat política dels governs i en la seducció per la privatització de la sanitat des de la dècada dels noranta. Tampoc el desenvolupament de serveis socials no ha afavorit el procés, que en una bona part d'Espanya es extremament precari i poc imaginatiu, la qual cosa fa que l'atenció social als pacients més greus i dependents recaigui sovint en les famílies.

D'altra banda, la manca de lideratge de l'Estat (el sistema nacional de salut actual deixa poques competències harmonitzadores en mans de l'Estat), i la inexistència d'un pacte d'Estat sobre els aspectes fonamentals del model, dificulta la sostenibilitat dels processos, subjectes als canvis de les cúpules polítiques dels partits polítics, que tant poden repercutir sobre el tipus de model en salut mental.

A Espanya s'ha produït un canvi qualitatiu en l'assistència a la salut mental, així com una reforma legislativa que es basa en les modificacions del codi civil i penal

No obstant això, tot i les limitacions i les retallades i privatitzacions, a Espanya s'ha produït un canvi qualitatiu en l'assistència a la salut mental, construint un model original al voltant de l'àrea de salut i a l'atenció als trastorns mentals severs i persistents, els crònics; un model desigual per la manca d'una harmonització estatal, però que ha desenvolupat normativament i assistencialment per al conjunt del seu territori un model basat en xarxes de dispositius sociosanitaris, des del residencial a la urgència hospitalària¹¹, així com una reforma legislativa que es basa en les modificacions del codi civil i penal.

La salut mental a Amèrica Llatina. Primeres experiències: Xile i Cuba. La Declaració de Caracas i la reestructuració psiquiàtrica: Brasil, Xile i Perú

La delegació de funcions i la psiquiatria poblacional xilena

A la fi dels anys seixanta del segle passat al Xile de la Unitat Popular va tenir lloc el primer procés de reforma psiquiàtrica a Amèrica Llatina amb un model clarament comunitari. En un context de reforma sanitària i social, es va promoure una xarxa de serveis territorialitzada amb el centre de salut mental com a eix central per al tractament, la promoció i la prevenció en paraules d'un dels principals protagonistes d'aquest procés, Juan Marconi, professor de psiquiatria i cap del programa de salut mental de l'Àrea Sud de Santiago. Aquí s'introdueixen nocions de treball en la comunitat que encara avui són essencials: la delegació de funcions, la creació de monitors com a agents comunitaris, la difusió dels programes de salut mental utilitzant les places públiques o les seues socials (Marconi, 1973; Marconi, 1973b). Una experiència que, després del cop militar de 1973, va continuar a Còrdova, Argentina, país on s'estaven duent a terme iniciatives de salut mental comunitària a la Universidad Nacional de Lanús.

En salut mental, van destacar les intervencions intracomunitàries de Joan Marconi, professor de psiquiatria i cap del programa de salut mental de l'Àrea Sud de Santiago, i l'anomenada Salut Poblacional, que va desenvolupar al Centre d'Antropologia Mèdico Social Luis Weinstein, psiquiatre reconegut com el principal realitzador de la salut mental comunitària xilena. A *Salut mental i procés de canvi* i a *Salut i democratització*, publicat a Madrid el 1977, Weinstein aborda els canvis en la gestió de salut impulsats pel Govern de la Unitat Popular (Weinstein, 1975 i 1977).

Aquests autors ja tenen el reconeixement de la comunitat com a part indissociable del procés d'atenció a la salut mental, no com a simple usuària, i hi ha la necessitat de comptar amb els recursos formals i informals i amb la cultura dels seus diferents grups poblacionals. I hi ha nocions de treball en la comunitat que encara avui són essencials: la delegació de funcions, la creació de monitors com a agents comunitaris, la difusió dels programes de salut mental utilitzant les places públiques o les seues socials. El més nou de la feina de Marconi és la creació de les delegacions de funcions. Un procediment escalonat que comença amb persones de la comunitat que aprenen, continua amb líders, expacients o pacients que coneixen el seu malestar, convertits en informadors, que al seu torn es relacionen amb professionals, i a la cúspide situa psicòlegs i psiquiatres (Marconi, 1974; Desviat, 2020b; Norambuena, 2017).



D1	D1: Metge, psiquiatre, psicòleg
D2 D2 D2	D2: Professionals de salut, salut mental, etc.
D3 D3 D3 D3 D3	D3: Auxiliars, professors, etc.
D4 D4 D4 D4 D4 D4 D4	D4: Líders informals, expacients, pacients informats
D5 D5 D5 D5 D5 D5 D5 D5 D5	D5: Comunitat que aprèn

Destaca a Xile durant aquests anys l'obra de Paulo Freire (que va viure durant el seu exili del Brasil entre 1964 i 1969 a Xile), amb gran influència en l'educació popular i en el pensament i la pràctica de la psicologia comunitària (Freire, 1987 i 1974).

A la Cuba socialista

És àmpliament conegut que el poble cubà ha arribat a nivells de salut (mesurats per indicadors d'impacte de qualitat) que el situen en un lloc privilegiat, que no correspon amb els seus nivells de renda. En salut mental, l'excel·lència del sistema, que ha estat certificada per l'avaluació efectuada el 2008, per OPS/OMS (IESM-OMS, 2011)¹², basa el seu funcionament en els preceptes d'universalització i gratuïtat d'una sanitat socialitzada. Es privilegien les accions de promoció i prevenció encaminades a assolir graus més elevats en la qualitat de vida de la població.

Els centres comunitaris de salut mental són la pedra angular del sistema d'atenció

Els centres comunitaris de salut mental, integrats a la xarxa assistencial del primer nivell i articulats amb els d'atenció hospitalària general i especialitzada, són la pedra angular del sistema d'atenció. Intervenien no només en l'assistència sinó també en l'educació i la promoció de salut, amb la contribució de les organitzacions populars com els Comitès de Defensa de la Revolució (CDR) i la Federació de Dones Cubanes (FMC).

Hi ha, a més, serveis d'hospitalització psiquiàtrica en hospitals generals, clínic-quirúrgics, pediàtrics i psiquiàtrics que formen part de les xarxes integrals de serveis. Una de les grans contradiccions del sistema cubà de salut mental és que, malgrat el seu gran desenvolupament comunitari, manté hospitals psiquiàtrics, alguns amb un nombre important de llits, com el de l'Havana.

Aquests centres disposen de l'internacionalisme sanitari: els programes realitzats per metges cubans en altres països, que cobreixen les insuficiències sanitàries en l'atenció a les poblacions més desfavorides de països pobres i en d'altres, com Veneçuela i el Brasil, les zones rurals i barriades on els metges del país no volen anar. El programa Barrio Adentro, que es du a terme als *ranchitos* (les barraques dels turons que envolten la ciutat) o al centre deteriorat de Caracas (on utilitzen autobusos sanitaris), és un bon exemple de

com arribar als llocs més marginals i empobrits de la població¹³. O al Brasil, on el programa *Mais Médicos* atenia aldees indígenes, zones rurals i barris desfavorits i violents¹⁴. Segons dades del govern cubà, més de trenta mil metges i tècnics de la salut treballen en setanta-un països d'Amèrica Llatina, el Carib i Àfrica. De 1961 a agost de 2008, 113.585 professionals i tècnics de la salut cubans han ofert assistència tècnica en més de cent seixanta països (García Álvarez; Anaya Cruz, 2009).



2.3.5.3. La Declaració de Caracas (Veneçuela, 11-14 de novembre de 1990)

Fins als anys noranta del passat segle, les experiències comunitàries en salut mental dutes a terme a Amèrica Llatina van ser conjunturals i localitzades, programes pilot en barris pobres, en general¹⁵, llevat dels programes de caràcter nacional del govern d'Unitat Popular de Salvador Allende i de la sanitat Cubana.

Els projectes nacionals de reformes psiquiàtriques apareixen després de la Conferència de Caracas, quan l'Organització Panamericana de Salut (OPS) col·loca en l'ordre del dia de les polítiques dels governs de la Regió la qüestió de la salut mental, dels manicomis i de la seva necessària desinstitucionalització. Els principis aprovats a Caracas van a tenir una gran repercussió en els països, modificant les legislacions per garantir una major protecció a les persones amb problemes psíquics i aprovant plans de salut que intenten introduir canvis en l'assistència¹⁶.

Quadre 7. La Declaració de Caracas (OMS/OPS, 1990)

Conferència Regional per a la Reestructuració de l'Atenció Psiquiàtrica a Amèrica Llatina dins dels Sistemes Locals de Salut.

1. Que la reestructuració de l'atenció psiquiàtrica lligada a l'atenció primària de salut i en els marcs dels sistemes locals de salut permet la promoció de models alternatius centrats en la comunitat i dins de les seves xarxes socials.
2. Que l'hospital psiquiàtric obstaculitza l'assoliment dels objectius, aïlla el malalt del seu entorn i genera més discapacitat social.
3. Que els recursos, cures i tractament proveïts han de pretendre la permanència del malalt en el seu entorn comunitari.
4. Que les legislacions dels països s'han d'ajustar de manera que assegurin el respecte dels drets humans i civils dels malalts mentals.
5. La capacitat del recurs humà en salut mental ha d'apuntar a un model l'eix del qual passa pel servei de salut comunitària i propicia l'internament psiquiàtric als hospitals generals.
6. Que les organitzacions es comprometen a desenvolupar programes que promoguin aquesta reestructuració i la defensa dels drets humans dels malalts mentals.

Font: Elaboració pròpia.

Tot i que la conclusió de la Conferència va ser signada pels ministres de Salut dels països d'Amèrica Llatina i el Carib, només al Brasil, Xile i fa molt poc Perú, s'han desenvolupat plans nacionals de salut mental d'acord amb aquests principis. En general, en la immensa majoria dels països l'obstacle més gran rau en la privatització de la sanitat duta a terme en les dècades dels

En la immensa majoria dels països la salut mental comunitària es converteix en un recurs per a pobres, escassament finançat i al marge dels sistemes de salut

noranta. Els plans privats d'assistència, imposats pel poder financer internacional, impedeixen qualsevol treball comunitari al territori, tant pels seus interessos com per la descol·locació dels serveis, que impedeix qualsevol sectorització. La salut mental comunitària es converteix en aquestes circumstàncies, com s'esdevé als Estats Units, en un recurs per a pobres, escassament finançat i al marge dels sistemes de salut.

La II Conferència Nacional de Salut Mental. Brasília, matinada del 3 de desembre 1992

“A dos quarts de cinc de la matinada d'un dia calorós de desembre, un núvol de petits papers, confetis improvisats, omplia una aula de Brasília i centenars de braços alçats, cantant, celebraven el final d'una sessió maratoniana quan s'aprovava la moció número 212”, de la II Conferència Nacional de Salut Mental, que va agrupar més de tres mil persones entre professionals de la salut, gestors i polítics sanitaris i usuaris i familiars (Desviat, 1994, p. 184).

Brasil és l'únic país llatinoamericà en què s'ha aconseguit promoure un Sistema públic Únic de Salut, el SUS, descentralitzat en els municipis i amb el desenvolupament d'atenció primària en salut, marc indispensable per a la reforma psiquiàtrica. No obstant això, tal com ha passat a Europa, especialment als països del sud, a hores d'ara viu una contrareforma que pretén desmantellar tot el sistema públic, sobretot, l'atenció primària i la salut mental (Desviat, 2017; Desviat, 2015; Desviat, 2011; Bleicher, 2015).¹⁷

Com a Espanya, la reforma psiquiàtrica al Brasil es desenvolupa en el marc de la reforma sanitària que constitueix un Servei Nacional de Salut, universal, el Sistema Únic de Salut (SUS), amb un ampli moviment d'usuaris i familiars i una gran participació de la societat civil.

Quadre 8. Característiques de la reforma brasilera

- a) La preocupació per garantir els drets dels pacients en les institucions psiquiàtriques (prohibició de cel·les d'aïllament, respecte a la intimitat, correspondència, visites, etc.), establint mesures efectives de penalització econòmica i de desacreditació i tancament dels establiments, controlades per una comissió d'avaluació, comissió mixta de professionals, usuaris i familiars.
- b) La preocupació per la tècnica, per la clínica, la rehabilitació, la planificació, l'avaluació.
- c) Es produeix en el context d'una ideologia social progressista que veu en l'alineació social, en l'explotació i en les formes adverses de vida el marc de l'alineació individual, sense reduir allò social a psicopatologia ni a la inversa.
- d) La inclusió de la societat civil en el procés. El debat de la Llei Federal i de les lleis estatals va reflectir l'ampli debat que es produïa en la societat civil. El consens era clar: el tancament dels hospitals psiquiàtrics i la creació de recursos alternatius a la comunitat. Tancament contemplat en lleis estatals des de 1992 i per una Llei Federal el 1993.

Font: Elaboració pròpia.

El model recolza sobre els centres d'atenció psicosocial, els CAP, que inclouen des dels que no tenen psiquiatre fins als que tenen llits i també les residències terapèutiques, a més dels programes d'ajuda a les famílies en la desinstitucionalització, les bosses de Volta para Casa i la gran participació d'usuaris, familiars i societat civil, els *mentaleiros* (Delgado, 2018). Precisament aquestes característiques participatives de la reforma psiquiàtrica brasilera han permès, en la pràctica assistencial dels equips, l'establiment de metodologies, tècniques i abordatges socioclínic, construint un procés al més col·lectiu possible, que hi inclou les contribucions de diferents professionals, una interdisciplinarietat que incorpora el saber profà, tot donant espai a l'escolta i la participació dels usuaris i els seus familiars. Però una interdisciplinarietat que, com assenyala Eduardo Vasconcelos (2000), trenca les falses identitats parcials –en podríem dir gremials– i hi incorpora activitats que sorgeixen dels propis coneixements “extraprofessionals” dels tècnics: arts plàstiques, dansa, teatre, *blocos* de carnaval, activitats corporals, etc.



Diverses dècades després de l'inici, la reforma del Brasil confirmarà, com ha passat a Espanya o a Itàlia, d'una banda, la importància de la substancial modificació de l'atenció a la salut mental i, d'altra banda, la fragilitat de les construccions socials que pretenen la universalitat i la igualtat de les prestacions. La història no es cansa de mostrar-nos com les conquestes socials són sempre provisionals¹⁸. Sobretot quan, com en el cas de la salut mental col·lectiva, qüestionen l'estructura político-econòmica que predisposa o causa el patiment psíquic, dany col·lateral o preu necessari del desenvolupament del capitalisme (Desviat, 2020b, p. 142).

La reforma del Brasil confirmarà la fragilitat de les construccions socials que pretenen la universalitat i la igualtat de les prestacions

Diàleg obert

L'experiència alternativa més recent coneguda internacionalment és, sens dubte, diàleg obert, hereva de tota una sèrie d'alternatives a l'hospital psiquiàtric i a l'ús indiscriminat de psicofàrmacs, com Soteria, un projecte de recerca liderat per Loren Mosher, en una casa situada a San José (Califòrnia), durant els anys 1971 i 1983. Una recerca l'objectiu de la qual era valorar els resultats d'un model alternatiu per al tractament de les psicosis agudes no hospitalari, no farmacològic i basat en el suport mutu i una psicoteràpia de caràcter existencial i fenomenològica (Mosher, 1991). Diàleg obert és la continuació del model adaptat a les necessitats que va posar en funcionament un grup de psiquiatres de l'hospital psiquiàtric de Turku, una ciutat portuària al sud-oest de Finlàndia, en els anys setanta i començament dels vuitanta. El model té en compte la problemàtica subjectiva i social de cada pacient, de la família i de qualsevol altra xarxa d'interacció essencial de la qual el pacient formi part. Es procura evitar el tractament farmacològic, tot i que si cal com a suport a la teràpia es pren amb dosis moderades¹⁹ (Whitaker, 2015; Seikkula, 2013; Desviat, 2020).

Diàleg obert ens mostra la possibilitat d'un treball comunitari que recolza sobre l'articulació de xarxes que poden comunicar-se i cuidar-se, en una relació d'horitzontalitat

Diàleg obert ens mostra la possibilitat d'un treball comunitari que recolza sobre l'articulació de xarxes que poden comunicar-se i cuidar-se, on el terapeuta treballa en una relació d'horitzontalitat entre el terapeuta i la persona amb patiment psíquic, però com assenyalen Teresa Abad i Sara Toledano és una experiència puntual, en una zona geogràfica molt concreta, Lapònia Occidental, amb poca població i molts recursos sociosanitaris, difícil de replicar en altres contextos. Una altra qüestió és el que ens ensenya: construir en comú el significat de la crisi i l'horitzontalitat davant la jerarquia entre l'equip i les persones amb problemes de salut mental (Abad i Toledano, 2015).

Hi ha moltes experiències alternatives i de suport mutu des dels serveis i des de l'activisme en salut mental. En ressenyaré algunes de les més conegudes i rellevants, la majoria de les quals són deutores de les propostes de Judi Chamberlin, com les *peer-run crisis respite*, *crisis hostel*, la Casa d'Escapament de Berlín, la Casa de la Cura a Itàlia i la Cooperativa de l'Esperança a Buenos Aires, on es practica una atenció no coercitiva, en què les necessitats són definides per l'afectat i on el suport mutu d'altres persones que han passat per experiències similars són fonamentals.

Entre les que s'organitzen en primera persona a nivell internacional hi ha la xarxa de *Hearing Voices* i a Espanya: Entrevoces, Lo Común, FLIPAS GAM, ActivaMent, ClubHouse Andalusia, Radio Prometea, Hierbabuena, la Xarxa de Grups de Apoyo MutuoGAM, la Federació Veus, Dis-cuerdos, etc.²⁰

De l'assistencialisme a la feina social

La pràctica de la feina social s'ha desenvolupat, des dels seus inicis, com a auxiliar de la psiquiatria social, entre l'assistencialisme, caritatiu o estatal, i les reivindicacions emancipadores. Entre l'ajuda al pobre i l'activisme enfront de les condicions estructurals que possibiliten la marginació i la pobresa (Desviat, 2017). Potser sigui a Amèrica Llatina i especialment al Brasil on el treball social, com la teràpia ocupacional o la infermeria han adquirit una rellevància, una entitat conceptual i una tècnica pròpia, amb una reflexió teòrica important en el tema de la interdisciplinarietat a partir d'un camp específic d'actuació, no subordinat a la psiquiatria ni a la psicologia, amb un enfocament divers i ampli i en l'actualitat francament progressista. Segons Eduardo Vasconcelos, professor de l'Escola de Serviço Social da Universidade Federal de Rio de Janeiro, a Amèrica Llatina el treball social va tenir una influència que oscil·lava entre el pensament catòlic i l'higienista, fins a la dècada dels vuitanta del segle passat en la qual es va desenvolupar una revisió crítica de la pràctica de la professió en les societats capitalistes. Aquest procés va suposar un compromís polític dels treballadors socials i les seves organitzacions associatives en les lluites de la societat civil de país, més gran que en cap altra professió. Associacions professionals de treball social van formar part a partir dels anys noranta de les lluites per la redemocratització i per uns serveis sanitaris i socials públics, incorporant-se al moviment anti-manicomial (Vasconcelos, 2016; Netto, 1992).

La clínica participada

L'evolució de la construcció del model comunitari ha estat dilatada i, com tot procés social, inacabada. Cada experiència concreta, condicionada a les particularitats del país o la regió on es va dur a terme, ha suposat la necessitat de reinventar el model a seguir, de resignificar tot el que s'havia après, tenint en compte les hegemonies de poder dels diferents moments històrics en què es produïa. Ens ha deixat una caixa d'eines conceptuals i tècniques en continu canvi, entre les quals hi ha el basament de tota l'arquitectura de la intervenció psicosocial, la clínica del subjecte. El desenvolupament de la clínica, un cop superada l'etapa de la desinstitucionalització manicomial, i l'acció en el territori, entès com un camp de grups, comunitats, tribus diverses, des d'una concepció ni només preventiva (al territori) ni intervinguda per les classificacions diagnòstiques internacionals o la jeràrquica pastoral. Una clínica no basada en els principis de la salut pública hegemònica, en l'estil de vida i la responsabilitat individual, sinó en la salut col·lectiva, és a dir, en els determinants socials. Una clínica ampliada que compregui la subjectivitat, allò social i allò polític (Campos, 2005 i 1999) i que inclogui una tasca de resignificació psicopatològica, la subjectivitat crítica que proposen Laura Martin i Fernando Pujol en el seu *Manual de psicopatologia* i la incorporació en tot el procés dels veritables sustentadors de l'acció terapèutica, els patidors psíquics. Una clínica, per tant, negociada, d'acompanyament, de complicitat, emmarcada en l'espai subjectiu, social i polític del subjecte en tractament. Una clínica que no sigui patrimoni dels psiquiatres o els psicòlegs, sinó de tots aquells que participen en el procés. Una clínica que anomeno participada (Desviat, 2020).



L'evolució de la construcció del model comunitari ha estat dilatada i, com tot procés social, inacabada

A mode de balanç

Com assenyalo àmpliament en un altre text (2020b), és possible que avui ningú no negui els grans èxits dels processos de reforma psiquiàtrica. Són evidents els avantatges de la desinstitucionalització i creació de recursos a la comunitat, del model de salut mental comunitària, malgrat que encara persisteixin moltes mancances en tots els països –fins i tot en els que han desenvolupat experiències relativament reeixides de reforma– i una bretxa immensa amb els països encara ancorats en models manicomial d'atenció.

En qualsevol cas, tot i que subsisteixin sistemes d'atenció obsolets i sobretot precaris, la bogeria s'ha fet visible en bona part del món. Hi ha més consciència social de l'abandonament i de la mala actuació dels governs respecte a l'atenció a la salut mental, i pel que fa a la gestió sanitària el tancament dels manicomis i la creació de serveis a la comunitat es veuen cada cop més com una optimització dels recursos, tant de recursos públics com de la gestió privada o públic-privada, amb tots els matisos que els mercats hi vulguin fer. De fet, s'ha produït, allà on les reformes s'han dut a terme, com a Itàlia i Espanya, una integració d'aquestes reformes en la lògica de mercat. Una integració que ha actualitzat el model comunitari, tot devaluant-lo.

El model comunitari va partir, com ja s'ha exposat, dels principis de salut pública i ètics, desenvolupant-se principalment en moments de més garanties socials, enfrontat a les institucions totals i amb una implicació en els territoris, en les comunitats. Quant a les seves accions, la mateixa tasca comunitària va forçar noves eines professionals per atendre nous subjectes, que havien sortit o no de la desinstitucionalització manicomial, tot convertint-se en un procés social complex, ètic, tècnic, que va exigir recompondre sabers, aptituds i actituds en els equips de salut mental.

Un procés que, si compleix amb els seus principis, dinamita les bases conceptuals de la psiquiatria creada a l'interior dels murs hospitalaris; d'una psiquiatria que entronitza el signe mèdic i considera la malaltia com un fet natural, prescindint del subjecte i de la seva experiència de vida, promovent una pràctica travada entre la normalització i la disciplina. El model comunitari crea la necessitat d'ampliar la clínica en una dimensió social, una clínica més plural, que incorpori la subjectivitat i allò social, allò singular i allò col·lectiu.

La història de la psicopatologia és la recerca de sentit als símptomes, l'intent d'explicar i comprendre la malaltia més enllà del signe mèdic

En la psiquiatria biològica, el símptoma, com a signe mèdic, defineix la malaltia, però la psicopatologia sorgeix precisament de la insuficiència dels símptomes. La història de la psicopatologia és la recerca de sentit als símptomes, l'intent d'explicar i comprendre la malaltia més enllà del signe mèdic i de la construcció d'estructures categorials o de la pretensió dimensional. Els símptomes prenen sentit en la biografia del subjecte. Sigui quina sigui la metàfora que emprem per explicar el patiment psíquic –l'inconscient i les pulsions, els circuits cibernètics cognitivistes, la teoria general dels sistemes o la biologia molecular, etc.–, la malaltia s'integra en l'experiència humana com una realitat constituïda significativament. Cada moment històric escenifica les seves representacions: la manera com la malaltia s'expressa reflecteix l'expectativa que cada societat té sobre la malaltia i el seu tractament. El símptoma esdevé malaltia segons l'imaginari col·lectiu. Hom delira amb el que la seva època li ho permet (Desviat, 2010).

La globalització financera pretén una realitat única: que no hi hagi un *a fora* ni científic ni cultural ni social de l'ideal neocapitalista on tot és mercaderia. En psiquiatria i en psicologia tenim el DSM, ara en la versió V, breviari propedèutic que pretén diagnòstics universals per a fàrmacs universals.

Un símptoma –o un conjunt de criteris establerts per un grup finançat per la indústria farmacèutica–, un diagnòstic –de fiabilitat dubtosa– i un fàrmac. La clínica de l'escolta i l'esdeveniment humà ha estat substituïda per un esdeveniment neurofisiològic, per una suposada luxació de neurotransmissors. Ja no es delira amb la biografia del subjecte, el deliri és “soroll”.

El model hegemònic deixa de banda els recursos comunitaris, però i l'acció comunitària? A la clínica del cervell, on rau la subjectivitat?

El model comunitari suposa un *on* (la comunitat) i un *com* (l'acció comunitària). No n'hi ha prou a col·locar centres en el territori si el que es fa és passar consultes amb el DSM com a guia, si no s'entra a les cases dels usuaris, si no es coneix la seva xarxa social, el codi postal on va néixer.

Aquest és l'ideal de la medicina, de la salut mental hegemònica. Ara bé, no tot ha estat en va. Les dècades d'experiències reformistes han deixat una cultura i han demostrat que una altra clínica, que una altra assistència és possible. Una clínica que no pot ser només patrimoni de psiquiatres i psicòlegs. Que ha d'incorporar tots els professionals que actuen amb els *patidors psíquics* i aquests mateixos al procés terapèutic. Una clínica participada.

No tot ha estat en va. Hi ha una cultura que subsisteix, resistent, i que ara, un cop més en temps de crisi –com assenyalo a l'editorial de l'últim número e-Átopos–, al bell mig d'un pla d'enderroc mundial de tot allò comunitari, és quan sorgeixen nuclis crítics que agafen el testimoni de la reforma, anant més enllà, recuperant l'esperit trencador dels primers anys de la reforma, de nou la psicopatologia i la clínica, resignificades, comencen a prendre forma, noves eines assistencials i estratègies en un revisitar el passat per donar a llum un nou futur.

Un nou futur que s'esdevindrà en un mode de vida diferent, en una societat diferent. Quan escric aquest final per a aquest article, som en plena crisi del coronavirus. Una pandèmia que ha deixat al descobert la fragilitat del nostre sistema sanitari i social, delmat per una política pública que dona més importància al guany que a la salut, la indefensió d'una humanitat deixada a la lògica del mercat.

La COVID-19 és un nou avís per canviar el model de societat, el model de vida, i potser, per què no, tal com diu Slavoj Žižek (2020), un altre virus, un virus ideològic, molt més benèfic, s'escampi i ens contagiï: el virus de la idea d'una societat alternativa, una societat de solidaritat i cooperació global.

Madrid, 27 d'abril, dia quaranta-quatre de confinament.

Manuel Desviat
 Psiquiatre
 Expresident de l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria
 Professionals de la Salut Mental
 redaccion@atopos.es



El model comunitari suposa un *on* (la comunitat) i un *com* (l'acció comunitària)

Bibliografia

- Abada, T; Toledano, S.** (2015). Posibilidades del enfoque de Diálogo Abierto en nuestro contexto. *Boletín de La Asociación Madrileña de Salud Mental*, 39, 19-23.
- Alexander, F. G.** (1970). *Historia de la psiquiatría*. Barcelona: Espaxis.
- Campos, G.** (2005). *Saúde Paideia*. Sao Paulo: Hicitec.
- Campos, G.** La clínica del sujeto: por una clínica ampliada y reformulada. https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf
- Bacilo, M. E.** (2017). Fancesc Tosquelles: la guerra y la psiquiatría subversiva. Blog sobre otros cuerpos y mentes website: <https://discapacidades.nexos.com.mx/?p=75>
- Basaglia, F.** (1972). *La institución negada*. Barcelona: Barral.
- Beers, C.** (1908). *A Mind Taht Found Itself*. New York: Doubleday.
- Bleicher, T.** (2015). *A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de Sistema Local de Saúde*. Universidad Federal e Estadual de Ceará.
- Comelles, J. M.** (1988). *La razón y la sinrazón*. Barcelona: PPU.
- Caplan, G.** (1966). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires, Paidós, p. 21, 34.
- Cooper, D.** (1971). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Delgado, P. G.** (2018). Reflexoes sobre a atenção psicossocial, num momento de grave ameaça a reforma psiquiátrica e aa democracia (Conferencia de Sobral). In I. Galiberti, Percy; Alburquerque (Ed.). *Sociopolítica da Saude, desafios e oportunidades*. Sobral: Ed. UVA, p. 157-170.
- Desviat, M.** (1999). De los viejos utópicos a los posmodernistas quemados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, p. 325-335.
- Desviat, M.** (2007). Crítica de la razón psiquiátrica. *Archipiélago*, 76, p. 29-37
- Desviat, M.** (2014). *Clínica, reforma psiquiátrica y salud colectiva*. Tramas, 42, p. 13-26.
- Desviat, M.** (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 85, p. 427-436.
- Desviat, M.** (2015). *A reforma psiquiátrica* (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Desviat M.** (2020a). *La reforma psiquiátrica*. (2a ed.) Valladolid: La revolución Delirante.
- Desviat M.** (2020b). *Cohabitar la diferencia. Salud Mental en lo común*. Madrid, Síntesis.
- Desviat M.** (2020) La psiquiatría en dique seco. http://www.atopos.es/imagenes/eatopos6/eatopos6_1.pdf
- Desviat, M.; Moreno, A.** (2012). *Acciones de salud mental comunitaria*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Desviat, M.; Bleicher, T.** (2018). Avanços e desafios da intervenção psicossocial. In I. Galimberti, Percy Antonio; Napoleao Alburquerque (Ed.). *Sociopolítica da saúde. Desafios e oportunidades* (p. 171-190). Sobral: Edições UVA.

- Dessauant P.** La communauté Thérapéutique. Prix confrontations Psychiatriques 1970. *Supplement aux Confrontations Psychiatriques*, 7, 1971, p. 7.
- Ferreiro C. E.** (1969). *Larga noche de piedra*. Barcelona: Saturno.
- Freire, P.** (1987). Pedagogia do Oprimido. In *Editora Paz e Terra*. <https://doi.org/10.4324/9780203420263>
- García Álvarez C. A.; Anaya Cruz, B.** (2009). La política social cubana: derrame hacia otras regiones del Mundo. In Cuadernos de trabajo sobre el desarrollo (Ed.). *La política social cubana: derrame hacia otras regiones del Mundo*, vol. 2, p. 7-42. Andalusia: Editorial Atrapasueños/ SODEPAZ.
- Hochmann J.** (1971). *Pour une psychiatrie communautaire*. Paris: Seuil, p. 19.
- Huertas R.** *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata, p. 185.
- Idareta Goldaracena, F.** (2018). *Trabajo social psiquiátrico*. València: Nau llibres.
- Jervis, G.** (1979). *El mito de la antipsiquiatría*. Barcelona: Pequeña Biblioteca.
- Jones, M.** (1968). El concepto de comunidad terapéutica. En: Caplan, G. *et al. Comunidad, Psicología y Psicopatología*. Buenos Aires: Editorial Jorge Álvarez.
- Kennedy J. F.** (1963). *Message from the President of the United States Relative to Mental Illness and Mental Retardation*, House of Representative, 5 de febrero, Document núm. 58. 1963, p. 2.
- Lacan J.**(1972).Citado por Oury, J. Thérapeutique institutionnelle. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*. 37930 G 10, 1972.
- Laing, R. D.** (1975). *Esquizofrenia y presión social*. Barcelona: Tusquets.
- Lalonde M.** (2002). New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 12(3), 149-152. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12396631>
- Levav, I.** (1992). Levav, I. (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington DC: OPS/OMS.
- Marconi, J.** (1973). La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 19, 17, p. 17-33.
- Marconi, J.** (1974). Análisis de la situación de la salud mental en Córdoba. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 20, p. 233-239.
- Mata (de la), I.** (2018). Reforma psiquiátrica y cambio social en España. In R. Ortiz Lobo, Alberto; Huertas (Ed.). *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Catarata, p. 75-107.
- Meyer, A.** (1922). A Historical Sketch in Outlook of Psychiatric and Social Work. *Hospital Social Service Quarterly*, vol. V, p. 22.
- Levav, I.** (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington DC: OPS/OMS.
- de la Mata, I.** (2018). Reforma psiquiátrica y cambio social en España. In R. Ortiz Lobo, Alberto; Huertas (Ed.). *Críticas y alternativas en psiquiatría* (p. 75-107). Madrid: Catarata.
- Mosher, L.** (1991) Soteria: A therapeutic Community for Psychotic Persons. *International Journal of Therapeutic Communities*, 12, p. 53-67.



- Moya, G.** (1986). *Gonzalo R. Lafora*. Madrid: EUA, p. 218.
- Netto, J. P.** (1992). *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. Sao Paulo: Cortez.
- Norambuelna, P.** (2017). *Comunidad, salud mental y psicología. Raíces de la psicología comunitaria en Chile*. Tesis. Universidad de Santiago de Chile.
- Pitucco, F.; Rotelli, F.** (1994). La empresa social de Trieste. *Psiquiatria Pública*, p. 47-54.
- Rosen, G.** (1974). *Locura y sociedad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Seikkula, J.** Enfoque de Diálogo Abierto. Retrieved June 3, 2013, from <http://primeravocal.org/el-enfoque-del-dialogo-abierto-por-jaakko-seikkula-birgitta-alakare-y-ukka-aaltonen>
- S.P.K.** (1973). *Faire de la malarie une arme*. París: Champ Libre.
- Vasconcelos, E. M.; Desviat, M.** (2017). Empowerment and recovery in the mental health field in Brazil: Socio-historical context, cross-national aspects, and critical considerations. *American Journal of Rehabilitation*, 20, 282-297.
- Valenciano Gaya, L.** (1977). *El doctor Lafora y su época*. Madrid: Morata, p. 94, 224.
- Weinstein, L.** (1975). *Salud mental y proceso de cambio*. Buenos Aires: ECRO.
- Vasconcelos, E.** (2000). *Saúde mental e serviço social*. Sao Paulo: Cortez.
- Vasconcelos, E. M.** (2016). *Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social*. Campinas: papel social.
- Weinstein, L.** (1977). *Salud y democratización*. Madrid: Villalar.
- Venturini, E.** (2016). *A linha curva. O espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Whitaker, R.** (2015). Entrevistas con Alanen, Rökköläinen y Aaltonen *Anatomía de una epidemia*. Madrid Capitán Swing, p. 48.
- Zizek, S.** (2014). *Acontecimiento*. Madrid: Sexto Piso, p. 16.
- Zizek, S.** (2020). Um golpe como o de Kill Bill no capitalismo. In M. et al Davis (Ed.), *O coronavirus e a luta da classes* (p. 43-47). Sao Paulo: Terra sem amos.
- Zweig, S.** (2002). *Momentos estelares de la humanidad*. Barcelona: Acanalado.

-
- 1 La constitució de l'OMS va entrar en vigor el 7 d'abril de 1948, data que commemorem cada any mitjançant el Dia Mundial de la Salut.
 - 2 El 1974 l'*Informe Lalonde: Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* de govern del Canadà configura la Nova Salut Pública. L'informe indica que en lloc de gastar tant en els aspectes assistencials, cal destinar una part del pressupost als factors que incideixen en l'aparició de les malalties cròniques (Lalonde, 2002).
 - 3 La conferència d'Alma Ata el 1978, organitzada per l'OMS, constata que l'augment dels pressupostos sanitaris adreçats als capítols assistencials no es correspon amb una millora de la salut, i proposa traslladar l'eix de l'atenció des de l'assistència hospitalària a l'atenció primària, preventiva i promotora de salut.
 - 4 El 6 de maig de 1908, poc després de la publicació del seu llibre, Beers organitza la primera reunió de la Lliga d'Higiene Mental, a la qual acudeixen dotze persones, universitaris, juristes, metges, psiquiatres, treballadors socials i un exmalalt.

- 5 Meyer va contractar Mary Potter el 1905 com a treballadora social, iniciant-se la incorporació del treball social als hospitals psiquiàtrics de Massachusetts. El 1915 tots els hospitals psiquiàtrics de l'Estat tenien un treballador social a la seva plantilla. El 1926, la Community Health Association de Boston va contractar un assistent social psiquiàtric com a assessor de sanitat mental (Rosen, 1974, p. 353).
- 6 Francesc Tosquelles, exiliat republicà després de la Guerra Civil Espanyola, va entrar com a infermer a l'hospital psiquiàtric de Saint-Alban, al Massís Central de França i, després d'examinar-se de nou dels cursos de Medicina, va arribar a dirigir-lo.
- 7 Es diu que Eluard va transformar l'hospital en una plataforma d'edició clandestina i que Saint-Alban es va convertir en centre de trobada i confrontació entre la psicoanàlisi, la medicina, el comunisme, el surrealisme i l'art (Bacilo, 2017).
- 8 Aquesta preocupació per la salut pública, la salut mental, i les condicions socials de vida, va ocupar un breu període de la història d'uns Estats Units sacejats –dècada dels seixanta– per la guerra del Vietnam, la protesta estudiantil, el moviment hippie, Cuba, les guerrilles a Amèrica Llatina i la Nova Esquerra.
- 9 El 1932 es va fundar a Barcelona la primera escola d'assistents socials d'Espanya, seguint directrius europees. Amb la dictadura, es funda a Madrid la segona escola, que va passar a anomenar-se “De Formació Familiar i Social”, vinculada a la secció femenina de la Falange Espanyola Tradicionalista i de les JONS, el partit feixista del franquisme.
- 10 Els anys setanta, en el context de la lluita contra la dictadura, s'inicien moviments de protesta, agrupats al voltant de la Coordinadora de Psiquiatria i la Plataforma dels Treballadors de la Salut Mental, i intents de canvis assistencials, frustrats per la repressió franquista, que crearan els quadres i consensos de la reforma un cop arribi la democràcia (de la Mata, 2018; Desviat, 1999).
- 11 Es pot consultar el número monogràfic de *Átopos*, “La psiquiatria en dique seco”, e-atopos, núm. 6; així com *La Reforma Psiquiàtrica*, obra ja citada.
- 12 Es va aplicar l'instrument IESM-OMS durant el 2008 per avaluar l'estat del seu sistema de salut mental. Es va recopilar la informació disponible en diferents fonts assegurant-ne la fiabilitat. El treball es va realitzar comptant amb el suport de la representació de l'OPS/OMS al país, l'OPS/OMS i el Departament de Salut Mental i Abús de Substàncies de l'OMS.
- 13 La Misión Barrio Adentro, destinada a enfortir el sistema de salut pública. Té, en els consultoris populars, 568 centres de diagnòstic integral (CDI), 585 sales de rehabilitació integral (SRI) i 35 centres d'alta tecnologia (CAT), distribuïts per tot Veneçuela, i ha ofert més de 617 milions de consultes mèdiques de franc. <http://www.telesurtv.net/news/Cuba-y-Venezuela-15-anos-de-fructifera-cooperacion-20141030-0008.html>
- 14 El president del Brasil, Bolsonaro, va cancel·lar aquest programa, fet que va provocar la sortida de 8.500 metges cubans que van deixar sense assistència mèdica 1.500 poblacions, el 75% d'aldees indígenes.
- 15 Itzhak Levav descriu les que van tenir més rellevància a Amèrica Llatina (Universidad del Valle, Cali; Barrio Santa Eduvigis, Tegucigalpa; Centre d'Atenció Psicosocial de Ciudad Sandino, Nicaragua; comunitat de Curundú a Panamà; sud metropolitana de Santiago de Xile, etc.) (Levav, 1992).
- 16 Revertir la situació de desemparament en què es troben les persones amb trastorns mentals suposa modificar les lleis de procés civil i penal, ja sigui com una llei específica o mitjançant canvis en els respectius codis, a més de les normes que regulen institucions penitenciàries, normatives sanitàries i laborals.
- 17 L'últim atac a la reforma psiquiàtrica va ser el 14 de desembre de 2017 quan el Govern Federal va autoritzar l'increment del finançament de llits manicomials i es va deixar d'autoritzar que els diners que costava l'ingrés a l'hospital psiquiàtric poguessin utilitzar-se en el servei de residència terapèutica (Desviat, Bleicher, 2019).
- 18 Per veure l'evolució i la crisi de la reforma brasilera, es pot consultar la 2a edició portuguesa de *A Reforma Psiquiàtrica* (Desviat 2015).
- 19 Aaltonen J; Alanen Y. O. Finlàndia: continuos esfuerzos por compartir el espacio de la comprensión. En Alanen et al. (2008). Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia.
- 20 Sobre aquests grups i l'associacionisme en salut mental en primera persona a Espanya es pot consultar el número monogràfic de *Átopos*, “Salud mental, comunidad y cultura” (e-atopos, 5 [37-42] 2019).

