

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

Manuel Desviat

Recepción: 05/05/2020 Aceptación: 26/06/2020

Resumen

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.

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

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.

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.

Cómo citar este artículo:

Desviat, Manuel (2020).

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

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 17-45.



ISSN 2339-6954

- ▲ *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)

Los orígenes

Hay antecedentes, acontecimientos precursores en el primer tercio del siglo pasado, pero será tras el horror bélico de la Segunda Guerra Mundial, que puso en evidencia la desoladora situación en la que vivían los pacientes mentales ingresados en los hospitales psiquiátricos y la ineficacia terapéutica de estas instituciones totales, cuando se puede situar la conciencia profesional, social y política que llevó a la necesidad de reformar la atención al sufrimiento psíquico. Había razones éticas: devolver los derechos humanos y ciudadanos a los pacientes mentales que estaban ingresados en los hospitales psiquiátricos, procurando una atención que respetara la dignidad de las personas; y había razones técnicas: hacer frente a la enfermedad psiquiátrica grave con una atención terapéutica y social más eficiente.

Las características de los procesos de reforma van a estar condicionadas por las propias de los sistemas sanitarios donde se enmarcan

El momento era propicio, las décadas de los cincuenta a los setenta fueron las décadas del estado del bienestar. La salud va a formar parte del proyecto de sociedad que supone el estado del bienestar, que procura asegurar de forma universal servicios esenciales: sanidad, educación y prestaciones sociales. La cobertura universal sanitaria se extiende por Europa y Canadá, donde se organizan sistemas nacionales de salud con una nueva manera de ver la atención sanitaria. El enfoque incorpora actividades preventivas y de promoción de la salud y una epidemiología aplicada a las enfermedades no infecciosas. De la noción de enfermedad y su tratamiento se pasa a una noción más amplia que incluye tanto la condición deseada para el bienestar de los individuos como las acciones necesarias para conseguirla. Principios que promueven la Organización Mundial de la Salud, creada en 1948¹, la Nueva Salud Pública (1974)² y el desarrollo de la Atención Primaria (Alma Ata, 1978)³. En este nuevo escenario se van a desarrollar los procesos de transformación de la reforma psiquiátrica, cuyo modelo asistencial es la salud mental comunitaria. Las características de los diferentes procesos de reforma van a estar condicionadas por las propias de los sistemas sanitarios donde se enmarcan, junto con el papel dado al hospital psiquiátrico. Pues no será lo mismo su desarrollo en el marco de una política que asegura una cobertura pública universal (como en Europa y Canadá) que en un estado *minimalista* que abandona la sanidad al mercado (estado neoliberal como en Estados Unidos). La otra característica, el papel dado al hospital psiquiátrico, diferencia las reformas que, aún considerando la atención comunitaria el eje de la asistencia, le mantienen más o menos modernizado (países francófonos, Cuba o, dentro del Estado español, Cataluña y Euskadi), de aquellas que

consideran necesario su cierre y completa sustitución por alternativas comunitarias (Reino Unido, Estados Unidos, Italia, España y Brasil).

En cualquier caso, hubo unos objetivos comunes a todos los procesos, pocos y en apariencia simples: 1) la transformación o el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos en la comunidad; 2) la integración de la atención psiquiátrica en la sanidad general; 3) la modificación de la legislación de los países a fin de mejorar los derechos de los pacientes; y 4) promover cambios en la representación social estigmatizante que de la enfermedad mental tenía la sociedad.

El encuentro con la comunidad, como muy bien dice Isaac Levav (1992), va a plantear la necesidad de desarrollar nuevas tareas, desde el diagnóstico comunitario a la prevención y a la rehabilitación, incorporando nuevas nociones como población en riesgo, grupos vulnerables e intervención en crisis, y precisando de otras herramientas y habilidades de gestión social. La responsabilidad ahora es hacerse cargo del cuidado sanitario de la población. De la demanda que acude y de la que no accede. Importan los casos que prevalecen, no solo los que se “curan”.

En la estrategia terapéutica y organizativa se produce, como señala Hochmann, un triple desplazamiento del poder y del beneficio terapéutico: del hospital al territorio, del psiquiatra al equipo interdisciplinar y del sujeto enfermo a la comunidad de la que forma parte (1971). Una nueva cultura psiquiátrico-psicológica-social, un hacer clínico donde se rompen las dicotomías individual *versus* social, biológico *versus* psicológico. “Un modelo que implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten” (Desviat y Moreno, 2012; Desviat, 2020a).

Una estrategia que, además de reorientar la sanidad del primer mundo, puede facilitar el desarrollo de los sistemas sanitarios de los países en vías de desarrollo y de baja renta, superando los sistemas de salud benéficos o de seguros sociales sin el coste elevado de la medicina basada en los grandes complejos hospitalarios y las prestaciones médicas individualizadas.

Algunos hitos de la historia de la salud mental comunitaria

La desinstitucionalización va a suponer nuevos sujetos de derecho, nuevos actores en unas décadas de importantes cambios políticos y económicos, en un escenario que se vuelve enormemente complejo dado que la salud mental, y su tratamiento, atraviesa todo el tejido de nuestras formaciones sociales y pone al descubierto formas excluyentes y estigmatizantes de atender la diferencia, no solo de los considerados enfermos mentales.



La desinstitucionalización va a suponer nuevos sujetos de derecho, nuevos actores en unas décadas de importantes cambios políticos y económicos

Esta complejidad sociopolítica se va a poner de manifiesto en cada uno de los acontecimientos y procesos con los que voy a intentar dibujar un retrato del desarrollo de la salud mental, pues no se trata de hechos al margen de su momento histórico. Muchas veces vemos la historia a través de gestas aisladas, la hazaña de un gran personaje o grupo de personas, como si pudiera atribuírseles solo a ellos, a ese momento estelar que refiere Stefan Zweig (2002), de genio o inspiración, lo sucedido. Nos dice Rafael Huertas –un ejemplo de particular interés– en el mítico gesto de Pinel –considerado fundacional de la psiquiatría–, liberando de las ataduras a los locos de la Salpêtrière y las locas de Bicêtre, que, sin quitar méritos a su autor, no se puede ver *solo* debido a la inspiración de un gran hombre, sino como un hecho consecuente con los cambios sociales y políticos que inauguró la Revolución Francesa (Huertas, 2012).

La mente que se encontró a sí misma (Cliffor Beers, 1908)

Si hay un antecedente significativo de la salud mental comunitaria es el Movimiento de Higiene Mental que se origina en Estados Unidos gracias a las ideas del psiquiatra Adolf Meyer, impulsor de la psiquiatría psicodinámica y social en Norteamérica, y a Cliffor W. Beers, un expaciente, ingresado varias veces en hospitales psiquiátricos, que en 1908 publicó un libro, *La mente que se encontró a sí misma* (1908), que conmovió a la opinión pública. Gracias a ello Beers promueve la Liga de Higiene Mental⁴, movimiento que se opone a las formas custodiales de atención, defendiendo un tratamiento en la comunidad, que en poco tiempo se extiende por Estados Unidos y el resto del mundo (en España, se funda la Liga de Higiene Mental en 1927, por iniciativa de José Germain).

Interesa aquí también destacar a Mary Potter Brook, considerada la primera trabajadora social psiquiátrica, que creó un programa que vinculaba la psiquiatría con el trabajo en la comunidad. Potter visitaba a los pacientes en sus domicilios, dando continuidad al tratamiento, al tiempo que recogía información sobre su situación social (Idareta Goldaracena, 2018). Casada con Adolf Meyer, este afirmaba refiriéndose a los estudios de su esposa: “Nos ayudó a situar el problema en un marco social más amplio y a llegar al origen de la enfermedad, la familia y la comunidad” (Meyer, 1922, p. 22)⁵.

Dos experiencias precursoras en plena Segunda Guerra Mundial

Durante la Segunda Guerra Mundial, la falta de personal en la institución psiquiátrica lleva, en dos hospitales, a una reordenación administrativa y clínica que va a originar dos formas de hacer menos iatrogénico y más eficaz el trato y la convivencia institucional. De hecho, se crean dos métodos para hacer terapéuticos estos espacios de reclusión. Son la psicoterapia institucional francesa y la comunidad terapéutica inglesa.



El hospital de Saint-Alban

Francesc Tosquelles⁶, exilado tras la Guerra Civil Española, va a desarrollar en un asilo rural el psiquiátrico de Saint-Alban, en plena ocupación alemana de Francia, una experiencia radical de transformación aplicando el psicoanálisis al conjunto de la institución. La hipótesis de partida es que en la institución total (hospital, prisión) todo el mundo está enfermo. “No son los muros del hospital los que hacen de él un manicomio. Son las gentes –cuidadores y enfermos– que en él viven” (Dessaunt, 1971). Por tanto, la terapia debe abarcar todo el hospital, el personal y los enfermos; es la institución en su conjunto la que debe ser tratada. La cuestión, en palabras de Lacan, es “acoger” el objeto a partir de una red de significantes a fin de preservar el sujeto (Lacan, 1972). Hay un “análisis institucional” en asambleas diarias de todo el personal.

Durante la Segunda Guerra Mundial se crean dos métodos para hacer terapéuticos estos espacios de reclusión

La psicoterapia institucional, incubada en Saint-Alban, se convierte tras la Liberación en el fundamento teórico de la psiquiatría francesa, de la llamada psiquiatría del sector, que consolida la presencia del psicoanálisis, junto con el trabajo en la comunidad (Desviat, 2020).

Cuadro 1. Principios de la circular del sector

- Tratamiento lo más precoz posible. El efecto cronificador de la institucionalización debe ser evitado. Separar el menor tiempo posible al enfermo de su familia.
- La hospitalización no es más que un momento del tratamiento.
- Asegurar la post-cura, evitando las recidivas.
- Se delimitan áreas de cincuenta a cien mil habitantes para cada sector que deberán contar con camas en el hospital, dispensarios de higiene mental, hospital de día y talleres protegidos.
- La continuidad de atención está asegurada por un mismo equipo médico-social bajo la responsabilidad de un médico-jefe convertido en jefe del sector.
- La atención infantojuvenil se escinde, creando servicios propios, los intersectores infantojuveniles, que corresponden a tres sectores psiquiátricos de adultos (doscientos mil habitantes).

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, el hospital de Saint-Alban se convirtió en un lugar de encuentro y formación de psiquiatras que van a ser protagonistas de la reforma de la atención a la salud mental en Francia, Bonnafé, Oury, Gentis, entre otros, o teóricos de la descolonización, como el psiquiatra antillano Frantz Fanon, y en lugar de refugio de prestigiosos intelectuales, como el poeta comunista Paul Eluard o el dadaísta Tristán Tzara⁷.

La comunidad terapéutica

Se busca el aprovechamiento deliberado, con finalidades terapéuticas, de todos los recursos de la institución manicomial

En 1943 Wilfred Bion y John Rickman organizan a los enfermos del hospital de Northfield (Reino Unido), soldados con trastornos mentales, en grupos de discusión, haciéndoles participar en el gobierno del centro. La guerra hizo que el Estado se hiciera cargo de todos los recursos sanitarios, integrándolos y regionalizándoles en un Plan de emergencia destinado a garantizar la cobertura a los soldados y a la población civil (Desviat, 2020). Se busca el aprovechamiento deliberado, con finalidades terapéuticas, de todos los recursos de la institución manicomial, entendida como un conjunto orgánico y no jerarquizado de médicos, pacientes y personal auxiliar (Jones, 1958), creando un procedimiento de organizar las actividades de las instituciones totales y parciales que será ampliamente utilizado hasta el momento actual.

Si aplicamos, dice en 1958 el psiquiatra Maxwell Jones, a un hospital psiquiátrico el término de “comunidad terapéutica”, quiere decir que la responsabilidad del tratamiento no queda confinada al personal médico, sino que también concierne a los otros miembros de la comunidad, es decir, a los pacientes (Jones, 1968).

Cuadro 2. Principios de una comunidad terapéutica

- Libertad de comunicaciones a distintos niveles y en todas las direcciones.
- Análisis en términos de dinámica individual e interpersonal de todo lo que sucede en la institución (reuniones diarias de pacientes y personal, psicoterapias de grupo).
- Tendencia a destruir las relaciones de autoridad tradicionales.
- Ambiente de máxima tolerancia.
- Actividades colectivas (bailes, fiestas, excursiones, etc.).
- Presencia de toda la comunidad en las decisiones administrativas del servicio.

Fuente: Elaboración propia.

La respuesta radical italiana comprende que no es posible crear un espacio ideal aislado del mundo

De los límites de la comunidad terapéutica, surge la respuesta radical italiana. Basaglia, después de una estancia en el Reino Unido, llega de director a Gorizia donde, con un grupo de jóvenes psiquiatras, comienza a replicar el modelo, pero al cabo de un tiempo comprende que no es posible crear un espacio ideal aislado del mundo, un oasis de libertad dentro de una institución total.

Reformas psiquiátricas y desarrollo de la salud mental comunitaria

El discurso de un presidente: *Community Mental Health Centers Act of 1963*

Se suele fijar como hecho inaugural de la salud mental comunitaria la ley que promulga la creación de centros comunitarios de salud mental –*Community Mental Health Centers Act*– que el presidente John Kennedy presentó en el Congreso de los Estados Unidos en 1963, “para la prevención o diagnóstico de la enfermedad mental, la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y la rehabilitación de esas personas”, un programa que propone la creación de centros de salud mental comunitarios por toda la nación, en respuesta a las denuncias de la situación de los enfermos internados en los hospitales psiquiátricos y la nula asistencia pública extrahospitalaria. Son tiempos del *New Deal*, de tímida lucha contra la pobreza de la administración estadounidense⁸, pero, al igual que los centros de salud mental, duró poco; eran unos programas y unos dispositivos cuyo desarrollo y funciones de apoyo comunitario a la desinstitucionalización precisaban de un sistema público de salud y de prestaciones sociales que todavía hoy Estados Unidos no tiene.

El discurso de Kennedy supone una clara denuncia de la asistencia llevada a cabo en Estados Unidos centrada casi exclusivamente en instituciones donde, según sus palabras, “con frecuencia la muerte constituía la única esperanza firme de liberación” (Kennedy, 1963, p. 2). Para Gerald Caplan la Ley de creación de los centros de salud mental comunitarios, abalada por el discurso presidencial, era el comienzo de una revolución en la psiquiatría norteamericana, en cuanto “rubricaba que la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del enfermo mental y la discapacidad mental debían considerarse una responsabilidad comunitaria” (p. 21).

Para Caplan, cuyo libro *Principios de salud mental comunitaria* (Caplan, 1966) se convirtió pronto en texto fundacional de la salud mental comunitaria, las nociones de prevención, riesgo y población en riesgo constituyen, junto con la teoría de la crisis, los elementos conceptuales de la psiquiatría preventiva o comunitaria con los que desarrolla un modelo conceptual, extrayendo categorías epidemiológicas y de salud pública.

La expresión *psiquiatría preventiva* se refiere al cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir, en primer lugar, la frecuencia en una comunidad de los trastornos mentales de todo tipo [prevención primaria]; en segundo lugar, la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan [prevención secundaria], y, por último, el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos [prevención terciaria] (Caplan, 1966).



Su noci3n de *aportes b3sicos* se basa en la hip3tesis de que, para no sufrir un trastorno mental, una persona necesita continuos aportes, adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo

Actividades encaminadas preferentemente a grupos de poblaci3n, familias o individuos cuya mayor exposici3n a factores de riesgo –agentes infecciosos, ambientales, h3bitos de vida y acontecimientos sociales, culturales y psicol3gicos– les hacen m3s vulnerables a “dañarse”, a enfermar o a sufrir las complicaciones de un proceso patol3gico. Su noci3n de *aportes b3sicos* se basa en la hip3tesis de que, para no sufrir un trastorno mental, una persona necesita continuos aportes, adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo. Es decir, considera que las variaciones de trastornos mentales en las diferentes poblaciones son debidas a factores opuestos, ben3ficos (aportes) o negativos (factores o pr3cticas de riesgo). El trabajo preventivo consiste en identificar estos factores para corregirlos en sentido positivo. Factores que se dividen en dos tipos: los que actúan de manera continua sobre el desarrollo de la personalidad (aportes necesarios) y los que intervienen de forma circunscrita o puntual, en situaciones de desequilibrio (crisis). *Azares de la vida* que implican una p3rdida repentina de aportes b3sicos, la amenaza de la p3rdida o las grandes exigencias asociadas a la oportunidad de obtener mayores aportes.

Cuadro 3. Servicios esenciales de los centros de salud mental (para una poblaci3n de entre 75.000 y 200.000 habitantes)

- Urgencias y hospitalizaci3n de veinticuatro horas todos los d3as de la semana.
- Hospitalizaci3n parcial.
- Consultas y educaci3n a la comunidad.
- Evaluaci3n y seguimiento de los ingresos en el hospital psiqui3trico estatal de referencia.
- Casas a medio camino.
- Alcoholismo, drogodependencias.
- Sistema de evaluaci3n de programas.

Fuente: Elaboraci3n propia.

A nivel conceptual es Gerald Caplan, en su libro *Principios de salud mental comunitaria*, quien introduce elementos fundantes de la salud mental comunitaria, pero no se puede olvidar la influencia de otros textos aparecidos pocos años antes, entre otros, *Internados. Ensayo sobre la situaci3n social de los enfermos mentales*, del soci3logo Erving Goffman, o *La historia de la locura en la locura en la 3poca cl3sica*, de Michel Foucault, o el *Mito de la enfermedad mental*, del psiquiatra Thomas Szasz, publicados en 1961; libros que van a tener un enorme peso en la psiquiatría, la sociología, la filosofía, y, en realidad, en el pensamiento de nuestra 3poca. En el caso de Szasz, su influencia est3 m3s en la antipsiquiatría, debido a la gran difusi3n de su obra, que, a pesar del ropaje rompedor, es en muchas ocasiones poco rigurosa; por otra parte, su comportamiento pol3tico –miembro militante de la iglesia de la cienciaología– es abiertamente conservador y contrario no solo a la psiquiatría, sino a la salud mental comunitaria y a la sanidad p3blica.

Psiquiatría y antipsiquiatría

No es casual que sea a finales de década de los sesenta del siglo XX cuando surja la antipsiquiatría, como tampoco lo es que surja precisamente en el Reino Unido, donde existía un universal y eficiente Servicio Nacional de Salud, que podía permitir experiencias marginales, no involucradas en la necesidad de la reforma de la asistencia, a diferencia de Italia o España.

La antipsiquiatría, tal como he escrito en otro lugar (Desviat, 2007), es la manifestación en el campo de las disciplinas de la salud mental de la profunda crisis de las ciencias, del arte, de la ideología y de los valores en las décadas que siguieron al fin de la Segunda Guerra Mundial; crisis que culminará en la rebelión de mayo del 68.

Es David Cooper quien utiliza por primera vez el término para describir una experiencia, Villa 21, realizada en un pabellón de un hospital psiquiátrico de Londres. Psiquiatría como práctica alternativa a la psiquiatría tradicional, frente a la violencia institucional, cuestionando el hospital, yendo más allá de la comunidad terapéutica, en una práctica que va a ensayar un clima de libertad para los pacientes, sin violencia ni restricciones. Y será en la obra de Cooper y de Ronald Laing, en la antipsiquiatría inglesa, donde debemos situar en sentido estricto la antipsiquiatría, aunque pronto el término se generalizó para señalar todo el movimiento anti-institucional y reformador psiquiátrico de los años sesenta y setenta del pasado siglo. Desde el SPK (colectivo socialista de pacientes de la clínica de Heilderberg, que predicaba la insurrección armada), hasta las máquinas deseantes de Deleuze y Guattari; de Gentis, a Octave o Maud Mannoni; de Basaglia y Jervis a Tomás Szasz; de las experiencias inglesas a las denuncias de la situación asistencial durante la represión franquista. Crítica global e ideológica de la psiquiatría, sobre todo de su proceder médico, nosográfico y diagnóstico, que llega a proclamar la inexistencia de la enfermedad mental, mito o artefacto seudomédico, trivializando o idealizando, en ocasiones, la psicopatología al mirarla sesgadamente a través de genioslocos: Artaud, Höderlin, Nietzsche.

En el campo de la experiencia, David Cooper y Ronald Laing fundaron en 1965 la Philadelphia Association, que estableció una red de comunidades en Londres para personas aquejadas de problemas mentales. Casas antipsiquiátricas donde las mentes perdidas podrían curarse volviéndose locas entre personas que ven la locura como una oportunidad de reconstituir su “yo auténtico”. (Desde el 1 de junio de 1965, fecha de su apertura, hasta 1968, en la más conocida Kingsley Hall, vivieron ciento nueve personas, entre ellas el propio Laing, durante periodos de más de treinta días, según nos cuenta él mismo en *Esquizofrenia y presión social* (Laing, 1975).

En el terreno puramente terapéutico, tiene sentido la pregunta que se hace Jervis en *El mito de la antipsiquiatría*: ¿es realmente posible ayudar de forma antipsiquiátrica a una persona afectada (y oprimida) de lo que se llama



La antipsiquiatría es la manifestación en el campo de las disciplinas de la salud mental de la profunda crisis de las ciencias, al fin de la Segunda Guerra Mundial

un trastorno mental? Parece que la experiencia no ratificó las experiencias inglesas. El propio Laing lo confirma (1979).

Entre las aportaciones a la indagación psicopatológica hay que considerar, especialmente, el *Yo dividido* y *El yo y los otros*, de Laing, quizás, las aportaciones teóricas más importantes de la antipsiquiatría.

La Ley 180 y las cooperativas triestinas

En el principio fue Gorizia. El Hospital psiquiátrico de Gorizia y una figura carismática, tempranamente muerta, Franco Basaglia. Era finales de 1961 cuando, después de trece años de médico psiquiatra en una clínica universitaria, Basaglia toma posesión del cargo de director del manicomio de la pequeña ciudad de Gorizia, una provincia fronteriza con la antigua Yugoslavia de poco más de ciento treinta mil habitantes. Junto con un grupo de psiquiatras (Jervis, Slavich, Pirella, Casagrande) convierte, en un primer momento, el hospital en una comunidad terapéutica, luego, consciente de los límites del hospital psiquiátrico, propone devolver a la sociedad al enfermo mental, desmontando la institución. Basaglia, en 1968, escribe en el prólogo de *L'instituzione negata*:

Esta es la acción de subversión institucional que algunos médicos, psicólogos, sociólogos, enfermeros y enfermos han propuesto y provocado en un hospital psiquiátrico, al poner en tela de juicio, en el plano práctico, la condición misma de internamiento (Basaglia, 1972, p. 2).

Será en Italia donde la desinstitucionalización va a adquirir una mayor radicalidad y apoyo político. Liderada por el movimiento Psiquiatría Democrática, consigue en los años setenta el cierre por ley de los hospitales psiquiátricos (Ley 180, 1978). Culmina así un proceso que se inicia con la humanización y transformación del hospital psiquiátrico, para salir al exterior, a la sociedad misma, donde funcionan los mecanismos originarios de la exclusión del enfermo mental. Esa doble marginación de la que habla Basaglia.

Cuadro 4. Ley 180

No se podrán realizar ingresos nuevos en hospitales psiquiátricos a partir de mayo de 1978; y no podrá haber ingresos de ningún tipo a partir de diciembre de 1981. Se prohíbe la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos.

Los servicios psiquiátricos comunitarios, los servicios territoriales, deberán establecerse para áreas geográficas determinadas, y trabajar en estrecho contacto con las unidades de pacientes ingresados a fin de garantizar una atención continuada.

Todos los ingresos, tanto voluntarios como forzosos, se realizarán en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, que no tendrán nunca más de quince camas.

Fuente: Elaboración propia.

El cierre de los hospitales psiquiátricos se entiende como un proceso gradual (mediante acciones de desinstitucionalización y la no realización de nuevos ingresos). Los nuevos servicios se diseñan como alternativos y no como complementarios o adicionales a los hospitales. Es la psiquiatría hospitalaria la que ha de ser complementaria al cuidado comunitario y no al contrario. Ha de haber una integración total entre los diferentes servicios en las áreas geográficas que sirven de marco al tratamiento psiquiátrico. El mismo equipo deberá suministrar servicios domiciliarios, ambulatorios e ingresos. Este modelo de cuidado facilita la continuidad de la atención y un apoyo a largo plazo, con equipos interdisciplinarios, visitas domiciliarias e intervenciones en momentos de crisis. Una de las aportaciones más importantes, inspirada en la gran tradición de cooperativas laborales que existe en el norte de Italia, son las empresas sociales para dar empleo, que se crean en el proceso de desinstitucionalización, como herramientas para la integración social.

Es preciso, según Rotelli, crear campos de intercambio entre las partes más empobrecidas y aquellas más ricas de la sociedad (sea cultural, social o económicamente), construyendo un nuevo pacto social, una nueva ética en cuyo espacio sea posible reciclar todo lo que sería desechado en la lógica de un orden excluyente. Se trata de modificar sustancialmente la lógica asistencialista, la falta de autonomía y la dependencia de las prestaciones sociales habituales (Pitucco y Rotelli, 1994).



Ha de haber una integración total entre los diferentes servicios en las áreas geográficas que sirven de marco al tratamiento psiquiátrico

Cuadro 5. El proyecto Valerio. Imola

Este proyecto toma el nombre del paciente más grave de los institucionalizados en el hospital psiquiátrico Imola, como indicador de las respuestas que fueron necesarias en su proceso desinstitucionalizador. La idea central del proyecto es contar con recursos externos al mundo sanitario: tratar de rehabilitar la ciudad para reintegrar al paciente. La ciudad (y en particular una parte significativa de sus ciudadanos) (Venturini, 2005) es incluida en el proceso y se convierte en protagonista del cambio. El lugar de encuentro estaba constituido por la práctica de los derechos. No más denuncias, exigencias de reparación, estatutos específicos para los enfermos, sospechas de falsa identidad. En cambio, reconocimiento recíproco, toma de conciencia de los propios derechos, apoyo a ejercerlos. Mejor destruir las barreras arquitectónicas que realizar recorridos diferentes. Mejor insistir obsesivamente con el principio de reciprocidad. La idea parte de que la integración sólo ocurrirá de manera efectiva cuando exista una ventaja común. No hay intercambio si la relación va hacia una única dirección, en este caso existe una relación paternalista que desvaloriza la acción. Por este motivo, en el proyecto Valerio, no se valoraron tanto las ocasiones que ponían en evidencia las necesidades de los pacientes, como las que promovían una oferta de algo hacia los demás; oferta a menudo gratuita, simbólica, pero que correspondía a las necesidades de la sociedad.

Fuente: Elaboración propia a partir de Venturini, 2016, p. 26.

La reforma psiquiátrica en España

Semanas y Misiones de higiene mental

Si hay un antecedente de la salud mental comunitaria en España está en las Reuniones, Semanas y Misiones que la Liga de Higiene Mental realiza durante la Segunda República. Entre 1931 y 1936, la Liga de Higiene Mental,

La Liga de Higiene Mental realiza durante la Segunda República una serie de actos en la mayoría de las provincias españolas con el objetivo de difundir medidas sanitarias y culturales

creada en 1927 a instancias de la Asociación Española de Neuropsiquiatría e inspirada en las Misiones Pedagógicas de la Institución Libre de Enseñanza, despliega una serie de actos –charlas radiadas, reuniones en escuelas, facultades, casas del pueblo, ateneos– en la mayoría de las provincias españolas con el objetivo de difundir medidas sanitarias y culturales que mejoraran la idea que de la salud mental tenía la población y a fin de conseguir –según figura en el decreto de creación– “la profilaxis de la locura, que mejoren la asistencia médica y social del psicópata y el alienado y que condensen las reglas más indispensables de la higiene individual (Real Orden de 25 de enero de 1927, citado por Gonzalo Moya, 1986, p. 218).

Su objetivo era llegar tanto a la población en general como a los poderes públicos, en los más diversos ambientes y locales y en charlas donde los oradores no eran solo psiquiatras, sino también juristas, pedagogos y otros profesionales. En las Misiones, hechas desde Madrid, nos cuenta Luis Valenciano Gaya, “nos desplazábamos a poblaciones –no capitales– o pequeños pueblos para que la propaganda cultural [como hacia en lo teatral simultáneamente *La Barraca* de García Lorca] penetrara con más profundidad en las tierras españolas” (Valenciano Gaya, 1977, p. 94).

Algunas de estas conferencias, radiadas o pronunciadas en las Semanas, fueron editadas por La Liga –“Vida moderna e higiene mental”, “Causas y tratamientos de las enfermedades mentales”, “Higiene mental, escuela y juventud”, etc.–, en folletos financiados por la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad.

En la realidad, la República posibilitó la culminación de todo un movimiento de consolidación de la psiquiatría y la salud mental en España llevado a cabo desde principios del siglo xx. Una psiquiatría agrupada en dos escuelas, la de Madrid y la de Barcelona, que van a formar la Asociación Española de Neuropsiquiatras (AEN) en 1924, asociación que jugará un papel importante en la modernización asistencial y legislativa durante la Segunda República y será fundamental en el proceso de Reforma psiquiátrica tras la dictadura franquista.

Entre otras acciones, se promueve el Decreto de Asistencia Psiquiátrica de 1931 (que recoge un anteproyecto aprobado por la asamblea conjunta de la AEN y la Liga de Higiene Mental en 1929) y el Consejo Superior Psiquiátrico, con Lafora de presidente y Germain de secretario; iniciándose la creación de dispensarios de salud mental y los intentos de modernización de los hospitales psiquiátricos.

Comelles en *Razón y sin Razón* (1988) da cuenta de los avances en una salud mental territorializada en Cataluña –la comarcalización, la sectorización de la atención a la salud mental iniciada con la Mancomunitat–, destacando las figuras de Tosquelles y de Mira López, que sería el primer catedrático de psiquiatría en España⁹.

Con la “victoria nacional” acaba lo que Valenciano llama el gran momento de la psiquiatría española en su obra dedicada a Lafora (Valenciano Gaya, 1977). Acaba en dispersión, cárceles y marginación interior, para buena parte de la generación de psiquiatras republicanos, en una sociedad civil rota, en esa larga noche de piedra (1969), en los versos de Celso Emilio Ferreiro, de la dictadura franquista.



De la Coordinadora de psiquiatría y el artículo 20 de la Ley General de Sanidad a la contrarreforma neoliberal de la década del cerebro

Habrà que esperar a principios de la década de los setenta, cuando otra generación pueda coger el relevo, tras el páramo intelectual, científico y técnico de la dictadura y sus prohombres. Fueron las experiencias de los países pioneros de la reforma y un núcleo profesional hecho en las denuncias y experiencias frustradas durante el tardofranquismo, aglutinado en torno a la Coordinadora de psiquiatría, creada en 1971 tras los primeros conflictos provocados por tímidos intentos de reforma –que van a sucederse durante el tardofranquismo en Oviedo, Conxo, Salt, Instituto Mental de la Santa Cruz–, y luego en la refundada Asociación Española de Neuropsiquiatría, pronto abierta a todos los profesionales de la salud mental (Desviat, 2020a).

Fue en la democracia, ya en la Transición, cuando podemos situar la reforma psiquiátrica en España. Se cumplían los requisitos para un cambio social, una sociedad ilusionada entrando en democracia, mayor sensibilidad social, la denuncia pública que había hecho visible el desamparo del sufrimiento psíquico y un grupo de profesionales capaces de llevarla a cabo.

En su ideario estaba una sanidad universal y una salud mental antimanicomial y comunitaria. Unos ideales que van a encontrar sus límites pronto, con los cambios en el escenario mundial que irían a agrietar la concepción del estado del bienestar, de la universalidad y el lazo social, tan precisos para una atención equitativa y comunitaria.

En 1986, La Ley General de Sanidad contempla en su artículo 20 las líneas maestras del programa de reforma.

Cuadro 6. Artículo 20 de Ley General de Sanidad (1986)

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Fuente: Elaboración propia.

Una de las características fundamentales de la reforma española es su relación con la atención primaria

Una de las características fundamentales de la reforma española es su relación con la atención primaria, uno de los pilares de la reforma sanitaria, vía de entrada al sistema y responsable en primera estancia también de los problemas de salud mental y respecto a la cual el sistema de atención especializada en salud mental actúa en segunda línea. Las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas y la integración de los recursos de la pluralidad de las administraciones existentes previamente con competencias sanitarias (Estado, INSALUD, diputaciones, ayuntamientos) en áreas de salud han permitido la ordenación territorial de los servicios de salud mental, creando redes de servicios que engloban la totalidad de las prestaciones, condición de posibilidad de una atención comunitaria. Esta organización, junto con el desarrollo de los programas de rehabilitación psicosocial, va a facilitar una desinstitucionalización cuidadosa de la vieja cronicidad –favorecida por el escaso número de camas psiquiátricas en centros monográficos existentes en el país– y un modo no manicomial de atender a la nueva cronicidad. Otro factor favorecedor de la reforma ha sido contar con un amplio consenso profesional (e inicialmente político) y unos equipos de técnicos preparados para liderar el proceso de reforma (este consenso se plasma en la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y en la Ley General de Sanidad)¹⁰.

Las dificultades principales se van a encontrar fuera del ámbito de la salud mental en la ambigua y tantas veces escasa voluntad política de los gobiernos y la seducción por la privatización de la sanidad desde la década de los noventa. Tampoco el desarrollo de servicios sociales ha favorecido el proceso, siendo en buena parte de España tremendamente precario y poco imaginativo, lo que hace que la atención social a los pacientes más graves y dependientes recaiga en muchas ocasiones en las familias.

Por otra parte, la falta de liderazgo del Estado (el sistema nacional de salud actual deja pocas competencias armonizadoras en manos del Estado), y la inexistencia de un pacto de Estado sobre los aspectos fundamentales del modelo, dificulta la sostenibilidad de los procesos, sujetos a los cambios de las

cúpulas políticas de los partidos políticos, que tanto pueden repercutir sobre el tipo de modelo en salud mental.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones y los recortes y privatizaciones, en España se ha producido un cambio cualitativo en la asistencia a la salud mental, construyendo un modelo original en torno al área de salud y a la atención a los trastornos mentales severos y persistentes, los crónicos; un modelo desigual por la falta de una armonización estatal, pero que ha desarrollado normativa y asistencialmente para el conjunto de su territorio un modelo basado en redes de dispositivos sociosanitarios, desde lo residencial a la urgencia hospitalaria¹¹, así como una reforma legislativa que descansa en las modificaciones del código civil y penal.



La salud mental en América Latina. Primeras experiencias: Chile y Cuba. La Declaración de Caracas y la reestructuración psiquiátrica: Brasil, Chile y Perú

La delegación de funciones y la psiquiatría poblacional chilena

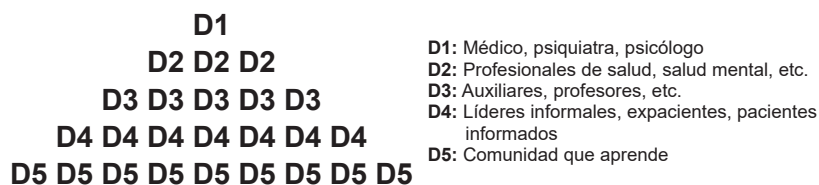
Al final de los años sesenta del siglo pasado en el Chile de la Unidad Popular tubo lugar el primer proceso de reforma psiquiátrica en América Latina con un modelo claramente comunitario. En un contexto de reforma sanitaria y social, se promovió una red de servicios territorializada con el centro de salud mental como eje central para el tratamiento, la promoción y la prevención en palabras de uno de los principales protagonistas de este proceso, Juan Marconi, profesor de psiquiatría y jefe del programa de salud mental del Área Sur de Santiago. Aquí se introducen nociones de trabajo en la comunidad que aún hoy son esenciales: la delegación de funciones, la creación de monitores como agentes comunitarios, la difusión de los programas de salud mental utilizando las plazas públicas o las sedes sociales (Marconi, 1973a; Marconi, 1973b). Una experiencia que, tras el golpe militar de 1973, continuó en Córdoba, Argentina, país donde se estaban llevando a cabo iniciativas de salud mental comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús.

En salud mental, destacaron las intervenciones intracomunitarias de Juan Marconi, profesor de psiquiatría y jefe del programa de salud mental del Área Sur de Santiago, y la denominada Salud Poblacional, que desarrolló en el Centro de Antropología Médico Social Luis Weinstein, psiquiatra reconocido como el principal realizador de la salud mental comunitaria chilena. En *Salud mental y proceso de cambio* y en *Salud y democratización*, publicado en Madrid en 1977, Weinstein aborda los cambios en la gestión de salud impulsados por el Gobierno de la Unidad Popular (Weinstein, 1975 y 1977).

En estos autores está ya el reconocimiento de la comunidad como parte indisoluble del proceso de atención a la salud mental, no como simple usuaria, y está la necesidad de contar con los recursos formales e informales y con

En España se ha producido un cambio cualitativo en la asistencia a la salud mental, así como una reforma legislativa que descansa en las modificaciones del código civil y penal

la cultura de sus distintos grupos poblacionales. Y están nociones de trabajo en la comunidad que aún hoy son esenciales: la delegación de funciones, la creación de monitores como agentes comunitarios, la difusión de los programas de salud mental utilizando las plazas públicas o las sedes sociales. Lo más novedoso del trabajo de Marconi es la creación de las delegaciones de funciones. Un procedimiento escalonado que empieza con personas de la comunidad que aprende, continúa con líderes, expacientes o pacientes que saben de su malestar, convertidos en informadores, que a su vez se relacionan con profesionales, y en la cúspide sitúa a psicólogos y psiquiatras (Marconi, 1974; Desviat, 2020b; Norambuena, 2017).



Destaca en Chile por esos años la obra de Paulo Freire (que vivió durante su exilio de Brasil entre 1964 y 1969 en Chile), con gran influencia en la educación popular y en el pensamiento y la práctica de la psicología comunitaria (Freire, 1987 y 1974).

En la Cuba socialista

Es ampliamente conocido que el pueblo cubano ha alcanzado niveles de salud (medidos por indicadores de impacto de calidad) que lo sitúan en un lugar privilegiado, que no corresponde con sus niveles de renta. En salud mental, la excelencia del sistema, que ha sido certificada por la evaluación efectuada en 2008, por OPS/OMS (IESM-OMS, 2011)¹², basa su funcionamiento en los preceptos de universalización y gratuidad de una sanidad socializada. Se privilegian las acciones de promoción y prevención encaminadas a alcanzar grados más elevados en la calidad de vida de la población.

Los centros comunitarios de salud mental son la piedra angular del sistema de atención

Los centros comunitarios de salud mental, integrados en la red asistencial del primer nivel y articulados con los de atención hospitalaria general y especializada, son la piedra angular del sistema de atención. Intervienen no solo en la asistencia sino también en la educación y promoción de salud, con la contribución de las organizaciones populares como los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC).

Existen, además, servicios de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, clínico-quirúrgicos, pediátricos y psiquiátricos que forman parte de las redes integrales de servicios. Una de las grandes contradicciones del sistema cubano de salud mental es que, a pesar de su gran desarrollo comunita-

rio, mantiene hospitales psiquiátricos, algunos con un número importante de camas, como el de la Habana.

En su haber está el internacionalismo sanitario: los programas realizados por médicos cubanos en otros países, que cubren las insuficiencias sanitarias en la atención a las poblaciones más desfavorecidas de países pobres y en otros, como Venezuela y Brasil, las zonas rurales y barriadas donde los médicos del país no quieren ir. El programa Barrio Adentro, que se lleva a cabo en los *ranchitos* (las chabolas de los cerros que rodean la ciudad) o en el centro deteriorado de Caracas (donde utilizan autobuses sanitarios), es un buen ejemplo de cómo llegar a los lugares más marginales y empobrecidos de la población¹³. O en Brasil, donde el programa *Mais Médicos* atendía aldeas indígenas, zonas rurales y barrios desfavorecidos y violentos¹⁴. Según datos del gobierno cubano, más de treinta mil médicos y técnicos de la salud trabajan en setenta y un países de América Latina, el Caribe y África. De 1961 a agosto de 2008, 113.585 profesionales y técnicos de la salud cubanos han brindado asistencia técnica en más de ciento sesenta países (García Álvarez; Anaya Cruz, 2009).



La Declaración de Caracas (Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990)

Hasta los años noventa del pasado siglo, las experiencias comunitarias en salud mental llevadas a cabo en América Latina fueron coyunturales y localizadas, programas piloto en barrios pobres, por lo general¹⁵, salvo los programas de carácter nacional del gobierno de Unidad Popular de Salvador Allende y de la sanidad Cubana.

Los proyectos nacionales de reformas psiquiátricas aparecen después de la Conferencia de Caracas, cuando la Organización Panamericana de Salud (OPS) coloca en el orden del día de las políticas de los gobiernos de la Región la cuestión de la salud mental, de los manicomios y de su necesaria desinstitucionalización. Los principios aprobados en Caracas van a tener una gran repercusión en los países, modificando las legislaciones para garantizar una mayor protección a las personas con problemas psíquicos y aprobando planes de salud que intentan introducir cambios en la asistencia¹⁶.

Cuadro 7. La Declaración de Caracas (OMS/OPS, 1990)

Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud.

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de salud y en los marcos de los sistemas locales de salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.
2. Que el hospital psiquiátrico obstaculiza el logro de los objetivos, aísla al enfermo de su medio y genera mayor discapacidad social.
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben pretender la permanencia del enfermo en su medio comunitario.
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales.
5. La capacitación del recurso humano en salud mental debe apuntar a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales.
5. Que las organizaciones se comprometan a desarrollar programas que promuevan esta reestructuración y la defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales

Fuente: Elaboración propia.

En la inmensa mayoría de los países, la salud mental comunitaria se convierte en un recurso para pobres, escasamente financiado y al margen de los sistemas de salud

Aunque la conclusión de la Conferencia fue firmada por los ministros de Salud de los países de América Latina y el Caribe, solo en Brasil, Chile y muy recientemente Perú, se han desarrollado planes nacionales de salud mental acordes a estos principios. Por lo general, en la inmensa mayoría de los países el obstáculo mayor está en la privatización de la sanidad llevada a cabo en las décadas de los noventa. Los planes privados de asistencia, impuestos por el poder financiero internacional, impiden cualquier trabajo comunitario en el territorio, tanto por sus intereses como por la descolocación de los servicios, que impide cualquier sectorización. La salud mental comunitaria se convierte en estas circunstancias, como acontece en los Estados Unidos, en un recurso para pobres, escasamente financiado y al margen de los sistemas de salud.

La II Conferencia Nacional de Salud Mental. Brasilia, madrugada del 3 de diciembre 1992

“A las cinco y media de la madrugada de un día caluroso de diciembre, una nube de pequeños papeles, improvisados confetis, llenaba un aula de Brasilia y cientos de brazos alzados, cantando, celebraban el final de una sesión maratónica al ser aprobada la moción número 212”, de la II Conferencia Nacional de Salud Mental, que agrupó más de tres mil personas entre profesionales de la salud, gestores y políticos sanitarios y usuarios y familiares (Desviat, 1994, p. 184).

Brasil es el único país latinoamericano en el que se ha logrado promover un Sistema público Único de Salud, el SUS, descentralizado en los municipios y con el desarrollo de atención primaria en salud, marco indispensable para la reforma psiquiátrica. Sin embargo, tal como ha sucedido en Europa, en especial en los países del sur, en estos momentos vive una contrarreforma que pretende dismantelar todo el sistema público y especialmente la atención

primaria y la salud mental (Desviat, 2017; Desviat, 2015; Desviat, 2011; Bleicher, 2015).¹⁷

Como en España, la reforma psiquiátrica en Brasil se desarrolla en el marco de la reforma sanitaria que constituye un Servicio Nacional de Salud, universal, el Sistema Único de Salud (SUS), con un amplio movimiento de usuarios y familiares y gran participación de la sociedad civil.



Cuadro 8. Características de la reforma brasileña

- a) La preocupación por garantizar los derechos de los pacientes en las instituciones psiquiátricas (prohibición de celdas de aislamiento, respeto a la intimidad, correspondencia, visitas, etc.), estableciendo efectivas medidas de penalización económica y de desacreditación y cierre de los establecimientos, controladas por una comisión de evaluación, comisión mixta de profesionales, usuarios y familiares.
- b) La preocupación por la técnica, por la clínica, la rehabilitación, la planificación, la evaluación.
- c) Se da en el contexto de una ideología social progresista que ve en la alineación social, en la explotación y en las formas adversas de vida el marco de la alineación individual, sin reducir lo social a psicopatología ni viceversa.
- d) La inclusión de la sociedad civil en el proceso. El debate de la Ley Federal y de las leyes estatales reflejó el amplio debate que se producía en la sociedad civil. El consenso era claro: el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos alternativos en la comunidad. Cierre contemplado en leyes estatales desde 1992 y por una Ley Federal en 1993.

Fuente: Elaboración propia.

El modelo descansa en los centros de atención psicosocial, los CAP, que van desde los que no tienen psiquiatra hasta los que tienen camas y en las residencias terapéuticas, además de los programas de ayuda a las familias en la desinstitucionalización, las bolsas de Volta para Casa y la gran participación de usuarios, familiares y sociedad civil, los *mentaleiros* (Delgado, 2018). Precisamente esas características participativas de la reforma psiquiátrica brasileña han permitido, en la práctica asistencial de los equipos, el establecimiento de metodologías, técnicas y abordajes socioclínicos, construyendo un proceso lo más colectivo posible, que incluye las contribuciones de diferentes profesionales, una interdisciplinariedad que incorpora el saber profano, dando espacio a la escucha y participación de los usuarios y sus familiares. Pero una interdisciplinariedad que, como señala Eduardo Vasconcelos (2000), quiebra las falsas identidades parciales, gremiales podríamos decir, e incorpora actividades que surgen de los propios conocimientos “extraprofesionales” de los técnicos: artes plásticas, danza, teatro, *blocos* de carnaval, actividades corporales, etc.

Varias décadas después de su inicio, la reforma de Brasil va a confirmar, como ha sucedido en España o en Italia, por una parte, la importancia de la sustancial modificación de la atención a la salud mental, como, por otra parte, la fragilidad de las construcciones sociales que pretenden la universalidad e igualdad de las prestaciones. La historia no se cansa de mostrarnos cómo las conquistas sociales son siempre provisionales¹⁸. Mucho más cuando, como en el caso de la salud mental colectiva, cuestionan la propia estructura

La reforma de Brasil va a confirmar la fragilidad de las construcciones sociales que pretenden la universalidad e igualdad de las prestaciones

político-económica que predispone o causa el sufrimiento psíquico, daño colateral o precio necesario del desarrollo del capitalismo (Desviat, 2020b, p. 142).

Dialogo abierto

La experiencia alternativa más reciente conocida internacionalmente es, sin duda, dialogo abierto, heredera de toda una serie de alternativas al hospital psiquiátrico y al uso indiscriminado de psicofármacos, como Soteria, un proyecto de investigación liderado por Loren Mosher, en una casa situada en San José (California), durante los años 1971 y 1983. Una investigación cuyo objetivo era valorar los resultados de un modelo alternativo para el tratamiento de las psicosis agudas no hospitalario, no farmacológico y basado en el apoyo mutuo y una psicoterapia de corte existencial y fenomenológica (Mosher, 1991). Dialogo abierto es la continuación del modelo adaptado a las necesidades que puso en funcionamiento un grupo de psiquiatras del hospital psiquiátrico de Turku, una ciudad portuaria en el suroeste de Finlandia, en los años setenta y comienzos de los ochenta. El modelo toma en cuenta la problemática subjetiva y social de cada paciente, a la vez que de la familia y de cualquier otra red de interacción esencial de la que el paciente forme parte. Se procura evitar el tratamiento farmacológico, que de usarse como apoyo a la terapia se hace a dosis moderadas¹⁹ (Whitaker, 2015; Seikkula, 2013; Desviat, 2020).

Diálogo abierto nos muestra la posibilidad de un trabajo comunitario que descansa en la articulación de redes que pueden comunicarse y cuidarse, en una relación de horizontalidad

Diálogo abierto nos muestra la posibilidad de un trabajo comunitario que descansa en la articulación de redes que pueden comunicarse y cuidarse, donde el terapeuta trabaja en una relación de horizontalidad entre el terapeuta y la persona con sufrimiento psíquico, pero como señalan Teresa Abad y Sara Toledano es una experiencia puntual, en una zona geográfica muy concreta, Laponia Occidental, con poca población y muchos recursos sociosanitarios, difícil de replicar en otros contextos. Otra cuestión es lo que nos enseña: construir en común el significado de la crisis y la horizontalidad frente a la jerarquía entre el equipo y las personas con problemas de salud mental (Abad y Toledano, 2015).

Son muchas las experiencias alternativas y de apoyo mutuo desde los servicios y desde el activismo en salud mental. Reseñaré algunas de las más conocidas y relevantes, la mayoría deudoras de las propuestas de Judi Chamberlin, como las *peer-run crisis respite*, *crisis hostel*, la Casa de Escape de Berlín, la Casa de la Cura en Italia y la Cooperativa de la Esperanza en Buenos Aires, donde se practica una atención no coercitiva, en la que las necesidades son definidas por el afectado y donde el apoyo mutuo de otras personas que han pasado por experiencias similares resultan fundamentales.

Entre las que se organizan en primera persona a nivel internacional está la red de *Hearing Voices* y en España: Entrevoces, Lo Común, FLIPAS GAM,

ActivaMent, ClubHouse Andalucía, Radio Prometea, Hierbabuena, la Xarxa de Grupos de Apoyo MutuoGAM, la Federació Veus, Dis-cuerdos, etc.²⁰

Del asistencialismo al trabajo social

La práctica del trabajo social ha discurrido, desde sus inicios, como auxiliar de la psiquiatría social, entre el asistencialismo, caritativo o estatal, y las reivindicaciones emancipadoras. Entre la ayuda al pobre y el activismo frente a las condiciones estructurales que posibilitan la marginación y la pobreza (Desviat, 2017). Quizás sea en América Latina y especialmente en Brasil donde el trabajo social, como la terapia ocupacional o la enfermería han adquirido una relevancia, una entidad conceptual y una técnica propia, con una reflexión teórica importante en el tema de la interdisciplinariedad a partir de un campo específico de actuación, no subordinado a la psiquiatría ni a la psicología, con un enfoque diverso y amplio y en la actualidad francamente progresista. Según Eduardo Vasconcelos, profesor de la Escola de Serviço Social da Universidade Federal de Rio de Janeiro, en América Latina el trabajo social tuvo una influencia que oscilaba entre el pensamiento católico y el higienista, hasta la década de los ochenta del pasado siglo en la que se desarrolló una revisión crítica de la práctica de la profesión en las sociedades capitalistas. Este proceso supuso un compromiso político de los trabajadores sociales y sus organizaciones asociativas en las luchas de la sociedad civil del país, mayor que en ninguna otra profesión. Asociaciones profesionales de trabajo social formaron parte a partir de los años noventa de las luchas por la redemocratización y por unos servicios sanitarios y sociales públicos, incorporándose al movimiento antimanicomial (Vasconcelos, 2016; Netto, 1992).

La clínica participada

La evolución de la construcción del modelo comunitario ha sido dilatada y, como todo proceso social, inacabada. Cada experiencia concreta, condicionada a las particularidades del país o la región donde se llevó a cabo, ha supuesto la necesidad de reinventar el modelo a seguir, de resignificar todo lo aprendido anteriormente, teniendo en cuenta las hegemonías de poder de los distintos momentos históricos en los que se producía. Nos ha dejado una caja de herramientas conceptuales y técnicas en continuo cambio. Entre estas, el basamento de toda la arquitectura de la intervención psicosocial, la clínica del sujeto. El desarrollo de la clínica, una vez superada la etapa de la desinstitucionalización manicomial, y la acción en el territorio, entendido como un campo de grupos, comunidades, tribus diversas, desde una concepción ni solo preventiva (en el territorio) ni mediada por las clasificaciones diagnósticas internacionales o la jerárquica pastoral. Una clínica no basada en los principios de la salud pública hegemónica, en el estilo de vida y la responsabilidad individual, sino en la salud colectiva, es decir, en los deter-



La evolución de la construcción del modelo comunitario ha sido dilatada y, como todo proceso social, inacabada

minantes sociales. Una clínica ampliada que comprenda la subjetividad, lo social y lo político (Campos, 2005 y 1999) y que incluya una labor de resignificación psicopatológica, la subjetividad crítica que proponen Laura Martín y Fernando Colina en su *Manual de psicopatología* y la incorporación en todo el proceso de los verdaderos sustentadores de la acción terapéutica, los sufridores psíquicos. Una clínica, por tanto, negociada, de acompañamiento, de complicidad, enmarcada en el espacio subjetivo, social y político del sujeto en tratamiento. Una clínica que no sea patrimonio de los psiquiatras o los psicólogos, sino de todos aquellos que participan en el proceso. Una clínica que llamo participada (Desviat, 2020).

A modo de balance

Como señalo ampliamente en otro texto (2020b), es posible que hoy nadie niegue los grandes logros de los procesos de reforma psiquiátrica. Son evidentes las ventajas de la desinstitucionalización y creación de recursos en la comunidad, del modelo de salud mental comunitaria, por mucho que aún persistan enormes carencias en todos los países —aún en aquellos que han desarrollado experiencias relativamente exitosas de reforma— y una brecha inmensa con los países todavía anclados en modelos manicomiales de atención.

En cualquier caso, aunque subsistan obsoletos y sobre todo precarios sistemas de atención, la locura se ha hecho visible en buena parte del mundo. Hay una mayor conciencia social del abandono y el mal hacer de los gobiernos respecto a la atención a la salud mental, y en la gestión sanitaria el cierre de los manicomios y la creación de servicios en la comunidad se ven cada vez más como una optimización de los recursos, sea desde recursos públicos, sea desde la gestión privada o publico-privada, con todas las matizaciones que los mercados quieran poner. De hecho, se ha producido, allí donde las reformas se han llevado a cabo, como en Italia y España, una integración de las mismas en la lógica del mercado. Una integración que ha actualizado, devaluándolo, el modelo comunitario.

El modelo comunitario partió, como ha quedado expuesto, de los principios de salud pública y éticos, desarrollándose principalmente en momentos de mayores garantías sociales, enfrentado a las instituciones totales y con una implicación en los territorios, en las comunidades. En sus acciones, el mismo quehacer en la comunidad forzó nuevas herramientas profesionales para atender a nuevos sujetos, salidos o no de la desinstitucionalización manicomial, convirtiéndose en un proceso social complejo, ético, técnico, que exigió recomponer saberes, aptitudes y actitudes en los equipos de salud mental.

Un proceso que, de cumplir con sus principios, dinamita las bases conceptuales de la psiquiatría hecha en el adentro de los muros hospitalarios; de una psiquiatría que entroniza el signo médico y considera la enfermedad como un hecho natural, prescindiendo del sujeto y de su experiencia de vida, promoviendo una práctica trabada entre la normalización y la disciplina. El modelo comunitario crea la necesidad de ampliar la clínica en una dimensión social, una clínica más plural, que incorpore la subjetividad y lo social, lo singular y lo colectivo.

En la psiquiatría biológica, el síntoma, como signo médico, define la enfermedad, pero la psicopatología surge precisamente de la insuficiencia de los síntomas. La historia de la psicopatología es la búsqueda de sentido a los síntomas, el intento de explicar y comprender la enfermedad más allá del signo médico y de la construcción de estructuras categoriales o de la pretensión dimensional. Los síntomas cobran sentido en la biografía del sujeto. Sea cual sea la metáfora que utilicemos para dar cuenta del sufrimiento psíquico –el inconsciente y las pulsiones, los circuitos cibernéticos cognitivistas, la teoría general de los sistemas o la biología molecular, etc.–, la enfermedad se integra en la experiencia humana como una realidad constituida significativamente. Cada momento histórico escenifica sus representaciones: la manera como la enfermedad se expresa refleja la expectativa que cada sociedad tiene sobre la enfermedad y su tratamiento. El síntoma se hace enfermedad según el imaginario colectivo. Uno delira con lo que le deja su época (Desviat, 2010).

La globalización financiera pretende una realidad única: que no haya un afuera ni científico ni cultural ni social del ideal neocapitalista en donde todo es mercancía. En psiquiatría y en psicología tenemos el DSM, ahora en su versión V, breviario propedéutico que pretende diagnósticos universales para fármacos universales.

Un síntoma –o un conjunto de criterios establecidos por un grupo financiado por la industria farmacéutica–, un diagnóstico –de dudosa fiabilidad– y un fármaco. La clínica de la escucha y el acontecimiento humano ha sido sustituida por un acontecimiento neurofisiológico, por un supuesto dislocamiento de neurotransmisores. Ya no se delira con la biografía del sujeto, el deliro es “ruido”.

El modelo hegemónico deja los recursos comunitarios, ¿pero y el hacer comunitario? ¿Dónde queda la subjetividad en la clínica del cerebro?

El modelo comunitario supone un *dónde* (la comunidad) y un *cómo* (qué hacer). No basta con colocar centros en el territorio si lo que se hace es pasar consultas con el DSM como guía, si no se entra en las casas de los usuarios, si no se conoce su red social, el código postal donde nació.



La historia de la psicopatología es la búsqueda de sentido a los síntomas, el intento de explicar y comprender la enfermedad más allá del signo médico

El modelo comunitario supone un *dónde* (la comunidad) y un *cómo* (qué hacer)

Este es el ideal de la medicina, de la salud mental hegemónica. Ahora bien, no todo ha sido en vano. Las décadas de experiencias reformistas han dejado una cultura y han demostrado que otra clínica, que otra asistencia es posible. Una clínica que no puede ser solo patrimonio de psiquiatras y psicólogos. Que tiene que incorporar a todos los profesionales que actúan con los *sufridores psíquicos* y a éstos mismos al proceso terapéutico. Una clínica participada.

No todo ha sido en vano. Ha quedado una cultura que subsiste, resistente, y que ahora, una vez más en tiempos de crisis –como señalo en el editorial del último número de e-Átopos–, en pleno plan de derribo mundial de todo lo comunitario, es cuando surgen núcleos críticos que están tomando el testigo de la reforma, yendo más allá, recuperando el espíritu rompedor de los primeros años de la reforma, de nuevo la psicopatología y la clínica, resignificadas, empiezan a tomar forma, nuevas herramientas asistenciales y estrategias en un revisitar el pasado para alumbrar un nuevo futuro.

Un nuevo futuro que tendrá que ser en un modo de vida distinto, en una sociedad diferente. Cuando escribo este final para este artículo, estamos en plena crisis del coronavirus. Una pandemia que ha dejado al descubierto la fragilidad de nuestro sistema sanitario y social, diezmado por una política pública que prima la ganancia a la salud, la indefensión de una humanidad dejada a la lógica del mercado.

La COVID-19 es un nuevo aviso para cambiar el modelo de sociedad, el modelo de vida, y quizás, por qué no, tal como dice Slavoj Žižek (2020), otro virus, un virus ideológico, mucho más benéfico, se esparza y nos contagia: el virus de la idea de una sociedad alternativa, una sociedad de solidaridad y cooperación global.

Madrid, 27 de abril, día cuarenta y cuatro de confinamiento.

Manuel Desviat
Psiquiatra
Expresidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
Profesionales de la Salud Mental
redaccion@atopos.es

Bibliografía

- 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 atençao psicossocial, num momento de grave ameaça a reforma psiquiátrica e aa democracia (Conferencia de Sobral). In I. Galiberti, Percy; Albuquerque (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/images/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 intervençao psicossocial. In I. Galimbertti, Percy Antonio; Napoleao Alburquerque (Ed.). *Sociopolítica da saúde. Desafios e oportunidades* (p. 171-190). Sobral: Edições UVA.
- Dessauant P.** La communauté Thérapeutique. Prix confrontations Psychiatriques 1970. *Supplement aux Confrontations Psychiat*, 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. Andalucía: 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*. Valencia: 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, Documento 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 lapsicología comunitaria en Chile*. Tesis. Universidad de Santiago de Chile.
- Pitucco, F.; Rotelli, F.** (1994). La empresa social de Trieste. *Psiquiatría 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 resintência: diálogos com o marxismo e o srviço social*. Campinas: papel social.
- Weinstein, L.** (1977). *Salud y democratización*. Madrid: Villalar.
- Venturini, E.** (2016). *A linha curva. O espacio 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 clases* (p. 43-47). Sao Paulo: Terra sem amos.
- Zweig, S.** (2002). *Momentos estelares de la humanidad*. Barcelona: Acanalado.



- 1 La constitución de la OMS entró en vigor el 7 de abril de 1948, fecha que conmemoramos cada año mediante el Día Mundial de la Salud.
- 2 En 1974 el *Informe Lalonde: Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* del gobierno de Canadá configura la Nueva Salud Pública. El informe indica que en lugar de gastar tanto en los aspectos asistenciales, debe destinarse parte del presupuesto a los factores que inciden en la aparición de las enfermedades crónicas (Lalonde, 2002).
- 3 La conferencia de Alma Ata en 1978, organizada por la OMS, constata que el aumento de los presupuestos sanitarios dirigidos a los capítulos asistenciales no se corresponde con una mejora de la salud, proponiendo trasladar el eje de la atención desde la asistencia hospitalaria a la atención primaria, preventiva y promotora de salud.
- 4 El 6 de mayo de 1908, poco después de la publicación de su libro, Beers organiza la primera reunión de la Liga de Higiene Mental, a la que acuden doce personas, universitarios, juristas, médicos, psiquiatras, trabajadores sociales y un exenfermo.
- 5 Meyer contrató a Mary Potter en 1905 como trabajadora social, iniciándose la incorporación del trabajo social en los hospitales psiquiátricos de Massachusetts. En 1915 todos los hospitales psiquiátricos del Estado contaban con un trabajador social en su plantilla. En 1926, la Community Health Association de Boston contrató a un asistente social psiquiátrico como asesor de sanidad mental (Rosen, 1974, p. 353).
- 6 Francesc Tosquelles, exilado republicano tras la Guerra Civil Española, entró como enfermero en el hospital psiquiátrico de Saint-Alban, en el Macizo Central de Francia y, después de volver a examinarse de los cursos de Medicina, llegó a dirigirlo.
- 7 Se dice que Eluard transformó el hospital en una plataforma de edición clandestina y que Saint-Alban se convirtió en centro de encuentro y confrontación entre el psicoanálisis, la medicina, el comunismo, el surrealismo y el arte (Bacilo, 2017).
- 8 Esta preocupación por la salud pública, la salud mental, y las condiciones sociales de vida, va a ocupar un breve periodo de la historia de unos Estados Unidos sacudidos –década de los sesenta– por la guerra de Vietnam, la protesta estudiantil, el movimiento hippie, Cuba, las guerrillas en América Latina y la Nueva Izquierda.
- 9 En 1932 se fundó en Barcelona la primera escuela de asistentes sociales de España, siguiendo directrices europeas. Con la dictadura, se funda en Madrid la segunda escuela, que pasó a llamarse “De Formación Familiar y Social”, vinculada a la sección femenina de la Falange Española Tradicionalista y de las JONS, el partido fascista del franquismo.
- 10 En los años setenta, en el contexto de la lucha contra la dictadura, se inician movimientos de protesta, agrupados en torno a la Coordinadora de Psiquiatría y la Plataforma de los Trabajadores de la Salud Mental, e intentos de cambios asistenciales, frustrados por la represión franquista, que van a crear los cuadros y consensos de la reforma una vez llegada la democracia (de la Mata, 2018; Desviat, 1999).
- 11 Se puede consultar el número monográfico de *Átopos*, “La psiquiatría en dique seco”, e-*atopos*, núm. 6; así como *La Reforma Psiquiátrica*, obra ya citada.
- 12 Se aplicó el instrumento IESM-OMS durante el 2008 para evaluar el estado de su sistema de salud mental. Se recopiló la información disponible en diferentes fuentes asegurando su confiabilidad. El trabajo se realizó contando con el apoyo de la representación de la OPS/OMS en el país, la OPS/OMS y el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS.
- 13 La Misión Barrio Adentro, destinada a fortalecer el sistema de salud pública. Tiene, en sus consultorios populares, 568 centros de diagnóstico integral (CDI), 585 salas de rehabilitación integral (SRI) y 35 centros de alta tecnología (CAT), distribuidos en toda Venezuela, y ha ofrecido más de 617 millones de consultas médicas gratuitas. <http://www.telesurtv.net/news/Cuba-y-Venezuela-15-anos-de-fructifera-cooperacion-20141030-0008.html>
- 14 El presidente de Brasil, Bolsonaro, canceló este programa, lo que provocó la salida de 8.500 médicos cubanos que dejaron sin asistencia médica a 1.500 poblaciones, el 75% de aldeas indígenas.

- 15 Itzhak Levav describe las que tuvieron más relevancia en América Latina (Universidad del Valle, Cali; Barrio Santa Eduvigis, Tegucigalpa; Centro de Atención Psicosocial de Ciudad Sandino, Nicaragua; comunidad de Curundú en Panamá; sur metropolitano de Santiago de Chile, etc.) (Levav, 1992).
- 16 Revertir la situación de desamparo en que se encuentran las personas con trastornos mentales supone modificar las leyes de proceso civil y penal, ya sea como una ley específica o a través de cambios en los respectivos códigos, además de las normas que regulan instituciones penitenciarias, normativas sanitarias y laborales.
- 17 El último ataque a la reforma psiquiátrica fue el 14 de diciembre de 2017 cuando el Gobierno Federal autorizó el incremento de la financiación de camas manicomiales y se dejó de autorizar que el dinero que costaba el ingresado en el hospital psiquiátrico pudiera utilizarse en el servicio de residencia terapéutica (Desviat, Bleicher, 2019).
- 18 Para ver la evolución y la crisis de la reforma brasileña, puede consultarse la 2ª edición portuguesa de *A Reforma Psiquiátrica* (Desviat 2015).
- 19 Aaltonen J; Alanen Y. O. Finlandia: 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 estos grupos y el asociacionismo en salud mental en primera persona en España puede verse el número monográfico de *Átopos*, “Salud mental, comunidad y cultura” (e-atopos, 5 [37-42] 2019).

