

Revista
Paraguay desde
las Ciencias Sociales



Grupo de Estudios Sociales sobre Paraguay

www.grupoparaguay.org
ISSN 2314-1638

Ayala, Patricia

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE DESMANICOMIALIZACIÓN EN PROFESIONALES DE LA
SALUD MENTAL

Revista Paraguay desde las Ciencias Sociales, revista del Grupo de Estudios Sociales sobre Paraguay,
nº 7, 2016, pp. 72-97.

*Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe, Universidad de Buenos Aires
Argentina*

Disponible en: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/revistaparaguay>

RECIBIDO: MAYO 2016

ACEPTADO: AGOSTO 2016

Representaciones sociales sobre desmanicomialización en profesionales de Salud Mental

Patricia Ayala

patriciaayalagenes@gmail.com

Universidad Católica de Asunción

Palabras clave: Representaciones sociales, Desmanicomialización, Análisis de discurso, Salud Mental, Paraguay.

Resumen

Esta investigación surge para responder a la pregunta ¿Cuáles son las representaciones sociales acerca de la desmanicomialización en profesionales de Salud Mental del Paraguay? Para el efecto se realizó un estudio con diseño cualitativo, exploratorio, a través del análisis de los discursos de 9 profesionales del área de atención a la Salud Mental. Como método de recolección de datos se empleó la entrevista semi-estructurada. Los resultados reflejan concepciones acerca de componentes de la conceptualización de la desmanicomialización, asociados a la Política Nacional de Salud Mental vigente. Los hallazgos principales hacen referencia a las discordancias entre las propuestas expuestas en la Política Nacional y las representaciones de los profesionales respecto a la desmanicomialización.

Social representations on demanicomalization in Mental Health professionals

Keywords: Social representation, Desinstitutionalization, Discourse analysis, Mental health, Paraguay.

Abstract

This research arises to answer the question about social representations of *desmanicomialización* in professionals of Mental Health of Paraguay. To this end a study was realized with qualitative and exploratory design, across the analysis of the speeches of nine

mental health professionals. As method of compilation of information we used the semi structured interview. The results reflect conceptions that bring over the components of *desmanicomialización* conceptualization, associated with the National Policy of Mental Health. The principal findings refer to the disagreements between the suggestions exposed by the National Policy and the representations of *desmanicomialización* in the professionals.

Introducción

En el año 2011, tras la concreción de un Foro Nacional que convocó a profesionales referentes del área de Salud Mental, se lanzó la Política Nacional de Salud Mental, vigente para el periodo del 2011 al 2020. Presentada por la Dirección General de Programas de Salud y la Dirección de Salud Mental, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), ente también responsable de su regulación y ejecución, dicha Política propone la *desmanicomialización*, entendida como un “proceso complejo que tiene como fin recuperar la condición de sujetos de derecho de las personas que sufren encierro en los manicomios por enfermedad mental crónica” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011).

Descomponiendo los ejes abarcados dentro de la desinstitucionalización desde la propuesta en la Política Nacional de Salud Mental (PNSM), se habla de una *desmanicomialización* cultural, que implica un discurso de carácter participativo en el que estén incluidos todos los sectores sociales, revalorizando saberes y experiencias populares en el quehacer que corresponde al área; la *desmanicomialización* presupuestaria, que hace alusión a la redistribución de los recursos financieros y con esto, los recursos humanos y técnicos desde los espacios que sostienen lógicas manicomiales hacia espacios que fomenten la participación social y la reinserción; y la *desmanicomialización* edilicia, que significa dar pie a la creación de dispositivos y servicios de atención de base comunitaria.

Teniendo en cuenta la vigencia de la Política antes mencionada y lo propuesto por ella, se entiende que tanto instituciones públicas como privadas deberían regirse por la misma, coordinadas y autorizadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Por ello, la comprensión de las representaciones sociales que tienen profesionales y referentes de distintos

estamentos y dispositivos de atención en salud mental, sobre uno de los pilares de la propuesta en la Política Nacional de Salud Mental, la desmanicomialización, podríamos acercarnos a comprender los avances y retrocesos en su implementación. Para su abordaje, se desglosó el concepto de desmanicomialización en ejes, que en el marco de este trabajo, componen la conceptualización de la desmanicomialización. Estos ejes, pasaron a constituir las bases de las entrevistas realizadas para la recolección de datos y comprenden: la conceptualización de la salud mental y los trastornos mentales, las nociones sobre los usuarios de los servicios de atención en salud mental, los métodos y técnicas terapéuticas empleados en la práctica profesional propia y las de otros profesionales del área, las nociones de rehabilitación y reinserción social, las perspectivas respecto a la Política antes mencionada, y la desmanicomialización propiamente dicha.

Marco conceptual

A modo de encuadrar los hallazgos referidos a las representaciones sociales acerca de la desmanicomialización de distintos referentes del área de atención en salud mental, se exponen brevemente conceptos fundadores de la investigación.

Representaciones sociales

Una representación social constituye una construcción simbólica que se crea y reproduce en el curso de las relaciones sociales, puede definirse como maneras específicas de entender y comunicar la “realidad” y que son determinadas por las personas a través de sus interacciones. Reyes, en su *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales* (2009) cita a Moscovici afirmando que para él, las representaciones sociales son conjuntos de “conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen, en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales”. Es decir, que son formas de pensar y crear la “realidad” social, están constituidas por elementos simbólicos que le otorgan sentido a la misma, en este sentido podríamos decir que es una forma de apropiación de la realidad.

En base a lo expuesto podremos entender las representaciones sociales como formas de interpretar, apropiarnos y actuar sobre el medio que nos rodea.

Desmanicomialización

En este trabajo nos limitamos a hablar de desmanicomialización desde teorizaciones que refieren, por un lado a los aportes e intervenciones de la psiquiatría comunitaria con la creación de la psiquiatría de sector en Francia y las comunidades terapéuticas de Jones; y por el otro, a los distintos movimientos de desintitucionalización como la “Antipsiquiatría” y la “Psiquiatría Democrática”.

Se citan algunas de las experiencias que derivaron en la construcción de un modelo alternativo en la atención en salud mental y que pasarían a formar parte de lo posteriormente conceptualizado como Psiquiatría Comunitaria: en los Estados Unidos, J. F. Kennedy promulgó el “Community Mental Health Act”, estableciendo estructuras psiquiátricas alternativas en el territorio; en Inglaterra, Maxwell Jones propuso el modelo de “Comunidad Terapéutica” para la atención de los que eran considerados, pacientes psiquiátricos graves; en Francia, se propuso la “Psiquiatría de Sector” llevando los servicios de atención a determinadas zonas geográficas del territorio nacional; en España, se produce la Reforma de Andalucía que propuso el desmantelamiento de ocho hospitales psiquiátricos de la región y el desarrollo de una red comunitaria de atención.

La psiquiatría comunitaria pasa a ser de este modo: “el cuerpo de conocimientos que requiere el psiquiatra para participar en programas comunitarios organizados para la prevención y tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación y reincorporación a la población de los que fueron pacientes psiquiátricos. Exige del psiquiatra que se relacione con la sociedad “en sentido amplio” afirma Bazán (1993), citando a Caplan, padre de la psiquiatría comunitaria.

Por otro lado, se examinan los aportes de dos movimientos de suma relevancia por su influencia dentro de los procesos de desmanicomialización en América Latina, y por ende, en el Paraguay.

En primer lugar la experiencia de Trieste, con la dirección de Franco Basaglia y bajo la premisa de “Destruir el manicomio”. El trabajo que duró años se realizó en el Hospital de Gorizia, del que Basaglia era director y, desde una posición que cuestionaba desde los

mecanismos alienantes de la institución hasta los roles tanto del personal como de los internados, plantearon la apertura de la Institución Psiquiátrica como tal.

Los seguidores de Basaglia fundaron en la década de 1970 la asociación Psiquiatría Democrática, orientada con los mismos valores propuestos por el visionario director, y lucharon hasta la promulgación en 1978 de la Ley 180 que instaba al cierre gradual de los hospitales psiquiátricos, proponía la apertura de centros de salud mental comunitarios y la creación de áreas de psiquiatría en hospitales generales, así como proponía prestar atención a la voz del paciente abogando por el consentimiento del tratamiento.

Otro movimiento mencionado es el de la “Antipsiquiatría”, corriente fuertemente opositora a la psiquiatría tradicional, surgido en Inglaterra entre las décadas de 1950 y 1970. Los representantes, entre ellos Laing, Cooper y Szasz, proponen una crítica a la psiquiatría desde un punto de vista que se considera político, niegan la entidad de “enfermedad mental”, afirmando que denominar a una persona “enfermo mental” se constituye como un mecanismo social fabricado para ejercer poder, segregar y apartar al otro diferente de uno.

Del devenir y la fusión de esas prácticas y discursos, podemos tener en cuenta la definición de desmanicomialización propuesta por Faraone (1993) como el conjunto de experiencias llevadas a cabo por grupos políticos y técnicos cuyos objetivos simbolizan una redefinición de las prácticas en el área de la salud mental y que se oponen a la Institución Psiquiátrica o manicomio como instancia de cronificación, segregación y custodia más que como herramienta terapéutica.

Para culminar esta sección se resume que, en el marco de esta investigación, la desmanicomialización es entendida como una construcción cooperativa entre sujetos provenientes de diferentes ámbitos, con saberes y prácticas diversas, buscando formar redes solidarias para legitimar las diferencias con los otros y no simplemente disgregarlas. Se la toma como una tarea a realizar que implica reflexionar sobre nociones preestablecidas como la salud o la enfermedad mental, cuestionar las nociones de rehabilitación y reinserción social implicando no sólo a los profesionales del área sino también a la sociedad, buscando incidir colectivamente a nivel político, cultural y económico en el desarrollo de políticas públicas que apunten al rescate la subjetividad de la persona que emplea, en determinado momento de su vida, servicios de atención en salud mental; optando por la creación de dispositivos alternativos al hospital monovalente.

Metodología

Considerándolo un instrumento que permite ilustrar cómo se manifiestan las representaciones sociales sobre la desmanicomialización, se empleó el análisis del discurso, tal como Wodak y Meyer (2001) lo comprenden, es decir como un enfoque interdisciplinario que se ocupa de analizar las relaciones de dominación, discriminación, poder y control, tal como se manifiestan a través del lenguaje, entendiendo el discurso como creador de conciencia.

Bajo este precepto se analizaron, a partir de entrevistas semi-estructuradas, los discursos de nueve profesionales del área de de salud mental del departamento Central y Asunción del Paraguay, y que prestan o prestaron sus servicios en el ámbito público-estatal. Entre los entrevistados, se encuentran profesionales de las áreas de medicina, psiquiatría, psicología y trabajo social, quedando explicitada la formación y ámbito de desempeño profesional de cada uno de ellos en el cuadro siguiente.

Cuadro 1. Formación profesional y áreas de desempeño de entrevistados.

Entrevistado	Formación	Desempeño profesional actual
P(HC)	Medicina. Universidad Nacional de Asunción Especialización en psiquiatría en Francia.	Hospital de Clínicas (HC). Psiquiatra voluntario en la penitenciaría Tacumbú. Docente en la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción (UNA).
P(APS)	Medicina. Universidad Nacional de Asunción Especialización en psiquiatría en Cuba. Antropología. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”.	Red de Atención Primaria de Salud (APS). Clínica, salud mental comunitaria. Foro Permanente de Salud Mental. Docente en la Facultad de Ciencias Médicas (UNA).
P(HP)	Medicina Universidad Nacional de Asunción Formación en psicodrama, terapia sistémica, terapia narrativa y dialógica, construccionismo y gestalt.	Hospital Psiquiátrico, departamento de Rehabilitación. Docente en la Facultad de Ciencias Médicas (UNA). Instituto de Previsión Social. Centro de Salud de San Lorenzo.
S(FUNDAR)	Psicología. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”. Psicoanálisis a través de grupos de lectura con profesionales de la Asociación Psicoanalítica de Argentina.	Fundación Andrés Rivarola Queirolo (FUNDAR). Docente colaboradora en la Facultad de Ciencias Médicas. (UNA). Foro Permanente de Salud Mental.
P(UVES)	Medicina Universidad Nacional de Asunción Especialización en psiquiatría en	Hospital Psiquiátrico, Comunidades terapéuticas. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Jefatura del

	Génova.	Departamento de Reinserción Social. Programa AMAR (Atención a Menores de Alto Riesgo). Unidad de Salud Mental en Pedro Juan Caballero. Foro Permanente de Salud Mental. Docente en la Universidad de Villarrica del Espíritu Santo. (UVES)
P(MNPT)	Medicina Universidad Nacional de Asunción Especialización en psiquiatría. Universidad Nacional de Asunción.	Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT), Colaboración en la Dirección Nacional de Salud Mental, Colaborador. Foro Permanente de Salud Mental.
T(PUENTE)	Terapia ocupacional en Alemania. Formación en mediación de conflictos.	Servicio Voluntario Mennonita Centro día “El Puente”.
P(HAVISO)	Medicina. Universidad Nacional de Asunción. Formación en psicodrama, terapia sistémica y construccionismo social Metodología en la investigación Didáctica universitaria Análisis de competencias y elaboración de proyectos.	Docente en la Facultad de Ciencias Médicas (UNA). Hospital de Clínicas. Programa Habilidades Para La Vida Social (HAVISO), Colaborador en la Dirección Nacional de Salud Mental.
S(IPS)	Psicología. Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”. Psicoanálisis. Formación en políticas sociales y municipalización en Brasil.	Ministerio de Educación y Cultura (MEC). Unidad de Educación Especial, FUNDAR, Foro Permanente de Salud Mental. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Fuente: Elaboración propia.

Para la asignación de códigos se combinaron la sigla correspondiente a la formación, seguida de la que corresponde a institución en la que en la actualidad los entrevistados desempeñan sus funciones, entre paréntesis.

Formación: P: Psiquiatra; S: Psicólogo; T: Terapeuta Ocupacional

Desempeño profesional: HC: Hospital de Clínicas; APS: Atención Primaria a la Salud; HP: Hospital Psiquiátrico; FUNDAR: Fundación Andrés Rivarola Queirolo; UVES: Universidad de Villarrica del Espíritu Santo; MNPT: Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura; PUENTE: Centro día “El puente”; HAVISO: Programa para las Habilidades Sociales; IPS: Instituto de Previsión Social.

Seis de nueve de los participantes tienen formación en psiquiatría y realizaron sus residencias en el Hospital Psiquiátrico de Asunción, por lo que conocen el modelo de atención bajo el cual se rige la institución. Uno de los entrevistados aún desempeña sus funciones en el nosocomio.

Así también, es de notar el hecho de que dos de seis de los profesionales que se formaron en psiquiatría, pudieron realizar cursos de especialización en el exterior, ya sea en coordinación con profesionales extranjeros o bien en otros países. Podemos ver la influencia de esto en el

ámbito en que se desempeñan, por ejemplo un profesional formado en Italia en el periodo de auge de la Psiquiatría Democrática buscó implementar el modelo de Comunidades Terapéuticas en el país.

Como ha sido señalado, los datos analizados fueron obtenidos a partir de entrevistas semi-estructuradas confeccionadas en base a siete ejes en los que se descompuso la conceptualización de la desmanicomialización. Tras la revisión por parte de expertos en el área, quedaron constituidos los siguientes ejes temáticos: 1) salud mental y trastornos mentales; 2) usuarios de servicios de atención en salud mental; 3) métodos y técnicas terapéuticas empleadas; 4) rehabilitación y reinserción social; 5) dispositivos y profesionales encargados de responder a las demandas de servicios de atención en salud mental; 6) Política Nacional de Salud Mental; y 7) desmanicomialización.

Análisis de resultados

Salud Mental

Existe una tendencia, por parte de los entrevistados a definir la de Salud Mental, como el bienestar físico, psicológico y social, P(HC) y P(HP) añaden la dimensión económica, mientras P(MNPT) la dimensión ecológica.

En términos generales la salud mental no se ve como algo estático y perenne, sino que se explica en términos de un dinamismo condicionado por la tendencia hacia el bienestar, el equilibrio y la restitución de la funcionalidad, entendiendo que no se puede alcanzar un estado ideal de salud mental o bienestar completo.

Por otra parte, algunos de los entrevistados se inclinan a entender la Salud Mental en términos de autoconocimiento, autovaloración y autoaceptación, y de participación en actividades colectivas que permitan el desarrollo personal creativo y que impliquen la toma de decisiones, lo que se manifiesta en los discursos de T(PUENTE) y P(HAVISO). También se agregan nociones referidas valoraciones morales, espirituales o hasta religiosas, como lo manifestado por P(UVES) como “ser buena persona” o “estar en paz con uno mismo” según T(PUENTE).

Se agregan además, en particular por el profesional S(IPS), las dimensiones sociales e históricas a las definiciones, exponiendo que en la actualidad no existe un término o concepto capaz de abarcar la complejidad de fenómenos que refieren a la salud mental. Se expone, en los discursos de varios entrevistados, como S(FUNDAR) y S(IPS), una noción que comprende a la salud mental como un derecho universal que implica una conceptualización del sujeto incluido en la sociedad, es decir, vela por su integración, su capacidad de ejercer ciudadanía, y la mejora de las condiciones de desigualdad en las que se encuentra. También, expone el entrevistado P(APS), la definición de salud como “una simple oposición a la locura” resulta reduccionista, agrega: “me parece que son conceptos que están categorizados de manera muy polarizada y ahí tienen muchos problemas los dos... salud-enfermedad, mente-cuerpo, son para mí binarismos que pueden servir para operativizar ciertas cosas pero para la complejidad de lo que dicen estudiar, en la concreta, quedan polarizados”.

Trastornos mentales, enfermedad mental y sufrimiento psíquico

En términos generales, los entrevistados rechazan la categoría de enfermedad mental por representar un cuadro definido con signos, síntomas y curso claro de desarrollo, características que las diferencian de los trastornos por la difusión de los factores previamente citado. Así también se emplean términos como “sufrimiento o padecimiento psíquico”.

P(HP) manifiesta “las enfermedades pueden ser crónicas o agudas, o sea que duran de por vida pero que ninguna internación tiene que ser de por vida...”. Así, entre los fenómenos que engloba la enfermedad mental se citan, desde “la psiquiatría clásica” a los trastornos mentales severos, que pueden ser agudos o crónicos.

P(HC) asocia los trastornos mentales como una dificultad, la falta de capacidad o la limitación recursos para sobrellevar una situación determinada; “el ser humano se enferma porque no puede superar una situación de sufrimiento”. Éste está determinado por factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y espirituales. Se manifiesta en los problemas de relacionamiento con uno mismo y con los demás, así como con la disminución de la capacidad creativa y funcionalidad de la persona, según entrevistados como P(HP), T(PUENTE) y P(HAVISO). En este caso se puede hablar, en términos de P(HAVISO) de “trastornos

relacionales”. Entre los que se pueden encontrar problemas de dependencia a las sustancias, violencia doméstica y problemas interpersonales, principalmente en la adolescencia.

Entrevistados como P(HC), P(APS), P(HP), S(FUNDAR), T(PUENTE), P(HAVISO) y S(IPS), al hablar de sufrimiento psíquico plantean el alejamiento de las categorías diagnósticas clásicas y se prioriza el malestar del sujeto en la etapa de la vida y momento histórico en el que se encuentra, por ejemplo S(FUNDAR) entiende: “...a la locura como una cuestión de exclusión y de aislamiento, que es el modelo hegemónico y que sigue funcionando”. Se asocia, particularmente por el mismo entrevistado, a la alienación y la explotación a las que el sistema somete a los individuos. En ese sentido, el término “locura” se presenta o de propósito, o bien se desliza como un calificativo peyorativo.

A excepción de P(APS), S(FUNDAR) y S (IPS), los entrevistados identifican a los trastornos mentales con la psicosis, en particular con la esquizofrenia.

Usuario de los servicios de salud mental

Para definir a lo que en el marco de este trabajo conceptualizamos como usuario de servicios de atención en salud mental, los entrevistados emplean los siguientes términos: “loco”, “enfermo”, “persona con padecimiento psíquico”, “usuario”, “paciente”, “persona portadora de trastornos mentales”.

Podemos observar, en este sentido dos tendencias en las respuestas de los entrevistados. Una, que se expone en los discursos de los entrevistados P(APS), S(FUNDAR) y S(IPS), y cuestiona el rol del profesional como quien determina o categoriza el malestar del sujeto, se cuestiona el término en sí como una construcción social que deviene de relaciones de estigmatización y exclusión. En este caso el papel del usuario es asumir de nuevo sus roles de manera activa, su participación ciudadana y su capacidad creativa. Se rechaza la concepción centrada en la enfermedad y la disminución de síntomas del usuario.

Desde una mirada que P(HP) califica como “integral” de la salud, manifiesta que “todos somos usuarios” ya que la salud mental, también es área de interés de la Salud Pública. Se comprende, desde los puntos de vista de entrevistados como P(HP), S(FUNDAR) y S(IPS), que todos podemos sufrir de una crisis o necesitar intervención en salud mental.

Otra postura, es la que comprende al profesional como capacitado para comprender e intervenir sobre el malestar del sujeto. Esto se revela en frases como las de P(HC) que afirman que el “principal es asumir que es un sujeto que tiene un problema y que necesita ayuda”, o las de P(UVES) cuando afirma que el usuario “es un sujeto que tiene un problema y que necesita ayuda profesional”. Todo esto con el fin de recuperar o asumir habilidades para afrontar las dificultades. El usuario es el otro, “el loco nunca es loco 100% y el enfermo estamos... y los sanos nunca estamos 100% sanos”, en palabras de P(UVES).

Cabe destacar que la comprensión de que el ser diagnosticado o ser usuario conlleva estigmatización atraviesa los discursos de todos los entrevistados. Remarcables son las siguientes expresiones de P(HP): “Yo tengo profesionales con trastornos bipolares que nadie sabe que son, que están trabajando y haciendo una vida totalmente normal...”; y las de T(PUENTE) “¿si hay una persona a la que le falta una pierna y una con esquizofrenia, a quién vas a elegir? no es fácil pero existe la posibilidad”.

Métodos y técnicas terapéuticas: Práctica profesional. Profesionales y trabajadores del área de salud mental.

En este apartado en particular, se presentan en primer lugar, los métodos y técnicas terapéuticas que los entrevistados emplean en su práctica profesional; y en segundo lugar, los mismos exponen sus perspectivas respecto a los demás profesionales y trabajadores del campo de la salud mental.

La mayoría de los entrevistados, como psiquiatras, se encuentran habilitados para indicar psicofármacos como parte de un tratamiento, así también todos ellos cuentan con una formación adicional en algún tipo de psicoterapia.

Todos los entrevistados afirman que la farmacoterapia representa un complemento y no la vía principal del tratamiento. Con respecto a la psicoterapia, a pesar de existir diversas corrientes, lo que se prioriza en general es el “vínculo terapéutico” que permite acercarse al sujeto.

Ambos tipos de intervención estarían destinadas a un objetivo que no se define en ningún caso como la “cura”. En su lugar se habla de “recuperación” por P(UVES), “restitución de roles” en el caso de P(HAVISO), reintegro del “bienestar” en palabras de P(HC) y P(HP),

“funcionalidad” en caso de T(PUENTE) y P(HAVISO), “reparación” en términos de P(MNPT), y P(UVES) agrega la “disminución de síntomas”. Se valoran, para entrevistados como P(HC), T(PUENTE) y S(IPS) además la autonomía y la capacidad para tomar decisiones.

En cuanto al uso de manuales clasificatorios, los más comúnmente empleados, principalmente por psiquiatras, son el CIE-10 y el DSM en sus últimas versiones, además se cita a la GLADP (Guía Latinoamericana de Diagnósticos Psiquiátricos). De los profesionales entrevistados, la mayoría justifica su uso porque representa un aval dentro de los ámbitos institucionales en los que se desempeñan y que requieren cierta formalidad. Por otro lado, todos hacen hincapié en que los diagnósticos no son estáticos, sino que se los califican frecuentemente como “hipótesis diagnósticas”.

Caracterizando la internación, las posturas de los entrevistados señalan como innecesarias y dañinas las internaciones prolongadas. Se critica la tendencia a “masificar y unificar” la atención en Salud Mental expuesta por P(HP). Así también, en general, se comprende que una internación es útil “para contener en momentos de crisis” (T(PUENTE)). Devienen luego dos posturas; la primera, manifestada por P(UVES), P(MNPT), T(PUENTE) y P(HAVISO), asocia la internación a la necesidad de contención frente al sentimiento de desintegración del sujeto, se menciona como requisito para una internación al agotamiento de medidas o dispositivos comunitarios de atención. Una segunda posición, manifestada por P(HC) y P(HP) refiere a la posibilidad de proteger al paciente y/o terceros de posibles amenazas a la integridad física de los mismos.

En lo que respecta a los profesionales y trabajadores del área de la salud mental, se consideran como tales a psiquiatras y psicólogos, menos frecuentemente se citan a médicos generalistas, enfermeros y trabajadores sociales, además se mencionan a terapeutas ocupacionales, educadores sociales, sociólogos, psicoanalistas, promotores de salud, educadores, artistas y referentes comunitarios.

Aparece, en reiteradas ocasiones, la concepción del psiquiatra centrado en la prescripción de psicofármacos, el “enfermólogo”, en términos de P(APS), condicionado por una “psiquiatría veterinaria” según T(PUENTE) enfocada en la patología y no en el sujeto.

P(HP) resiente la “hipocresía” de la sociedad a la hora de criticar las prácticas médicas ya que la praxis resulta de un proceso formativo particular. Se suman voces a la hora de decir que existen profesionales “habilitados por las universidades pero no formados”, en palabras de P(HAVISO), principalmente en el ámbito social.

En cuanto al papel que desempeñan los psicólogos, se critican los déficits en su formación y la falta de orientación en su praxis. P(HC), P(UVES) y P(HAVISO) desconocen si se realiza psicoterapia dentro del Hospital Psiquiátrico de Asunción, para ejemplificar, se expone una frase de P(HAVISO): “como las psicólogas en el manicomio... cómo se mantienen adentro para que la subjetividad no tenga sentido”.

Se suma además la apreciación de entrevistados como P(APS), S(FUNDAR) y S(IPS) respecto a la mayoría de los profesionales y trabajadores del área de la Salud Mental que refiere particularmente a la tendencia de estandarizar la práctica y demostrar resistencia al cambio, lo que se expresa por ejemplo en la siguiente frase de S(IPS): “los más estereotipados, los más enfermos somos los que estamos en el campo de la salud, lastimosamente”.

Rehabilitación y Reinserción Social

Impera la concepción de rehabilitación orientada a la restitución de la funcionalidad de una persona con dificultades que pueden estar generadas por factores endógenos o exógenos. Se asocia al concepto de funcionalidad la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana de manera independiente, se destacan de entre estas actividades a las laborales, como lo manifiesta la expresión de T(PUENTE): “la funcionalidad en el fondo es mucho más importante que el hecho de estar libre de síntomas...”.

Se presentan posturas que afirman que en dispositivos como el Hospital Psiquiátrico o intra-muro no se pueden desarrollar actividades de rehabilitación debido a la gran cantidad de pacientes y al modelo de abordaje, lo que se expone en la siguiente frase de P(HP): “En un hospital, por la cantidad de pacientes, no podés estar haciendo eso porque además no se puede tener toda una infraestructura”.

Por otro lado, P(APS), S(FUNDAR) y P(MNPT) exponen críticas al modelo tradicional previamente expuesto, entendiendo que la rehabilitación es funcional a un determinado sistema

de producción que no hace foco en las capacidades reales del sujeto. Se cuestionan además el rol del “rehabilitante” como lo ironiza P(APS), y la comprensión de que en este proceso está implícita la exclusión social y la estigmatización del sujeto a rehabilitar.

En lo que respecta a la reinserción social, P(HC), P(HP) y T(PUENTE) se acepta que la misma debe comprometer no sólo al sujeto sino a la comunidad que lo contiene, evitando la marginación de la persona. Por otro lado, entrevistados como P(APS), S(FUNDAR), P(MNPT) y S(IPS) expresan además que por definición, reinsertar tiene que ver con un primer momento de exclusión y expulsión por parte de la sociedad, incluyendo a los profesionales de atención en salud mental.

Dispositivos y Modelos de Atención en Salud Mental

Entre los dispositivos más citados por los entrevistados se encuentran el Hospital Psiquiátrico, el Hospital de Clínicas, las Unidades de Salud Mental de la Dirección de Salud Mental y las Unidades de Salud Familiar desde el programa de Atención Primaria a la Salud. Con menor frecuencia, se mencionan dispositivos como los Hogares Sustitutos, el Centro Nacional de Control de Adicciones, las Comunidades Terapéuticas, el Hospital Municipal de Asunción, la Cruz Roja, áreas de atención especializada en hospitales generales como el de Pedro Juan Caballero, San Ignacio, experiencias incipientes en Coronel Oviedo, Ciudad del Este y Encarnación, el dispositivo de asistencia en el Hospital Acosta Ñu, la Secretaría Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad (antiguo Instituto Nacional de Protección a Personas Excepcionales), dispositivos como la Fundación Rivarola Queirolo (FUNDAR) que aborda casos considerados como de “violencia de estado”, experiencias como Psicoroga y Clinitaria que realizan abordajes de carácter comunitario en diferentes barrios de Asunción, también agrupaciones como Alcohólicos Anónimos, asociaciones de padres y/o afectados o grupos religiosos.

De entre estos dispositivos, se tiende a realizar una clasificación general entre “manicomial” y “no manicomial”, o dicho de otra manera “intra muro” o “inter muro” en términos de P(HAVISO). P(APS), S(FUNDAR) y S(IPS) destacan que lo manicomial no se reduce a una sola institución física sino que trasciende la misma.

Por un lado, entrevistados como S(FUNDAR) tienden ver al Hospital de Clínicas como una institución que brinda atención más “humanizante” a los pacientes con trastornos mentales, sin embargo, se desliza que no por ello tiene una “mirada menos psiquiátrica” en palabras del profesional antes mencionado. Se agrega también que otras entidades como Instituto Nacional de Protección a Personas Excepcionales (INPRO) tienen también una mirada manicomial.

Algo distinto ocurre con el Hospital de Pedro Juan Caballero, que según P(IVES) surgió como una iniciativa comunitaria, si bien se lo menciona no se le presta gran interés. S(FUNDAR) lo caracteriza como “el caballito de batalla” de la Dirección de Salud Mental al exponer experiencias de desmanicomialización.

Según P(HC) y P(HAVISO) los Hogares Sustitutos se alejan del modelo manicomial fomentando la rehabilitación y la reinserción social. Un entrevistado en particular, P(HP), realiza fuertes críticas acerca del proceso de selección de los usuarios que pueden acceder a los hogares sustitutos, expresa: “Yo creo que O. y doscientos otros pacientes... no doscientos pero 150 o 160 pacientes pueden irse a los hogares, pero los hogares no te aceptan porque tienen algún familiar... pero tiene un familiar y ya no se acepta en los hogares, pero sin embargo, en los hogares hay algunos que sí tienen familiares y de mucho poder económico, o sea que en los hogares también se entró con...”

La labor de la Dirección Nacional de Salud Mental, es fuertemente criticada por entrevistados como P(APS), S(FUNDAR) y P(UVES), al exponer que la implementación las Unidades de Salud Mental como programa, no cuenta con un lineamiento claro, ejemplifican con que no todas las unidades cuentan con los profesionales indicados. Sin embargo, entrevistados como P(HC), T(PUENTE) y P(HAVISO) destacan el crecimiento del número de unidades a nivel nacional.

El Hospital Psiquiátrico cae más fácilmente en la categorización del modelo manicomial, por todos excepto P(HP), sin embargo no deja de mencionarse que lo manicomial atraviesa instituciones y prácticas, que está relacionado a una forma de ver el mundo y abarca la totalidad de los ámbitos en los que se desenvuelve una persona. Se comprende, por ejemplo, en palabras del entrevistado P(MNPT), que “el modelo hegemónico sigue siendo... que también figura en el imaginario, es decir, que ante una situación en que una familia tienen entre sus integrantes, o la

propia comunidad en un barrio, ¿cuál es la representación que tienen inmediatamente ante una situación?, es el Hospital”.

Se recogen experiencias como las de P(HC), P(UVES) y P(HAVISO), que describen históricamente al Hospital Psiquiátrico de Asunción como una institución marginada hasta en lo que refiere a su ubicación, situada en la antigua calle Luna, un área apartada de la ciudad. O un espacio en el que la “medicina” existía hasta el mediodía, con los médicos instructores y los residentes atendiendo como podían a la enorme población que moraba en el hospital, dando paso a las 12:01, a los capataces y enfermeras que se ocupan de los que habitaban el corralón o fosa que servía de hogar a los pacientes.

En lo que respecta al Hospital Psiquiátrico como dispositivo de atención en salud mental, se considera que el mismo es el principal reflejo del modelo manicomial, esto de nuevo no se aplica para el entrevistado P(HP). Por su parte, P(HC), P(APS), P(UVES) y S(IPS) exponen la absorción presupuestaria y por tanto, de otros recursos a nivel nacional por parte del Hospital Psiquiátrico. Se describe a la institución como la “que comanda todo”, la que “maneja el presupuesto”, según S(IPS). A esto se le añaden las disputas políticas en torno a su manejo y dirección, mencionadas por P(HC).

Desde la perspectiva de P(HP) sin embargo, el Hospital Psiquiátrico es un “hospital especializado” donde los internos desarrollan todas las actividades de su vida cotidiana que a pesar de estar ubicado en un lugar lejano, es accesible. Se considera necesaria la actualización o remodelación de la estructura edilicia, también en la forma de atención entendiendo que para ello es necesario invertir en el presupuesto de la institución, se rechazan las críticas que hacen referencia a su desmantelamiento del Hospital Psiquiátrico en términos de recursos.

Otro punto de vista hace referencia a la necesidad de una institución como el psiquiátrico, lo que se expresa en palabras de P(HC): “es un mal necesario” debido a la falta de dispositivos que intervengan en situaciones de crisis donde la agresividad y la violencia requieren de contención física, es “un sistema donde el factor de contención” prima, según P(MNPT). Se puede denotar esto claramente en la siguiente frase de T(PUENTE): “Y yo no soy tan radical como para decir que no se debería tener, yo creo que hay momentos de crisis cuando necesitás un lugar para contener, pero debería ser lo último, cuando se haya agotado todo lo demás”

Los entrevistados P(APS), S(FUNDAR) y S(IPS) equiparan el Hospital Psiquiátrico con el manicomio, entendiendo que el modelo de abordaje no sólo tiene que ver con el espacio físico sino que se asocia a las prácticas dentro de todas las instituciones manicomiales. El manicomio expresa, según S(IPS) “en carne viva”, es un modelo que excluye doblemente a la locura y la pobreza y expone la desigualdad social lo que entorpece el trabajo en grupo y comunidades, privilegiando al individuo como objeto de estudio e intervención.

Caben mencionar expresiones que hacen referencia al modo de operar de la institución, entre ellas se destaca que la misma, según P(HAVISO), “configura una identidad, necesidades, una naturaleza específica”. Así, se tienen comentarios respecto a la institución que expresan que “uno entra y es tragado de una forma y una mirada y un pensamiento”; P(HP), “el que entre ahí se transforma” S(IPS).

Política Nacional de Salud Mental

En general, se conoce la Política Nacional de Salud Mental (PNSM) como un documento que proclama la descentralización de los servicios de atención en Salud Mental. Los entrevistados, excepto uno P(HP), quien desconoce la Política, formaron parte de su elaboración por medio de talleres que involucraron a varios los sectores de profesionales. Sin embargo, se describen como participantes “periféricos”, “sin mucha injerencia” o de poca participación activa. El entrevistado P(HAVISO) expresa: “no puede de un párrafo borrar los manicomios”.

Frecuentemente se menciona la falta de conocimiento, difusión e implementación de lo propuesto en dicha política. Como factores asociados a este incumplimiento se tiene, para entrevistados como P(MNPT), a la falta de participación actores sociales, portadores de trastornos mentales, familiares, trabajadores del área, etc.; también se mencionan las enormes limitaciones presupuestarias no sólo en el ámbito de la salud mental sino en todo el área de salud. P(HC) menciona que por la falta de un marco legal que verifique su cumplimiento, es muy improbable que se lleve a cabo; otro factor expuesto por P(APS), P(UVES) y P(HAVISO) es el relacionado a injerencias políticas teniendo en cuenta que el documento se creó durante el gobierno de Fernando Lugo, con Esperanza Martínez como ministra de salud y Mirta Mendoza como directora de Salud Mental.

Otro punto tratado por entrevistados como P(HC), P(APS), S(FUNDAR), T(PUENTE) y S(IPS) es el progresivo desmantelamiento por parte de autoridades estatales de estas unidades y de los servicios con orientación comunitaria, para ejemplificar se expone la discontinuidad de la gratuidad en la atención médica y la provisión de medicamentos por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La expresión de T(PUENTE) lo manifiesta claramente: “Ahora con este ministro que volvió a centralizar hasta el pedido de los insumos, no hay signos de descentralización”.

Desmanicomialización

Una posición en particular, la del entrevistado P(HP), reprueba el uso del término desmanicomialización, entendiendo que el Hospital Psiquiátrico de Asunción no representa un manicomio sino una institución orientada al tratamiento de personas con trastornos mentales. Se justifica esta postura exponiendo que la desmanicomialización podría ser parte de una política neoliberal que busca absolver al estado de su responsabilidad en la asistencia, se explica “lo que hacen es largarles a las calles y que son los zombies que andan por ahí, entonces el gobierno no asume su rol”.

La desmanicomialización se expresa, para todos los demás entrevistados, como un proceso que aspira al cambio en la mentalidad de las personas.

De ello devienen tres posturas: 1) la de S(FUNDAR), P(UVES) y S(IPS) que aboga por la “destrucción” del manicomio; 2) otra, la de entrevistados como P(HC), T(PUENTE) y P(HAVISO), que considera necesarias reformas hechas dentro de la institución; 3) y la final que comprende que la desmanicomialización no se reduce a atacar al Hospital Psiquiátrico ya que las instituciones sociales están embebidas por el modelo manicomial y se manifiesta en los discursos de P(APS) y P(MNPT).

Se considera, en todos los casos, necesario que la desmanicomialización esté orientada hacia dispositivos que defiendan la condición de un sujeto participante dentro de su comunidad y en ejercicio de su ciudadanía.

En algunos casos como los de los entrevistados P(APS), S(FUNDAR), P(MNPT) y S(IPS), se toman los lineamientos de organizaciones que defienden los derechos humanos, las

organizaciones internacionales y los planteamientos de elaboraciones como la Declaración de Caracas, además de las experiencias a nivel regional. Se entiende que para iniciar procesos de desmanicomialización es necesario reivindicar a las colectividades excluidas y marginadas, expulsadas del campo social, y dirigidas a la institucionalización.

Se citan como experiencias de desmanicomialización con mayor frecuencia, a la intervención del Dr. Rivarola Queirolo en el Hospital Psiquiátrico de Asunción, las Comunidades Terapéuticas en la misma institución, los Hogares Sustitutos, los aportes del Foro Permanente de Salud Mental, la Unidad de Salud Mental dentro del Hospital Regional de Pedro Juan Caballero. Con menos frecuencia, se mencionan a la intervención de Clinitaria caracterizada como un abordaje de orientación comunitaria, la elaboración de un proyecto de ley con media sanción, los aportes desde el Movimiento por el Derecho a la Salud, Psicoróga con sus programas de reducción de daños, experiencias en comunidades indígenas, planteos dentro de la cátedra de Psiquiatría dentro de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Además se señalan la implementación de protocolos para procedimientos jurídicos con personas que padecen trastornos mentales, proyectos de inserción laboral, la dirección de INSAME (Instituto de Salud Mental) con la promoción de espacios de formación respecto al tema, intentos de formar grupos de usuarios y familiares, y un grupo de debate que se reunía en el Hospital Psiquiátrico.

P(APS) agrega: “hay otras que pueden ser interesantes para pensar pero que no tienen ese rótulo, creo que tienen que ver con... ponele Las Ligas Agrarias, ciertas experiencias comunitarias indígenas que yo desconozco en rigor, que por lo menos elementos, no cayendo en idealización”

Por su parte, P(HP) no reconoce que hayan existido experiencias de desmanicomialización en el país.

Se mencionan limitaciones presupuestarias a la hora de representar los obstáculos para la desmanicomialización. Particularmente, P(MNPT) señala, en concordancia con P(APS), S(FUNDAR), S(IPS), que existe una tendencia a repetir prácticas autoritarias y totalitarias, así como el funcionamiento de una lógica de fragmentación de la memoria. Esto se relaciona a la necesidad de realizar un cambio a nivel cultural, no sólo respecto a esos temas sino también en

referencia a la estigmatización, la exclusión y la expulsión de las personas identificadas con padecimiento mental.

Reflexiones finales

Comprendiendo las representaciones sociales respecto a la desmanicomialización como una forma de contemplar, entender y accionar sobre este proceso, se ha descompuesto su conceptualización en ejes que han permitido su abordaje posibilitando la observación de puntos de convergencia y divergencia entre ciertas construcciones teóricas y las prácticas de los distintos profesionales entrevistados.

Así, observamos tres líneas de pensamiento respecto a las definiciones de salud mental. La primera, más cercana a concepciones médico-hegemónicas, equipara la salud al bienestar y la funcionalidad para ejercer roles adecuados a las exigencias de la sociedad, como trabajar o estudiar. Sin embargo, se presentó una paradoja al exponer que alcanzar un completo bienestar resulta imposible, por lo que se introducen las nociones de dinamismo o tendencias hacia el equilibrio.

En segundo lugar, desde una perspectiva orientada a la asistencia, se definió a la salud mental en términos de autoconocimiento, autovaloración y capacidad creativa, en esta definición se funden nociones morales y hasta religiosas, como el hecho de “ser buena persona”.

Desde una tercera línea de pensamiento, se rechazaron las categorizaciones opositoras por considerarlas incapaces de comprender por completo la definición de salud mental.

Por otro lado, se observó una tendencia a rechazar la categoría de enfermedad mental, por representar esta un cuadro definido con signos, síntomas y curso claro de desarrollo, no obstante, los mismos profesionales que rechazaron tal categoría, calificaron a las personas que padecen trastornos mentales como “enfermos”, o en otro caso, se consideró a un trastorno mental como “una enfermedad como cualquier otra”.

Fueron aceptados en mayor medida términos como “trastornos mentales” y “sufrimiento o padecimiento psíquico”, se comprende que cada uno de los términos empleados tiene una connotación distinta, sin embargo, los mismos son asociados a limitaciones de un sujeto a la hora

de enfrentar una determinada situación, lo que le genera malestar y dificultades en el relacionamiento, sea consigo mismo o con los demás.

Se pudieron observar dos posicionamientos a la hora de definir un trastorno mental, lo que se evidenció en el uso de determinados pronombres, el primer grupo de entrevistados colocó el trastorno mental en el otro, así se aleja y usa la despersonalización hablando de los trastornos o del sufrimiento y no del sujeto. También se presentaron casos en los que los entrevistados se ubicaron en el lugar de las personas con trastornos mentales o hablando en primera persona, expresado esto en frases como “todos somos usuarios”.

La manera de definir al usuario está asociada al contexto del cual el profesional proviene y también a sus concepciones de salud y de “enfermedad” mental, así se presentaron tres posturas respecto al sujeto usuario. La primera asume que el usuario se debe posicionar pasivamente ante el saber médico y aceptar que tiene un problema que éste puede abordar. En segundo lugar, se piensa que el usuario tiene y debe tener siempre un rol activo dentro de su tratamiento, tomando decisiones y participando. Por último, el profesional se equipara con el usuario comprendiendo que su rol como profesional es pasajero y que él puede, y de hecho es, un usuario.

Cabe destacar como transversal la comprensión de que el ser diagnosticado o ser usuario de dichos dispositivos conlleva estigmatización, hecho que no se manifiesta en todos los casos de manera explícita.

En términos generales, los profesionales entrevistados rechazaron el uso del diagnóstico como una etiqueta inamovible que estigmatiza al sujeto; desde el punto de vista más “tradicional” se lo entiende como una hipótesis diagnóstica y desde el punto de vista más “progresista”, se rechazan categorías propias de un modelo hegemónico que usa a la locura para identificar a los sujetos con prácticas cronificantes. A pesar del rechazo manifiesto hacia las clasificaciones nosográficas por medio del diagnóstico, todos los entrevistados expresaron utilizar manuales clasificatorios debido a que así lo requieren los encuadres institucionales en los que ejercen sus prácticas profesionales.

Los entrevistados en su totalidad consideraron dañinas las internaciones prolongadas. La utilidad de las mismas es comprendida en un contexto de crisis, de allí devienen dos concepciones para justificar una internación: una que valida la contención física como

herramienta para impedir que el sujeto se dañe a sí mismo o a los demás, la otra tiene que ver el agotamiento de medidas.

A propósito de los objetivos de las intervenciones consideradas como terapéuticas, subrayamos el hecho de que ninguno de los participantes habló de “cura”, y en particular, se presentó una tendencia, desde los profesionales que formaron parte de movimientos o agrupaciones sociales como el Foro Permanente de Salud Mental o el Movimiento por el Derecho a la Salud, a entender la recuperación como la restitución de la participación ciudadana y la asunción de los derechos

Se entiende que prácticas manicomiales, como la masificación, la sobremedicación, la falta de estimulación, las internaciones prolongadas y el énfasis en la disminución de síntomas positivos principalmente, características no exclusivas del Hospital Psiquiátrico, devienen en la cronificación de los trastornos mentales. Podemos asociar estas prácticas al nuevo rostro que se le está dibujando al modelo médico hegemónico con la neurobiología y la psicofarmacología para configurar nuevas formas de encierro.

Si bien se citaron varios dispositivos de atención en salud mental, el Hospital Psiquiátrico de Asunción es el que se describió con mayor detalle. En general, se tienen dos concepciones en referencia a dicha institución, una que lo equipara a un manicomio en el que se “cronifica” y excluye a las personas; otra que lo define como un hospital especializado. Surgieron a partir de estas posturas, tres posiciones diferentes: una totalmente a favor de la entidad, otra a favor por ser considerado necesaria y, por último, otra totalmente en contra.

Desde la perspectiva que está a favor del Hospital Psiquiátrico se consideró que el mismo corresponde a un hospital especializado en el que se cubren todas las necesidades básicas de las personas internadas, ya que los pacientes viven ahí. Se lo expuso como uno de los pocos dispositivos en los que se realizan intervenciones en crisis y además recibe a las personas que no tienen hogar o que no pueden acceder a los hogares sustitutos.

Por otra parte, se manifestaron críticas al Hospital Psiquiátrico pero aún así se lo consideró necesario debido a la falta de dispositivos capaces de intervenir en situaciones como las crisis. Se entiende, desde esta perspectiva, que la institución debería ser el último recurso a emplear, una vez que se hayan agotado los dispositivos comunitarios de atención.

Con críticas compartidas, se presentó una tercera posición que igualó el Hospital Psiquiátrico a un manicomio que implica una construcción particular acerca de la persona, la salud mental y las “enfermedades mentales”. Esto no lo hace exclusivamente la institución sino que atraviesa espacios constituyéndose en una lógica manicomial.

Con respecto a los profesionales o trabajadores que prestan sus servicios en los distintos dispositivos, los participantes, principalmente consideran que éstos son los psiquiatras y psicólogos; en menor medida incluyen a médicos generalistas, enfermeras y trabajadoras sociales; y con mucha menos frecuencia se consideran trabajadores de salud mental a terapeutas ocupacionales, educadores, sociólogos, psicoanalistas, promotores de salud, artistas y a referentes comunitarios.

A partir de lo expuesto, podríamos decir que sigue imperando, a pesar del surgimiento de nuevas líneas discursivas y de abordaje como lo exponen las experiencias del Foro Permanente de Salud Mental, las Comunidades Terapéuticas o el Hospital de Clínicas, una perspectiva que ubica al usuario de los servicios de salud mental como objeto de estudio e intervención del psiquiatra en mayor medida, y del psicólogo en menor medida. Aún más notable resulta la conservación de la idea que asocia al usuario de servicios de atención en salud mental con la peligrosidad y la violencia, justificando el uso de contención física y la medicalización del malestar. Así también, la situación social, cultural y económica a nivel nacional representa un factor determinante en la constitución del Hospital como la primera opción para la atención en el área de salud mental dentro del imaginario social.

Habiendo tomado en consideración la Política Nacional de Salud Mental como eje orientador en lo referido a la propuesta de desmanicomialización edilicia, cultural y presupuestaria, resultó clave la caracterización de la misma por parte de los entrevistados como un documento sin relevancia, todavía más hoy en día debido al desmantelamiento de dispositivos comunitarios y la invalidación de la gratuidad de la atención en el ámbito de la salud o la provisión de medicamentos, medidas impuestas durante el gobierno de Fernando Lugo. Cabe añadir además, que en setiembre del 2015 se comunicó que a partir de disposiciones del presidente Horacio Cartes la entidad Binacional Itaipú se comprometió a la provisión de 2.500

millones para la ampliación del Hospital Psiquiátrico de Asunción, lo que representa un claro quiebre entre las propuestas de la Política y las estrategias implementadas por los entes estatales.

Para responder a la pregunta que motivó esta investigación, se exponen a continuación, las diferentes representaciones sobre la desmanicomialización manifestadas por los profesionales entrevistados.

Un entrevistado en particular rechazó el uso del término desmanicomialización, exponiendo que los únicos manicomios que existen son los mentales y que el hospital psiquiátrico es una institución especializada en el área.

Para los entrevistados que aceptaron la denominación de desmanicomialización, se la equiparó al cambio en la mentalidad de las personas, cambio que refiere a la mirada que se tiene sobre la salud mental, los trastornos mentales, la persona que los padece, los modelos de abordaje, y cambio que representa un deseo, una utopía. Podríamos inferir que considerar a la desmanicomialización como un ideal inalcanzable se relaciona a experiencias previas de los entrevistados, experiencias que se vieron truncadas por distintas razones como la falta de voluntad política, la falta de interés de diferentes sectores sociales, falta de presupuesto, entre otros motivos.

Lograr un proyecto de desmanicomialización desde la perspectiva de los participantes, requiere un trabajo intersectorial, sin embargo esa intersectorialidad se limitó a profesionales del campo, despreciando actores de disciplinas como el derecho, la sociología, la arquitectura, la economía, etc.

A nivel cultural, existen construcciones sociales que no sólo hacen de la salud mental un tema difícil de discutir, sino que se llega al punto de silenciar los debates que puedan surgir alrededor de la misma.

Resulta claro que, incluso en profesionales que defienden la desmanicomialización, quedan vestigios de prácticas de carácter manicomial orientadas por el Modelo Médico Hegemónico centrado en lo biológico. En este sentido, se presentan discordancias entre lo manifestado y la práctica, sin embargo, es importante entender que estas contradicciones no necesariamente tienen una connotación negativa y deben ser eliminadas, todo lo contrario, se considera necesario reconocerlas y trabajarlas para avanzar en los distintos proyectos.

La fragmentación de los espacios que deberían atender a las personas en el área de salud mental, la desmemoria acerca de los procesos iniciados respecto al tema y el rechazo hacia las diferencias, no hacen más que dificultar la integración de grupos de trabajo que se puedan sostener a través del tiempo e incidir en las formas de contemplar la problemática y generar cambios rotundos. Aquí podemos agregar que sigue representando un obstáculo integrar miradas distintas y superar las diferencias creando un proyecto común, por lo que resulta paradójico que hablar de superar el manicomio como lugar de expulsión y reclusión de lo diferente.

Resulta importante señalar las limitaciones que se hicieron evidentes en su proceso de construcción de esta investigación. Una dificultad en el plano real, tiene que ver con la imposibilidad de acceder a información provista por la Dirección Nacional de Salud Mental, dejando lagunas en la comprensión de la labor que desempeñan los trabajadores de esa dependencia, como el acceso a datos estadísticos o de materia presupuestaria de las entidades destinadas a los cuidados en el sector. La otra, hace referencia al sesgo respecto a los campos psicológico o psiquiátrico como los únicos capaces de abordar los procesos de salud-enfermedad-cuidado en el área de la salud mental, esto se hizo explícito en el momento de seleccionar a los participantes, de prestar más atención a sus discursos desde sus saberes, los académicamente validados y reconocidos. Otra acotación es la que refiere al empleo del término usuario, discutible en el sentido de que éste adhiere al discurso de efectivizar como mercancía lo que en realidad representa un derecho humano básico.

Para culminar, cabe exponer que queda la impresión de que la desmanicomialización implica la transformación de la mentalidad, pero de la mentalidad del otro. Si bien se reconocen líneas divergentes en lo que respecta a la atención en el área de la salud mental, parece en sobremanera dificultoso superar las críticas y diferencias para intentar un trabajo coordinado desde los distintos posicionamientos respecto a la desmanicomialización, lo que termina reforzando el modelo manicomial y fracturando un posible proceso.

Bibliografía

Basaglia, F. (1972). *La Institución Negada: Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Barcelona: Barral.

Bazán, E. (1993) *Psiquiatría Comunitaria y Atención Primaria en Salud Mental*. En H. Rotondo. (2º Ed.) *Manual de Psiquiatría*. (pp. 625-640) Extraído desde: <https://interpreteenergetico.files.wordpress.com/2013/08/manual-de-psiquiatrc3ada.pdf>

Faraone, S. (1993, agosto). Desmanicomialización. Notas para un debate sobre los procesos de transformación de las Instituciones Psiquiátricas Asilares. *Revista Margen*. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen03/comia.html>

Goffman, E. (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En *Pensamiento y vida social* (pp. 469-494). Disponible en: <https://sociopsicologia.files.wordpress.com/2010/05/rsociales->

Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Poencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Mental. (2011). *Política Nacional de Salud Mental 2011-2020*. Asunción: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la Salud Mental en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1

Reyes, R. (2009) *Diccionario crítico de ciencias sociales*. Universidad Complutense: Madrid, España.

Wodak, R. y Meyer, M. (2001) *Métodos de Análisis Crítico del Discurso*. Barcelona: Editorial Gedisa.