

LEY 180

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA EN PERSPECTIVA



Homenaje en
el 40 Aniversario
del fallecimiento
de Franco Basaglia

Dr. Pierluigi Scapicchio
Lic. Adriana Farias
Lic. Marcelo Clingo

COMPILADOR:
Lic. Marcelo González Magnasco



ARTES
AUDIOVISUALES

LEY 180

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA
ITALIANA EN PERSPECTIVA

LEY 180

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA EN PERSPECTIVA

Homenaje en
el 40 Aniversario
del fallecimiento
de Franco Basaglia

Dr. Pierluigi Scapicchio
Lic. Adriana Farias
Lic. Marcelo Clingo

COMPILADOR:
Lic. Marcelo González Magnasco

Farías, A. y González Magnasco, M. (comp.)
Ley 180. La Reforma Psiquiátrica Italiana en Perspectiva.
Buenos Aires: Publicaciones - DAAV (UNA). 2023

ISBN en trámite

Franco Basaglia

Nacimiento de la Ley 180/78

Franco Basaglia (1924-1980) fue un reconocido psiquiatra y ensayista italiano, considerado uno de los padres de la denominada “desmanicomialización”. Estudió medicina en la Universidad de Padua, de donde egresó con el título de especialista en Psiquiatría. Desde muy temprano estuvo interesado en brindar a los enfermos psíquicos la oportunidad de insertarse en el entorno social que les rodea y no conducirlos directamente al manicomio. Por el contrario, luchó por abrir las puertas del encierro y comprender que los enfermos mentales eran parte de la sociedad y no se los podía excluir. Promovió y militó la Ley 180 que ordenó el cierre de los manicomios para abrir servicios en los territorios. Hoy, conocida como “Ley Basaglia”, constituye una referencia internacional para establecer y fortalecer el paradigma de la salud mental comunitaria.

Basaglia fue un gran defensor de los derechos de las y los enfermos mentales que, desde su perspectiva, eran además de todo víctimas de un entorno social que los rechazaba y de una medicina atrasada que había perpetuado unas prácticas sanitarias más perjudiciales que beneficiosas. “Bajo toda enfermedad psíquica, hay un conflicto social.”, fue una de sus citas más conocida. Era necesario realizar una reforma revolucionaria en la manera de entender la salud mental y a quienes la padecen. No sacarle derechos sino volver a otorgárselos.

Esta Ley significó para Italia un proceso nacional de eliminación de los hospitales psiquiátricos que concluyó en el cierre definitivo de estas instituciones y a la progresiva creación de servicios basados en el territorio, que permiten a las personas que sufren de problemas de salud mental, de conducir su vida en un normal contexto social. Fue la primera en el mundo que ha cambiado radicalmente las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría.

Cuando asumió como Director del hospital psiquiátrico comenzó a desarrollar lo que se consideró la “antipsiquiatría”. Con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, y con la oposición total de los sectores más reaccionarios de la sociedad italiana, encabezados por algunos representantes de la psiquiatría tradicional, Franco Basaglia consiguió convertir a los antiguos manicomios en un espacio de régimen abierto en el que fuera posible el trato directo entre el enfermo y los restantes miembros de la sociedad.

Es que al asumir la dirección del hospital psiquiátrico de Trieste, Franco Basaglia formó un grupo de jóvenes médicos, sociólogos, trabajadores sociales, voluntarios y estudiantes de diferentes ciudades italianas y europeas. En su libro *La institución negada* (1968) por primera vez se denunciaba que los hospitales psiquiátricos no podían ser reformados: obedeciendo a normas y leyes de orden público y de control social, no podían cumplir con los objetivos de asistencia y de rehabilitación, siendo más bien productores de enfermedad. Se tenía que ir más allá del manicomio y crear una red de servicios territoriales substitutivos de las múltiples funciones de atención, hospitalidad, protección y asistencia absueltas por los hospitales. Había que cambiar el lugar para poder

cambiar los métodos de la atención psiquiátrica. El reto era muy difícil e inédito en el mundo. No existían conocimientos ni prácticas ni normas jurídicas y legislativas que permitieran realizar el cambio en la atención psiquiátrica en un sentido territorial y comunitario.

La atención tenía que ser desplazada de la enfermedad a la persona en sí misma, con sus necesidades y derechos, y también con sus capacidades y recursos. No sólo había que focalizar en el individuo sino también a su contexto, su red de pertenencia y sus grupos sociales de referencia. Era necesario garantizar un apoyo material y económico, aunque sea transitorio, para que las personas pudieran tener acceso a un ingreso que les permitiera desarrollar una vida digna; condiciones satisfactorias de hábitat, en sus viviendas o en comunidad en residencias protegidas, una inserción al trabajo en relación con sus necesidades; acceso a la instrucción, a la información y capacitación; acceso a contextos y oportunidades de socialización, para realizar diferentes actividades en el tiempo libre.

De esta forma, y desde entonces, Trieste vive sin manicomio. Un único lugar de atención, el manicomio, ha sido sustituido por 40 diferentes servicios, que garantizan distintas funciones y tareas, entre las cuales se destaca la atención domiciliaria. Esto permitió una reducción significativa del gasto público para la atención psiquiátrica.

Los Centros de Salud Mental, que operan durante las 24 horas se encuentran en cuatro áreas geográficas de la ciudad. Proporcionan atención médica y social, rehabilitación psicosocial y tratamiento para los episodios agudos. Para las

personas que necesitan ayuda a largo plazo, se han creado apartamentos que hospedan a pequeños grupos, en un ambiente agradable. El Servicio Habitación y Residencia coordina estos apartamentos, las actividades de habitación e integración social, con talleres y proyectos en toda la ciudad. Creando oportunidades de trabajo, se ha podido garantizar una integración efectiva en el entorno social. El servicio está organizado para intervenir en los diferentes lugares donde se encuentra el usuario, en su hogar, en el hospital, en un hogar para ancianos, en la cárcel, y en el hospital psiquiátrico judicial. Cada Centro tiene las siguientes características:

- Para acceder a los servicios de salud mental, la persona interesada, o sus familiares, parientes, amigos, vecinos, pueden comunicarse con el Centro de Salud Mental del territorio. La consulta se desarrolla con pleno respeto de los derechos de confidencialidad y se asegura que aún que sean otros quienes solicitan la intervención del servicio, la persona interesada sea la que manifiesta su malestar y solicitud de apoyo. También el Servicio Psiquiátrico del Hospital General puede pedir la intervención para las personas cuya solicitud llegue a sus estructuras de urgencia.
- No hay listas de espera y la primera entrevista se desarrolla adentro de las 24 horas. La solicitud es recibida por el personal de servicio después de la entrevista inicial, un psiquiatra o psicólogo, colaboración con el equipo, hacen una primera evaluación, tomando en cuenta los problemas presentados, y definen la oportunidad y consistencia del tratamiento.

- La respuesta y el plan de tratamiento terapéutico son adaptados a los problemas y a las necesidades particulares de las personas. El servicio no ofrece intervenciones estandarizadas, sino más bien intervenciones que sean las más personalizadas posible.
- Es responsabilidad del Departamento también eliminar toda forma de discriminación, estigmatización y exclusión de las personas con problemas de salud mental, participando activamente en la promoción de sus derechos de ciudadanía.
- El Departamento asegura que los servicios de salud mental operen como una organización única y coherente, en coordinación con otros servicios del territorio, con la comunidad y sus instituciones.
- El Departamento se encarga también de actualizar y capacitar a todos los profesionales y operadores del territorio, de otras regiones italianas y de otros países. En el conjunto de servicios coordinados por el Departamento operan 220 profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, técnicos de rehabilitación), personal de las cooperativas sociales, practicantes y voluntarios de otras ciudades, regiones y países del mundo.
- Hospitalidad de noche, por períodos variables de tiempo, para responder a las crisis, para proteger frente a riesgos específicos permitir la distancia entre el paciente y su familia.

- Hospitalidad durante el día, para dar protección en situaciones de crisis o tensión, monitorear la terapia farmacológica, dar apoyo psicoterápico y organizar actividades de reinserción.
- Visita ambulatoria para la consulta inicial y para seguir la evolución del plan de tratamiento.
- Visita domiciliaria, para conocer las condiciones de vida de la persona y de su familia, mediar en los conflictos y las relaciones de vecindad en situaciones de crisis, para suministrar medicamentos, acompañar a las personas en hospitales, oficinas públicas o lugares de trabajo.
- Trabajo terapéutico individual, para conocer y profundizar los problemas y las condiciones de vida de la persona, buscando salidas y construyendo nuevos equilibrios.
- Trabajo terapéutico con las familias, para verificar y analizar dinámicas y conflictos, estimular posibles cambios y construir alianzas en el programa terapéutico.
- Actividades de grupo entre operadores, voluntarios, usuarios y familias, para activar una red social que involucre amigos, colegas de trabajo, vecinos u otras personas que puedan desempeñar un papel importante en el proceso terapéutico y de reinserción social.
- Intervenciones de habilitación y prevención, a través de cooperativas, talleres de expresión, la escuela, los deportes, la recreación, grupos de jóvenes y de autoayuda.

- Apoyo a las personas más desfavorecidas y sus familias, a través de subsidios económicos (de integración social, para capacitación laboral y apoyo a actividades de rehabilitación) o remitiendo y acompañando los pacientes a las instituciones que puedan responder a sus demandas.
- Actividades de rehabilitación en el hogar, en los grupos apartamento, en las residencias comunitarias o protegidas, con diferentes grados de asistencia dependiendo de las necesidades de las personas.
- Servicio de respuesta a las llamadas por teléfono, para señalar urgencias, pedir consejos y citas o hacer el punto sobre las actividades terapéuticas en curso.

Desde la aprobación de la Ley Basaglia, la OMS tomó experiencia de Trieste como punto de referencia para un enfoque innovador en la atención psiquiátrica y designó al Departamento de Salud Mental de como Centro Colaborador de la OMS para la Salud Mental. Más de 50 países de Europa y de otros continentes han visitado sus servicios de salud mental para emprender caminos similares¹

1. Información extraída de “Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio”. Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur. Documento elaborado por IDEASS



Un encuentro con el profesor Pier Luigi Scapicchio

La Pandemia del Covid 19 obligó a hacer uso de todos los recursos tecnológicos disponibles para que el aislamiento no se imponga por completo en nuestras vidas personales y profesionales. Las agendas se llenaron, de esta manera, de conversatorios, reuniones por zoom, conferencias virtuales, etc. Fue una gran posibilidad para acercarnos en medio de la distancia. Así se gestó este encuentro entre la ciudad de Buenos Aires, Argentina y la ciudad de Roma, Italia.

Para hablar sobre la Ley 180/78 y el aporte de Franco Basaglia a la salud mental, un grupo de docentes del Posgrado en ArteTerapia de la Universidad Nacional de las Artes mantuvo un encuentro virtual con el profesor Pier Luigi Scapicchio.

El material que presentamos a continuación es una edición de esa charla ocurrida un día cualquiera en medio de la última pandemia que atravesó la humanidad.

Escritos



Por Marcelo González Magnasco

Durante la pandemia, un martes 27 de octubre del 2020, organizamos el conversatorio virtual “Ley 180/78: La reforma psiquiátrica italiana en perspectiva” desde el Departamento de Artes Audiovisuales y, particularmente, desde el Posgrado de Arte Terapia, teniendo como pretexto recordar a Franco Basaglia, a 40 años de su fallecimiento. Nos pareció importante tener en cuenta esta situación dentro de lo que es el desarrollo histórico de la psiquiatría y del trabajo de la salud mental, más aún en ese momento tan complicado, en ese hecho inédito que fue pandemia. Estábamos atrapados en la Pandemia, cuando el futuro era aún más incierto de que lo suele ser. Nos pareció que era un buen momento reflexionar sobre la idea, el concepto, de la sensación de encierro y aislamiento. Una sutil condena al “Noli me tangere”.

Por supuesto no es la primera pandemia que atraviesa la humanidad, pero sí la primera que atraviesa la humanidad en su conjunto. Lo cual es una situación inédita y a la cual las instituciones tuvieron que adaptarse. En marzo del 2020 nadie imaginó que todas nuestras clases en la universidad iban a ser dadas en forma remota y que, como decía siempre, de alguna manera en chiste, cuando daba la bienvenida agradecía que estén en mi computadora y que me permitan, también, estar en la suya, en esta situación tan particular que, vivimos y que nos fuimos haciendo expertos en cosas que hacía pocos meses nos sabíamos que existían como las reuniones virtuales, los conversatorios virtuales y esa herramienta que repentinamente entró en nuestras vidas: el zoom.

Recordamos a Franco Basaglia a través de una Ley de la que fue el principal promotor, la Ley 180 del año 1978 y le pusimos a este libro el título *La reforma psiquiátrica italiana en perspectiva*. Esta Ley, que hasta hoy se conoce como «ley Basaglia», se aprobó en mayo de 1978, de modo que fue discutida en medio del clima político extraordinariamente tenso, conocido como los años de plomo, que se había desencadenado en Italia tras el secuestro de Aldo Moro, el 16 de marzo de ese mismo año, y el posterior hallazgo de su cuerpo asesinado, 55 días más tarde. Constituyó el primer texto legal que estableció diferentes derechos para las personas con diversos trastornos mentales. Casi cincuenta años después, la Ley Basaglia aún continúa vigente en Italia.

Fueron múltiples los cambios que la Ley logró, que no debe reducirse al proceso de deshospitalización de las personas con algún tipo de trastornos mentales. Italia es uno de los países occidentales con menor número de camas hospitalarias por habitante destinadas a cuadros psiquiátricos y que cuenta con la mayor cantidad de centros de intervención social, con apoyo estatal en su financiamiento y participación de los propios beneficiarios en sus propios procesos.

Nos pareció muy interesante contar con la presencia del profesor Pier Luigi Scapicchio, que es docente en psiquiatría y neurología, Presidente de la Asociación Italiana de Psiquiatría, y autor de una gran cantidad de libros y de artículos especializados. Está también en este conversatorio la Licenciada Adriana Farias, directora del Posgrado en Arteterapia del Departamento de Artes Audiovisuales de la UNA y Marcelo Clingo que, además de docente del Posgrado y de la carrera de grado, es Presidente de la Asociación de

Psicólogos de Buenos Aires, donde viene llevando adelante un trabajo realmente importante, y actualmente está en la secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas, conocida como Sedronar, en la Dirección Nacional de Investigación y Estadística. No quiero olvidarme de agradecer por su ayuda y participación Massimo Carbonari y a José Manuel del Río, con quienes nos conocemos desde hace un tiempo y quienes nos ha facilitado toda la conexión, ya que el profesor Pier Luigi se encuentra en Roma, en el Vaticano exactamente.

Agradecemos a todos los que nos hayan permitido iniciar este conversatorio internacional.



Por Pier Luigi Scapicchio

Soy uno de los tres sobrevivientes de la elaboración de la Ley inspirada en Franco Basaglia, quien fue un gran amigo, la llamada Ley n°180/1978. Espero poder transmitir el significado revolucionario que significó esta Ley y la importancia que tuvo, no sólo en la atención de la salud mental de mi país, sino también para lograr un cambio cultural y moral radical en la sociedad. Empecemos por la comparación de la dimensión asistencial del hospital psiquiátrico y la psiquiatría ejercida en el lugar de vida del paciente. Lo que llamamos psiquiatría territorial es posible porque el sistema de salud italiano está dividido en unidades de salud locales correspondientes a un territorio limitado en el que se brinda toda la atención médica.

Hay cinco puntos fundamentales en esta Ley:

1. En el hospital psiquiátrico solo se practica la custodia, en cambio la psiquiatría territorial se basa en la continuidad de la prevención, tratamiento y rehabilitación.
2. Se realiza la internación en el hospital psiquiátrico por defensa social. Hoy la hospitalización es solamente un elemento de continuidad terapéutica.
3. La hospitalización en el hospital psiquiátrico siempre se hizo con la fuerza pública, la policía, en la que el médico haya certificado directamente la necesidad de hospitalización. Hoy, la hospitalización es siempre la máxima autoridad sanitaria de

la ciudad. Se realiza con una ambulancia y dos enfermeros profesionales acompañados de la policía municipal que intervienen solo en caso de peligro. En Italia la policía municipal no está armada. Se requieren dos certificados de dos médicos diferentes, médicos de medicina pública, no médicos privados, y el juez titular debe autorizar la hospitalización dentro de las 24hs.

4. La psiquiatría no se separa del resto de la medicina. Hoy se cura el paciente, incluso por medio “internísticos”, en hospitales generales.

5. La internación en el hospital psiquiátrico determinó siempre la deshistorización y cosificación del paciente. El paciente se convirtió en un fantasma.

El modelo asistencial de la Ley 180/1978, en esencia, presenta algunas características para destacar. Por un lado, hay un cambio de paradigma en el sentido de Thomas Kuhn: la ciencia avanza a través de cambios de paradigma, por ejemplo, el paradigma ptolomeico fue reemplazado por el copernicano. Es la tierra la que gira alrededor del sol y no al revés. Aquí la transición del hospital psiquiátrico a la psiquiatría territorial fue un verdadero cambio de paradigma.

Por otro lado, el artículo 34 de la Ley, regula el establecimiento de servicios departamentales que desempeñan funciones preventivas, curativas y rehabilitadoras relacionadas con la salud mental. Nace la red que nosotros llamamos Red de Servicios Psiquiátricos. En el centro está el paciente; la bisagra es el centro de salud mental que realiza todas las actividades ambulatorias. El médico de familia es el

intermediario entre el paciente y el centro de salud mental. Tenemos estructuras residenciales, centros de día y el servicio psiquiátrico de diagnóstico y cura.

Además, señala la contraposición entre salud mental vs. psiquiatría. En Italia se prefirió un Departamento de Salud Mental y no de Psiquiatría. La psiquiatría es sólo un componente que contribuye a la salud mental, un estado de bienestar global, también determinado por factores biológicos, ambientales y más ampliamente sociales. Este modelo nació en 1977, descrito en un artículo histórico de George Engel, en contraposición al modelo dominante en ese momento que era el biomédico. El modelo biomédico no deja lugar a las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales inherentes a la enfermedad. En las intenciones del doctor, el modelo biopsicosocial que propuso, podría haber proporcionado una dirección programática para la investigación, un marco de referencia para la docencia y un modelo para tomar. Se basó en dos grandes patologías: la esquizofrenia y la diabetes, demostrando como el modelo biomédico era incapaz de captar la compleja etiopatogenia y la consecuente complejidad terapéutica. Los conocimientos y habilidades profesionales básicos del médico, deben incluir los aspectos sociales, psicológicos y biológicos para poder decidir y actuar en interés del paciente que está involucrado. En esta intersección, los factores psicológicos culturales, fisiológicos, fisiopatológicos y ambientales, contribuyen al modelo de nacimiento de la Ley 180/1978.

Después de 42 años del nacimiento de la Ley

Por un lado, vivimos un presente caracterizado por la desaparición de la comunidad, según el famoso análisis de Zigmunt Bauman. La comunidad social tradicional, la comunidad local garantizada ha desaparecido de alguna manera. Todo lo que tiene que ver con la comunidad está muy reducido, en principio porque hoy no existe la comunidad, sino lo que existe es la comunidad social que es como una red compuesta por átomos separados entre sí. Vivimos 20 años en un sueño, y después, vino la dificultad de mantener una situación social en este sentido, porque siempre se acaba en el mismo tema: el dinero. ¿Dónde se invierte hoy el dinero de la sanidad? En la medicina tecnológica. La parte social es muy activa y sobre todo el trabajo de los voluntarios en este sector es lo que está sosteniéndola. Es sobre todo en las cooperativas mixtas, donde están mezcladas personas sin problemas mentales y personas con problemas mentales, donde se ve un trabajo muy activo en este sentido. Por otro lado, la Ley 180/1978 fue diseñada especialmente para pacientes psicóticos que representaban a la mayoría de los internados en los hospitales psiquiátricos. Hoy, sin embargo los servicios psiquiátricos son utilizados por millones de personas que padecen de trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos depresivos, trastornos de personalidad y otras tantas patologías.

En la actualidad, estamos atravesados por la paulatina disminución de los recursos económicos. En Italia, en 15 años se ha podido construir desde cero un gigantesco y extenso

sistema de asistencia, pero hoy esto ya no sería posible en ningún lugar del mundo. Benedetto Saraceno, que fue Director General de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, en un artículo en "World Psychiatry", dice que cuando se reducen los recursos económicos se necesitan nuevos paradigmas, pero cuáles pueden ser estos nuevos paradigmas es el gran interrogante en la actualidad.

Si hablamos de perspectivas el panorama es muy negro. El futuro realmente será muy negro para esta pobre gente. La única cosa positiva es que la psiquiatría tiene los mismos problemas que cualquier sector de la sanidad, en un tiempo tenía problemas específicos, pero ahora los comparte con todos los sectores sanitarios.

Otra factor que hay que destacar en el desarrollo de este nuevo paradigma en salud mental creado por Basaglia fue el de la incorporación de diversos talleres para los pacientes. Antes, había mucha actividad artística por parte de los enfermos, pero no se le daba ninguna importancia dentro de esas estructuras. Posteriormente, se organizaron muchísimas exposiciones de internos de los hospitales psiquiátricos. Basaglia entendió que había que liberar esas potencialidades que estaban reprimidas en los enfermos que se encontraban en estas estructuras, en los manicomios. Todo lo que se hizo después para liberar esas potencialidades del paciente es lo que llevó al cambio de Basaglia en salud mental en Italia. Es decir, lo que se propuso con el cambio de Ley fue que el enfermo psiquiátrico fuera atendido como se atendía a los enfermos de cualquier otro sector de la sanidad pública italiana. Así es como el arteterapia está integrado en todos los hospitales y centros de atención donde se tratan a los

enfermos psiquiátricos, pero en Italia todavía no hay un reconocimiento como si fuera un empleo para estas personas, un trabajo remunerado. Todos los centros de salud y hospitales que tratan enfermedades psiquiátricas tienen personas especializadas para que realicen esta práctica con los enfermos.

Muchos cambios fueron posible porque hubo una transformación radical en la formación de los profesionales. Antes se carecía de formación en los hospitales psiquiátricos. Cuando un médico no sabía qué hacer, iba al manicomio a trabajar. Ahora, son cinco años para la especialización del psiquiatra y todo está basado en la asistencia territorial, en toda la estructura sanitaria que existe en Italia. Son dos años básicos de formación y se trabaja muy temprano en territorio en contacto con los enfermos. Paralelamente, los que quieren hacer psicoterapéutica, se forman específicamente hacia la psicoterapia. Es una gran satisfacción que hoy ser psiquiatra equivale a ser médico. Antes, ser médico de los locos era como ser de segunda clase. Recibían el sueldo que era la mitad del médico normal y corriente.

Lamentablemente, un nuevo Franco Basaglia no nace todos los días y la psiquiatría siempre quita tiempo en la sociedad en la que se la practica. Así escribe Jack Hoffman un psiquiatra francés muy famoso en los años de la revolución cultural del '68, en el siglo pasado: "Nosotros los psiquiatras somos sólo los funcionarios de una empresa en particular a quienes se les paga para responder su pregunta y posiblemente para aclarar esa pregunta. Nuestro poder no es el que nos permite determinar el futuro de esta empresa. La psiquiatría que practicaremos se ajustará a la sociedad y a la condición que

estará reservada para la locura. Si la sociedad es tecnocrática, practicaremos la psiquiatría tecnocrática, si la sociedad es revolucionaria practicaremos una psiquiatría revolucionaria y si la sociedad está alienada, ya no practicaremos ninguna psiquiatría". Estas palabras parecen llevar a la resignación, al terrorismo, pero quisiera terminar con una palabra de esperanza: Franco Basaglia no tenía un camino trazado frente a él. Las palabras del poeta Antonio Machado se aplicarían a su vida y su trabajo: "caminante no hay camino, se hace camino al andar". En esto estamos.



Reflexiones a 12 años de la sanción de la Ley 26657

Por Marcelo Clingo

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en 2010, es el resultado de una construcción colectiva, multiactoral, diversa, que implicó un proceso de debate, acuerdos y elaboraciones que requiere ser revalorizado.

Organismos de Derechos Humanos, universidades, gremios, asociaciones profesionales, agencias gubernamentales, trabajadores de hospitales y centros de salud, personas usuarias, es decir una multiplicidad heterogénea de actores conformaron un colectivo, que fue capaz de encontrar el acompañamiento político necesario para que el mencionado proceso, deviniera en ley.

Resulta imprescindible detenerse en que su formulación supone un cambio de paradigma, que ha implicado que sea considerada como una ley de avanzada por la comunidad internacional.

En este sentido podemos situar diferentes aspectos que resumen la potencia de la transformación que la ley implica.

- Propone una perspectiva inclusiva de derechos. Entiende a la salud mental como una problemática de Derechos Humanos.

- Aborda la cuestión de la salud mental desde un enfoque de salud integral, no exclusivamente desde la enfermedad.
- Quiebra el paradigma tutelar, que implicaba una serie que iba de la enfermedad a la peligrosidad, y de ahí al encierro y la medicalización.
- Define a la salud mental como un campo de problemáticas complejo, determinado social, económica y culturalmente.
- Revaloriza las estrategias de abordaje comunitario, evitando la segregación y la estigmatización del usuario de los servicios de salud mental.

La transformación estructural que los cambios normativos mencionados requieren, obligan a pensar en la necesidad de un compromiso político similar al que dio origen a la ley, pero sostenido en el tiempo.

Resulta imprescindible que los decisores sanitarios, que las máximas autoridades políticas se involucren en este cambio, cuya clave reside en un cambio cultural profundo.

Desde su sanción hasta el presente, se han producido avances, detenciones y retrocesos en la efectiva implementación de la ley. También se han ido multiplicando voces criticando su efectividad, y solicitando un nuevo cambio legislativo. Muchas de estas críticas, amplificadas por los medios de comunicación, dan cuenta de un desconocimiento alarmante respecto de los alcances de la Ley, de lo que esta

permite y lo que esta prohíbe. En ocasiones estás críticas se formulan velando los lugares desde donde se enuncian, encubriendo de este modo intereses que el nuevo paradigma, que la ley implica, vino a cuestionar.

La plena implementación de la ley requiere de la profundización de políticas públicas, que vayan en el sentido de las transformaciones concretas que se necesitan. Durante el período 2015-2019 desde el Estado Nacional se llevaron acciones tendientes a detener los incipientes procesos de reforma que se habían planteado a partir de la sanción de la 26.657. El retroceso sufrido, tuvo consecuencias para los actores involucrados en la problemática, especialmente agravando el padecimiento de las y los usuarias y usuarios.

El cambio de gobierno, sucedido en 2019, abrió la posibilidad de recuperar el tiempo perdido. Tanto a nivel nacional, como provincial pueden destacarse experiencias muy valiosas en el camino del pleno cumplimiento de la normativa vigente.

En este marco nos parece oportuno hacer un breve recorrido por las diferentes temáticas que requieren un abordaje pronto e integral desde las políticas públicas. Este recorrido no es exhaustivo y se propone a los fines de contribuir al debate que llevan adelante los diferentes actores comprometidos con la Salud Mental.

Probablemente una de las deudas más importantes resida en el avance de las externaciones. La realización de las externaciones de internaciones prolongadas requiere de la construcción de una política integral, intersectorial, interdisciplinaria con fuerte anclaje comunitario.

Resulta necesario disponer de la inversión necesaria, para desmontar un sistema antijurídico y iatrogénico. La complejidad de la tarea, no debería operar inhibiendo las acciones. En este sentido resulta un ejemplo a mirar las políticas de reformas que se están llevando adelante en la Provincia de Buenos Aires.

En este sentido, construir el consenso de los y las trabajadores de la salud, resulta imprescindible para el éxito de las acciones de externación.

Desmontar el manicomio, supone desarmar un sistema segregativo y estigmatizante, que se presentó como único modo de abordaje de la locura durante muchísimo tiempo. Se requiere asimismo el acompañamiento de la reconstrucción de la propia identidad, proceso que implica desde la tramitación de la documentación correspondiente, hasta la facilitación del acercamiento de referentes afectivos que contribuyan en el proceso de externación.

Tener en cuenta las cuestiones clínicas sanitarias supone velar por la salud integral del usuario, pero asimismo implica promover un adecuado proceso de regreso a la comunidad. En este marco atender a las cuestiones económicas se vuelve imprescindible. En la mayoría de los casos, las dificultades sociales cristalizadas a los largo de años, operan como impedimento para los procesos de externación.

Construir una red sostenida, socio sanitaria que tenga el objetivo primordial de acompañar el proceso de externación, tiende a garantizar el éxito de la acción desmanicomizante.

El fortalecimiento de las políticas en salud mental en el primer nivel de atención se vuelve estratégico, en el avance de la plena implementación de la ley. El pleno acceso de los usuarios a los servicios de salud mental, con la complejidad necesaria, con equipos interdisciplinarios con la formación requerida, y en el lugar donde habitan quienes lo requiere es la clave para legitimar las transformaciones que la ley propone.

La enorme mayoría de las críticas que la ley recibe, se fundan no en el contenido de la ley, sino en la demora o ausencia de su implementación. La salud mental requiere de la atención pronta, las demoras, las listas de espera, y la inexistencia de servicios accesibles, tiende a cronificar el padecimiento, y que esto devenga en la presentación de problemáticas más complejas.

La ampliación de la oferta de los tratamientos ambulatorios, desde una perspectiva integral y comunitaria, con amplia facilitación para el acceso, se vuelve imprescindible, y es la base sobre la que debe estructurarse un sistema de abordaje integral.

Continuar en la construcción de espacios integrales para la atención de la salud mental en los hospitales generales, se presenta como la mejor oportunidad, para desmontar la fragmentación en el abordaje de los problemas de salud. La ampliación de los servicios de salud mental en los hospitales generales, supone un conjunto de acciones en diferentes rubros. Por un lado, una ampliación de los planteles profesionales, desde una perspectiva interdisciplinaria. Por otro, una fuerte inversión en infraestructura, que permita

brindar los recursos logísticos y de insumos que se requiere para una correcta atención.

Finalmente una política de capacitación del conjunto de los trabajadores de los hospitales, a los efectos de comprender integralmente la importancia de las transformaciones propuestas.

Esta breve enumeración, no pretende ser exhaustiva, y tal como se mencionó solo pretende contribuir a un debate al interior del colectivo de quienes nos sentimos comprometidos con la salud mental de nuestra comunidad.



Aportes y desarrollo del Arte Terapia en los servicios públicos de salud en la Argentina Por Adriana Farías

En la Argentina la palabra “Borda” remite, inexorablemente, a la locura. El Borda es el lugar “donde están los locos”. Es el Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda, actualmente Hospital Psico asistencial Interdisciplinario. Allí, en el Servicio de Hospital de Día, con pacientes estabilizados y ambulatorios, que presentan diferentes trastornos, graves y menos graves, es donde fue creado el espacio de Taller de Arte Terapia con un objetivo: “poner a los pacientes en contacto con lo creativo de cada uno, entendiendo este proceso generado desde sus aspectos sanos”. Es decir, contribuir a su reinserción y rehabilitación promoviendo procesos de subjetividad desde la producción artística.

Son muchísimas las experiencias que se han tomado como antecedentes y como señala Henry Ey, parafraseando a Max Simon, “hace ya cien años, la mayor parte de los que escriben acerca de la locura no dejan de estudiar sus relaciones con el arte”. Agrega: “ningún psiquiatra, digno de este nombre, ha dejado de experimentar, en contacto con la locura, esa embriaguez sutil que únicamente la inversión genial de la realidad de un prestidigitador, de un Pirandello, de un poeta, de Picasso o de un acróbata, puede suscitar en nosotros, cuando se desarrolla la deliciosa angustia que nos advierte, al mismo tiempo, del peligro y del placer de lo maravilloso, de

la proximidad de un absoluto de belleza que nos paraliza el aliento e inmoviliza los miembros”.

En este sentido, adscribimos a la definición de Arte Terapia, como una disciplina práctica que toma herramientas de las Artes Visuales en todas sus formas, incluyendo las Artes Audiovisuales, para plantear talleres con objetivos terapéuticos. Estos son desarrollados en forma intencional, atravesando el concepto de “efecto terapéutico” según su acepción original del griego que, etimológicamente, remite a la acción de servir y de cuidar. Es por ello que los mismos están fuertemente ligados con el favorecer, incentivar, proporcionar, propiciar, en relación a la posibilidad de crear, una imagen subjetiva no solo por su originalidad sino también por el significado que tiene para cada uno de los participantes de un taller de Arte Terapia.

El primer antecedente en nuestro país en la formación de lazos institucionales entre la disciplina de Arte Terapia, la Educación Superior y los servicios de Salud Pública, se remonta a 1995. Ese año se promulga la Ley de Educación Superior en Argentina, lo que habilitó nuevas miradas y reconfiguraciones en el sistema educativo. En este nuevo contexto, se comenzó el dictado de un seminario de Fundamentos de Arte Terapia en la Escuela Superior de Bellas Artes “Ernesto de la Cárcova” destinado a los alumnos del último año que logró acercarlos a una disciplina que tenía escaso recorrido en el país. Además, por primera vez se conectó el dictado de las clases con el Servicio de Hospital de Día del Hospital Psiquiátrico Braulio Moyano, servicio que posee una población mixta, y cuya característica principal es que sus pacientes son ambulatorios.

Una de las propuestas en el marco del taller fue trabajar con la población del hospital en actividades de pintura en la misma Cárcova. Actividad que tuvo muy buena recepción y, al ser un seminario de contenidos esencialmente diferentes a los habituales, con la singularidad de conectar las dos instituciones por medio de actos concretos, generó la ampliación de la matrícula en los años posteriores. Se sumaron alumnos de la escuela de arte y egresados de otras instituciones. Esto permitió la firma de convenios de trabajos con diferentes organismos y la apertura de otro seminario específico acerca de Arte Terapia con niños y adolescentes, que dio a lugar a la creación del Programa de Arte Terapia a cargo del Lic. Marcelo Gonzalez Magnasco y Adriana Farías como su supervisora.

En 1998, se elevó el proyecto institucional de Formación Universitaria (IUNA), que incluía la presentación del Posgrado de Especialización en Arte Terapia. El mismo fue aprobado por el Ministerio de Educación de la Nación y luego por Resolución IUNA N.º 1072/00, (anexo I Plan de Estudios) y dio comienzo en Junio de 2000.

La pertenencia de este posgrado dentro de un contexto universitario permitió sumar, al ya existente convenio con el Hospital Borda, vínculos con otras instituciones a través de nuevos convenios. Ejemplos de esto son la Casa de Apoyo “Antilco” Dock Sud, para niños y púberes, La Escuela 501 de Lanús para Niños y Púberes con Necesidades Especiales, “Reconstruyéndonos”, institución para el tratamiento de personas con problemáticas en adicciones, “Alborada” Hogar para Niños y Adolescentes judicializados, Instituto de Oncología Ángel Roffo Servicio de Cuidados Paliativos.

Los diversos convenios posibilitaron espacios para las prácticas especializadas del Posgrado. Desde esta perspectiva, los beneficios se acrecentaron, tanto para los pacientes como para los estudiantes, que son acompañados siempre con la supervisión adecuada.

La experiencia de trabajo continuo en el Hospital de Día del Hospital José T. Borda

En 1997, a raíz de una propuesta del Jefe del Servicio del Hospital de Día del Hospital José T Borda, el Dr. Lucio Mastrandrea, se abre un Taller de Arte Terapia en dicha institución. Es en este contexto donde se genera el convenio entre el Hospital de Día y el IUNA, con la especificidad de crear un Taller de Arte Terapia. En el comienzo de nuestra práctica, quienes coordinábamos el Taller, éramos Marcelo Gonzalez Magnasco junto Jorge González “Perrin”. El primer día, el Dr. Lucio Mastrandrea organizó una Asamblea para presentarnos con los 20 pacientes: 3 mujeres y 17 varones. Allí contamos quiénes éramos, les dijimos que con nosotros iban a dibujar, pintar, y que nuestro Taller se llamaría “Taller de Arte Terapia”. Todos se mostraron dispuestos a participar. Se dispuso una frecuencia de dos días por semana, de una hora y media por encuentro.

El hecho de que esté configurado dentro del marco de un convenio institucional, permitió que el Taller se llevara a cabo con un equipo multidisciplinario, donde existe una constante interacción entre el dictado del taller mismo, las reuniones donde se conversaba sobre lo trabajado e incluso las

diversas asambleas administrativas y familiares que se dan en el Hospital de día. El dispositivo de Hospital de Día que funciona en el Hospital Borda, es el primero de este tipo en Latinoamérica, siendo actualmente el único que brinda jornada completa en nuestro país, entendiendo como jornada completa el horario extendido de 9 a 16.00.

Luego de varios años de trabajo, donde encontramos una amplia aceptación y diversos logros en el Taller, decidimos que era importante incluir otro que tuviera su eje instrumental en las nuevas tecnologías. De este modo, en 2007, surgió el seminario optativo de Video Terapia, realizado en forma conjunta entre la carrera de posgrado y el Departamento de Artes Audiovisuales de la UNA, y la inclusión, finalmente del taller de Video Terapia. El taller tuvo la misma dinámica que el de Arte Terapia, solo que el eje estuvo en la producción de cortos por los pacientes. Según su elección, podían ser los guionistas, camarógrafos, vestuaristas, actores, etc., generando un intercambio de roles y un conocimiento, como espectadores o protagonistas, del proceso técnica específico que conlleva una filmación básica.

Se hicieron presentaciones sobre este tema en el 1er Congreso Latinoamericano y 2do Congreso Mercosur de Arte Terapia. En todas estas actividades se recibió una gran demanda por el desarrollo de estos temas. Desde la carrera se ha participado en diversos programas oficiales como el Voluntariado Universitario, realizado desde la secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación con el proyecto “Televisión en el Hospital de Día” donde se han realizado alrededor de 20 cortos dentro de un marco arte terapéutico y se han presentado estos trabajos

en los Congresos Latinoamericanos de Arte Terapia de Chile y Brasil.

Desde la aparición masiva de la TV a la masificación de Internet y los dispositivos móviles, sabemos que es imprescindible construir herramientas que posibiliten la democratización de la producción audiovisual. El taller brindó la posibilidad, a aquellos que sufren algún tipo de padecimiento psíquico, de acceder a nuevas herramientas, que lo lleven del lugar de público pasivo al de producir sus propias ideas, a través de una forma actual de comunicación y expresión. Asimismo, esta actividad tiene un encuadre arteterapéutico, relacionado con el objetivo de contribuir a la capacidad expresiva de cada uno de los integrantes-pacientes que concurren al taller.

Apreciaciones finales

Nuestra mirada arteterapéutica ha contribuido a formar una mirada hacia la belleza: aprendiendo a apreciar producciones de diferentes artistas y de lo producido por ellos mismos en un espacio de salud mental. El encuadre de esta disciplina, su sistematización, su funcionamiento ha permitido generar un espacio de seguridad tal, donde los pacientes se encuentran en un clima de confianza en el que pueden hacer comentarios de todo tipo: graciosos, tristes y contar anécdotas que son escuchadas por todos y todas. Asimismo, pueden también surgir datos que luego en la reunión de equipo (todo lo acontecido en el Taller es compartido sistemáticamente), que se realiza una vez por semana, y en donde participamos todos los profesionales, son resignificados

por los terapeutas de grupo. Los pacientes despliegan sus afectos espontáneamente: producciones con sentido afecto. Cada paciente sabe cómo funciona el Taller, pero lo que no saben es cuál será la consigna y con qué materiales trabajaremos. Cualquiera sea la propuesta y el material, los pacientes están siempre dispuestos y cuando digo siempre, es siempre. Aceptan con curiosidad los diferentes materiales. Pintan, dibujan, hacen poesías, libros de artista, bordan. El trabajo, el hacer, el crear, el proceso creador nos une. Aprenden.

Con el Taller de audiovisuales, por ejemplo, se vinculan también como creadores audiovisuales: pueden escribir historias, hacer guiones, producir, actuar, filmar, ser asistentes. Producen imágenes originales, subjetivas, con sentidos subjetivos. Representaciones genuinas.

Cuentan historias personales, hablan de sus territorios, sus espacios, de estar enfermos, de sus deseos de estar mejor, de lo que les gusta, lo que no tanto, de la medicación. Todo esto es llevado a la Reunión de equipo a sabiendas de los pacientes. Siempre se les recuerda: “esto también es para que lo hables en tu grupo terapéutico y yo también lo voy a comentar”. Esto es un leit motiv, forma parte del encuadre.

Lo grupal en Arte Terapia, para nuestra concepción, es fundamental. Es en el desarrollo de la intrasubjetividad donde entendemos que se potencializa la capacidad creadora: Estar y hacer con los otros. Considero que, desde estas experiencias, desde el diálogo entre Arte y Salud, la posibilidad de haber generado una disciplina, que promueva y tenga objetivos terapéuticos y considere que la pulsión creadora

tiene su origen en aspectos sanos, abre un campo de desarrollo dispuesto a ser escuchado y tenido en cuenta por las instituciones y su incorporación al campo laboral.

Biografías

Pierluigi Scapicchio

Es profesor de Neurología y Psiquiatría Geriátrica de la Universidad Católica del Sacro di Roma.

Es miembro del Comité Científico de la Agencia de Salud Pública de la Región de Lazio y director científico de las estructuras psiquiátrica y psicogeriatría de un holding de salud con sede en Chieti.

Fue presidente de la Sociedad Italiana de Psicogeriatría y de la Sociedad Italiana de Psiquiatría.

Es autor de numerosos trabajos científicos.

Marcelo González Magnasco

Es Licenciado en Psicología por la Universidad de Buenos Aires.

Decano del Departamento de Artes Audiovisuales de la Universidad Nacional de las Artes (UNA).

Cofundador del Posgrado de Arte Terapia y Co director de la revista de Arte Terapia.

Docente e Investigador y profesor de la Cátedra Paolo Pasolini.

Pertenece al secretariado de distintas organizaciones argentinas e internacionales (ADIUNA, FEDUN, CEA, FESIUDAS, FMTS, etc.)

Es autor de diversas publicaciones y libros.

Adriana Farías

Es Licenciada en Psicopedagogía con especialización en Arte Terapia IUNA (actual UNA) en el año 2000.

Co fundadora y Directora del Posgrado de Especialización en Arte Terapia de la UNA.

Docente Concursada de Teoría y Técnicas de Grupo - Departamento de Audiovisuales - UNA.

Docente Titular del Posgrado: Arte Terapia con Adultos.

Docente Investigadora categorizada.

Codirectora de Investigación en el campo arte terapéutico.

Es autora de numerosas publicaciones.

Marcelo Clingo

Es Licenciado en Psicología.

Es presidente de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires.

Es docente en el Departamento de Artes Audiovisuales de la UNA y del Posgrado en Arteterapia.

LEY 180
LA REFORMA PSIQUIÁTRICA
ITALIANA EN PERSPECTIVA

Recordamos a Franco Basaglia a través de una Ley de la que fue el principal promotor, la Ley 180 del año 1978 y le pusimos a este libro el título *La reforma psiquiátrica italiana en perspectiva*. Esta Ley, que hasta hoy se conoce como «ley Basaglia», se aprobó en mayo de 1978, de modo que fue discutida en medio del clima político extraordinariamente tenso, conocido como los años de plomo, que se había desencadenado en Italia tras el secuestro de Aldo Moro, el 16 de marzo de ese mismo año, y el posterior hallazgo de su cuerpo asesinado, 55 días más tarde. Constituyó el primer texto legal que estableció diferentes derechos para las personas con diversos trastornos mentales. Casi cincuenta años después, la Ley Basaglia aún continúa vigente en Italia.

