



Investigación en salud
Universidad de Guadalajara
invsalud@cucs.udg.mx
ISSN (Versión impresa): 1405-7980
MÉXICO

2002
Louise Blais
LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y LOS MOVIMIENTOS SOCIALES: CHOQUE DE
DOS MUNDOS.
Investigación en salud, agosto, año/vol. IV, número 002
Universidad de Guadalajara
Guadalajara, México



Artículo de Revisión

Artículo recibido el 28-02-2002, corregido el 12-04-2002, aceptado el 6-07-2002

La psiquiatría comunitaria y los movimientos sociales: choque de dos mundos.

El movimiento de los psiquiatrizados y la política de salud mental comunitaria en Ontario, Canadá
Louise Blais, Ph.D.

Resumen

En las sociedades altamente tecnócratas y profesionalizadas, las políticas y prácticas de salud están imbuidas de la idea de que el saber del experto es el único saber legítimo. Este es el caso de la psiquiatría dominante hoy en día en América del Norte, donde la búsqueda de una objetividad desencarnada y de una legitimidad científica se conjuga con la pérdida de credibilidad y de status de sujeto y actor para los hombres y las mujeres con un diagnóstico psiquiátrico. Este artículo examina cómo la teoría de movimientos sociales puede dar sentido y profundidad a las acciones colectivas elaboradas por estos hombres y mujeres en el contexto de la desinstitucionalización psiquiátrica. Buscamos así comprender mejor el rol de estas acciones dentro del proceso terapéutico, además de ver su potencial creativo en la formulación de políticas y prácticas de salud mental que vienen "de las bases", potencial que está lejos de ser explotado adecuadamente, como trataremos de mostrar en este estudio de caso, de una experiencia Canadiense.

Palabras claves: Movimientos sociales, ciencias sociales, desinstitucionalización psiquiátrica, política de salud mental, Canadá.

Los trabajos teóricos y empíricos sobre los "nuevos movimientos sociales" propuestos por Touraine (1), y por otros después de él, (2,3) pueden aclarar las orientaciones que debemos dar a las políticas sociales y a las prácticas de intervención en el contexto de la desinstitucionalización psiquiátrica. Sobretudo, pueden darnos los útiles conceptuales que permitan orientar las políticas sociales y la prácticas de intervención, de manera que favorezcan la reconstrucción del vínculo social de las personas fuertemente marginadas. Esto es lo que trataremos de examinar en las páginas siguientes, a través del estudio de caso de Ontario, la provincia más rica y poblada de Canadá [1].

Después de una corta descripción del contexto de la desinstitucionalización psiquiátrica en Canadá, presentaremos la historia y la evolución durante las tres últimas décadas, del movimiento de psiquiatrizados en Ontario. Examinaremos también este tema a la luz

Abstract

In highly technocratic and professionalized societies, health policy and practices are driven by the widespread belief that "experts know best". This is especially the case of dominant contemporary psychiatry whose obsession for scientific legitimacy and "objectivity" is the obverse of the lack of credibility and human agency attributed to those on the receiving end of psychiatric services. This article examines how social movement theory can give depth and meaning to the collective actions of men and women with a psychiatric history and living in the context of de-institutionalization; how, also, it can help us understand the role of these actions in the "therapeutic process" as well as their creative potential in formulating "bottom-up" mental health policy and practices - a potential far from being adequately tapped, as this case-study of a Canadian experience attempts to show.

Key words: Social movements, social sciences, psychiatric desinstitutionalization, mental health policy, Canada

INVESTIGACIÓN EN SALUD

de trabajos teóricos sobre los movimientos sociales a manera de poder identificar, en la última parte del texto, lo que está en juego en las políticas de comunitarización de los servicios de salud mental.

La desinstitucionalización psiquiátrica: elementos de historia

Desde hace treinta años, en todas las provincias canadienses, como en todo el Occidente, se ha cambiado la manera de tratar los comportamientos juzgados locos, peligrosos, anormales, imprevisibles, enfermos. En lo sucesivo, el hospital psiquiátrico se ha convertido en un lugar para los periodos de "crisis" cuya duración y naturaleza pueden ser variables, pero que constituyen una parte de la vida de las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad mental. Entre los periodos de hospitalizaciones, ellos tendrán que hacer frente, como todo el mundo, a las exigencias de la vida cotidiana. Sin embargo, el diagnóstico psiquiátrico y la experiencia originada por él constituyen fuertes desventajas en lo que significa "ser como todo el mundo".

Muchos años de experiencia han permitido constatar, en efecto, los daños de las políticas de desinstitucionalización[2], los estudios se han multiplicado con el pasar de los años para demostrar los puntos débiles, incluso los fracasos. Como por ejemplo, los Estados Unidos de Norteamérica, de donde Canadá toma generalmente sus cifras sobre el tema, han establecido que el 30% de las personas sin hogar presentan problemas psiquiátricos. Lo mismo que el 29% de la población carcelaria(4,5). Además también, según estudios hechos sobre las políticas de salud y los cambios ambulatorios,(6,7) los "casos psiquiátricos" y las personas ancianas constituyen una de las principales causas de sobrecarga en las salas de urgencia de los hospitales. De ahí el fenómeno de puertas giratorias que preocupa a los círculos de intervención hace ya un buen tiempo. En fin, las cifras nos muestran la casi-imposibilidad de regresar a trabajar luego de una primera hospitalización psiquiátrica (8) y los porcentajes de extrema pobreza en las personas marcadas de esta manera[3](9,10).

La situación de las personas psiquiatrizadas -desempleo masivo, pobreza, lazos afectivos frágiles o inexistentes, hostilidad manifiesta hacia el medio ambiente- muestra hasta que punto, los fenómenos relacionados con las enfermedades mentales son aún rechazados por la sociedad. En efecto, la experiencia de las últimas décadas de desinstitucionalización psiquiátrica tiende a dar la razón a Foucault (11) cuando nos hace pensar que a través de todas las reformas de la psiquiatría en los últimos dos siglos, es el criterio de la exclusión el que ha persistido, cambiando de forma y de lugar. Desde este punto de vista entonces, las políticas de desinstitucionalización no son *a priori* o por sí mismas, portadoras de una relación fundamentalmente diferente frente a lo extraño de esto que llamamos hoy en día enfermedad mental. El rechazo, la represión hasta el límite, la fragilidad del vínculo social que va hasta la desafiliación que amenaza la ciudadanía, (12) constituyen la materia bruta de las condiciones sociales de los psiquiatrizados de la generación de la desinstitucionalización psiquiátrica ("*désins*").

Estas consideraciones ponen en evidencia la precaria situación social de los psiquiatrizados[4] de los que podemos decir, según Castel (13) y Gaulejac y Taboada Léonetti, (14) que ellos constituyen, junto con otros, como los sidosos o los que no tienen domicilio fijo, una de las figuras contemporáneas de la exclusión. Sin embargo, sin negar el carácter dramático de la experiencia y de las condiciones de existencia de los psiquiatrizados, nos parece que a fuerza de solamente elaborar la lista de miserias de la "*désins*", alimentamos las voces que se hacen cada vez más fuertes, pidiendo la revalorización del rol y de las funciones del hospital psiquiátrico (15,16,17). En otros términos, debido a los problemas que se viven y se materializan en el campo socio-cultural, se propone una respuesta psiquiátrica e institucional que opere de manera descentralizada, pero partiendo del hospital. En este contexto, es importante reordenar las investigaciones de manera que veamos cómo la experiencia de la "*désins*" ha podido desembocar, no solamente en obstáculos y cierres, sino también en aperturas. Y también en políticas y prácticas que deben ser tomadas en cuenta por el hecho de que ofrecen un potencial, bajo ciertas condiciones, de reconstrucción de la identidad y del vínculo social que el problema mental ha perturbado o destruido.

El artículo que sigue se inscribe en esta perspectiva, de descentrarse a fin de ver lo que se ha formado en los pliegues de la "*désins*" en Ontario, y qué reconfiguraciones de relación se han provocado entre los diferentes actores sociales. En esta ocasión, el

INVESTIGACIÓN EN SALUD

cuestionamiento vendrá del punto de vista de los psiquiatrizados. En el contexto de sociedades altamente planificadas y profesionalizadas, se tiende a perder de vista, y por consiguiente del pensamiento, lo que se organiza en el mundo de la vida cotidiana, fuera de lo institucional. No obstante, es en la vida diaria que las personas, "aún" entre las más "dañadas", tratan de hacerse, bien que mal, márgenes de maniobra para (re)negociar, día tras día, su status de sujeto ante el medio (18,19,20,21). No hablar, no querer ver lo que se está implementando (o se pretende implementar) fuera de la lógica de la planificación tecnocrática, consiste en reducir al silencio y hacer desaparecer de la consciencia colectiva los esfuerzos, los gestos y las acciones que tienen a la vez un valor simbólico e instrumental, que puedan servir de punto de partida para replantear los servicios públicos y las solidaridades sociales (22).

El artículo se interesa en la historia del movimiento de psiquiatrizados que han salido a flote del grupo de la "désins" de los años setenta en Ontario. Repasando a grandes pasos esta historia, se busca comprender un tanto la dinámica social y cultural que está subyacente a ella: las condiciones y el contexto de su aparición como movimiento, su relación con las instancias gubernamentales e institucionales, los modelos de prácticas que se han propuesto para (y por) las personas con problemas mentales, así como las diversas formas que pueden adoptarse con los años y las coyunturas. En resumen, se trata de un ángulo, de un punto de vista a partir del cual se puede hacer la lectura de una sociedad y su relación con sus márgenes.

El movimiento de psiquiatrizados en Ontario

Referencias históricas y teóricas

La aparición del movimiento de psiquiatrizados en Ontario se remonta al inicio de la década de los setenta y debe ser situado en el contexto de la crítica, generalizada en Occidente, de la psiquiatría formulada por los movimientos de mujeres (23,24) y de la anti-psiquiatría (25,26). Su inicio es ampliamente atribuido al esfuerzo de un psiquiatrizado de Toronto quien, buscando alternativas a la psiquiatría, llegó a Vancouver en 1973 para visitar el *Mental Patients Association*[5].(27) En los años siguientes, nacieron varias iniciativas emergentes del campo social, a veces con el apoyo y soporte concreto de los profesionales de la red formal y teniendo generalmente una posición crítica frente a las prácticas dominantes. Estos reagrupamientos deseaban ser espacios de creación de conjuntos sociales diversificados, yendo de la ayuda mutua a la defensa de derechos (entre otros, de la palabra, o sea de los símbolos), de la creación de empleos (como el *Mad Market*[6], de comunicación (como el *Phoenix Rising*), etc. Es a partir de estas iniciativas e inspirándose de movimientos similares en Estados Unidos de Norteamérica y en Gran Bretaña, que se fundará, en Toronto en 1977 (28,29,30) *On Our Own* según un libro de Judi Chamberlin (31) en el cual describe su experiencia como psiquiatrizada y critica los fundamentos de la psiquiatría proponiendo como alternativa un enfoque fundado en la ayuda mutua ("*self-help*" en inglés.). Es también en este periodo que se funda el periódico *Phoenix Rising: The Voice of the Psychiatricized* que servirá como medio de expresión de los psiquiatrizados respecto a la locura/males mentales y el sistema psiquiátrico. (32,33) Durante sus diez años de existencia, publicará artículos sobre el uso y las consecuencias de los tratamientos con choques, sobre los efectos secundarios de diferentes medicamentos, sobre la relación problemática entre terapeuta y enfermo, sobre la evolución del movimiento de psiquiatrizados en Ontario y en otros lugares; publicará también poemas y otras formas de expresión creativa.

Los fundadores decidieron, desde la aparición del *Phoenix Rising*, que no pedirían subsidios al Estado para financiar sus actividades, juzgando que la intervención del Estado podría fácilmente disminuir el control que ellos ejercían sobre la orientación y el contenido del periódico, comprometiendo principalmente la posición crítica del *Phoenix Rising* frente al sistema de salud mental y la psiquiatría.(34) Sobre este punto, otros reagrupamientos buscaban también mantener su independencia financiando el movimiento con sus propios medios. Esta preocupación por mantener una autonomía v

INVESTIGACIÓN EN SALUD

una distancia crítica frente al Estado y su aparato psiquiátrico, marcará por mucho tiempo los debates internos del movimiento, tanto en Ontario como en otras partes (35,36,37). En efecto, los subsidios del Estado se revelarán como veremos, en una suerte de navaja de dos filos para el movimiento, por un lado fuente de sobrevivencia y, por el otro, comprometiendo su autonomía.

El movimiento de psiquiatrizados crecerá hasta los años 1986-87. Tendrá un eco innegable en los diversos medios como el institucional, o de recepción, que será generalmente pero no siempre, hostil. Dará a conocer al público el problema de las relaciones de poder y abuso en el seno de la psiquiatría y reivindicará los cambios en la legislación provincial, tendiendo a garantizar el respeto a los derechos de los psiquiatrizados (38,39,40). En resumen, por medio de diversas acciones que seguirán con mayor o menor intensidad durante los años ochenta, como veremos diarios, manifestaciones, denuncia del modelo médico imperante frente a la locura, la defensa de los derechos de los psiquiatrizados, innovación en los modelos de prácticas- se puede decir que se trataba de un movimiento social que tendrá, como veremos, un impacto innegable, pero difícilmente medible, sobre la evolución de políticas y la organización de los servicios de salud mental en el porvenir de Ontario.

¿Qué entendemos por movimiento social? Los movimientos sociales, dirá Touraine, (41) comprenden los individuos que actúan colectivamente para modificar el ambiente material y social en el que se encuentran, interrogándose sobre los modos de decisión, las relaciones de dominio y los valores de una sociedad. De un lado, los movimientos sociales buscan redefinir sus relaciones con los órganos de intervención del Estado que, por medio de programas gubernamentales, como los servicios de psiquiatría/salud mental, se apropian de lo social. Los movimientos sociales tienen una función esencial de democratización, en la medida que ellos contribuyen a la ampliación de los espacios públicos y políticas no institucionales; ellos crean canales de participación, dando de esta manera a los procesos decisionales, una mejor visibilidad (42,43). Como lo remarca Thériault, (44) los movimientos sociales reivindican "una sociedad democrática en donde el vivir juntos, sería el resultado de una libre discusión que brota de solidaridades activas, y no el resultado de estrategias impuestas por las autoridades".

Por otra parte, los movimientos sociales producen una renovación de la red de la vida cotidiana, creando nuevos sistemas de solidaridad que van a innovar, o hasta renovar, el plano sociocultural y alimentan la participación cívica. También actúan como signos, retomando a Maheu (45) y a Melucci, (46) cuestionando la irracionalidad y la arbitrariedad de los códigos culturales predominantes. Su existencia misma es un desafío al poder establecido pues proponen alternativas. Constituyen de hecho, laboratorios sociales, lugares de experimentación donde los individuos y los grupos ponen a prueba sus capacidades para modificar los códigos culturales dominantes. (47,48) En este sentido, Lamoureux (49) describe los movimientos sociales como "microcosmos asociativos de experiencias concretas, como espacios de iniciativas, como microorganismos relativamente autocentrados, tratando de resolver a medida que se presentan las necesidades, las tensiones, los deseos, los conflictos, las contradicciones". Estas referencias teóricas permiten situar mejor el movimiento de psiquiatrizados en Ontario y apreciar su impacto e influencia de una manera más cualitativa que cuantitativa. Se trata de una influencia que no se reduce a una lógica únicamente contable, sino que trabaja en la imaginación colectiva la manera de concebir un problema dado y de proponer elementos de solución. Como el movimiento de mujeres en relación al parto, entre otros ejemplos, o mejor aún el de los homosexuales con relación al sida, el movimiento de psiquiatrizados se revela como un actor importante en el plano simbólico y real a la vez, en la elaboración de prácticas diferentes frente a la enfermedad mental.

El movimiento de psiquiatrizados y la política de salud mental comunitaria

Como en el resto del país, en Ontario comenzó, desde 1987, el proceso de elaboración de una nueva política de salud mental para tratar de solucionar una situación catalogada cada vez más crítica, tanto en los medios de intervención como en ciertos sectores de la sociedad: la saturación de los servicios de urgencia, "puertas giratorias", familias desbordadas, vagabundeo.

Así. en 1987 el Ministerio de Salud de Ontario (MSO) implementa el Comité Provincial de

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Salud Mental Comunitaria, que tiene como objetivo la elaboración de las bases de una política de salud mental tomando como guía los conceptos: descentralización, participación, asociación, comunitarización[7]. En su informe final, bautizado como Informe Graham, en honor a su presidente, el comité preconiza una nueva orientación comunitaria a nivel del desarrollo, de la planificación y de la prestación de servicios en salud mental que hace un llamado a la asociación entre psiquiatrizados, sus familias, los proveedores de servicios y el Estado. Propondrá igualmente la participación de psiquiatrizados en el proceso de reforma del sistema de salud mental (50). En 1989, el MSO forma el subcomité legislativo sobre servicios comunitarios en salud mental, encargado de examinar cómo las recomendaciones del Informe Graham podrían ser materializadas en la legislación. Sobre estos dos puntos la participación de psiquiatrizados en el proceso de reforma y la orientación comunitaria de políticas y servicios- el movimiento de psiquiatrizados tendrá un impacto, desde luego mitigado, casi paradójico, del que sería útil resaltar ciertos aspectos.

La participación como idea y como práctica

En la historia de la evolución de políticas y servicios de salud pública, la idea de dejar participar a la "gente común" en el proceso decisorio que les involucra, constituye tanto un cambio de dirección como una oportunidad. Un cambio de dirección en el sentido que introduce a un nuevo actor, profano, en un proceso controlado exclusivamente por expertos desde hace muchas décadas. La idea nace de los movimientos sociales de los años sesenta y setenta en donde las reivindicaciones y prácticas hacían del control en el tratamiento del cuerpo y de la mente una cuestión democrática. Si bien la idea nació difusa, ésta caló en los discursos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1978, donde se ve una preocupación explícita por el "control social" de la población en los sistemas socio-sanitarios. (51) En este sentido se puede ver la idea de participación como una ocasión, una obertura, en donde los potenciales de realización dependerán de las tradiciones socio-políticas específicas en los diferentes contextos nacionales: la situación de las relaciones de poder en una sociedad dada, los debates públicos, la existencia de movimientos sociales, la apertura relativa de un gobierno a la participación popular, etc. Esto podría permitir que la idea de la participación se traduzca en la práctica.

Church (52) sostiene que los primeros trabajos sobre la participación de los psiquiatrizados en la elaboración de las políticas y servicios de salud mental en Canadá han sido realizados por la Asociación Canadiense para la Salud Mental (ACSM), para quien la participación de los usuarios es un proceso que implica a los individuos que han tenido como experiencia propia un problema de salud mental. La idea de la participación de los psiquiatrizados apareció por primera vez en un documento gubernamental, el Informe Graham, que apoyaba el principio según el cual los consumidores de servicios deberían estar plenamente implicados en el desarrollo de servicios en salud mental. Igualmente se consideraba en este informe, un sistema que engendraría una asociación entre los psiquiatrizados, sus familias, los profesionales y el gobierno. (53)

En la primavera de 1990, se crea un sub-comité luego de la implantación del Informe Graham, que inauguraría una consulta a nivel provincial. Los consejos regionales de salud reciben el mandato de coordinar los encuentros y de alentar la participación de los consumidores del servicio. A pesar de la importancia que se le dió a la participación de los psiquiatrizados en la elaboración de las orientaciones y de los servicios de salud mental, en realidad ninguno fue nombrado en el sub-comité consultativo. Además, las consultaciones públicas fueron organizadas en base a un documento de discusión preparado por el sub-comité que enumeraba los puntos generales a tratar, entre otros, la extensión de la legislación propuesta, la descentralización y la comunitarización de los servicios, la misión regional, el financiamiento, la coordinación de los servicios, la confidencialidad y la organización de archivos. (54) En otras palabras, los parámetros de las consultas y aún la agenda ya estaban fijadas.

En este contexto nacerá el "*Toronto Psychiatric Survivor*", que tendrá como objetivo asegurar la participación de antiguos usuarios del sistema psiquiátrico en las diferentes asociaciones que se constituían. Es así que después de los cursos de formación (55) en los que se debatió sobre los problemas de la participación, que se propondrá al sub-ministro de Salud la presencia de psiquiatrizados al interior del sub-comité.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

El proceso de consultas propuesto por el Informe Graham abría a los psiquiatrizados los espacios públicos para expresarse. Aún cuando estos espacios, como lo muestra Church, (56) continuaban presentando barreras propias que comprometían una participación real:

Los altos funcionarios estaban orientados hacia la participación como una dirección de políticas de la salud: para ellos, esta participación estaba ligada a la gestión de costos de salud por medio de la planificación descentralizada. Más abajo en la jerarquía, la misma política estaba entendida no solamente como una idea sino como un proceso que implicaba gente real. Esta estaba considerada como aceptable siempre y cuando la gente siguiera las reglas del juego establecidas. (57)

Church (58) describe los problemas y barreras que encontraron los psiquiatrizados al momento de su participación en la consulta provincial. De los obstáculos para poder participar, el primero provenía de los individuos mismos bajo la forma de duda y falta de confianza. Sin embargo, el segundo obstáculo emanaba de las actitudes y estructuras que limitaban los recursos necesarios para una verdadera participación de los psiquiatrizados (59). En efecto, desde el punto de vista de los psiquiatrizados, la participación se comprobó como un proceso arduo, un verdadero "choque de culturas" según la expresión de Guay (60). Imaginemos el panorama: de un lado los administradores, profesionales y funcionarios con sus códigos vestimentarios, un lenguaje común, un punto de vista sobre los servicios que, sin ser único, se inscribe en la lógica de la eficacia, la planificación, lo racional del tratamiento; del otro lado los psiquiatrizados, cuyo código vestimentario responde a otros criterios, tales como los de la pobreza, y cuyo contenido de discurso nos habla de la experiencia del sistema psiquiátrico, de la vida en un medio que se dice natural, con prejuicios hechos sobre ellos, del sufrimiento (61).

En resumen, no es poco razonable imaginar que la presencia de psiquiatrizados venía a desestabilizar las reglas del juego, confrontando el carácter objetivo, sin vínculos, racional del saber oficial a la experiencia subjetiva y a otros puntos de vista sobre una situación-problema concreta y sus remedios. Esto nos recuerda los trabajos de Godbout, (62) los cuales esclarecen lo que está en juego subyacente a la idea de la "participación" que marca las políticas de la salud mental en Ontario, como en otros lugares, desde los años ochenta. Primero, él nos dice que si la participación tiene por principio una "demanda" básica, hay también una "oferta" por parte del Estado, como un tipo de gesto aplicado por el Estado para su "clientela" con el fin de reducir la distancia entre los dos. (63) En efecto, la participación constituye, por parte del Estado, una invitación propuesta a unos grupos sociales, en este caso a los psiquiatrizados, a la movilización en favor de las proposiciones que él hace. Entonces, la participación no es un "regalo" de los gobernantes hacia los gobernados, como Church (64) y Lamoureux (65) han demostrado de manera sorprendente para Ontario y Québec. Es por eso que según Godbout, (66) la demanda de movilización de la oferta de una influencia posible sobre el Estado, deja entender a los participantes que ellos estarán "en la jugada". Entonces, desde el punto de vista del Estado, la participación puede parecer un sustituto al carácter antagonista / reivindicador de los movimientos sociales, como un tipo de pacificador a fin de solucionar los conflictos de intereses entre diversos actores implicados en un sistema semejante al de salud mental. (67)

Pero más allá de sus trampas y ambigüedades, no hay solamente aspectos negativos en cuanto al sujeto de la participación. Al contrario, podemos pensar, a la lectura de los trabajos, por ejemplo, de Church (68,69) y de Everett (70,71) para Ontario o de Lamoureux (72) para Québec, que los debates en torno a la participación han permitido volver a definir la identidad del movimiento, su función y su especificidad con relación al ambiente institucional. Eso ha contribuido, con certitud, a reanimar un movimiento que se encontraba alicaído a finales de los años ochenta. de tal manera que en enero de

INVESTIGACIÓN EN SALUD

1990, después de un congreso internacional de psiquiatrizados que tuvo lugar en Montreal, se dieron nuevas orientaciones, más radicales, y un nuevo nombre para reflejar su carácter, en lo sucesivo, provincial: la "*Ontario Psychiatric Survivors Alliance*" (OPSA). Además, la llegada al poder, en otoño del mismo año, de un gobierno social-demócrata estrechamente ligado a los diferentes movimientos sociales de Ontario y donde uno de los electos era él mismo psiquiatrizado y uno de los fundadores del movimiento, dió un nuevo impulso a la idea de participación y al proceso de consultación.

El análisis de las políticas (73,74) que habían surgido en este período muestra bien que los psiquiatrizados lograron imponerse, ya no como un objeto pasivo, sino como un actor, entre otros actores, de las reformas políticas y de las reorganizaciones institucionales a venir. Así, en las recomendaciones enumeradas en la política de 1993, *Mettre la personne au premier plan* (75) (Poner a la persona en primer plano) tratarán, entre otros, sobre el respeto de la autonomía, de la libertad y de los derechos de los individuos, logrando los psiquiatrizados, asegurarse que el reporte final adoptara un enfoque orientado sobre la defensa de los derechos, (76) sobre las medidas sociales como el alojamiento, y sobre el reconocimiento y el financiamiento de las iniciativas de los psiquiatrizados y de su círculo. Además, sus proyectos obtendrán un financiamiento de la parte del Estado y sus miembros tendrán, hasta 1997, un lugar estatutario, a razón de un 30% de los puestos, en ciertas instancias de planificación regional. Ello quiere decir, como lo revela este pasaje de testimonios recolectado en una investigación en curso[8], que "en una sala de reunión de 20 personas, seis o siete [que eran psiquiatrizados] las voces eran escuchadas, respetadas, ellas tenían más peso en la sala".

Es esta apertura de la perspectiva de las personas generalmente excluidas, entre otras y en particular, de los lugares decisorios que les conciernen, que marca la originalidad de la política social-demócrata. De hecho, ésta hizo avanzar el razonamiento ya presente en el Informe Graham porque en tanto que la orientación política apoyada históricamente y originada en los movimientos sociales, los psiquiatrizados tenían, por primera vez, derecho de palabra. Como lo revela otro pasaje de un testimonio recolectado en el marco de la misma investigación, y que implica a uno de los grupos considerablemente activo en el movimiento de los psiquiatrizados en Ontario:

el partido social-demócrata consultaba a todo el mundo. Hemos tenido la ocasión de participar en varios foros, de tener puestos en el comité de advertencia provincial sobre la reforma en salud mental que revisaba todo el material regresado al gobierno *Mettre la personne au premier plan* (Poner a la persona en primer plano) se acercaba a las ideas que nosotros teníamos referentes al sistema de salud mental y a la dirección que éste debía tomar. Un viraje muy positivo y muy fuerte de la institución hacia la comunidad para focalizar las preguntas sobre el alojamiento, el sostén y las iniciativas de los consumidores/ sobrevivientes.

Lo comunitario

La idea de lo "comunitario" está omnipresente en los discursos y las políticas de la salud mental de Ontario, como en cualquier otro lugar en Canadá. Esta recubre realidades bien variadas: desde la cocina colectiva o el grupo de ayuda mutua, hasta la clínica externa de psiquiatría y el mismo hospital. Esta dilución de sentido -pudiendo ser todo comunitario- tiene riesgos, como el de reproducirse "fuera de las paredes", las relaciones jerárquicas y profesionales de la institución médico-hospitalaria como la conocemos. Unas cuantas indicaciones teóricas permitirán comprender mejor lo que acontece con las políticas de salud mental comunitaria en el contexto de la *désins* psiquiátrica.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Como lo han notado White y Mercier, (77) el desarrollo de los recursos comunitarios está relacionado con dos factores: por un lado, la voluntad política de un cierto grupo de individuos que están en condiciones de afectar los fondos públicos para la elaboración de servicios complementarios ofrecidos por el hospital psiquiátrico y, por otro lado, la acción de iniciadores a la base, es decir de personas, de grupos comunitarios, de reagrupamientos provinciales, de movimientos sociales que privilegian la puesta en marcha de servicios alternativos a la psiquiatría. Esta distinción nos parece útil en cuanto a las categorías de análisis que ofrece, al menos provisionarias, que permiten entender por poco que sea, las dinámicas diferenciales que subtienden lo "comunitario" de la salud mental en el contexto ontariense.

Así, en el primer caso y para algunos actores, como los planificadores, administradores y profesionales, la expresión "comunitario" tiene tendencia a corresponder esencialmente a una referencia instrumental. Aquí se trata especialmente de servicios planificados "por los de arriba", concentrados en la readaptación psicosocial, los cuales se inscriben dentro de un sistema de servicios integrados y continuos. Estos están dirigidos a un sector de la población restringido, cuyas necesidades son definidas por diversos profesionales, según una clasificación estandarizada y externa al universo del sentido de las personas implicadas. (78) Lo "comunitario" de tipo instrumental incluye las estructuras intermediarias las cuales son, de hecho, el prolongamiento de la red formal y actúan como medios ambientes terapéuticos para las personas que tienen dificultades en su medio.

Como lo notan White y Mercier, (79) estas estructuras intermediarias tienen por característica funcionar de común acuerdo con los hospitales psiquiátricos o los departamentos de psiquiatría de los hospitales generales. El acceso a estos servicios, así como la salida, debe ser autorizado por los profesionales. Se privilegian más los planes de servicio individualizados y la gestión de casos como modo de intervención, según las prácticas codificadas y una división jerárquica de trabajo. El riesgo de tal burocratización de un trabajo que debe, por definición, efectuarse en la red social, y como ha sido frecuentemente subrayado, (80,81,82) es a la vez y paradójicamente la pérdida del anclaje en la comunidad y la "colonización de lo comunitario". (83) A los problemas y las necesidades que se viven en la vida de todos los días (ingreso, habitación, aislamiento, desempleo, etc.) se les interpreta según una clasificación psiquiátrica. En otros términos, se proponen intervenciones técnicas e institucionales para estos problemas sociales y culturales de los cuales el sistema psiquiátrico se apodera, pero para los que no tiene respuesta. Es ésta una de las facetas de lo que se puede llamar la medicalización /psiquiatrización de lo social.

En el segundo caso, y para otros actores, como los organismos y grupos comunitarios, y a veces, para los interventores, la expresión "comunitario" constituye esencialmente una referencia expresiva. Lo comunitario se refiere entonces a una estrategia de existencia, a una manera de organizar las relaciones sociales y de manifestar los valores. No son ni la localización, ni el estado de los servicios que son puestos en duda, tal como lo notan Mercier y White, (84) sino la naturaleza de la relación de ayuda y los reportes sociales al interior de los servicios. Desde este punto de vista, el enfoque comunitario no tiene por lo tanto como objetivo la continuidad de los servicios, sino la expresión de una posición de distancia crítica en relación a la perspectiva médica de la psiquiatría y el carácter jerárquico de la relación de ayuda. (85,86) Se trata, en resumen, de una vista "desde los de abajo" en donde los servicios, recursos o acciones se organizan en las comunidades de manera no jerárquica, sino como una forma de democracia directa, a partir de lo que ellas definen como necesidades (87).

Estos grupos tienen diferentes nombres: grupos populares, grupos de ayuda mutua, recursos comunitarios, recursos alternativos, organismos sin fines de lucro. Emanando de la comunidad, éstos son autónomos en sus orientaciones y prácticas y las estructuras de gestión implican mayormente usuarios y personas del medio. En la medida donde hay efectivos permanentes, éstos son a menudo usuarios en turno. La admisibilidad está abierta y no depende de referencias exclusivamente institucionales. (88) Son lugares abiertos en donde la entrada y la salida se efectúa libremente, según las necesidades definidas por los mismos usuarios.

¿Cuántos de estos grupos existen en Ontario?, es difícil de establecer el número preciso, pues algunos desaparecen y otros nacen. Por lo menos algunas docenas en toda la

INVESTIGACIÓN EN SALUD

provincia. Las cifras proporcionadas por el Ministerio de Salud de Ontario (MSO) muestran en revancha, que dispusieron de un presupuesto anual total de cerca de 4 millones de dólares al comienzo de los años noventa. (89)

Este fue el fruto de la política de salud mental elaborado por el gobierno social-demócrata. Se trataba de un fondo especial administrado por el "*Consumer Survivor Development Initiatives*" (CSDI) adjunto al MSO.

La ascensión del CSDI y la decadencia de OPSA

En noviembre de 1989, una conferencia titulada *L'ailleurs et l'autrement* (afuera y de otra forma)... *au Canada* tuvo lugar en Montreal donde se dieron cita psiquiatrizados de todo Canadá, de los Estados Unidos de Norteamérica y de Europa. Una delegación ontariense de psiquiatrizados, representando diversos grupos, se presentaron a la conferencia. (90) Según diversos observadores, la participación a la conferencia contribuyó a la concientización y a la radicalización de los miembros de la delegación ontariense y permitió, igualmente, solidarizar y revitalizar el movimiento. (91,92) Al final de esta conferencia, los participantes expresaron el deseo de establecer una red nacional (93) y poner en marcha organizaciones provinciales que podrían luego ser organizadas en una red nacional. Es así que en enero de 1990 fué fundado en Toronto el *Ontario Psychiatric Survivors Alliance* (OPSA). En mayo, el boletín de información *OPSA news* es lanzado a fin de llenar, en cierta medida, el vacío creado por la desaparición del *Phoenix Rising*.

En el otoño de 1990, el partido social-demócrata gana las elecciones provinciales y constituye el nuevo gobierno.

La legitimidad del movimiento de los psiquiatrizados es reconocida y en el verano siguiente la OPSA es subvencionada por el gobierno provincial en el ámbito de un nuevo programa, el *Consumer Survivor Development Initiative* (CSDI), cuya función es la de desarrollar los agrupamientos de los psiquiatrizados. (94) Hacia el final del verano de 1991, el CSDI había financiado cerca de 42 grupos desarrollados y dirigidos por ex-psiquiatrizados (de ayuda mutua, de desarrollo económico, de formación para el empleo, de abogacía, etc.).

En poco tiempo, muchos grupos locales de psiquiatrizados recibieron importantes subvenciones y hacia finales de 1991, la OPSA tenía ya 1800 miembros repartidos en 34 grupos locales diferentes. El apoyo financiero del Estado permitió igualmente a la OPSA organizar en Toronto, en septiembre de 1991, la conferencia *Rising Tide* que reunió cerca de 200 psiquiatrizados. (95)

Podríamos pensar que la OPSA era un movimiento en pleno crecimiento. Sin embargo, en menos de un año, después de haber recibido un reconocimiento oficial y un financiamiento por parte del gobierno provincial social-demócrata, la OPSA empezó a manifestar grandes dificultades y su desaparición parecía inminente. En efecto, este reconocimiento por parte del Estado parece haber tenido un gran impacto sobre la OPSA, en la medida que él enganchaba la regulación del movimiento de los psiquiatrizados. Desde entonces, el Estado definía las reglas del juego que el movimiento de los psiquiatrizados debía respetar a fin de recibir la subvención. Así, el financiamiento de las actividades y proyectos propuestos por la OPSA dependía estrechamente de su legitimidad frente a los funcionarios. También, el Ministerio de la Salud, y particularmente el CSDI, buscaba influenciar las relaciones de fuerza entre la perspectiva radical y la perspectiva moderada al seno de la OPSA en favor de ésta última. (96) Todo parece indicar que, habiendo recibido el reconocimiento y el financiamiento del Estado, el movimiento de los psiquiatrizados se resignó a volverse más moderado, más "respetable". El liderazgo grandemente anti-psiquiátrico del movimiento en Ontario tiene, desde ese entonces, una voz relativamente débil al seno del movimiento de los psiquiatrizados.

Pero los factores que contribuyeron al desenlace de la OPSA deben ser conjugados a factores que provienen de las políticas de un gobierno social-demócrata, cada vez más resignados a someterse al neoliberalismo que invadía a América del Norte. Como lo remarcan los trabajos de Church, (97) ciertos espacios democráticos han sido abiertos en el pasado. De todas maneras, como lo hemos visto anteriormente, la apertura de estos nuevos espacios no se ha realizado sin obstáculos considerables. Desde 1995 y con la llegada al poder de un gobierno ultra-conservador, los mecanismos de

INVESTIGACIÓN EN SALUD

consultación pública implantados en Ontario en el ámbito de su reforma de cuidados de salud mental, han sido prácticamente abandonados. Dado el cambio de clima social, político y económico en Ontario desde la implantación de la reforma, los mecanismos de consultación que permitían a los individuos que sufren problemas psíquicos de ser escuchados, ya no existen. La política de salud mental de los conservadores ha dado fin a estos nuevos espacios públicos.

Con las reestructuraciones de los servicios de salud y de las instancias de planificación empezadas por el gobierno conservador, la participación de los psiquiatrizados está seriamente comprometida por, entre otros, una regionalización que hace difícil, quizás imposible, el acceso real a las instancias decisorias. Como lo dijo un miembro del consejo de administración de un recurso alternativo durante una entrevista de investigación, "los conservadores no están interesados por el tipo de representación o de control local que propusieron los gobiernos precedentes".

A manera de conclusión

¿Qué queda del movimiento de los psiquiatrizados como movimiento social en Ontario? Más allá de las prácticas, de las experiencias y de las acciones que han sido, y son aún, portadoras de transformaciones; más allá también de ciertas orientaciones progresistas de las políticas de salud mental, (98) se tiene la impresión de ver un cierto estancamiento, como si todo estuviera atenazado. Para los actores sociales implicados en el agrandamiento de esos espacios de democracia, de solidaridad, de redefinición de las normas y valores (incluyendo lo normal y lo patológico), el contexto incluye varios elementos que constituyen a la vez una amenaza y un desafío.

En una época donde el Estado-providencia tenía una legitimidad en la vida colectiva y social, la comunitarización en salud mental podía tener una resonancia sobre el registro de la libertad y de la democracia, mediando la existencia de movimientos sociales capaces de formular y de experimentar prácticas alternativas a la psiquiatría formal. Hoy en día, la crisis de legitimidad del Estado, la crisis generalizada del trabajo y el debilitamiento de la red de seguridad social han hecho pasar las reformas a las fuerzas conservadoras poco dadas a las prácticas de solidaridad y de experimentación social. Lo que se presentaba entonces como potencial de apertura a través de las reformas propuestas, viene a ser un cierre en nombre de la "revolución del buen sentido" de un gobierno de derecha.

La desinstitucionalización psiquiátrica no puede reducirse a un tipo de "mantenimiento a domicilio" implicando una batería de profesionales-gestores, y con una participación aumentada del medio, generalmente de las mujeres, como mano de obra barata. O la "désins" se abre hacia la diversificación de las prácticas y la idea del *no one best way* (no hay un sólo camino) más coherentes con las realidades plurales de las sociedades en las cuales vivimos. Más allá de las diferencias, allí se dan las condiciones de vivir juntos en las sociedades complejas. O bien se recrea, más o menos sin percibirse, una forma de asilo en la calle, super-planificado, en donde persistirá el sentido de la exclusión de la cual Foucault nos advierte. Lo que se organiza estos últimos años deja presagiar más sombras que luces en cuanto a las prácticas de solidaridad que construimos en los márgenes sociales.

Sin un movimiento que pueda dar la palabra colectiva a los esfuerzos y experiencias diversificadas de los psiquiatrizados en todo Ontario, se quedarán vulnerables a la lógica burocrática e institucional, por más descentralizada que ésta sea. Pero los diferentes grupos participan en los movimientos sociales por diferentes razones y también en diferentes etapas de la acción colectiva. (99) Éstos tienen fases de latencia y se desarrollan en dominios limitados durante periodos de tiempo igualmente limitados. Por otro lado, la latencia no significa inactividad en la medida donde estos periodos son momentos de estrategia y de planificación para las redes sociales profundas.

El estudio de las redes sociales sumergidas puede informarnos sobre los lugares y sobre las formas de lucha, de resistencia, de disidencia en una sociedad dada. Se trata en efecto de dar forma y rostro al contra-poder, característica de las sociedades complejas y desde allí, poner en evidencia los bloqueos que los generan y los limitan a la vez.

Desde esta perspectiva, una conferencia realizada en Toronto en noviembre de 1998, que reagrupó psiquiatrizados activos en una cantidad de acciones y de recursos por todo Ontario, dejó vislumbrar un movimiento que busca darse una nueva voz colectiva a

INVESTIGACIÓN EN SALUD

través de formas organizadas autónomas y que recurre a las nuevas tecnologías de comunicación. (100) De la misma manera, la lectura a título exploratorio de intercambios en Internet hace pensar que la OPSA renace, como un Fénix, de sus cenizas. En los dos casos, nos encontramos plenos de preguntas, mismo lo que está en juego en el movimiento de los psiquiatrizados por toda América del Norte: los derechos y libertades en un contexto de leyes o de proyectos de ley dirigidos a restringirlos en los casos de enfermedad mental; la pobreza; la exclusión; el tratamiento psiquiátrico y sus consecuencias sobre el plan de la identidad y de la integración sociales; las "otras" prácticas al frente de los problemas mentales que se fundamentan menos en los conocimientos formales que en la experiencia personal y en las solidaridades de base; los códigos culturales diferentes, etc.

En resumen, son los espacios que se crean para proponer un discurso diferente de aquel de los expertos (profesionales y administradores) sobre la enfermedad mental, los enfermos o los servicios, según el lenguaje consagrado. Un discurso sobre la locura/enfermedad mental que relativiza el saber de los expertos sobre los problemas y necesidades (y por consecuencia, sobre los tratamientos / programas / servicios / políticas), y que relativiza también la importancia de sus intervenciones.

Es en esta perspectiva de un nuevo enfoque sobre la manera de abordar las problemáticas sociales que se sitúan el interés y el desafío de conocer / reconocer las diferentes prácticas que se manifiestan y se reinventan cada día contra viento y marea en las redes sociales múltiples y diversificadas. Una de las ventajas de este tipo de estudio es de alimentar la reflexión sobre las relaciones entre el sector público y la sociedad civil, por tanto entre los agentes múltiples de los servicios públicos y los individuos y las comunidades relacionadas. Así, es darle otro contenido, otra perspectiva y dirección a las reestructuraciones vigentes un poco por todos lados en los servicios sociales y de salud. Es así, en resumen, buscar a inyectar la democracia en los dominios que conciernen las facetas cada vez más grandes de la sociedad y de los aspectos cada vez más íntimos y diversificados de la vida diaria. Es, por fin, la diferencia entre las políticas y prácticas de vigilancia de las "poblaciones en riesgo"; o, al contrario, aquellas que se abren a los espacios donde se refuerzan los vínculos sociales.

En Ontario, como en el resto de América del Norte, asistimos al aumento de políticas sociales e institucionales más autoritarias dirigidas hacia las personas vulnerables y marginales. Estas políticas neoconservadoras también tienen consecuencias para la intervención social, en la medida que aquellas redefinen las condiciones de su práctica. Estas son, en efecto, a la vez más controladas por los códigos que reducen los márgenes de maniobra y la autonomía profesional de una parte, y de otra parte controlan las personas que hacen el objeto de la intervención.

En este contexto, la intervención social se ve confrontada a lógicas contradictorias: aquella de la racionalidad tecnocrática y la "gestión de casos problemas"; y aquella de los problemas humanos y sociales que se entrecruzan en medio de condiciones de extrema dificultad, fragilizando aún más la gente vulnerable.

Referencias bibliográficas

1. Touraine A. *Critique de la modernité*. Paris: Fayard, 1992.

2. Melucci A. Qu'y a-t-il de nouveau dans les "nouveaux mouvements sociaux"?. En: Maheu L, Sales A (dir.).

***La recomposition du politique*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 1991: 129-162.**

3. Thériault J-Y. *L'identité à l'épreuve de la modernité. Écrits politiques sur l'Acadie et les francophonies canadiennes minoritaires*. Moncton: Éditions d'Acadie, 1995.

4. Torrev FE. *Thirty Years of Shame: The Scandalous Neglect of the Mentally Ill*

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Homeless. *Policy Review*, 1989; 48:10-15.

5. Demers D, Genest SD. *Étude provinciale sur l'hébergement des personnes atteintes de maladie mentale*. Québec: Secrétariat d'État et Ministère de l'Emploi et de l'Immigration du Canada, 1993.

6. Marshall J. *Madness: An Indictment of the Mental Health Care System in Ontario*. Toronto: OPSEU, 1982.

7. Spitzer WD (comp.) *Analyse statistique, opérationnelle et clinique de l'engorgement des salles d'urgences de centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise*. Montréal: Département d'épidémiologie et biostatistique/Université McGill, 1985.

8. Hébert A. La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques: un profil professionnel, social et psychiatrique. *Sociologie et Sociétés*, 1985; XVII: 1: 61-72.

9. Blais L. *Enquête exploratoire sur la clientèle de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal*. Montréal: DSC Sacré Coeur, 1986.

10. Capponi P. *Upstairs in the Crazy House: The Life of a Psychiatric Survivor*. Toronto: Penguin Books, 1992.

11. Foucault M. *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994; III: 477-499.

12. Castel R. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995.

13. *Ibid.*

14. Gaulejac V. de, Taboada Léonetti I. *La lutte des places. Insertion et désinsertion*. Paris: Desclée de Brouwer, 1994.

15. Torrey, *op.cit.*

16. Lesage A. Le rôle des hôpitaux psychiatriques. *Santé mentale au Québec*, 1997; 22: 2: 25-32.

17. Bernard-Thomson K, Leichner P. L'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario. *Santé mentale au Québec*, 1997; 22: 2: 53-70.

18. Certeau de M. *L'invention du quotidien*. Paris: Gallimard, 1990.

19. Lesemann F. La pauvreté: aspects sociaux. En: Dumont F, Langlois S, Martin Y (dir.). *Traité des problèmes sociaux*. Québec: IQRC, 1995: 581-604.

20. Corin E, Rodriguez Del Barrio L, Guay L. Les figures de l'aliénation: un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir. *Revue canadienne de santé mentale*, 1996;15: 2: 45-67.

21. Blais L. *Pauvreté et santé mentale au féminin. L'étrangère à nos portes*.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa, 1998.

22. Dupuy JP. *Ordres et désordres. Enquête sur un nouveau paradigme*. Paris: Seuil, 1982.

23. Chesler P. *Women and Madness*. New York: Avon Books, 1983.

24. Smith D, David SJ (dir.).

Women Look at Psychiatry. Vancouver: Press Gang Publishers, 1976.

25. Laing RD. *The Divided Self* (1961). New York: Pantheon Books, 1969.

26. Szasz T. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper and Row, 1961.

27. Weitz D. Notes of a "Schizophrenic" Shitdisturber. En: Burstow B, Weitz D. *Shrink Resistant: The Struggle against Psychiatry in Canada*. Vancouver: New Star Books, 1988: 285-302.

28. *Ibid.*

29. Everett B. *A Fragile Revolution. Consumers and psychiatric survivors confront the power of the mental health system*. North York: Thèse de doctorat, Département de sociologie/ Université York, 1997.

30. Shimrat I. *Call Me Crazy: Stories from the Mad Movement*. Vancouver: Press Gang Publishers, 1997.

31. Chamberlin J. *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. Toronto: McGraw-Hill, 1979.

32. Weisztz, *op. cit.*

33. Shimrat, *op. cit.*

34. Weisztz, *op. cit.* en Shimrat, *op. cit.*

35. Lamoureux J. *Le partenariat à l'épreuve. L'articulation paradoxale des dynamiques institutionnelles et communautaires dans le domaine de la santé mentale*. Montréal: Éditions Saint-Martin, 1994.

36. Church K. *Forbidden Narratives. Critical Autobiography as Social Science*. New York: Gordon and Breach, 1995.

37. Shimrat, *op. cit.*

38. Burstow B. My Radical Beginnings. En: Burstow B, Weitz D (dir.). *Shrink Resistant: the Struggle against Psychiatry in Canada*. Vancouver: New Star Books, 1988: 271-284.

39. Weisztz, *op. cit.*

INVESTIGACIÓN EN SALUD

40. Shimrat, *op. cit.*
41. Touraine, *op. cit.*
42. Melucci A. Vie quotidienne, besoins individuels et action volontaire. *Sociologie et sociétés*, 1993;25: 1:189-198:195.
43. Maheu L. Les mouvements de base et la lutte contre l'appropriation étatique du tissu social. *Sociologie et sociétés*, 1983;15: 1: 77-92.
44. Thériault, *op. cit.*:70.
45. Maheu, *op. cit.*
46. Melucci (1993), *op. cit.*
47. Maheu L, Descent D. Les mouvements sociaux: un terrain mouvant. *Nouvelles pratiques sociales*, 1990; 3: 1: 41-51.
48. Melucci (1991), *op. cit.*
49. Lamoureux, *op. cit.*:42.
50. Church K. Beyond "Bad Manners": The Power Relations of "Consumer Participation" in Ontario's Community Mental Health Reform. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 1996; 15: 12: 27-44.
51. Organisation mondiale de la santé. *Les buts de la santé pour tous*. Copenhague: Bureau régional de l'Europe, 1985. En Blais L, Coloma C. La communautarisation dans les politiques de santé mentale. Globalisation des mots d'ordre et spécificité des pratiques: les cas de l'Ontario et du Québec. *Congrès de l'International Association of Health Policy*. Montréal: Communication, 13-16 juin 1996.
52. Church (1996), *op. cit.*
53. *Ibid.*:29.
54. *Ibid.*
55. Church K, Reville D. Do the Right* Thing Right. *Revue canadienne de politique sociale*, 1990; 26: 77-81.
56. Church (1996), *op. cit.*
57. *Ibid.*:38.
58. *Ibid.*
59. *Ibid.*:28.
60. Guay L. Le choc des cultures: bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de

INVESTIGACIÓN EN SALUD

services en santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 1991; 4: 2: 43-58.

61. Church y Reville, *op. cit.*

62. Godbout J. *La participation contre la démocratie*. Montréal: Éditions Saint-Martin, 1983.

63. *Ibid.*:155,158.

64. Church (1996), *op. cit.*

65. Lamoureux, *op. cit.*

66. Godbout, *op. cit.*:156-157.

67. *Ibid.*:157.

68. Church (1995), *op. cit.*

69. Church (1996), *op. cit.*

70. Everett B. Something is Happening: The Contemporary Consumer and Psychiatric Survivor Movement in Historical Context. *Journal of Mind and Behavior*, 1994;15: 1-2: 55-70.

71. Everett (1997), *op. cit.*

72. Lamoureux, *op. cit.*

73. Blais, *op. cit.*

74. Camirand C. *La désinstitutionnalisation psychiatrique en Ontario: de quoi parle-t-on? Enjeux de la réforme des soins de santé mentale*. Ottawa: Mémoire de maîtrise, École de service social/Université d'Ottawa, 1997.

75. Ontario. Ministère de la Santé. *Mettre la personne au premier plan. La réforme des services de santé mentale en Ontario*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1993.

76. Church (1996), *op. cit.*

77. White D, Mercier C. La politique de santé mentale et la communautarisation des services. *Santé mentale au Québec*, 1995; XX: 1: 17-30: 21.

78. Blais (1998), *op. cit.*

79. White D, Mercier C. Coordinating Community and Public-Institutional Mental Health Services: Some Unintended Consequences. *Social Science and Medicine*, 1991; 33: 6: 729-739.

80. Guay L. *Solidarité et intégrité du communautaire*. Montréal: Entonnoir, 1987.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

81. Rousseau C. Community Empowerment: The Alternative Resources Movement in Quebec. *Community Mental Health Journal*, 1993; 29: 6: 535-546.
82. White y Mercier (1995), *op. cit.*
83. White D. The Community-Based Mental Health System: What Does It Mean?. *Revue canadienne de politique sociale*, 1993; 31: 31-61.
84. White y Mercier (1995), *op. cit.*
85. *Ibid.*
86. Corin, Rodriguez Del Barrio y Guay, *op. cit.*
87. Blais y Coloma, *op. cit.*
88. Camirand, *op. cit.*:41.
89. *Ibid.*:72.
90. Oswin M. Our Turn. *OPSA Newsletter*, 1990: 1: 6.
91. Hurst C. Consumer or survivor?. *OPSA Newsletter*, 1990; 1: 7-8.
92. Gillespie J. Our Turn. *OPSA Newsletter*, 1990; 1: 4-6:4.
93. CBC IDEAS. *Analyzing Psychiatry*, 1990; 3, 10, 17 avril: 24.
94. Shimrat, *op. cit.*:94.
95. *Ibid.*:100.
96. Everett B, Shimrat I. *Getting Mad Beats Going Mad*. Toronto: Homeward Projects, 1993: 17.
97. Church (1996), *op. cit.*
98. Ontario. Ministère de la Santé (1993), *op. cit.*
99. Melucci A. *Nomads of the Present*. London: Hutchinson Radius, 1989: 53-54.
100. Consumer Survivor Development Initiative Conference. *Consumer Survivor Initiatives: Past, Present and Future*. Toronto: Book of Proceedings, 4 au 6 novembre 1998.
101. Bourdieu P. Introduction à la socioanalyse. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1991; 90: 3-19.
102. Torrey, *op. cit.*

INVESTIGACIÓN EN SALUD

103. Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*
104. Epp J. *La santé mentale des canadiens: vers un juste équilibre*. Ottawa: Ministère de la santé nationale et du Bien-être social, 1988.
105. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: MSSS, 1990.
106. Ontario. Ministère de la Santé. *Deciding the Future of our Health Care: An Overview of Areas for Public Discussion*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1989.
107. Ontario. Ministère de la Santé. *Renforcer le soutien communautaire à la population: planification de la santé mentale en Ontario (Rapport Graham)*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1988.
108. Ontario. Ministère de la Santé. *Health Care: The 80's and Beyond: Seeking Consensus*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1983.

Notas

1. El material recogido para este artículo es parte de un proyecto de investigación más grande teniendo por objeto la especificidad de las prácticas alternativas en el campo de la salud mental en Ontario. El proyecto se inscribe en los trabajos del Equipo de investigación y de acción en salud mental y cultura (Erasmus). Este equipo, financiado por el Consejo quebequés de la investigación social (CQRS) (subvención #. RS2821M96) y dirigido por Ellen Corin, está constituido por investigadores universitarios y por grupos comunitarios. Los miembros universitarios son: Gilles Bibeau (Universidad de Montreal, antropología); Louise Blais (Universidad de Ottawa, servicio social); Ellen Corin (Universidad McGill, psiquiatría y antropología); Jocelyne Lamoureux (UQAM, sociología); Lourdes Rodríguez, (Universidad de Montreal, servicio social); Cécile Rousseau (Universidad de McGill, psiquiatría).

Los miembros comunitarios son: el Institut Interculturel de Montréal (fin: 2001); el Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec; la Table de concertation de Montréal pour les réfugiés y le Park Extension Youth Organization (PEYO).

2. La palabra "desinstitucionalización" es problemática. La vida colectiva está íntimamente ligada a las instituciones que una sociedad crea. Las instituciones son fuente de socialización, con normas que las subtienden y que emanan, la familia, la escuela y otras pudiendo servir de ejemplo. Se ve, del resto, a lo que pueden conducir las sociedades con tradiciones institucionales débiles o inexistentes. En el caso que nos ocupa, es decir la desinstitucionalización psiquiátrica, la pregunta es más que nada de saber de qué "instituciones" se tratará y para hacer qué.

3. Del resto, son precisamente estas mismas cifras que serán utilizadas por una cierta derecha conservadora (al interior, como al exterior de la psiquiatría) para legitimizar la llamada al regreso, "*new and improved*", de las estructuras asilares de encerramiento. (102)

4. Entendemos por psiquiatrizados, las personas que han tenido uno o varios diagnósticos psiquiátricos. que han conocido una o varias hospitalizaciones

INVESTIGACIÓN EN SALUD

psiquiátricas y a los que la experiencia los ha marcado socialmente -en todo el sentido del término-. Se trata de una decisión relativamente más satisfactoria que otros términos tales "paciente psiquiátrico", "enfermo mental", "cliente", "beneficiario", etc. Las palabras no son nunca inocentes, como nos lo recuerda Bourdieu. (101) La palabra psiquiatrizado implica un proceso que ha sido muy a menudo sufrido e impuesto del exterior. Se comprende fácilmente que sea un término poco apreciado de la psiquiatría cuya misión se ve así comparada a un rol de verdugo mientras que la intervención ha unido a veces las relaciones que han podido justamente hacer una diferencia. Pero por más imperfecto o inadecuado que sea, traduce algo del orden de la resistencia, del rechazo, y da paso a otras maneras de pensar y de actuar frente a lo que fastidia. Nosotros utilizaremos a veces las palabras "usuario" y "consumidor/sobreviviente". No hacemos aquí ninguna diferencia entre psiquiatrizado y ex-psiquiatrizado, término que encontramos a veces en la literatura.

5. El *Mental Patients Association* había sido fundado en 1971 por un grupo de psiquiatrizados que eran pacientes de un programa de día en un hospital psiquiátrico de Vancouver y donde uno de ellos se había suicidado. Este hecho fue un elemento desencadenante en la formación del primer grupo de ayuda mutua anti-psiquiátrico en Canadá fundado por y para los psiquiatrizados.

6. Notemos el juego de palabra hecho sobre el término inglés "*mad*" donde el término significa a la vez "fuera de la razón" y "cólera". El juego de palabra nos envía al libre culto del movimiento de las mujeres al final de los años 60 *We're not mad, we're angry* de Phyllis Chesler.

7. Estas palabras de orden se encontrarán a todos los niveles de la salud pública internacional, (103) federal (104) y provincial. (105,106,107,108) En un sentido, se trata entonces de una manera de "mundialización" de las palabras de orden referentes a la salud y los servicios socio-sanitarios. Pero como esas palabras de orden son retomadas, variará según los contextos histórico, social, político, económico, institucional, científico. Esta variación puede ser en sí misma un objeto de estudio permitiendo así arrojar a la luz sobre las dinámicas sociales y culturales más profundas.

8. El estudio en referencia busca poner en evidencia lo que se implementa en las comunidades alrededor de las personas que sufren de problemas psiquiátricos y que viven en medios llamados "naturales". El objetivo general de la investigación es de contribuir a la renovación de los modelos de práctica en el campo de la salud mental a partir de la perspectiva de las personas psiquiatrizadas y de sus prójimos, a partir de la experiencia de los reagrupamientos de tipo asociativo que han emergido durante los últimos treinta años de desinstitucionalización. La investigación busca documentarse sobre prácticas colectivas de tipo asociativo a partir de estudios de casos que permitan identificar las formas del tejido comunitario y ver el modelo de los organismos que se desarrollan. Busca igualmente identificar las principales trayectorias de búsqueda de ayuda, a partir de situaciones concretas vividas por las personas implicadas en estos organismos, de manera que se pueda diferenciar el lugar que ellos ocupan en la vida de la gente interesada y en relación al sistema formal de cuidados.

Louise Blais, Ph.D.

Louise Blais es profesora en el programa de Maestría de la escuela de servicio social de la Universidad de Ottawa. Este artículo ha sido preparado con la colaboración de

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Louise Mulligan-Roy, Claude Camirand y Javier Calderon, estudiantes del mismo centro de estudios. Ha sido presentado en forma abreviada en el IAHP (International Association of Health Policy) en julio de 2000 en La Habana, Cuba.

Correspondencia y sobretiros:

loublais@magma.ca