



UNR

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

Investigación bibliográfica

*“Los dispositivos sustitutos: Un camino hacia
la desmanicomialización.”*

Autora: Mancini, María Sol

Legajo: M-5746/1

Docente responsable: Marisa Germain

2022

1

Agradecimientos

A la Universidad Pública; por recibirme y formarme,

apuntan a la sustitución de un modelo médico hegemónico por un modelo de Salud Mental de base comunitaria, considerando al sujeto en su totalidad y no solo centrándose en su padecimiento, aspirando así a un mayor protagonismo del mismo en las condiciones de su tratamiento.

4

Introducción

El presente trabajo se constituye como una investigación bibliográfica, en un intento de dar lugar a interrogaciones y reflexiones que procuran relevar el nexo entre las siguientes categorías conceptuales: la lógica desmanicomializadora y los dispositivos sustitutivos.

Se comprende por desmanicomialización a:

El cuestionamiento al manicomio y su modalidad de atención y cura caracterizada como violenta y represiva. Este proceso nace en la segunda posguerra y hace referencia a las innovadoras experiencias iniciadas y llevadas a cabo por grupos políticos y técnicos en Gran Bretaña, Europa y Estados Unidos. Se trata de movimientos antipsiquiátricos que apuntan a redefinir el concepto de Salud Mental. Son propuestas contrahegemónicas que se oponen al Modelo Médico Manicomial que se basa en el internamiento crónico, promoviendo prácticas alternativas a éste como instancias de cura (Sampallo, 2005, p.6).

Por lo tanto, se puede pensar a la desmanicomialización como un giro en el modo de pensar el proceso de salud-enfermedad mental, que es adoptado por diferentes disciplinas sociales que comienzan a cuestionar las prácticas psiquiátricas con su modalidad asilar en el tratamiento de los enfermos, haciendo foco en la misma sociedad como espacio de cura.

Si bien no se entienden aquí a las lógicas desmanicomializadoras como aquellas que apuntan estrictamente a lograr el cierre definitivo de los hospitales monovalentes, se hace énfasis en la transformación del modo de atención de la práctica psiquiátrica, con la finalidad de crear vínculos que posibiliten la contención extrahospitalaria. No se trata entonces de eliminar los manicomios, sino de sustituir sus lógicas. ¿Cómo?

Es aquí donde podría hablarse de los denominados dispositivos sustitutivos, entendidos como aquellos espacios que, más allá de los muros hospitalarios, apuntan a deconstruir una lógica que plantea como base la fragmentación de la subjetividad de los usuarios de Salud Mental, es decir, aquellas lógicas que generan fenómenos disruptivos como la exclusión, la pérdida de autonomía, el aislamiento del contexto social, la discriminación. El Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2018), define a estos dispositivos como aquellos espacios “que, a través de la producción, el trabajo, el entretenimiento y el arte aportan herramientas a personas con padecimientos subjetivos para que puedan transitar el mundo con la mayor autonomía posible.” (p.1)

El objetivo del presente escrito es dar cuenta del modo de funcionamiento de los dispositivos existentes en la provincia de Santa Fe que aspiran a suplir los modos de ejercicio de cuidado de los hospitales monovalentes, ahondando en las lógicas bajo las cuáles estos dispositivos sustitutivos se sostienen. Para ello, a lo largo de este trabajo se despliegan objetivos específicos que consisten en examinar cuáles son los dispositivos sustitutivos que se encuentran actualmente en la provincia de Santa Fe, rastrear sobre qué marco teórico se apoyan estos dispositivos, y analizar cuáles son las metas de los mismos.

Funcionan como impulsores y sirven como apoyo del presente escrito, tanto las

experiencias llevadas a cabo en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas en un efector público monovalente, dedicado al tratamiento de los padecimientos mentales, así como también los contenidos académicos aportados por el cursado de la carrera de psicología.

Dichos aportes han permitido el cuestionamiento, la desnaturalización de aquello que muchas veces se representa socialmente acerca del encierro - por lo general en hospitales monovalentes - de quienes padecen una enfermedad mental. Se

5

abren, a raíz de esto, los siguientes interrogantes: ¿Con qué dispositivos se procura responder a aquellas situaciones que traten problemáticas de Salud Mental? ¿Bajo qué lógicas?

A lo largo de esta investigación bibliográfica se abordarán específica, aunque no exclusivamente, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el Plan Nacional de Salud Mental (2021-2025), y el Trabajo para el Anteproyecto del Plan provincial de Salud Mental de la provincia de Santa Fe (2021) como fuentes principales, para poder lograr un acercamiento a las respuestas de los interrogantes anteriormente abiertos. Se seleccionan estos materiales, ya que se consideran componentes imprescindibles para la comprensión de las herramientas que se disponen para el tratamiento del padecimiento mental. Además, se considera a la Ley Nacional de Salud Mental el principal referente discursivo de los dispositivos sustitutos. Asimismo, a lo largo de este recorrido se apela a los aportes de otros autores que refieren a las categorías conceptuales que motivan esta investigación bibliográfica.

Se considera que investigar sobre estas cuestiones es relevante en el sentido en que refieren a una problemática de absoluta vigencia, como lo prueban los actuales debates en desarrollo, que poseen la intención de introducir modificaciones en estas legislaciones. De allí la relevancia de entender a qué se refiere con aquellas lógicas que apuntan a la desmanicomialización de los padecimientos mentales y la creación de dispositivos que sustituyan el encierro en hospitales monovalentes. Dado que las prácticas que se desarrollan en torno a los padecimientos subjetivos y su adecuado tratamiento cambian y se actualizan con el tiempo, el conocimiento teórico acerca de los mismos funciona como una herramienta para el ejercicio profesional del psicólogo.

Se entiende necesario, para abordar dicha temática, adoptar un enfoque crítico, objetivo y ético, evitando posibles prejuicios tanto en torno a los padecimientos mentales, así como también a su adecuado tratamiento; pero, por otro lado, se propone al/la lector/a un recorrido que vaya más allá de una descripción simplificadora, es decir, se procura adoptar una mirada que se abra al debate, el cuestionamiento y la reflexión.

Es necesario aclarar que en el presente trabajo se adopta el compromiso de cumplir con todos los resguardos éticos requeridos en un trabajo académico.

6

Objetivos

General:

- Dar cuenta del modo de funcionamiento de los dispositivos sustitutos en Salud Mental existentes en la provincia de Santa Fe, ahondando en las lógicas bajo las cuales se sostienen.

Específicos:

- Examinar cuáles son los dispositivos sustitutos en Salud Mental que se encuentran actualmente en la provincia de Santa Fe a la luz de la noción de desmanicomialización.

- Rastrear sobre qué marco teórico se apoyan estos dispositivos sustitutivos.
- Analizar cuáles son los objetivos de los dispositivos sustitutivos existentes en la provincia de Santa Fe.

7

El manicomio y sus lógicas

“La enfermedad mental sólo puede florecer totalmente en un Hospital Psiquiátrico. Así como una planta alcanza el nivel óptimo de crecimiento en la tierra bien abonada, también el enfermo mental logra su mejor desempeño en las salas cerradas de las instituciones totales”. (Jay Haley)

Para introducir este apartado y en pos de comprender qué se menciona cuando se habla de manicomio, se hace aquí explícito que según la R.A.E, la etimología de la palabra manicomio deviene del latín ‘manía’ y del griego ‘cuidar’. A su vez, según la misma fuente, la manía es una “especie de locura, caracterizada por delirio general, agitación y tendencia al furor”; mientras que la definición del manicomio puede resumirse en el sentido de: “hospital para locos”.

Castel (2009) afirma que, durante el Siglo de las Luces, se consideraba *loco* a todo aquel que desentonaba en la sociedad. Este loco era quien carecía de razón y de la posibilidad de ser considerado como un sujeto de derechos, un ser irresponsable, incapaz de trabajar o servir, foco de desórdenes. Por lo tanto, el loco era aquel que había que controlar, tutelar, o reprimir de ser necesario, pero según normas distintas de las que se asignan a sujetos ‘normales’ de una sociedad racional. Según este autor, el aislamiento era necesario para poder separar a esos individuos del ambiente que los enfermaba, es decir, se utilizaba esta herramienta para aislar a estos sujetos del medio que los alienaba, los enfermaba.

Se entiende entonces que los manicomios fueron creados con la finalidad de hospedar y aislar a la locura, a los *anormales*, que si bien en sus orígenes el cuidado de los mismos era una cuestión que quedaba a cargo del familiar del padeciente, es decir, era una responsabilidad que se cernía principalmente el ámbito doméstico, con posterioridad se consolidan y difunden en Occidente aquellas modalidades de tratamiento basadas en la coerción y el aislamiento de los sujetos caracterizados por su condición de excluidos, constituyéndose de este modo grandes instituciones especializadas, orientadas al encierro terapéutico, regidas por ciertas lógicas características de estas organizaciones. (Alberdi, 2003).

Aquellas instituciones orientadas al tratamiento y aislamiento de la locura, según Goffman (2001), pueden ser caracterizadas como ‘instituciones totales’. Las mismas, según este autor, son aquellas que refieren a ciertos lugares de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, son aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.

Esta forma de administración burocrática de amplios grupos de individuos, implica necesariamente importantes limitaciones de la autonomía individual, en la medida en que por ejemplo, todos ellos comen en turnos organizados, esos alimentos son preparados por el personal autorizado, usan las duchas de higiene en tiempos específicos, tienen horarios de recreación programados, etc. Es decir, estos tipos de instituciones totales, implican necesariamente una limitación de la autonomía de la que se gozaría por fuera de las mismas. Por ende, los hospitales psiquiátricos, caracterizados aquí como instituciones totales, así como también las cárceles, las

escuelas con internados educativos, etc.; comparten esta lógica de una vida administrada y por tanto, una limitación de la autonomía de sus internados.

Estos antecedentes sirven como referencia para comprender qué se entiende aquí por manicomio, y por ende, cómo se piensan las lógicas manicomiales, entendiendo a éstas últimas como aquellas prácticas que se llevan a cabo a partir de

8

la tutela o vigilancia de la persona con padecimiento mental, y el aislamiento de su contexto social.

Con respecto a estas prácticas manicomiales, en Argentina, a partir de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el año 2010, se impulsó un radical cambio de paradigma. El Plan Nacional de Salud Mental (2021-2025) indica que este nuevo paradigma, más allá de ser novedoso en el plano de políticas públicas destinadas a la Salud Mental a nivel nacional, tiene su origen en un proceso de construcción de largo aliento, a partir del cuestionamiento del orden manicomial, construyéndose a partir de estas luchas una nueva perspectiva desde las bases mismas del campo de la Salud Mental, creando las condiciones necesarias para avanzar finalmente en un proceso de reforma del sistema.

Esto significó un gran desafío, ya que se debió adoptar la mencionada Ley para avanzar efectivamente en esta reforma de la Salud Mental. Además, esta Ley implicó un motivo de disputas y luchas por el poder, que se dieron en la atención y tratamiento en el campo de la Salud Mental. En referencia, Escalada (2016) afirma que “La nueva Ley de Salud Mental viene a perturbar los marcos epistemológicos, teóricos y metodológicos con los cuales formamos a los profesionales de la Salud Mental en Argentina” (p.1)

No obstante, esta lucha por un cambio en la concepción de la Salud Mental, precede a la Ley y es resultado de grandes movimientos revolucionarios, como por ejemplo, en el año 1991 en la provincia de Río Negro a través de la Ley 2440, se prohibió “la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecúe a los principios individualizados en la presente Ley” (1991, p.1) La Ley 2440 es pionera en nuestro país en materia de desmanicomialización, y argumenta desde sus primeras páginas que su principal objetivo es construir un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas de cualquier edad, que padezcan un sufrimiento mental. Además, se apunta a que estos objetivos se cumplan por fuera de los muros hospitalarios.

Por lo tanto, se evidencia que en Argentina existe una serie de normativas en torno a la Salud Mental que sirven como marco teórico regulador de aquellas instituciones que tengan como finalidad el cuidado y tratamiento de los padecimientos mentales.

Este movimiento de desmanicomialización se llevó a cabo no solo en Argentina, sino que el mismo atraviesa transversalmente a muchos países del mundo. Se considera en este escrito que la desmanicomialización no aspira únicamente al cierre definitivo de los hospitales monovalentes ni a su completa erradicación, sino que se comprende como parte de este proceso, a un cambio en las lógicas médico hegemónicas que se sostienen en el manicomio como garantía del tratamiento de los padecimientos mentales. Es en este entramado de particularidades socio-históricas que los llamados *dispositivos sustitutivos* empiezan a constituirse. Estos aparecen como superadores de las lógicas manicomiales que imperaron en las instituciones históricamente abocadas al tratamiento de sujetos con padecimiento mental.

¿Por qué surge este movimiento que aspira a establecer un cambio en la concepción del sujeto con padecimiento subjetivo y por ende, a la modificación de las lógicas a partir de las cuales se aborda su sufrimiento? Esto se debe a que:

La lucha contra la segregación y el trato inhumano ejercidos sobre las personas con padecimientos mentales, han formado parte de las demandas populares por la resolución de inequidades estructurales. En este sentido, los problemas históricos denunciados desde el campo de la salud mental, deben necesariamente ser entendidos como violaciones a los derechos fundamentales. (Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025, p.11)

9

Es por eso que justamente, la Ley nacional de Salud Mental aspira a asegurar los derechos y garantías de los sujetos con padecimientos mentales, dejándolo explícito en el primero de sus artículos:

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos. (2010, p.2)

10

Dispositivos sustitutivos

*“Autonomía no es arreglárselas solo, es contar con condiciones para llevar adelante aquello que deseamos, tener una actitud proactiva respecto de las cosas de uno mismo.”
(Coriat, 2013)*

Para poder hablar de dispositivos sustitutivos, resulta necesario preguntarse ¿Qué es un dispositivo? Se entenderán aquí a los dispositivos en un sentido foucaultiano.

Las obras de Foucault sirven como fuentes discursivas iniciales en torno al concepto de *dispositivo*, utilizado posteriormente de diferentes modos y para diferentes fines. Desde la perspectiva genealógica de Foucault (12018) se indica que es posible desglosar tres aspectos de este concepto. En un primer término, se trata de un “conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas.” En un segundo plano, Foucault señala a “la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos”, y por último, en tercer lugar, indica que el dispositivo tiene “la función de responder a una urgencia en un momento histórico y en un contexto social dado”. (2018, p.28)

En un intento de relacionar los dispositivos sustitutivos y la definición de Foucault, se plantea, en primer lugar, que los dispositivos sustitutivos conforman este conjunto heterogéneo de elementos (bienes edilicios, decisiones, normas, cuestiones burocráticas y administrativas, diversidad de posturas, pensamientos, ideologías, etc.). En segundo lugar, es necesario precisar que estos elementos que conforman a los dispositivos sustitutivos se encuentran en íntima y constante relación, articulados tácticamente en el marco de una estrategia destinada a responder a esas urgencias que se describen en el tercer punto. Y, para finalizar, se señala que su último objetivo es dar respuesta a ciertas problemáticas sociales actuales, como en este caso, responder a la cuestión que supone a la vez brindar cuidados y preservar derechos, garantizar el acceso a la salud y no tutelar al sujeto, resguardar la autonomía y no

abandonar a aquellos más vulnerables, cuyos derechos han sido dañados.

Lo que estos dispositivos proponen a través de sus prácticas es sustituir a las lógicas médico hegemónicas manicomiales, por un nuevo modelo de Salud Mental que tenga una base comunitaria. Este modelo de Salud Mental comunitaria aparece explícitamente nombrado, tanto en la Ley Nacional de Salud Mental, así como también en el posterior Plan nacional de Salud Mental (2021-2015). En este último, se expresa que los propósitos de la Ley 26.657 implican:

La promoción y protección de la Salud Mental de todas las y todos los habitantes del suelo argentino y la sustitución del sistema manicomial por una red de servicios de base comunitaria, promoviendo la jerarquización e integración del campo de la salud mental al campo de la salud y de las políticas públicas en general, y disminuyendo la brecha entre la necesidad y el acceso de la población a los servicios. (p.12)

En el Documento de Trabajo Anteproyecto para el Plan Provincial de Salud Mental (2021) se propone en pos de este proceso:

(...) la transformación de un modelo de atención manicomial, hospitalocéntrico y medicalizante hacia un modelo de atención con servicios integrales e integrados en la comunidad, basado en la promoción y prevención de la salud

11

y en la continuidad de los cuidados en el territorio donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas. (p.15)

Tras estas estrategias que tienen por finalidad la sustitución de un modelo manicomial por uno de base comunitaria, se apunta a promover un mayor protagonismo de la/el usuaria/o, tanto en su tratamiento como así también en la elaboración de las políticas públicas que lo incumben.

Además, para comprender en qué consiste esta lucha por la superación de las lógicas manicomiales y la adopción de un modelo de Salud Mental Comunitario, y en un intento de buscar un modo de alcanzar los objetivos que se proponen, la Organización Panamericana de la Salud (2008) indica que los trabajadores de la salud deben adoptar un enfoque comunitario basándose en la Atención Primaria en Salud, concibiendo al cuidado de las personas en el contexto más amplio de sus familias y de su ambiente. Es por eso que las prácticas deben estar dirigidas a los problemas de salud de los individuos en el contexto de sus circunstancias familiares, redes sociales y culturales y su entorno laboral.

Siguiendo este posicionamiento, se entiende que los llamados dispositivos sustitutivos intentarían alejarse de aquel modelo que utiliza al encierro, la exclusión y el aislamiento de los sujetos con padecimiento mental como herramienta para el tratamiento de los mismos, adoptando por el contrario un enfoque que considere a la sociedad misma como espacio propicio para tratar los padecimientos y abordar el sufrimiento psíquico, eliminando aquellas barreras, muros, que separan de forma tajante el adentro del afuera.

Si se considera a la vida comunitaria como el espacio adecuado para el tratamiento y superación del padecimiento del sujeto con padecimiento mental, se hace referencia a que no es necesario desglosar la Salud Mental de la salud en general, y por ende, siguiendo a esta lógica desmanicomializadora, la Salud Mental debería ser atendida en hospitales generales y no en hospitales monovalentes dedicados exclusivamente al tratamiento de los padecimientos subjetivos, estableciendo una separación entre el adentro y el afuera de los muros hospitalarios. En relación, en el Plan Nacional de Salud Mental se encuentra expreso que “los hospitales generales son

los efectores del sistema de salud en los que deben realizarse las internaciones por motivos de salud mental” (2015-2021, p.29) y se hace referencia además, que la inclusión de la atención de Salud Mental en hospitales generales favorece a la deconstrucción de estigmas y prejuicios a nivel social que recaen sobre los sujetos con padecimiento mental.

Si bien esta breve descripción de lo que se entiende por dispositivo sustitutivo, y cuáles serían sus lógicas funciona como una introducción al problema, resulta necesario interrogarse acerca de cómo los entiende la Ley Nacional de Salud Mental, ya que ésta misma funciona como el principal referente discursivo de los mencionados dispositivos. En el artículo 11 de la Ley N°26.657 Ley Nacional de Salud Mental se manifiesta:

Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (2010, p.4)

Además, en consonancia con lo anteriormente citado, en el artículo 27 de la Ley Nacional de Salud Mental se enuncia que:

12

Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos (2010, p.7)

Es por esta razón que se comprende que los dispositivos sustitutivos toman como principal marco discursivo a la Ley Nacional de Salud Mental. Esta misma los define y los considera elementos necesarios para trabajar en pos de un proceso desmanicomializador que tenga como último fin la sustitución de las lógicas manicomiales. En este sentido, el Plan Nacional de Salud Mental (2021-2025) afirma que:

La transformación del sistema exige la creación de dispositivos intermedios que implementen estrategias de inclusión social conformando una red de servicios para garantizar a las personas el tránsito por un proceso terapéutico en diferentes niveles de complejidad (...) [agregando además que se considera necesario] (...) evitar, especialmente, la transinstitucionalización de las usuarias y los usuarios. (p.29)

Se entiende que esta nueva forma de comprender a las personas con padecimiento mental implica considerar a las mismas como sujetos plenos de derechos capaces de gozar de autonomía. Según el Documento de Trabajo Anteproyecto Plan Provincial de Salud Mental (2021) “Esto resulta clave para pasar de modelos y sistemas de anulación, encierro y segregación de la persona, a la construcción de otros donde se brinden los apoyos necesarios para llevar adelante una vida autónoma integrada a la comunidad” (p.15)

Con respecto al ejercicio de la autonomía personal de los usuarios, Castel (2010) indica que existen ciertos individuos que carecen de los soportes necesarios para poder afirmar un mínimo de independencia social. Estos podrían ser calificados

como *individuos por defecto*. Les faltan los recursos para poder llevar a cabo sus proyectos y ser dueños de sus elecciones. Viven al día y dependen de la benevolencia del otro, o de la asistencia pública que les concederá una ayuda, pero haciéndoles sentir con claridad que no pertenecen al régimen común. Se puede pensar allí en una ruptura de las formas de lo colectivo, resultantes de políticas que podrían ser caracterizadas como neoliberales y en la existencia de una falta de respuesta del Estado para poder sostener esas existencias sin soportes. Siendo así, estos *individuos por defecto* sufrirán duras consecuencias por no disponer de los recursos materiales, simbólicos, sociales, culturales; necesarios para adecuarse a las demandas de responsabilización por la propia existencia, y en tal caso, no podrán llevar adelante sus decisiones por ellos mismos.

Por lo tanto, podría decirse que muchas de las personas que se encuentran internadas en hospitales monovalentes, no cuentan con *soportes* suficientes, por ejemplo, no poseen un espacio familiar o afectivo que los aloje, un medio laboral que posibilite su sustento económico, un espacio físico para poder habitar. Entonces, ¿Quién o qué ocupa, o debería ocupar, el lugar de soporte, cuando los soportes faltan? Para responder a este interrogante, si bien el Documento de Trabajo Anteproyecto de Plan Provincial de Salud Mental (2021) afirma que “se comprende a la atención en Salud Mental como un derecho y al Estado como garante del mismo”, (p.15) se pueden pensar además a los dispositivos sustitutos como posibles soportes para estas personas.

13

La Ley Nacional de Salud Mental como marco discursivo de los dispositivos sustitutos

*“Mientras se mantengan las mismas prácticas
la Ley quedará como una declamación de buenos deseos
y no encarnará haciéndose letra viva”*
(Federación de Psicólogos de la República Argentina
en las VI Jornadas Nacionales de Derechos Humanos
Córdoba, 25 de agosto de 2017)

- La Ley

La Ley N°26.657 “Ley Nacional de Salud Mental” fue sancionada en el año 2010 con la aspiración de sustituir las lógicas manicomiales que pueden aún persistir en los hospitales monovalentes, siendo éstas reemplazadas por un sistema de atención en Salud Mental de base comunitaria, que respete a los derechos humanos y la autonomía de los usuarios de Salud Mental.

En concordancia con los objetivos de la Ley N°26.657, en el Acta N° 6/14 del ANEXO III, la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (2014) expresa: “La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en el año 2010, se enmarca en un cambio de paradigma sostenido en un enfoque de derechos y orientado a la inclusión social de las personas con padecimientos mentales.” (p.1)

Es así como podría expresarse que a partir del establecimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en nuestro país, se aspira a un giro rotundo en la concepción del proceso salud-enfermedad de los sujetos con padecimiento mental, así como también un cambio de paradigma acerca del tratamiento de los mismos. Estos usuarios ya no podrían ser nombrados como individuos peligrosos, como cuerpos a corregir, a adiestrar, sino que la Ley los considera sujetos de derechos, capaces de gozar de su autonomía.

Siguiendo a Rodolfo Escalada (2016):

La Ley está constituida de letras que contienen en sí mismas toda una historia y genealogía. No hemos llegado a estas letras porque sí. Una historia sobre qué ha significado la Salud Mental en nuestro país, desde los hitos fundacionales a nuestros días, se encuentran en los pliegues, torsiones, de cada letra, de cada sílaba, de cada palabra, que establecen una sintaxis, una semántica y una pragmática.(...) hablamos de ir hacia su implementación.” (p.9).

Es por eso que en esta investigación se realiza un acercamiento a la letra de la Ley, ya que la misma constituye el principal referente discursivo de aquellos dispositivos que pretenden sustituir las lógicas médico hegemónicas del manicomio. Se toma entonces a la Ley Nacional de Salud Mental como el principal marco y referente discursivo de los dispositivos sustitutos que existen en la provincia de Santa Fe.

- *Dispositivos sustitutos en la provincia de Santa Fe.*

En el Documento de Trabajo Anteproyecto para Plan Provincial de Salud Mental (2021) se tienen en cuenta a los dispositivos sustitutos como elementos primordiales para llevar a cabo un proceso de sustitución de lógicas manicomiales, tal como lo indica la Ley Nacional de Salud Mental. Dentro de este Documento de Trabajo, se destacan los dispositivos sustitutos y se los diferencia entre sí. Dentro de ellos, se nombran a los ‘Dispositivos socio-productivos’, definidos como aquellos:

14

Dispositivos, constituidos de diversas maneras, dirigidos a personas usuarias de servicios de salud mental, que ofician de apoyos para la vida en comunidad, a través de distintas modalidades como talleres culturales, emprendimientos productivos, etc. en horarios diurnos y con distinta frecuencia. (2021, p.11)

Asimismo, aparecen allí los ‘Dispositivos Residenciales en Salud Mental’ que son viviendas acompañadas por equipos interdisciplinarios, dependientes de la Dirección Provincial de Salud Mental y de los hospitales monovalentes, que trabajan en torno a la adquisición de la mayor autonomía posible y además, aspiran a constituir una red de apoyo, considerando a esta última necesaria para poder llevar adelante una vida en comunidad.

Según este documento, en la Provincia de Santa Fe se cuenta actualmente con veinte *Dispositivos Socioproductivos*, y quince *Dispositivos Residenciales* en Salud Mental. Estos se encuentran distribuidos geográficamente a lo largo de la provincia de Santa Fe, y de este modo se favorece la distribución territorial, factor determinante en la accesibilidad del usuario de Salud Mental. Según el Plan Nacional de Salud Mental (2021-2025), la territorialidad implica que se debe garantizar el acceso a las prestaciones propias de la Salud Mental en las mismas comunidades.

La totalidad de los *Dispositivos Socio-productivos*, según ese Documento, tienen como finalidad promover la restitución de derechos del usuario de Salud Mental, la integración de los mismos, su activa participación, la evitación de internaciones, la facilitación de su externación e inclusión social, el cuidado y la contención de las personas con padecimiento subjetivo, el trabajo en la autonomía de los mismos, el favorecimiento de los procesos de rehabilitación psicosocial, la adquisición y/o recuperación de habilidades afectadas por el padecimiento subjetivo y la internación de larga estadía en manicomios, el acompañamiento de tratamientos ambulatorios, la capacitación laboral, el favorecimiento de la independencia económica, la inclusión comunitaria, ya no desde la posición de ‘pacientes’, sino de ‘productores’, ‘vecinos’,

‘vendedores’, ‘trabajadores’.

Es decir, estos dispositivos en su totalidad, funcionan en pos de la letra de la Ley Nacional de Salud Mental, se enmarcan en las políticas sustitutivas de lógicas manicomiales y en la Atención Primaria de la Salud, favoreciendo al modelo de Salud Mental Comunitaria.

Asimismo, los *Dispositivos Residenciales en Salud Mental*, trabajan en torno a la adquisición de la mayor autonomía posible y con el objetivo de constituir una red de apoyos necesaria para la vida en comunidad. Según el Plan Provincial (2021), estas viviendas apuntan a favorecer la autonomía de quienes las habitan y no cuentan con ninguna señalización particular, es decir, se encuentran insertas en la comunidad. Por ende, los usuarios que allí residen se encuentran completamente libres de decidir cómo llevar adelante sus días, sin la necesidad de tercerizar las acciones más básicas de la vida cotidiana como por ejemplo, elegir qué comer, cuándo dormir, o cómo administrar el propio dinero. Además, esa ausencia de señalización podría operar como protección a la estigmatización, a la posibilidad de que los vecinos segreguen, aislen, o maltraten a quienes allí residen.

La totalidad de estos dispositivos sustitutivos aparecen en los materiales bibliográficos citados en este escrito como favorecedores del proceso de sustitución de las lógicas manicomiales y la adopción de un modelo de Salud Mental comunitario, intentando de este modo garantizar el adecuado tratamiento de aquellas personas con padecimiento mental, más allá de las barreras que podrían establecer los hospitales monovalentes. El principal objetivo de los mismos consistiría en favorecer la autonomía de las personas, apuntando por ende a la desmanicomialización de las mismas, tal como indica la Ley Nacional de Salud Mental.

Y, si bien estos dispositivos no conforman ni el punto de partida ni el punto de llegada de la llamada “desmanicomialización”, operan como *dispositivos bisagra* entre el adentro y el afuera.

15

• *La Voz de quienes conocen los dispositivos sustitutivos:*

Estefanía Alejandra Sarmiento, en su tesina de grado publicada en el año 2018 que se titula “Dispositivos alternativos en Salud Mental: el proceso de desmanicomialización en clave santafesina” entrevista a una serie de actores trabajadores de ciertos dispositivos sustitutivos de la provincia de Santa Fe, así como también a las personas con padecimiento mental que participan activamente de estos dispositivos. A lo largo de estas entrevistas, se recoge información acerca de, por ejemplo, cuál es el objetivo de estos trabajadores dentro de los dispositivos. Uno de los testimonios expresa:

Para nosotros, en tanto equipo del dispositivo de Vivienda Asistida, la apuesta a que “O” viva en comunidad, significaba habilitar un pasaje de su estatuto de enfermo mental al de ciudadano, la posibilidad de restituir sus derechos humanos esenciales: la libertad, la autonomía, una vida en comunidad” (Sarmiento, 2018, p.50)

Si se considera la ganancia de autonomía de las personas con padecimiento mental como uno de los objetivos principales de los trabajadores de estos dispositivos, y al mismo tiempo se entiende a la Ley Nacional de Salud Mental como principal referente discursivo de los mismos, es menester mencionar que en la misma Ley, se deja explícito que:

A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su

relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar (...) sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. (2010, p.7)

En concordancia con la recientemente mencionada Ley Nacional de Salud Mental, se comprende que los dispositivos sustitutivos apuntan al favorecimiento de la autonomía de las personas con padecimiento subjetivo, eliminando a través de sus prácticas todas aquellas acciones que se basen en una lógica manicomializadora, es decir, se aspira a sustituir aquellas prácticas que limiten la debida autonomía de estas personas. En relación a ésta última se extraen las siguientes citas de los trabajadores de dispositivos sustitutivos encontradas en la tesis de Sarmiento (2018):

La autonomía como una construcción que no se construye de una vez y para siempre, y que siempre este el límite hasta donde tiene que poner el otro y no uno, y eso no es sencillo, porque esta frontera porosa entre lo que es autonomía y lo que es la tutela...se mueve. Entonces, lo que en algún momento es necesario porque no están pudiendo cocinarse, en otro momento es tutelarlos, es quitarles su autonomía” (p.78)

La acompañante iba y les cocinaba. Entonces bueno, no...En todo caso, si algún día se hace una comida especial.. esta bueno.. pero en todo caso habilitá. Eso era todo una cuestión... Todos tenían pensiones, todos tenían sus pesitos... Las alacenas siempre estaban llenas, después logramos que empiecen a ir al supermercado solos (...)" (p.78)

Por lo tanto, se considera que trabajar la autonomía de los usuarios, es obrar en pos de la Ley Nacional de Salud Mental. Es decir, es caminar a favor de la desmanicomialización y desinstitucionalización de los usuarios de Salud Mental. Favorecer su autonomía, es ayudar al usuario a recuperar algo de la subjetividad que muchas veces, dentro de los hospitales monovalentes, se pierde.

16

Si bien se entiende que la totalidad de la bibliografía abordada en esta investigación entiende al modelo de salud comunitaria, como aquel capaz de suplantar las lógicas manicomiales para abordar de un modo adecuado el tratamiento de quienes padecen un sufrimiento subjetivo, es válido interrogar: ¿Es posible establecer un enfoque superador de las lógicas manicomiales, basado en un abordaje comunitario de Salud Mental, si se utiliza como estrategia la separación del usuario de sus vínculos afectivos? Dentro de estos relatos de experiencias de trabajadores de dispositivos sustitutivos de la provincia de Santa Fe, se encuentra el siguiente relato:

Otra de las cosas que (...) es importante también, es la revinculación con la familia. En todos los casos se busca la manera ... Hay familiares que los vienen a visitar... En el caso de "E", que estaba en Oliveros, cuarenta años sin verse con su familia. Vienen a visitarlo las hermanas, festejan el cumpleaños con él. Viene su padre a visitarlo, vienen amigos (...) (Sarmiento, 2018, p.52)

A partir de estos testimonios, es posible inferir de qué forma las subjetividades de los usuarios de Salud Mental pueden resultar arrasadas, también por la intervención de las mismas instituciones monovalentes, y cómo sus lógicas manicomializadoras atentan contra la posibilidad de que superen el padecimiento que ocasionó la internación. A raíz de las internaciones prolongadas en los manicomios se establece una tajante separación entre el adentro y el afuera, produciendo una

inmensa brecha entre los usuarios de salud mental y la sociedad misma, en contra de lo que la Ley Nacional de Salud Mental manifiesta.

Por otro lado, para comprender de qué modo estos dispositivos se apoyarían en la Ley Nacional de Salud Mental, y por ende apuntarían a adoptar lógicas en pos de sus objetivos, se recuperan los siguientes testimonios de trabajadores de dispositivos sustitutivos:

Para mí los dispositivos en general (...) cumplen la función que tiene que ver con esos modos de acompañamiento, no sé si tanto como de tratamiento pero una función no sólo clínica sino también de sostén de la particularidad que implica el padecimiento subjetivo. (Sarmiento, 2018, p.56)

(...) vos podes tener ese lugar con esa cantidad de internados y tener otra lógica por más que sigan internados. (Sarmiento, 2018, p.56)

Además, tomando como referencia la mencionada Ley Nacional de Salud Mental es necesario destacar que la misma señala como elemento central de este cambio de perspectiva en torno a la Salud Mental, al trabajo interdisciplinario e intersectorial. Se puede leer en la misma, que en el artículo 9 del capítulo V expresa:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. (2010, p.4)

Es por eso que dentro de los testimonios encontrados en la tesis publicada de Sarmiento (2018), se recoge una experiencia que indica que para obtener mejores resultados, es decir, para poder alcanzar los objetivos que estos dispositivos se proponen, es necesario conformar una 'red de dispositivos' que trabajen de forma coordinada, beneficiándose a partir de lo que la interdisciplina propone.

Es decir, que los mismos trabajadores consideran necesaria la interdisciplina y la mutua colaboración entre dispositivos, en concordancia a la Ley de Salud Mental, favoreciendo de este modo el trabajo en equipo, el enriquecimiento de miradas, la

17

obtención de diferentes puntos de vista, la colaboración entre disciplinas, los lazos con otros efectores.

Para finalizar, dentro del capítulo IV de la Ley Nacional de Salud Mental titulado 'Derechos de las personas con padecimiento mental', se expresa que éstas tienen "Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado." (2010, p.3) Se entiende a este punto como un avance con respecto a lo que se consideraba tiempo atrás sobre la exclusión y estigmatización de estos padecimientos, y además, como una aspiración a sustituir aquellas lógicas que consideran al sujeto con padecimiento mental como "anormal" o "peligroso". Un trabajador de dispositivo sustitutivo de la provincia de Santa Fe, argumenta al respecto:

Yo creo que el desafío más grande para mí en lo personal y pienso que para los demás también en este laburo, ha sido dejar de lado algo que está en el imaginario social de la locura... alejar temores, eso es fundamental (...)" (Sarmiento, 2018, p.51)

Sin embargo, para comprender que los dispositivos sustitutivos tienen un importante valor dentro del movimiento que apunta a sustituir las lógicas médico hegemónicas del manicomio, no sólo se citan las voces de los trabajadores de estos

dispositivos, sino que a continuación, se plasman experiencias en primera persona de quienes residen en estos dispositivos.

Entrevistadora: “¿Y qué sentís que te cambió participar acá del polo?”

Usaria: “Me cambió bastante... a no estar amargada, a que no me agarre la.. ¿Cómo se llama la enfermedad que tengo? la.. la.. la tristeza, que no me agarre fiaca, sé que tengo una responsabilidad para presentarme a mi trabajo... estar atenta a los horarios que entro y a los horarios que salgo” (Sarmiento, 2018. p.82)

En estos dispositivos, las decisiones son tomadas en grupos a partir de ciertas asambleas. Se entiende aquí a la activa participación del usuario como una pieza fundamental, no solo de su tratamiento sino de la lucha por la desmanicomialización del usuario. Además, se considera clave para obtener satisfactorios efectos clínicos, la escucha de los pares en estas asambleas. Es decir, que los usuarios tengan “voz y voto”, que sean socialmente tenidos en cuenta, que sean escuchados, y que su participación sea respetada y valorada. A raíz de esto, se recupera la siguiente cita:

Entrevistadora: “¿Y las asambleas qué te parecen?”

Usaria: “Bien. Bien porque ahí te podes desagotar si tuviste algún problema, dar opiniones, las asambleas me gustan mucho, me gustan mucho porque se puede hablar y encontrar soluciones para todo” (Sarmiento, 2018, p.83)

Teniendo en cuenta que la plena participación del Usuario en los temas que lo incluyen es una característica de este paradigma superador, entonces se entiende que este encuentro a través del diálogo y la posibilidad de participar respecto a la organización de por ejemplo, las tareas diarias, apuntan a eliminar el modo manicomializador de imponerse desde afuera.

18

Conclusión

Desde las primeras páginas de este Trabajo Integrador Final se expresa que la *desmanicomialización* no se entiende aquí como la erradicación definitiva de los hospitales monovalentes, ni tampoco se consideran a las luchas que pugnan por la desmanicomialización como aquellas que aspiran al cierre definitivo de los manicomios de manera inmediata. Se comprende entonces a la desmanicomialización como un proceso que, a través de ciertas *lógicas*, intenta establecer un cambio de paradigma y una nueva forma de concebir el proceso salud-enfermedad de los sujetos con padecimiento mental.

Por lo tanto, estas lógicas aparecen como aquellas que intentan sustituir al modelo manicomializador que concibe al sujeto con padecimiento mental como aquel al que se debe aislar y excluir, considerándose estas acciones propicias para obtener resultados exitosos en el tratamiento de dichos sujetos.

Se propone entonces, suplantarse un modelo médico hegemónico que durante siglos fue utilizado para tratar padecimientos mentales, por un modelo de Salud Mental de base comunitaria, que considera al sujeto en su totalidad y no solo se centra en su padecimiento; promoviendo de este modo un mayor protagonismo del mismo tanto en las condiciones para su tratamiento como así también en la elaboración de las políticas públicas que lo incumben. Además, aparece como una característica principal de este modelo de Salud Mental comunitario, que los derechos de las personas sean respetados y valorados, así como también la conservación de su debida autonomía, su plena participación, sus intereses, sus conveniencias, etc., tal como lo expresa la Ley Nacional de Salud Mental.

En este contexto, los llamados *dispositivos sustitutivos* aparecen como aquellos espacios necesarios para alcanzar los objetivos propuestos por el modelo comunitario. Se entiende que el principal referente discursivo de estos dispositivos es justamente, la Ley Nacional de Salud Mental. Esta misma nombra y define a los dispositivos sustitutivos, considerándolos elementos necesarios para trabajar en pos de un proceso desmanicomializador que tenga como último fin la sustitución de las lógicas manicomiales.

Actualmente en la Provincia de Santa Fe se cuenta con treinta y cinco dispositivos sustitutivos, pudiendo éstos dividirse entre veinte *Dispositivos Socioproductivos*, y quince *Dispositivos Residenciales* en Salud Mental. Teniendo en cuenta que el principal referente discursivo de los mismos es la Ley Nacional de Salud Mental, estos dispositivos adoptan como principales objetivos el respeto a los derechos de los sujetos con padecimiento mental, la integración de los mismos a la vida en comunidad, la participación de los usuarios en aquellas actividades o decisiones que lo incumben, su integración social, el acompañamiento en el momento de su externación hospitalaria, el cuidado de su persona, la recuperación de la autonomía que en muchos casos, a raíz de las internaciones prolongadas se pierde, su rehabilitación psicosocial, la capacitación laboral, la inclusión en la vida comunitaria, entre otros fines.

Se consideran en este trabajo a los dispositivos sustitutivos como instancias favorecedoras del proceso de transformación que se encuentra activo en torno a los tratamientos en Salud Mental que apuntan a la desmanicomialización de las personas con padecimiento subjetivo, y además, si bien se entiende que estos dispositivos no constituyen el quiebre definitivo de las lógicas manicomiales, constituyen un interesante punto de contacto entre el adentro y el afuera del hospital monovalente.

Si bien el cierre de este trabajo puede ser comprendido como una instancia en donde se intenta realizar una síntesis del proceso de investigación, no se trata aquí de un cierre que da por agotada la búsqueda de sentidos dentro de la problemática sobre la que se investiga, sino que por el contrario, el camino transitado ha dejado latentes interrogantes y posibilidades de nuevas búsquedas.

19

Bibliografía

- Alberdi, J. (2003) *Reformas y Contrareformas, Políticas de Salud Mental en la Argentina*. UNR Editora: Rosario.
- Castel, R (2009) *El Orden Psiquiátrico. La edad de Oro del Alienismo*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Castel, R. (2010) *El Ascenso de Las Incertidumbres: Trabajo, Protecciones, Estatuto del Individuo*. Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires. ● Dirección provincial de Salud Mental, Ministerio de Salud Provincia de Santa Fe (2021) *Documento Para Trabajo Anteproyecto Plan Provincial de Salud Mental: habitar, socializar, trabajar*
- Escalada, R. (2016) *Ley Nacional de Salud Mental: de la letra a su implementación*. Laborde: Rosario.
- Foucault, M. (2018) *Saber y verdad*. Ediciones de la Piqueta: Madrid. ● Goffman, E. (2001) *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Argentina. (2021) *Plan Nacional de Salud Mental (2021-2025)* Recuperado de http://www.mpdneuquen.gov.ar/images/plan_nacional_de_salud_mental_2021_2025.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2008) *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de*

APS Washington D.C Recuperado de
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

- Sarmiento, E. A. (2018) *Dispositivos alternativos en Salud mental: el proceso de desmanicomialización en clave santafesina* Recuperado de
<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/5449/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>