

Prácticas en Salud Mental

Para la introducción de este trabajo, parece apropiado señalar que este, es el intento de acercarse a un grupo social determinado, como son las personas determinados padecimientos mentales que transitan espacios de sustitución manicomial, desde una perspectiva que intenta comprender la situación de dicho grupo social, en una sociedad que aloja determinadas representaciones sociales y sanciona, a partir de procesos históricos, leyes que dan el marco al trabajo que se realiza con dicho grupo social. Parece importante el abordaje de este grupo social en situación, para visibilizar la situación particular en que se encuentran, haciendo hincapié en los modos en que se intenta abordar las problemáticas que dichos grupos sociales representan, de acuerdo a legislaciones que fundamentas distintas formas de prácticas en salud mental.

Para el abordaje de este grupo social, se tomarán ciertos artículos específicos de la Nueva Ley de Salud Mental, articulando sus propuestas con ciertos espacios institucionales determinados, espacios de prácticas en salud, que se inscriben dentro de la lógica de la salud pública, respondiendo a determinadas propuestas de la Nueva Ley de Salud Mental, que a lo largo de este trabajo se irán desplegando.

Bajo el comando de un grupo de trabajo específico, identificado a un sector determinado dentro del Sistema de Salud, que se sitúa dentro del Ministerio de Salud Provincial, nombrado como Nodo, es llevada a cabo una práctica, que se rige bajo una lógica Matricial.

Estas categorías del Sistema de Salud se desarrollarán a continuación de esta introducción, dejando ver, que es a partir del marco que estas instituciones proponen, como se va a desprender el espacio concreto de este estudio, que es nombrado por la Ley como dispositivo alternativo a las practicas manicomiales. Lugar de encuentro de distintas personas con distintos padecimientos subjetivos. Lo que se busca es la promoción de la Salud, a partir de una lógica que se inscribe en el primer nivel de la atención primaria de la salud, fomentando el trabajo en territorio como foco de prevención y promoción de la salud, creando un espacio de encuentro, donde asisten distintas personas con diferentes problemáticas.

Las experiencias de sustitución manicomial son espacios que promueven la participación social, que aporta una fuerza de conflicto hacia el poder hegemónico de control y segregación social, promoviendo una alternativa para muchas personas en situación de aislamiento y sufrimiento, que genera vínculos y espacios de discusión. Por eso parece muy importante describir y explicar las particularidades únicas en las que este caso se presenta, permitiendo articular diferentes posiciones y discursos a partir del estudio del caso.

La problemática general donde se enmarca este estudio responde a una articulación entre Salud Mental, las propuestas de la Nueva Ley de Salud Mental, el espacio que se piensa como un Dispositivo Alternativo de las prácticas manicomiales y el grupo de trabajo que sostiene el espacio.

Objetivos Generales:

- Describir y analizar un grupo social determinado, como son las personas que tienen un padecimiento mental, en un espacio que se plantea como alternativo a las prácticas manicomiales.

Objetivos específicos:

- Situar y describir el Sistema de Salud en la Argentina, que da el marco para la existencia de los espacios de prácticas sustitutivas al encierro manicomial.
- Articular ciertas propuestas específicas de la Nueva Ley de Salud Mental con los espacios de alternativa a las prácticas manicomiales.
- Describir y analizar la dinámica que emerge dentro de un espacio, propuesto como Dispositivo Sustitutivo a las prácticas manicomiales.
- Analizar el rol del psicólogo, con respecto a las personas con padecimiento mental, conjuntamente a los espacios institucionales que se proponen como alternativos a las prácticas manicomiales.

Para el abordaje de los objetivos propuestos, surgen distintas categorías que se irán desplegando en el trabajo, estas podríamos resumirlas en: el sistema de salud, que enmarca a los espacios de sustitución manicomial, junto a las personas con padecimientos mentales que transitan dichos espacios. La Ley de Salud Mental que permite el surgimiento de los espacios, al mismo tiempo genera prácticas particulares y por último el rol que el psicólogo podría ocupar en dichos espacios.

Sistema de Salud

Se considera importante hacer un breve recorrido de cómo se organiza el sistema de salud de nuestro país, ya que a partir de esta organización se desprende un Dispositivo Sustitutivo de Prácticas Manicomiales, lugar donde se indagará para el análisis de este estudio.

El sistema de Salud en la Argentina, resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, Obras Sociales y el privado. Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia articulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población que tienen como objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan. El Estado es quien va actuar como prestador de servicios y como regulador de estos subsistemas.

El Ministerio de Salud, en el marco de los lineamientos de Política de Salud promueve la organización de la oferta de los servicios en torno al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) de las personas, familias y comunidad, facilitando el acceso oportuno y adecuado principalmente de las poblaciones más vulnerables.

El Modelo de Atención de Salud (MAIS) es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que operando coherentemente garantizan la atención a la persona, familia y comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales percibidas o no por la población).

Para la puesta en funcionamiento del MAIS se establece la categorización, definida como el proceso que conduce a homogenizar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que deben responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

La determinación de las categorías de establecimientos de salud se realizará mediante un proceso ordenado de categorización, diseñado para ser conducido y ejecutado por el nivel regional, con la asistencia técnica del nivel central, lo que contribuirá a la implementación de las Direcciones de Red de Salud y del sistema de referencia y contra referencia, así como al ordenamiento de los demás

flujos gerenciales, prestacionales y de información, en las Direcciones Regionales de Salud.

La organización de la oferta de servicios de salud es un proceso que se configura a partir del análisis de las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, para facilitar la gestión, la prestación y la calidad de los servicios de salud.

La complejidad está determinada sólo por los aspectos cualitativos de la oferta de servicios de salud, es decir la Capacidad Resolutiva Cualitativa y el Nivel Tecnológico de los recursos.

Niveles de atención

Es así que, de acuerdo al comportamiento de la demanda, se reconocen tres niveles de atención:

Primer Nivel: Donde se atiende el 70-80% de la demanda del sistema. Aquí la severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos. En este nivel, se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

Segundo Nivel: Donde se atiende el 12 al 22 % de la demanda, portadora de necesidades de salud que requieren atención de complejidad intermedia.

Tercer Nivel: Donde se atiende el 5 al 10% de la demanda, la cual requiere de una atención de salud de alta complejidad con una oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación.

CATEGORIAS DEL SECTOR SALUD

MINISTERIO DE SALUD

I – 1

Puesto de Salud

I – 2

Puesto de Salud con Médico

I – 3

Centro de Salud sin Internación

I – 4

Centro de Salud con Internación

II – 1

Hospital I

II – 2

Hospital II

III – 1

Hospital III

III - 2

Instituto especializado

Ministerio de Salud, Arg. (2001)

A la vez, en cada una de las regiones pueden identificarse ciudades - nodos. Los nodos son los núcleos de articulación, concentración y distribución de capacidades, información y recursos. En esos núcleos o ciudades se ubican los servicios de mayor complejidad y las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial, entre ellas las del Ministerio de Salud Provinciales que trabaja en coordinación con el Ministerio Nacional de Salud. Del Ministerio de Salud Provincial se va a desprender la Dirección de Salud mental y Adicciones, área ésta donde se crea el Dispositivo de Sustitución Manicomial a indagar específicamente en este trabajo.

Organización Matricial

Dentro de toda esta red organizacional que propone el Sistema de Salud, es apropiado resaltar que el trabajo se realiza bajo una lógica matricial, concepto este que sirve para pensar el trabajo en forma de red y parece pertinente conceptualizar un poco.

Javier Segura del Pozo dice:

La organización matricial es la forma más ambiciosa que conozco para trabajar por programas en organizaciones jerárquicas con un enfoque participativo. Supone facilitar buenas dinámicas grupales, apoyar a los coordinadores de los grupos en “despachos” periódicos y gestionar adecuadamente las tensiones que se producen entre la estructura vertical (centros o unidades jerarquizadas) y la horizontal (los programas). A partir de este enfoque se puede observar un trabajo en conjunto, donde se sigue una idea principal, que entra en concordancia con una dinámica grupal que la lleva a cabo. La idea de una organización matricial es entendida como en contraposición a un sistema jerárquico. En Salud Pública tenemos una cultura de trabajo por

programas. Trabajamos organizados en varios programas de salud, que muy frecuentemente abarcan el ámbito de varias unidades orgánicas y de varios centros de salud, de base territorial, donde se desarrollan. Los programas tienen una organización horizontal o transversal, en el seno de una organización orgánica, jerárquica o vertical. (*Segura del Pozo, 2015:7*)

Por lo tanto, a partir de esta lógica Matricial vemos surgir una manera de trabajo en red, que se puede articular a una de las propuestas de la Nueva Ley de Salud Mental, que es el trabajo interdisciplinario, el cual se trabajara a continuación, señalando que lo interdisciplinario como concepto, compete a una manera de organización en torno a la Salud y específicamente a la Salud Mental, que atraviesa, tanto instituciones, como personas.

Ley de Salud Mental

Uno de los objetivos básicos que tiene el Ministerio de Salud, es hacer valer la Ley de Salud Mental. Por lo que se plantea defender los derechos de la persona con trastornos mentales, teniendo como uno de sus ejes la externalización y la posterior inserción o reinserción de la persona con padecimiento mental en la comunidad, diciéndole no al encierro, no a la segregación. Además, se tomará en este trabajo el modo de abordaje que propone la Ley, situando el espacio institucional estudiado desde una lógica interdisciplinaria.

Para el abordaje de la articulación que hay entre las prácticas en salud a indagar y la Nueva Ley de Salud Mental parece apropiado explicitar de que consta la Ley y cuál es el recorte que se tomara para articular con la experiencia estudiada.

La Ley de Salud Mental N°26.657 se promulga en noviembre de 2010 y en diciembre del mismo año se sanciona. La misma, es avalada por la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y considerada como la más avanzada de la región, apunta y se pronuncia por un nuevo paradigma de atención. De dicha Ley nos interesaremos en conocer el modo de abordaje que tienen sus

propuestas, articulándolas con la experiencia de Sustitución Manicomial a estudiar, a partir de ciertos ejes de la Ley, seleccionados específicamente.

En su primer artículo dice:

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, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Art 1, Ley N° 26.657, 2010)

Según la OMS Salud Mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades."(Art 1, OMS, 1946)

A diferencia de lo definido por la OMS, en la Ley de Salud Mental N° 26.657 se acentúa el hecho de la salud como un proceso:

Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Art 1, Ley N° 26.657, 2010)

Entendidos estos derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición.

Son consistentes los cambios legislativos que se derivan de la sanción de dicha Ley, su propuesta se fundamenta a partir de principios y declaraciones internacionales de derechos humanos y se sostiene en una concepción de salud entendida como proceso determinado por múltiples factores. Esta nueva concepción cuestiona la lectura biologicista de la salud e introduce la idea de un abordaje interdisciplinario en el cual se reconoce al paciente como sujeto de derecho. (Rojas, 2014:137)

Según Ana Hermosilla y Rocío Cataldo:

El abordaje de esta temática es de suma importancia, en tanto permita que los profesionales tomen conocimiento del estado actual y de las perspectivas de aplicación de la Ley. No sólo aquellos que se desempeñan en instituciones, sino que sería deseable que todo profesional en el área de la Salud Mental, sea en la atención pública o privada, haga suyo los principios enunciados en la legislación. (Hermosilla y Cataldo, 2014:134)

Artículos extraídos

Es interesante dirigirse hacia lo que se plantea en los artículos N.º 8 y N.º 9 de la presente ley que corresponde al capítulo V “Modalidad de abordaje”.

En el artículo N.º 8 se especifica que:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (Art 4, Ley N.º 26.657, 2010)

Se considera que este es uno de los aspectos importantes de la ley, el cual es tomado para desarrollar este estudio.

Según Luciano García:

Es explícita la mención al trabajo en un equipo interdisciplinario en los ámbitos de salud mental, con una definición amplia y abarcadora de lo que se entiende por salud mental. Esto no sólo supone la validez de diversos conocimientos - psicológicos y no psicológicos- para la atención de los demandantes, sino que al equiparar los distintos conocimientos equipara la importancia de los distintos miembros del equipo y permite, consecuentemente, la habilitación a que cada miembro pueda ocupar jefaturas y dirección de áreas y departamentos en cada institución de salud (García, 2009: 27)

En relación a esto, también parece pertinente la noción que aporta Elichiry, N. sobre dicho concepto:

La interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc. (Elichiry, 1987: 336).

Se considera que esta definición está en concordante relación con lo que se plantea en el decreto reglamentario de la Ley, el cual dice que: “los integrantes del equipo interdisciplinario asumen responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo en conjunto”(Art 8, Ley N.º 26.657, 2010)

Parece pertinente aclarar que esta ley considera al padecimiento mental como un episodio temporal que, por lo tanto, puede ser modificado. En relación a esto, se tomará una investigación realizada en la CABA y en la provincia de Buenos Aires (Rojas, 2014), en donde su propuesta apunta a cómo las legislaciones afectan a la salud mental. En un artículo publicado por la OMS se sostuvo que:

La legislación sobre salud mental es necesaria para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, ya que son un sector especialmente vulnerable de la sociedad. Estas personas se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y la marginación en casi todas las sociedades, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos. Las afecciones mentales afectan, en ciertas ocasiones, a la capacidad para la toma de decisiones y puede

que además ésta no busque o acepte un tratamiento para su problema. (WHO 2005, sitio virtual: 6)

Desde esta perspectiva es importante señalar, como la Ley de Salud Mental con sus distintos Capítulos y Artículos, funciona en forma de red, proponiendo una inclusión de las personas con padecimientos subjetivos, invirtiendo la lógica de encierro y exclusión que se puede observar en las sociedades disciplinares, termino empleado por Foucault para denominar a un tipo de sociedad, propio de las sociedades capitalistas, que promoviendo el modelo institucional de encierro y castigo, propio de la cárcel, esparce su lógica a otras instituciones claves de la sociedad, como son el manicomio y la escuela.

Experiencia Trieste

Para pensar este tema de segregación y encierro, se incluyen unos fragmentos de la psicóloga Laura Ormando (2009) en una publicación de la revista *Topia*, sobre la experiencia realizada por el Doctor Basaglia en Italia, denominada *experiencia Trieste*, en la cual se puede observar, en resumidas cuentas, el intento de darle un lugar al "loco" encerrado en el manicomio, para que comunique lo que le pasa, lo que siente, lo que desea. Además de trastocar las funciones o roles dentro de la institución, en pos de la promoción de lazos, comunicación e interacción entre pacientes y profesionales, sancionando como improductivo e inhumano las lógicas de castigo y encierro. Sustentando las nuevas propuestas, no tanto desde la idea, o la razón especulativa, sino más bien desde la práctica, una práctica fundamentada desde el mismo querer hacer de la persona internada, desde el deseo que la motiva y le da su razón sui generis, emergente propia de un grupo determinado en un momento dado y que es sustentado por un otro que esté dispuesto a escuchar y acompañar. Desde esta experiencia, que se propone abordar en este trabajo, Ormando dice:

El manicomio, además del encierro y la opresión, de la pérdida de la dignidad en un ámbito de miseria generalizada, refleja una tensión de clases en donde los locos son los subordinados, y los dominantes aquellos que tienen el poder de etiquetar con un diagnóstico o de dar pastillas. De esta manera se genera una ecuación de Saber-poder del médico o profesional tratante sobre el paciente, que bien sabe de su miseria y de su encierro, pero nada de su padecer. (Ormando, 2009:26)

En esta perspectiva se puede pensar el sistema manicomial, como reproductor de lugares de poder, que excluye al loco, por ser pobre, o no capacitado, o simplemente por ser alguien que molestaba en la sociedad y por lo tanto tiene que ser aislado, sometido a otro que lo sanciona y lo mortifica, haciéndolo miserable, sin poder de escapatoria, ya que la condena sería sin un tiempo límite. Es bajo esta modalidad, que mal que nos pese se sigue reproduciendo en la sociedad actual, donde se inserta una Ley de Salud Mental, que pretende desnaturalizar los imaginarios de toda una sociedad que es partícipe y reproductora de estas ideologías, sosteniendo categorías como la de "peligrosidad", donde el loco debería estar encerrado por ser peligroso. Sobre este tema podemos volver a pensar la experiencia Trieste, que encabezada por Basaglia en 1967, hoy es un ejemplo de institución que propone diversas actividades, que fue transformada de una institución asilar, a una organización promotora de la salud en la comunidad, que en 10 años de tener 1200 pacientes internados, paso a no quedar nadie en esa situación, en cambio se convirtió en el engranaje posibilitador para la reinserción de pacientes, además de formadora de profesionales, que permite una práctica distinta, para lo cual parece apropiado terminar este apartado de la Ley de Salud Mental con uno de sus artículos.

En el artículo 9 se enuncia:

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. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (Art 9, Ley N° 26.657, 2010)

Es que a partir de la reglamentación de la Nueva Ley de Salud Mental, es como se genera un movimiento político-ideológico, que permite la incorporación de Dispositivos alternativos a las instituciones totales asilares, como propuesta en Salud, sostenida por prácticas fuera de instituciones de encierro, de aislamiento, proponiendo un trabajo en conjunto, en red, de manera interdisciplinario, no solo entre profesionales y usuarios de los servicios de Salud, sino que incluye y alienta a un cambio en la mentalidad de la comunidad, vista como un entramado de saberes y poderes, que determinan las formas de relacionarse entre sus actores sociales. Por lo tanto, la innovación de las nuevas legislaciones propuestas, dan el marco discursivo, como posibilidad, como generador de un sustento donde amparar los derechos de las personas con sufrimientos subjetivos, que en definitiva puede ser cualquiera que le toque estar en esa situación y que ahora tiene un Derecho que lo Implica y le da vos y voto.

Parece pertinente introducir a partir de lo propuesto en este artículo, lo que vendría a ocupar un lugar en este proceso de atención, fuera del ámbito hospitalario y con vistas a la promoción de lazos. Introduciendo en el estudio, la experiencia de un dispositivo específico de sustitución de las prácticas manicomiales.

Dispositivo Sustitutivo de Prácticas Manicomiales

Sobre este marco que da la Nueva Ley de Salud Mental, emerge la experiencia de un dispositivo alternativo a las prácticas manicomiales, que pasaremos a historiar y describir a continuación:

Es en Rosario, Provincia de Santa Fe, donde el primero de estos espacios es creado en el año 2007 en un centro de salud, cuyos fundadores, un psiquiatra y una operadora de la salud, proponen una alternativa al tratamiento con pacientes que sufren padecimientos subjetivos, alternativa que se sustenta en la atención primaria de la salud, como preventiva y en pos de una promoción de distintos aspectos de las personas que se ven afectadas, armando un espacio de contención y generador de lazos.

Este Dispositivo surge como propuesta frente a una situación ocurrida en un Centro de Salud, donde concurría un joven que acababa de salir de un estado de coma y que como consecuencia le habían quedado varias secuelas. La propuesta consistía en reunirse con este joven en el Centro de salud con el Psiquiatra creador del dispositivo y una operadora de la Salud, para ayudarlo a recuperarse, a la vez que realizaba un acompañamiento terapéutico psicológico. Luego de varios encuentros con este joven, surgió la idea, de parte de él, de poner Música en estos encuentros. Es así, que se creó un espacio para circular la palabra con música. Esta actividad, en los comienzos, solo se realizaba con este joven en el consultorio del Psiquiatra. Más tarde empiezan a incorporarse nuevos usuarios que concurrían al Centro de Salud. Debido a la demanda por este Dispositivo se expande a otro Centro de Salud.

El dispositivo es abierto a la comunidad, participan tanto pacientes que asisten a los centros de salud nombrados anteriormente, como cualquier otra persona de la comunidad que desee participar.

Este Dispositivo es pensado en el marco de las estrategias de APS, como una forma de promoción de la salud, que no está centrado en la enfermedad, sino que propone una dinámica de salud desde la música y la integración social. Es un taller realizado

con fines terapéuticos. Tiene como objetivos, el fortalecimiento de los lazos sociales, la integración y la circulación de la palabra a través de la música.

Los usuarios van durante la semana a los dispositivos desarrollados en distintos lugares. Este taller es llevado por una coordinadora, quien es operadora de la Salud. Generalmente los usuarios que concurren van cambiando. La dinámica del dispositivo consiste en que los usuarios lleven un tema musical para compartir con el resto del grupo. Todos se sientan en ronda a escuchar el tema. Durante la escucha de la música se realizan diversas actividades, pintar, dibujar, algún juego y alrededor de las actividades, cada uno comparte sus experiencias del día a día o simplemente lo que siente y piensa.

Es importante señalar que estos Dispositivos dependen de la Dirección de Salud Mental, de Rosario, Provincia de Santa Fe. Además, el 22 de marzo del 2012, la Municipalidad de Rosario, mediante el decreto N°36971 declaró de interés municipal, al Proyecto de salud colectiva de dicho Dispositivo. El último gran acontecimiento, es el nombramiento a nivel Nacional del dispositivo, lo cual le da un estatuto a nivel Nacional y un reconocimiento importante, fue toda una celebración, que implicó el encuentro de personas por sus derechos, como dice una de las frases escrita en las pancartas, "nada de nosotros, sin nosotros", que hace referencia a una de las propuestas de la Nueva Ley de Salud Mental, de que los *usuarios*, tomen en su poder las decisiones de su vida, que se apoderen del término empleado por la Ley como Sujetos de Derechos y que, en cada nueva propuesta, ley, disposición, se los escuche, lo que tengan para decir al respecto, que se los reconozca, con voz y voto.

¿En qué consistiría la práctica específica en este dispositivo?

Como participantes de un espacio institucional que se enmarca en determinados imaginarios sociales, surgen distintas prácticas. Que necesariamente se instalan, dentro de la lógica de la institución, en la que, como actores sociales, involucramos distintos registros de nuestra persona. Sostenidos por cuerpos que ocupan un determinado espacio, en un determinado tiempo, se expresan sujetos que se sostienen en determinados discursos, que hablan desde un determinado aparato significativo y que van a intentar encontrar un lugar dentro de un grupo.

A partir de una propuesta de trabajo, se dan las condiciones necesarias para el armado de un dispositivo que se propone como alternativo de la lógica manicomial, que se sustenta en la Nueva Ley de Salud Mental, promoviendo el lazo social, proponiendo el encuentro con el otro, dando lugar a la participación dentro de un grupo. Las características del grupo hacen que surjan distintos lugares a ocupar, los usuarios son la razón del grupo, la coordinadora se constituye como referente de la salud y cada uno se ven obligados a encontrar un lugar dentro del grupo.

Para esta parte del trabajo, se incluirá una crónica breve sobre una pasantía de un estudiante de psicología por la institución, que estamos estudiando y que presenta una población a indagar. Parece oportuno aportar un relato, sobre un transitar en el Dispositivo Alternativo. Permitiendo el estudio de la relación entre múltiples personajes que construyen un mapa de relaciones, que hacen a un escenario de análisis, sobre múltiples determinantes. Formando un grupo de trabajo, que involucra a los usuarios del Dispositivo y su manera particular de transitar el espacio, junto a profesionales de la Salud que sostienen un lugar de propuesta de Salud, en relación específica a la Salud Mental, y sostienen distintos discursos para sus prácticas.

En esta crónica se relatará algunos de los encuentros, en un dispositivo específico de prácticas sustitutivas manicomiales, intentando dar cuenta, con un escrito, de la complejidad que abarca el pensarse dentro de lo que allí ocurre, articulando el relato con ejes claves como son

dispositivo, implicación, analizador, intervención, transferencia, interdisciplinariedad, Ley de Salud Mental y varios otros.

Experiencia en un Dispositivo de Practicas Sustitutivas al Manicomio

Primer día

10 personas 1 operadora comunitaria

Bueno nos encontramos en una experiencia de alternativa manicomial, produciendo un espacio de encuentro entre distintas personas, se promueve el lazo con el otro, ante la oportunidad que se le da, al que se integra, a un grupo con constancia en el tiempo, planeando un espacio de comunicación e intercambio. ¿Que genera el encuentro con el (Otro) otro? La presencia física, corporal del otro, junto a lo que se dice durante lo que brinda el espacio, lo que se habla, lo que se calla, se ignora, o se elude en una risa, una metáfora, un símbolo que hace marca.

Sin un ambiente cordial, que se sentía en el ambiente, se hizo una actividad de recortes de revistas, se tomó mate, "que importante el mate", un poco de música, baile, "los palmeras " y terminamos con una película, coordinado por otro asistente con un proyector.

Segundo día

Mucha comida, se festejaba que hace 3 años se formó el grupo, asistieron P., Pa., la señora del mate, F., N., I. y otra operadora comunitaria.

P. angustia al grupo, por un conflicto con una chica de otro dispositivo, dice que se burla de ella, que ya no sabe cómo decirle, que, si la otra va, ella no va ir más. La angustia como disparador de un malestar en el grupo, que debe ser acompañado, que se hace escuchar. En esta ocasión lo que corta el momento de charla, acompañamiento, posibles soluciones, para superar el conflicto de P., es la música, fue un profesor de música (murgero), que suele ir a otros espacios (efectores), llevo instrumentos musicales de murga, todos con un instrumento cantaron temas de murga, "El linyera", la "Murga" y uno más. La unión que crea la música, el momento de diversión, de canto, de sentirse parte de un grupo musical; genero risas y propuso un momento de bienestar en el grupo.

Al final se habló un poco de historias de cada uno en el dispositivo. Las operadoras comunitarias relatan su experiencia en el dispositivo y en el trabajo en sí que realizan hace ya 10 años en distintos espacios institucionales, entre hospitales, efectores y casas de asistencia.

Tercer día

Misma composición del grupo, con R. como ex participante que retorna. Se propone escribir algo sobre el día del amigo y se pega en una cartulina. Vuelta de A. (coordinador principal), se lo extraño mucho, se puede observar un alto grado transferencial hacia él, como soporte del grupo, que él representa (entre sentimientos que oscilan entre amado y odiado) o celado.

De repente M. no le quiere dar mate a R., ambos expresan un conflicto mutuo, donde al principio es no dicho, se convierte en el tema principal del día. Luego de un rato A. pregunta si quería comentar algo, alguna pregunta, entonces pregunto sobre lo que más está en el ambiente, le digo a M., sobre qué pasó, que fue tan grave, que lo hable, y por medio de P. como portavoz, se arma una especie de escena, que no se explica demasiado, sale a la luz un episodio de hace tiempo, donde R. habría sido demasiado cariñoso, con M. y P. también dice que con ella. R. se siente atacado y

acusado de algo muy grave, se pone nervioso, se para, descarga unas palabras de indignación y dice que "se va". P. lo enfrenta, le dice "está haciendo las cosas mal", C. llora. A. se va hablar afuera con R., la coordinadora se va aparte con P. Recién ahí a solas M. y P. me cuentan lo que había pasado, sin agregar mucho más a lo que habían esbozado.

Se trata de hacer comprender al grupo que hay que tener comprensión y ser un poco más tolerable con el otro. R. se va. No hay aceptación de R., se les pregunta que les parece, si el grupo habría que cerrarlo ahí, o que siga siendo abierto.

Se puede observar como el espacio propuesto oscila entre la "armonía" buscada y el conflicto que surge como inevitable, en defensa de una especie de código interno, defendido principalmente por P., P. y M. Luego de hablar un rato y que cada uno de los que estábamos dijéramos lo que nos pareció, se puso música y se terminó.

Cuarto día

Hoy hicimos unos imanes para la heladera (se pinta un cartón con formas de corazón, estrellas y luego se le pega un imán). E., Pa., C., P., la coordinadora, N., M., el jardinero y su novia.

Una tarde de mates, café y torta fritas, con la música de Rodrigo de fondo. Se hablo de una juntada que se realizara del día del amigo, donde se convocan todos los dispositivos de la ciudad, familiares y coordinadores. Esto vuelve a presentar situaciones de conflicto en el grupo. P. y su tema, que deja de ser "personal", ya que afecta al grupo, a partir de la relación con una chica que participa de los dispositivos en otro lugar (si bien se presentó como problemática menos tiempo que el encuentro anterior).

C. (quien tiene el acto de llorar al pie del cañón) se desarrolló bastante (pinto, hablo de los encuentros venideros, aconsejo a P. sobre su problema). En un momento P. hizo café para casi todos, C. no tomo café, se pone a llorar, lo que dice es que le duele la cabeza, al ofrecerle si quiere café dice que si, como no puede se le ofrece té y también quiere. Sigue llorando, es llevada afuera a tomar aire y a hablar a solas con la coordinadora, P. dice en forma de chiste "acá hay que llorar para que lo escuchen a uno". Ya terminando P. se pone a llorar, Pa. la consuela, le pregunta que le pasa, llora y se ríe de comentarios comicios.

Se fueron todos juntos, bajo la lluvia a tomar el colectivo.

El Dispositivo como concepto

Para analizar lo que ocurre en el Dispositivo se tomaran algunas concepciones de Foucault y Lourau, como aparatos teóricos, que permiten pensar lo que allí ocurre.

Siguiendo a Foucault, podemos situar lo complejo que implica un dispositivo, que comprende una red de registros que se inter-relacionan, entre:

Un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es esa red que puede establecerse entre estos elementos (Foucault, 1977)

Dentro de esta red que se forma en el Dispositivo relatado, se puede observar en páginas anteriores, como el Sistema de Salud, con sus distintos sectores, la ley de Salud Mental, con sus ejes específicos, el grupo de trabajo desde sus distintos atravesamientos institucionales, el espacio físico donde se desarrolla el taller, como así también el marco social, con una política de turno, propone reglas de juego que atraviesan la actividad y la constituyen.

En los grupos de trabajo observamos como los usuarios, que participan, encuentran un espacio para poner en circulación sus distintos decires, que al ser tomados por el dispositivo se transforman en prácticas, dando lugar a la construcción de subjetividad, inscribiendo momentos vividos, en los cuerpos, que se someten al dispositivo.

El Analizador como concepto

Podemos pensar desde R. Loureau el concepto de analizador, como herramienta que permite indagar sobre lo que el dispositivo tiene para decirnos:

"Se denominará analizador a lo que permite revelar la estructura de la institución, provocarla, obligarla a hablar" (Lourau, 1970)

Si bien lo que se dice en el grupo, lo que se pone en palabras, permite encadenar un discurso que refleja cierto aspecto de la institución, que se articula a una red que constituiría el dispositivo, parece pertinente subrayar que todo lo que se dice, es dicho por alguien, "el analizador es siempre material. El cuerpo es un analizador

privilegiado", que toma un rol de provocador, de analizador, que según las características propias adquieren formas particulares, Loreau nombra algunos como, ""genio travieso" (sembrador de duda radical), "espíritu perverso", "sufrir dolores", "chivo emisario", "oveja apestada" o "aguafiestas", el "gracioso de la pandilla", el especialista en "bromas pesadas" o el "maniático del espíritu de contradicción". Digamos que la manera en que se nombra, a cualquiera de los integrantes del grupo, ya es un analizador, que metaforiza el lugar que viene a ocupar dentro del grupo ese personaje.

Análisis del Dispositivo

A partir de estas dos concepciones de abordaje de lo institucional, tanto el Dispositivo, como el Analizador se construyen en una práctica concreta, que como tal, permite el análisis de lo que allí ocurre, construyendo preguntas que dan testimonio de la implicación que cada uno sostiene dentro del grupo. Surgen así inquietudes que a decir verdad parecen propias del trabajo con grupos vulnerables, como son las personas con padecimientos mentales, reavivando preguntas, tales como ¿Qué efectos concretos se busca en la práctica del psicólogo? ¿Se puede insertar el psicoanálisis en cualquier tipo de práctica? ¿Qué tipo de práctica se propone en el Dispositivo Sustitutivo abordado? ¿Es el psicólogo un agente de la salud, o es un agente del conflicto, de qué conflictos podemos hablar?

En el conflicto inevitable que, al parecer, sostienen los ideales que la Ley de Salud Mental propone y las prácticas que emergen en pos de realizar esos ideales, se puede ver uno de los espacios para la práctica del psicólogo, ya que, si tomamos el conflicto como eje de trabajo, obtenemos un analizador muy interesante, que surge de distintas relaciones, que no solo se hace sentir en las posibilidades de implementación que tiene una ley en los espacios sociales concretos que le dan vida. Si no que el conflicto como posibilidad, como momento de discordia entre dos o más fuerzas operantes, propone un ámbito de indagación y análisis, que fomenta el intercambio y la creación, que, al darle un lugar de escucha, trabajo que al parecer puede estar sostenido por un psicólogo, permite que se diga lo que subyace a determinado conflicto, poniendo en palabras, lo que emerge como situación, muchas veces solo afectiva, oscura, sin una comprensión profunda del asunto. Desde este enfoque nos podemos preguntar qué efectos produce el trabajo sobre el conflicto, pensado este como inherente a toda persona que se proponga formar parte de un grupo.

El conflicto como eje de trabajo

Para empezar, se contempla que el conflicto produce una molestia, que dependiendo de su magnitud paraliza la actividad, limita el poder de acción sobre el mundo y crea una necesidad de resolución de dicho conflicto, en pos de canalizar la energía interviniente. Desde estas afirmaciones pareciera que podemos pensar el psicoanálisis como herramienta teórica-práctica de trabajo sobre el conflicto o el malestar que este conlleva.

En un texto pivote de la obra freudiana, como es el Malestar en la Cultura, Freud trabaja el malestar inherente a este tipo de sociedades contemporáneas, señalando el choque que hay entre los impulsos egocéntricos del ser humano y la necesidad que la Cultura le impone a estos de limitarse, adaptarse a los ideales, mandamientos, normas que esta representa a través de sus instituciones. Por lo tanto, en resumidas cuentas, hay una desproporción entre el deseo personal y la vida en comunidad.

Buena parte de las luchas en el seno de la Humanidad giran alrededor del fin único de hallar un equilibrio adecuado (es decir, que dé felicidad a todos) entre estas reivindicaciones individuales y las colectivas, culturales; uno de los problemas del destino humano es el de si este equilibrio puede ser alcanzado en determinada cultura o si el conflicto en sí es inconciliable. (Freud, 1930:27)

Sin embargo, sería de iluso pensar que la Cultura solo está ahí para obstaculizar la realización personal, por lo contrario, la construcción de los preceptos morales y éticos que guían a una sociedad, enmarcan y dan lugar a las instituciones donde los sujetos se subjetivan, construyendo vínculos que permiten la realización de sus deseos, que necesariamente dependen del otro para existir.

A partir de la comprensión de una sociedad que es guiada a través de sus leyes, podemos pensar, cómo son creadas esas leyes o para quién son creadas esas leyes, poniendo en discusión una cuestión que no se propone desarrollar aquí, pero que responde a cuestiones de poder que siempre encontramos, de fondo en toda relación entre seres humanos. Lo que parece importante señalar, es que dependiendo de la participación que se le dé a los actores sociales, en la toma de decisiones para la legislación de sus normas, es como luego estas pueden dar cuenta, de una forma menos conflictiva, la manera en que han de regularse las relaciones entre dichos actores.

A modo de conclusión

Para terminar este trabajo, parece pertinente decir, que la experiencia de un Dispositivo Sustitutivo abordada en el trabajo puede ser pensada como un espacio de reproducción de políticas e imaginarios, que responden a un sistema social que es la consecuencia de una red de instituciones sociales, las cuales están en un constante intercambio de fuerzas, produciendo inevitablemente situaciones de conflicto. Es así como, dependiendo del tipo de práctica que se sostenga allí, es como se va a ejercer determinados tipos de fuerzas en el entramado social, además, se puede pensar que la experiencia de Sustitución Manicomial es un espacio que promueve la participación social, que aporta una fuerza de conflicto hacia el poder hegemónico de control y segregación social, promoviendo una alternativa para muchas personas en situación de aislamiento y sufrimiento, que genera vínculos y espacios de discusión.

Dentro de este escenario social, como psicólogo parece importante fomentar momentos de análisis y discusión sobre los conflictos que inevitablemente genera la vida en comunidad, permitiendo la concientización de la lucha que hay entre lo instituido y el poder instituyente, permitiendo apoderarse del derecho a influir sobre las determinaciones que la sociedad sostiene.

Bibliografía

Castoriadis, C. (1975) La Institución Imaginaria de la Sociedad.

Elichiry, N. E. (1987). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En: El niño y la escuela. Bs. As. Nueva Visión.

Freud, S. (1930) El Malestar en la Cultura.

Hermosilla, A. M., Cataldo, R.(2014) Ley de Salud Mental 27.657. Antecedentes y perspectivas. En: Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica

Javier Segura del Pozo(2015) ¿Por qué es tan difícil organizar grupos en las instituciones? (VI): La estructura matricial y los grupos.

<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2015/03/19/por-que-es-tan-dificil-organizar-grupos-en-las-instituciones-vi-la-estructura-matricial-y-los-grupos/#more-1253>

Javier Segura del Pozo (2015) ¿Por qué es tan difícil organizar grupos en las instituciones? (VI): La estructura matricial y los grupos.

<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2015/03/19/por-que-es-tan-dificil-organizar-grupos-en-las-instituciones-vi-la-estructura-matricial-y-los-grupos/#more-1253>

Michael, F. (1977) [Entrevista a Foucault: las relaciones de poder penetran en los cuerpos.](#)

http://unavistapropia.blogspot.com.ar/2007/05/entrevista-foucault-las-relaciones-de_03.html

Ministerio de Salud, Arg. (2001)

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/65879/norma.htm>

Ministerio de Salud, Perú (2002)

http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf

Lourau, R. (1970) El análisis institucional, Amorroutu

Organización Mundial de la Salud

(OMS) Hospitales. <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Mental. (2013). http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Ormando, M. L. (2009) Del pesimismo de la razón al optimismo de la practica: a 30 años de la experiencia de Trieste. Revista Topia. Numero 55.

Rojas, M. A. (2014) Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales y psiquiatras. Anuario de Investigaciones, XXI, 2014