



Universidad Nacional de Rosario

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

Título: Padecimiento mental y su institucionalización.

Modalidad: Ensayo

Autor/a: Angela Andrea Dimartino

Legajo: D-0445/6

Docente o graduado/a responsable: Georgina Elsa Borzone.

Año: 2019

INDICE

Introducción.....	2
Campo de la Salud Mental.....	3
Tratamiento de la locura.....	6
Situación en la Provincia de Santa Fe.....	13
Pensar una salida.....	17
Conclusión.....	25
Referencias.....	28

Introducción

El objetivo de este trabajo es dar cuenta de una problemática que abordamos a lo largo de los años de formación en la carrera de Psicología, de la Universidad Nacional de Rosario, relacionadas con la atención de personas con sufrimiento o padecimiento mental que permanecen por largos períodos en instituciones, y cómo esto afecta su subjetividad y sus vínculos, teniendo como referencia la experiencia realizada en el marco de la Práctica Profesional Supervisada en La Colonia Neuropsiquiátrica “Dr. Abelardo Irigoyen Freyre” institución ubicada en la localidad de Oliveros.

El encuentro con sujetos que han permanecido durante largos periodos institucionalizados y en especial el caso de una paciente de la sala, en la que me encontraba como residente, que ingreso a la Colonia mediante una orden judicial y tras 30 años de internación, termino sus días allí, llevo a formular algunos interrogantes tales como ¿Cuál fue el contexto de surgimiento de las instituciones asilares? ¿Que llevo al cuestionamiento de estas instituciones? ¿Cuáles son los efectos en la subjetividad ante periodos tan prolongados de institucionalización? ¿Qué cuestionamiento dieron lugar a las reformas en materias de salud mental? ¿Qué modificaciones pudieron llevarse a cabo a partir de la sanción y reglamentación de las leyes (provincial y nacional) en Salud Mental? ¿Qué obstáculos presentan las alternativas a la atención en salud mental fuera del ámbito manicomial?

Surge, también, la necesidad de repasar conceptos ineludibles, como el de Salud Mental e institución y a partir de ahí, pensar estas problemáticas desde una mirada más amplia para el abordaje del padecimiento mental, acorde a nuevos paradigmas en derechos humanos.

Campo de la Salud Mental.

Abordar cuestiones referidas a la salud mental lleva a pensar un campo, en el sentido dado por Bourdieu, sumamente complejo y contradictorio. La idea de campo introduce la dimensión de conflicto, disputas, luchas de fuerzas, siempre presentes en los procesos históricos. Bourdieu (1988), define el concepto de campo como un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes, actores y fuerzas sociales en la lucha por formas específicas de dominio y monopolio de un tipo de capital simbólico (conocimientos, técnicas, dispositivos) eficiente en él (p.136)

Este espacio se caracteriza por relaciones de alianza entre los miembros, en una búsqueda por obtener mayor beneficio e imponer como legítimo aquello que los define como grupo; así, como por la confrontación de grupos y sujetos en la búsqueda por mejorar posiciones o excluir grupos.

Gerlero y Augsburger, (2012) sostienen que el campo de la Salud Mental:

Exige la inclusión de la dimensión política -en qué medida la problemática salud son cubiertas por las agendas sociales y políticas-, la dimensión epistemológica -su vínculo con el concepto de salud y con los distintos enfoques que introducen un lugar distinto a los padecimientos psíquicos-, la dimensión de los derechos humanos -como un eje central en la propuesta de desinstitucionalización- y otras (p.64).

Un cambio significativo, en Argentina Carpintero y Vainer (2018), fue la creación, en el año 1957, del Instituto Nacional de Salud Mental, que dispuso una política activa por parte del estado, y además, nomino oficialmente de otra forma lo que hasta ese momento era dominio de la psiquiatría. Haciendo lugar a un pasaje de la psiquiatría a la Salud Mental (p.68).

Dos características fundamentales, destaca Galende (1990) en la configuración de la nueva Salud Mental: “la caída de la psiquiatría como disciplina totalizadora, con la multiplicación de

respuestas preventiva- asistenciales y una reformulación de las relaciones con la medicina, sus valores, su organización y sus modelos de atención” (p.15-6).

Con esta transformación, la salud mental, que estaba reducida únicamente al tratamiento de las enfermedades mentales mediante el modelo de la psiquiatría, como saber hegemónico, comienza a pensarse como un campo atravesado por compleja red de saberes que se entrecruzan dependiendo del contexto del que se hable -la psicología, la antropología, el psicoanálisis, la sociología, la enfermería- y tal como lo expresa, Amarante,(2007) “al hablar de sujetos, de sociedad y cultura es necesario incluir las manifestaciones religiosa ideológicas éticas y morales de las comunidades y los pueblo con los cuales nos estamos manejando” (p. 18).

Asimismo, sostienen Gerlero y Augsburguer, (2012) que “el entramado conceptual incluye el terreno de los padecimientos psíquicos severos pero lo excede ya que abarca un amplio espectro de manifestaciones problemáticas del vivir cotidiano en las comunidades, familias e instituciones con las que nos vinculamos” (p. 64).

En este mismo sentido y haciendo referencia al concepto de salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social”. Con esta definición se avanza al incluir otros aspectos como lo mental y social y a no reducir solo a lo biológico el determinante de los procesos.

La pregunta que surge es que se entiende por estado de completo bienestar, ya que la salud no es un estado, sino, un proceso dinámico en el que intervienen una complejidad histórica, social, psicológica, biológica y cultural. Ferrara dice: “se ha intentado reemplazar este término por otros como por ejemplo adaptación”. Respecto de esto afirma que adaptación implicaría la “renuncia a la creación individual, social y al enfrentamiento de nuevos conflicto”. Sin embargo “no es el conflicto lo que define lo patológico sino el no reconocimiento de los

mismos y la imposibilidad de resolver ese conflicto físico, mental o social”. (...)”La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que debe ser cambiado y permita crear las condiciones para el óptimo vital de la sociedad”. (Ferrara, 1985, p.10). El conflicto permite que algo pueda ser dicho, ya que el sujeto tiene mucho que decir acerca de su padecimiento, la dimensión de la palabra puede aparecer si hay alguien que escucha y esté dispuesto a restituir la dimensión de sujeto implicada en su existencia.

Es pertinente en este punto hacer mención a La Ley de Salud Mental N°26.657, en el artículo 3 establece:

“(...) 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”.

En concordancia con todo lo anterior Emiliano Galende (2018), afirma:

Pretender una explicación y una verdad del sufrimiento mental en los mecanismos biológicos del cerebro es negar lo que constituye la esencia de la existencia del hombre: su relación con la cultura en que habita, los rasgos del lugar que ocupa en la sociedad, las diferencias de su capacidad creativa (...) Estamos obligados a un conocimiento que debe respetar la singularidad de cada sujeto, su territorio de vida, su historia y las condiciones reales de su existencia. (p.16).

Tratamiento de la locura

Durante largos periodos los enfermos mentales, privados de todo derecho, eran tratados mediante coerción y aislamiento en instituciones de encierro junto con otras categorías de individuos cuyo denominador común era la carencia, la pobreza y la condición de irracionalidad.

El hospital, tal como actualmente lo conocemos, fue creado en la Edad Media, pero como institución de caridad con el objetivo de ofrecer abrigo, alimentación y asistencia religiosa a los desamparados y enfermos. Con el tiempo, estas instituciones comenzaron a cumplir una función de orden social y político, muchos médicos fueron llamados a actuar, humanizarlas y adecuarlas al nuevo espíritu moderno bajo los ideales de la revolución Francesa transformándose en instituciones médicas.

Para Foucault (2002) con el advenimiento de la modernidad se configura un mecanismo de control distinto - la disciplina- la cual consiste en una serie de mecanismos que permiten un control minucioso del cuerpo del individuo, con el objetivo de una adaptación en términos de docilidad - utilidad. El hospital psiquiátrico se constituye como una institución destinada a controlar mediante mecanismos disciplinarios a los sujetos con el objetivo de ejercer ese control, suponiendo que aquel disciplinamiento funcionaria como modelo educativo que sirve de base para la readaptación social.

Los sujetos que sufrían padecimientos mentales eran consideradas personas que se encontraban alienadas, fuera de sí, enajenadas, fuera de la capacidad de relación y de discernimiento. La alienación mental era considerada un disturbio de las pasiones, capaz de producir desarmonía en la mente y en la posibilidad de percibir la realidad. Alienado significa volverse otro, un irracional. Un sujeto en esta situación solo puede representar un peligro para sí mismo y para la sociedad, la alienación está asociada a la idea de peligrosidad, generando

miedo y discriminación para con las personas así identificadas. Por tanto la atención que debían recibir era de control, de vigilancia, disciplina.

El hospital psiquiátrico se constituye entonces, como lugar de aislamiento, que permitía por un lado, el estudio de las alienaciones mentales, los sujetos eran observados y estudiados, sus comportamientos descriptos, analizados y clasificados, esto permitía la consolidación de un diagnóstico más preciso y correcto, para luego, por otro lado, llevar adelante un tratamiento moral que requería orden y disciplina para que la mente perturbada pudiera nuevamente encontrar sus objetivos y así reorganizar las pasiones descontroladas del alienado.

Es pertinente en este punto hacer mención del concepto Institución Total, la cual ha de entenderse como "[...] un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente". (Goffman, 1961, p. 13).

Para Goffman (1961) la característica general de las instituciones totales es la ruptura de las barreras que separan de ordinario tres ámbitos de la vida, dormir, jugar y trabajar. En las instituciones totales todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única; cada etapa de la actividad se realiza junto con otros individuos, a quienes reciben el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas; todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas explícitas, y un cuerpo de funcionarios. Las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional que debe ser cumplido. (p.19)

Es importante rescatar el las palabras con las que Galende (2008) define la institución caracterizándola como:

Una organización que condiciona ciertas formas de relaciones humanas, de pertenencias, construye identidades y sobre todo por las interacciones recíprocas de quienes forman la institución– se construyen sistemas normativos, códigos de significación, valores que funcionan como reguladores del comportamiento concreto de las personas y permiten anticipar y prever el comportamiento del conjunto. Asimismo es una formadora de subjetividad en ese sentido, en que construye significados, valores y regula comportamientos, ajusta las posibilidades de comprensión mutua y de entendimiento entre las personas que forman parte de la misma. Toda comunidad humana es una institución (p. 397).

En Argentina, entre 1880 y 1910, se construyeron los primeros hospicios, “siguiendo al positivismo y a la psiquiatría francesa” Carpintero y Vainer, (2018). Se proponía la curación de la enfermedad mental mediante el aislamiento de los pacientes a los cuales se les aplicaba una serie de tratamientos físicos y sociales de diversa índole para producir el denominado tratamiento moral (p.70-71).

Con los años, nuevos establecimientos fueron creados para el alojamiento de estas personas y en los cuales se concentrará un gran número de pacientes con trastornos mentales para su diagnóstico y tratamiento, estos, hallarán una legitimación científica bajo la denominación de Colonias. Domingo Cabred, promovió la fundación de varias de las actuales colonias de rehabilitación en diferentes puntos del país, como alternativa a la función del hospicio.

Las colonias proponían constituirse con las características de autosustentabilidad en el plano económico y autonomía en el plano administrativo financiero, tuvieron en común una modalidad novedosa para la época, además de descomprimir al Asilo de Alienados, se puso en práctica en el tratamiento en libertad (Open-Door) y el "Non-restrain", el cual consistía en

la supresión de todo medio de contención mecánica, como el uso de la sujeción, el encierro y la vigilancia.

Las colonias eran construidas en grandes áreas agrícolas alejados de los centros urbanos, la enfermedad ya no era considerada un estado inmodificable, los padecientes realizaban trabajos ya que el mismo sería el medio terapéutico más precioso que estimulaba la voluntad y la energía y consolidaba la resistencia cerebral con tendencia a hacer desaparecer el delirio.

Sin embargo, en todas las épocas los grandes propósitos se vieron obstaculizados por cuestiones tales como el hacinamiento y la marginalidad, la escases de recursos. de Lellis (2013) lo sintetiza de manera concluyente:

Así fue como instituciones sin murallas que la aíslen del exterior, creadas para la rehabilitación y la protección fueron transformándose en espacios de aislamiento y exclusión social. La inactividad, el abandono y el encierro de por vida fueron prevaleciendo y desplazando los fines originales que dieron sentido a su emergencia como Instituciones y que caracterizaban su misión original. Si bien fueron suprimidos los muros exteriores a través del régimen de “puertas abiertas”, se tendió a reproducir un régimen de aislamiento en cada una de las unidades asistenciales (pabellones), que servían al propósito de cuidar al mayor número de personas con el menor número de agentes, lo que reforzó las características custodiales del modelo de atención (p.10)

Grandes transformaciones sociales, explican Carpintero y Vainer (2018), tales como el desplazamiento de poblaciones a las ciudades y el fomento de las inmigraciones, produjeron problemas sociales y sanitarios dando lugar a la incorporación de las ideas del higienismo, que tenía como objetivo prevenir problemas sanitarios en el conjunto social –desde epidemias hasta el delito. Se buscaba el cambio de la situación de las terapias, de los hospitales y de los enfermos internados en las instituciones asilares, enfatizando la necesidad de la prevención. La

higiene mental validaba la psicoterapia como tratamiento efectivo para las enfermedades mentales (p.72-73).

Las primeras reformas psiquiátricas comenzaron luego de la segunda guerra mundial cuando se comienza reflexionar sobre las condiciones de vida de pacientes institucionalizados que en nada se diferenciaba de los campos de concentración, con una pérdida total de la dignidad humana. Los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud sostenían el pasaje de la psiquiatría a la salud mental. La “Higiene Mental empezó a ser “Salud Mental”.

En la década del 50, un grupo de psiquiatras que trabajaban en manicomios sostenían la necesidad de reformar el sistema manicomial, su visión de la psiquiatría era más amplia y abarcaba distintas disciplinas que iban desde el psicoanálisis hasta la reflexología.

Alrededor de 1960 se cuestiona las condiciones de vida en el hospital psiquiátrico como institución hegemónica y el papel de la psiquiatría como lugar de saber, surgen propuestas de incluir estrategias comunitarias para el abordaje de las problemáticas en salud mental, con la inclusión de la corriente de la psiquiatría comunitaria proveniente de EEUU, las experiencias de las comunidades terapéuticas y de nuevos saberes vinculados a las ciencias sociales. de Lellis, 2013 lo destaca de la siguiente manera:

En este periodo recrudecen las críticas planteadas por eminentes figuras del campo académico así como a través de la legislación internacional y nacional que establecieron bases normativas para el tratamiento de los enfermos mentales. El imperativo de la “reforma” aparece entonces formulado desde la experiencia desarrollada en Italia con la sanción de la Ley 148, lo cual sentó el debate acerca de la necesidad de suprimir definitivamente los manicomios y abogar por el desarrollo de dispositivos asistenciales

alternativos a las situaciones de encierro, así como revertir las condiciones de estigmatización (p.10-11)

Toda esta situación se revirtió en la década del 70. Los intentos de modificaciones de la estructura del asilo que hacían peligrar el poder manicomial se lo cerraba aduciendo cuestiones burocráticas o a través del poder policial. No hubo, en todos estos años, por parte del estado una decisión política que organizara de manera diferente la salud mental. (Carpintero y Vainer 2018).

A los hospitales psiquiátricos fueron derivados una gran cantidad de pacientes con los más variados cuadros patológicos. El hacinamiento fue uno de los problemas más importantes, el propósito de cuidar al mayor número de personas con el menor número de agentes, reforzó las características custodiales del modelo de atención transformando estas instituciones creadas para la rehabilitación y la protección en espacios de aislamiento y exclusión, dando lugar a la inactividad, el abandono y el encierro de por vida.

La década del '90 significó cambios luego de la "Declaración de Caracas". Esta declaración, acentuó la atención de la salud mental en la red de atención primaria en servicios comunitarios, priorizando criterios de descentralización, instando a garantizar la accesibilidad, un cuidado integral, participativo y preventivo.

El año 2000 La Organización Mundial de la Salud instó a los países la sanción de legislaciones que contribuyeran a garantizar los derechos por las personas con padecimiento mental y recomendó un plan de acciones según las necesidades y características particulares de los sistemas de atención sanitaria.

En nuestro país se comienza a pensar el padecimiento psíquico y las problemáticas en salud mental en el seno de las condiciones concretas de vida, el surgimiento de nuevas demandas y

la diferenciación de sectores de población con problemáticas diversas implicó una organización innovadora de los servicios en salud.

A pesar de todos los esfuerzos, el hospital Psiquiátrico continuó teniendo la centralidad en atención de problemáticas en salud mental. En el año 2007 un informe producido por la organización no gubernamental titulado “Vidas arrasadas” (2007, CELS citado por Lellis 2013) estimaba aproximadamente unos 20.000 pacientes asilados en establecimientos públicos y/o privados de carácter monovalente. Otros datos revelados por dicho informe fueron los siguientes: el 80% de los internados se hallaba en esta condición durante un período mayor a un año y una proporción significativa pasaban allí el resto de sus vidas.

Un examen crítico de la situación en el país Gerlero y Augsburger, (2012) en torno a las personas y grupos con problemas agudos o crónicos de padecimientos revela un conjunto de problemas no resueltos:

- El alto número de personas que permanecen internadas por periodos indeterminados, en condiciones de cronicidad y hasta abandono.
- la vulnerabilidad y el riesgo de violación de derechos de las personas con sufrimiento psíquico, al no estar suficientemente difundida y garantizada la vigencia de los principios y normas que las consideren sujetos de derecho antes que objeto de tutela y custodia.
- La fragilidad ética de las prácticas asistenciales que impulsan procesos de atención que no satisfacen estándares mínimos de calidad o que se apoyan de manera excesiva y/o exclusiva sobre la medicación farmacológica.
- La débil existencia de redes, instituciones y estrategias de soporte social para garantizar la máxima autonomía posible e independencia de las personas con problemas de salud mental (p.22)

La situación en la provincia de Santa fe

La provincia de Santa Fe cuenta con 3 instituciones monovalentes. El Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila cuya área de atención abarca la ciudad de Rosario y su área metropolitana; El Hospital Mira y López de la ciudad de Santa fe corresponde al centro y norte de la provincia, dicha institución atiende a adultos y niños y se encuentra integrado a un hospital general; La Colonia Psiquiátrica de Oliveros corresponde el sur de la provincia, exceptuando Rosario y su área Metropolitana.

En dicha Provincia, antes de la década del '40, los enfermos mentales transcurrían su padecer en comisarías e instituciones penitenciarias. Allí pasaban un largo tiempo hasta que eran derivados a Oliva (Provincia de Córdoba) o Buenos Aires. Con el correr del tiempo, las demandas aumentaban, las instituciones con las que se contaba en ese momento, era insuficiente para dar asistencia a los paciente agudos y crónicos, surge así la posibilidad de la construcción de una Colonia de Alienado en concordancia con el espíritu de la época, asociando el trabajo con fines terapéuticos.

El 4 de junio de 1943 se habilita la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, donde ingresan 17 pacientes, 9 mujeres y 8 hombres provenientes del Asilo de Alienados de Rosario.

Los años siguientes el acaecer en la Colonia no fue diferente a lo acontecido en el resto del País y lo desarrollado en el apartado anterior.

Al inicio de los años 80 residían en la Colonia más de mil personas, luego del restablecimiento del sistema democrático -año 1984-, se crea la Dirección Provincial de Salud Mental. Años después dejó de existir como dirección convirtiéndose en programa. Las políticas públicas en materia de salud mental se agotaban en la internación de pacientes en instituciones monovalentes. Esta situación fue cambiando progresivamente a partir del año 1987, bajo la denominada “política de desmanicomialización”, comienzan a desarrollarse en

la Colonia políticas tendientes a externar a pacientes allí alojados, impulsando una reducción significativa de las camas. En el año 2003 se recrea la Dirección Provincial de Salud Mental, la reorganización estuvo ligada al movimiento denominado movimiento de Trabajadores de la Salud Mental del cual formaban parte un conjunto de trabajadores de distintas áreas pertenecientes a organizaciones del sector público. (Gerlero y Augsburguer, 2012, p.95).

El Movimiento de Trabajadores de Salud Mental, sostiene Carcovich (2017), surgió en gran parte a partir de la experiencia Oliveros. En la década del '90 un grupo de trabajadores de la institución presentaron un documento ante el Ministerio de Salud, en el que se denunciaban violaciones a los derechos humanos. Asimismo, "disputaron y ocuparon la dirección del establecimiento bajo un régimen colectivo conocido como Colegiado de Gestión". Desde este colegiado se impulsaron estrategias para implantar un proyecto de desmanicomialización, luego denominado proyecto de sustitución de lógicas manicomiales a los fines de diferenciarlo de las políticas de ajuste que desembocaron deshospitización y desasistencia (p.81)

El movimiento de Trabajadores de Salud mental, a partir de amplios debates, impulso la reglamentación (n°2155/07) de la Ley Provincial de Salud Mental n°10772/91. Los principales puntos acentuados son el derecho a un tratamiento que se desenvuelva en un contexto en que el paciente se encuentre cerca de su ámbito familiar y que, en caso de internación, sostenga las salidas y visitas terapéuticas. Es relevante destacar el artículo 18, de dicha reglamentación que prevé:

"Para alcanzar la transformación se deberá promover la sustitución progresiva y gradual de los hospitales psiquiátricos, por medio de su transformación bajo la modalidad de Hospitales Interdisciplinarios y de la creación de los diferentes servicios alternativos (...). La transformación de los Hospitales Psiquiátricos tendrá como objetivo la erradicación de las lógicas manicomiales: Medicalización de los padecimientos subjetivos,

internación por tiempo indeterminado, aislamiento social, silenciamiento, ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas, perpetuación de las medidas de seguridad.... (Decreto n° 2155/07).

Entre las transformaciones que se llevaron a cabo en la Colonia se trabajó en la implementación de dispositivos, el Comité de Admisión, que tuviera un control riguroso de las situaciones que ingresaban a la institución, en cuanto estas sólo eran admisibles cuando no había otra posibilidad de abordaje, además en la implementación de modalidades de tratamiento tendientes a la subjetivación y a la restitución del lazo social de las personas internadas, siempre con un sentido de su reinserción en su ámbito socio-familiar.

El Comité de Admisión se constituye como “dispositivo interdisciplinario de evaluación de las demandas de internación”. Sin embargo, afirma Barrios (2007), las vías de ingreso siguen incluyendo, la posibilidad de que un juez civil o penal ordene una internación del mismo modo en que puede ser solicitada por el paciente o su entorno. Asimismo, se han admitido ingreso de pacientes que han sido institucionalizados por orden judicial sin mediar criterio clínico. “El criterio clínico está referido a situaciones en las que el sujeto requiere asistencia profesional o institucional en un momento de crisis” (p.72).

Respecto de esto último es importante resaltar que “la palabra del paciente es tenida en cuenta para reforzar el criterio de internación y/o tratamiento, cuando este despliega su sintomatología, su discurso delirante, sus problemas de convivencia con el entorno familiar y social”. (Barrios 2007, p.76).

Las personas que son alojadas en las instituciones neuropsiquiátricas públicas agrega Barrios (2007) “se encuentran por fuera del circuito económico-productivo y sin cobertura”. Así como sucede con otras instituciones, la misma se encuentra frente a necesidades sociales que debe recubrir desvirtuándose su función, esto obstaculiza “establecer responsabilidades y especificidad en una red de asistencia social más amplia que en lugar de romper con el

manicomio le agrega nuevas funciones, multiplicando las razones de su existencia reforzándose un perfil de institución total” (p.75).

En las instituciones psiquiátricas se puede percibir como estas personas van quedando inhabilitadas para vivir fuera de los marcos de la institución, para realizar tareas mínimas relacionadas con la posibilidad de tener nuevamente una vida en comunidad por fuera de la institución. Es importante tomar el aporte de Galende (2008), quien afirma, la institución:

Ayuda a la enfermedad a lograr su objetivo de destrucción, si las personas tienen dificultad con su familia y amigos, debido a las condiciones de internación son alejados de ellos, si tienen dificultades para convivir, son sacados de su vivienda, si sufren de dificultades para su participación cultural, se les suprime el mundo simbólico y el mundo social, se convierten en anónimos, son mantenidos en un espacio cerrado donde tienen que crear condiciones de vida diferentes a las que hay en la vida social de afuera (p.408)

Continúa Galende (2008), cuando se observa personas que llevan muchos años internados, “se ve a un producto de esa institución; no se ve ni a la persona ni a la enfermedad que lo llevó al hospital, se ve a una personalidad institucionalizada, reproductora de los modos de pensar y de hacer del orden de la institución (...) la institución configura el sentido de su ser” (p.409)

Pensar una salida.

Las grandes experiencias de reformas psiquiátricas, afirma, Amarante (2007) incurrieron en lo siguiente:

La limitación de ser reducidas a propuestas de reformulación de servicios. En algunas de dichas reformas se intentó humanizar el hospital, introducir nuevas técnicas y tratamientos para transformarlo en institución terapéutica, en otras, el esfuerzo de creación de servicios externos que minimicen los efectos nocivos del hospital o que evitasen las internaciones, buscando hacer que el hospital fuera un recurso utilizado como último caso. En ambos casos, fueron cambios acotados a los servicios que dominaron la atención y la agenda de los profesionales y dirigentes (p.62).

En nuestro país, un avance significativo La ley Nacional de Salud Mental 26.657 sancionada en diciembre de 2010 reglamentada por Decreto 603/13. Más allá de que opere como marco regulatorio de la práctica, la ley de salud mental supone un cambio de paradigma donde el usuario de los servicios es considerado fundamentalmente como sujeto de derechos.

Los principales derechos enumerados en la ley están en relación a como recibir asistencia sanitaria, conocer y preservar su identidad, recibir tratamiento de acuerdo a la alternativa terapéutica más conveniente, no ser discriminado, ser informado de manera adecuada y comprensible acerca de sus derechos, no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales, no ser sometido a trabajos forzados y brindar su consentimiento a las prácticas que se adoptarán en el marco de su tratamiento.

La presente ley promueve que la atención este a cargo de un equipo interdisciplinario que incluya diversas áreas, considerando la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, promoviendo el mantenimiento de vínculos y comunicación con familiares y

personas allegadas, poniendo en énfasis los procesos rehabilitación y prevención a través de equipos multidisciplinares

Que exista una ley que garantice derechos no es suficiente una transformación en el campo de la salud mental, también, implica todo un proceso social complejo, es necesario establecer espacios de debate y reflexión, es necesario cambiar mentalidades, actitudes, relaciones sociales. Tal como lo afirma Barrios (2007):

El modo de acotamiento de criterios de encierro y proliferación de medidas que restringen la libertad de las personas, es promoviendo discusiones colectivas en torno a reglamentaciones vigentes en salud mental, fortaleciendo espacios de capacitación permanentes definiendo proyectos de salud desde premisas éticas, clínicas y políticas que aborden las problemáticas de las personas que padecen problemas psíquicos de manera diversa, con dispositivos acordes a las singularidades, es decir no centrados en la internación y en la institucionalización prolongada. (p. 72)

Los artículos n° 27 y 28, establecen la prohibición de nuevos manicomios y sustitución de los mismos por dispositivos alternativos. Dispone, además que, de ser necesarias internaciones deberán realizarse en Hospitales generales. En este punto, si bien tanto el cierre de las instituciones manicomiales y su sustitución por dispositivos alternaciones constituye un objetivo a realizar, actualmente, se debate sobre la factibilidad de que todas las internaciones se puedan realizar en hospitales generales por la falta de recursos para llevar adelante la atención de pacientes que hoy se encuentran en Hospitales monovalentes.

Carcovich (2017) diferencia la institución manicomial surgida en el siglo XVIII; de lo manicomial como institución, en relación a los modos de trabajo y a las prácticas que se desarrollan, que no tienen que ver directamente con una institución particular del tipo asilo u hospital monovalente, sino que funcionan como una lógica manicomial que opera extramuros.

Y de cómo estas lógicas podrían actualizarse en el hospital general o en cualquier ámbito de tratamientos del padecimiento psíquico (p.83).

Asimismo, menciona las limitaciones que presenta los hospitales generales para su funcionamiento en sustitución a las lógicas manicomiales.

Estas limitaciones son propias de una institución que basa su origen en el modelo médico hegemónico, para el cual no cabe la pregunta por el padecimiento psíquico, sino sólo cuando remite a alguna alteración orgánica o existe una fuerte asociación (como en los casos de pasajes al acto con lesiones importantes en el cuerpo). (...) El ingreso y el alta de un paciente están fuertemente condicionados a la presencia y al desarrollo de los indicadores orgánicos del padecimiento. Las limitaciones institucionales operan pretendiendo hacer coincidir lo orgánico y lo subjetivo en el proceso de internación, por más que impliquen tiempos muy diferentes (Carcovich, 2017, p.87)

Una de las cuestiones más importantes para llevar a cabo las reformas en cuanto a los nuevos dispositivos de abordaje tiene que ver con cambiar la representación que en el imaginario social aún permanece respecto del padecimiento mental. En este sentido la demanda social está dirigida a custodiar, vigilar, volver a la razón aquella que se encuentra desviado. Teniendo esta perspectiva el hospital general presenta una inadecuación estructural para desempeñarse como alternativa al manicomio ya que no garantiza la permanencia del paciente ni su vigilancia permanente. En este sentido sostiene Carcovich (2017) el hospital general toma una variante de las instituciones totales, ya que, “lo que emerge como practica ante esa limitación, tiene que ver con la medicalización compulsiva o los acompañamientos terapéuticos de veinticuatro horas tendientes a garantizar un control y vigilancia” (p. 88).

Esto genera una sobrecarga en el trabajo del personal, sobre todo las enfermeras quienes reclaman por capacitaciones para alojar crisis subjetiva asociada con conductas agresivas y

peligrosas para la integridad física de los trabajadores. Este pedido se fundamenta en la falta de capacitación para atender a estos pacientes y contener las crisis subjetivas y a la soledad en la que se encuentran en el momento atender dichas crisis. A esto se agrega, afirma Carcovich (2017), que se puede acudir a los servicios de Psicología y Psiquiatría sólo por la mañana, debido a que no cuentan con guardias nocturnas. Es decir, que “los trabajadores del hospital que no pertenecen a estos servicios, deben actuar solos ante estos pacientes y deben hacerlo sólo por la existencia de una ley que así lo indica” (p. 88-89)

Otra cuestión importante a analizar es que en la forma en que son nombrados los pacientes -pacientes psiquiátricos-, por parte de algunos trabajadores, se evidencia también un discurso que los objetaliza. Producto de esta objetalización “se da por sentado que las conductas a seguir en la atención serían las mismas en cada uno de esos casos, dejando por fuera la clínica de lo singular” (Carcovich (2017, p.89). Sumado a todo lo anterior, surge por parte de los trabajadores el pedido de confección de protocolos institucionales que otorguen un ordenamiento a los diferentes actores. Esto daría lugar a homogeneizar la problemática desde la perspectiva de la medicina biologicista que tiene sus métodos y procedimientos rigurosos. Se trataría de decir cómo se hace, algo que supuestamente tranquiliza, pero que desoye lo propio de las prácticas, sus obstáculos y dificultades inherentes, así como el hallazgo de lo distinto y lo nuevo emergente borrando la posibilidad del surgimiento del conflicto.

Actualmente las internaciones en el hospital general son más usuales. La existencia de la ley marca una legalidad que lleva a que se incluyan en el acontecer cotidiano del hospital, aunque de manera heterogénea. Sin embargo, sostiene Carcovich (2017), se percibe la insistencia de algunos profesionales en las lógicas tradicionales que tienen al hospital psiquiátrico como eje de sus intervenciones. Al presentarse la problemática de salud mental, suele entrar directamente en el circuito de la derivación, aduciendo la necesidad de contar con una mayor complejidad del sistema de salud (p.87).

En este punto considero importante destacar tal como señala Carcovich (2017):

Si tenemos en cuenta que éstos pueden ser momentos de ruptura de las articulaciones simbólicas que posibilitan a un sujeto el armado de su cotidiano, la internación bien puede constituir la intervención de una temporalidad necesaria para lograr un anudamiento subjetivo. Esta práctica podría ser, entonces, una vía para lograr la restitución de su capacidad para armar la escena del mundo y poder transitarla desde el lazo social. (...) La internación debería pensarse como la posibilidad de ofrecer un cuidado, haciendo que la institución funcione como una instancia necesaria en un momento de crisis subjetiva, de suspensión de las articulaciones simbólicas de un sujeto, en vistas a posibilitar la restitución por vía de alguna metáfora alternativa (p.87-88).

Las posibilidades que aparecen para adecuar la Colonia a lo establecido por la Ley Nacional es la transformación de la Institución en un Hospital Polivalente, con las características de abarcar diversas especialidades y en el que se incluya una sala de Salud mental y que ofrezca atención a las personas que viven en las zonas aledañas al mismo. Surgen así problemáticas que tienen que ver con la posibilidad de producir dispositivos que permitan alojar aquellas situaciones que requieran internación, en relación a lo cual aparece cierta insuficiencia si se ubica aquí únicamente a los Hospitales generales. Y la pregunta de cómo crear espacios para alojar pacientes mayores que han permanecido en la Institución más de 50 años, siendo la Colonia su único referente.

La posibilidad de externación, está dada por el dispositivo Casas Asistidas, ubicado en la localidad de Oliveros. Así los profesionales y trabajadores arman el proyecto con pacientes estabilizados subjetivamente y que cuentan con recursos económicos para subsistir y con altos niveles de autonomía en lo que refiere a las tareas propias de lo cotidiano, priorizándose sobre todo la externación de pacientes que han vivido largos períodos en la institución. Las Casas

cuentan con un trabajador social que funciona como coordinador y un enfermero encargado de la medicación y cuidados necesarios, mientras que los tratamientos psiquiátricos y psicológicos se desarrollan en los Centros de Salud correspondientes por zona. Presentándose en este punto dificultades en cuanto al sostén del tratamiento ambulatorio ya que aparece la dificultades en el primer nivel de atención.

El programa consiste en que diez personas puedan volver a vivir la rutina que se vive en una casa, poder abrir una ventana, preparar sus alimentos, bañarse a la hora que desean, tener una mascotas o poder disfrutar de cuidar sus plantas. Habitar e interactuar con vecinos en los barrios, crear vínculos de pertenencia.

En el Primer Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones destacó Amarante (2017) “lo difícil no es cerrar el manicomio, sino abrir cosas nuevas que se pongan a disposición de las personas, para cuidarlas, tratarlas de otra forma”, Por otra parte señaló que esta estrategia debe estar respaldada con “servicios territoriales abiertos de salud mental orientados a la atención psicosocial”, así como con una gestión para la atención de la salud mental desde el primer nivel de atención.

Respecto de esto último, “la provincia de Santa Fe, a partir del año 2002, reformulo la construcción de un nuevo modelo asistencial teniendo con ejes principales la descentralización y regionalización con énfasis en la inclusión del sector en la atención primaria” Gerlero y Augsburguer, (2012 p.82). Sin embargo, la concentración de los servicios ambulatorios y hospitalarios se reduce a las ciudades de Rosario y Santa Fe, lo que da lugar a un incipiente desarrollo en otros sectores de la provincia. Así en la zona norte del territorio los insuficientes los servicios de salud del primer nivel capacitados para el trabajo con problemas de salud mental. El hecho de que estas ciudades operen como punto de referencia genera dificultades en cuanto al acceso, seguimiento y continuidad en los tratamientos, así el desarrollo y

expansión territorial de programas queda circunscriptos a los grandes centros urbanos de la provincia.

Las políticas en salud mental se vinculan con las reformas psiquiátricas en relación a la expansión de los servicios en salud mental en atención primaria, incorporando profesionales en el primer nivel de salud –hospitales y centros de salud-. Estableciéndose servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico en la ciudad de Rosario y Santa Fe para personas con problemas crónicos; en este sentido, casas de medio camino y centros de producción e intercambio proporcionan viviendas asistidas para pacientes externados o en procesos de externación.

En la ciudad de Rosario, afirman Gerlero y Augsburger, (2012), “en un importante número de casos se evitó la internación psiquiátrica, propiciando la internación en hospitales generales para detener el ingreso a hospitales monovalentes (...)”. Los centros de salud de Atención Primaria “son los lugares destacados como claves para la reforma basándose en el desarrollo de la atención por parte de los profesionales cuya organización no les asigna un lugar establecido”. Asimismo “la jurisdicción municipal no cuenta con ningún centro de atención especializado para la recepción de urgencias, ni institución que cuente con atención especializada las 24 hs. del día”. Presentándose como “un obstáculo para la inclusión de los padecimientos psíquicos en las redes de sanitarias ya que la existencia de un dispositivo de este tipo daría lugar a la viabilidad de internaciones en hospitales generales” (p.102).

La ciudad cuenta con centros de salud de atención primaria distribuida en todo el espacio urbano, seis hospitales generales de distinta complejidad, un centro de especialidades médicas y un centro de rehabilitación, no existen hospitales monovalentes en la red de servicios de salud. Se propone el trabajo en red propiciando un modelo de salud integral descentralizado horizontal y democrático.

Las reformas en Salud mental implican el trabajo de muchos sectores y han tenido avances, especialmente en cuestiones que tienen que ver con preservar los lazos de los pacientes con padecimiento mental con sus familias y allegados. En este punto quisiera tomar las palabras de Galende (1990) quien sostiene que en este proceso:

Se trata de devolver a cada uno de los protagonistas su propia responsabilidad: al Estado en su función de preservar las formas más humanas de solidaridad social; a la sociedad a través de los grupos comunitarios para hacer efectivo el compromiso solidario con los que fracasan o enferman; a la familia como elemento esencial productor de seguridad psíquica o enfermedad; al individuo para la asunción responsable de su destino (p.32)

Conclusión

Uno de los principales obstáculos que impiden que se lleve a cabo procesos de sustitución de lógicas manicomiales tiene que ver con las representaciones en el imaginario que despierta la locura respecto de su peligrosidad, su agresividad e irracionalidad, en sociedad y en especial en los trabajadores de la salud. Estas mismas representaciones dieron origen al asilo como lugar de tratamiento de las alienaciones mentales. Salir del modelo hegemónico implementado durante largos periodos por la psiquiatría implica llevar a cabo cambios importantes especialmente derivando muros, no solo los muros que se levantan alrededor del manicomio, sino, los muros mentales.

Definitivamente la diferenciación entre institución manicomial y lo manicomial como institución, puede ayudar a que las lógicas manicomiales no se introduzcan en las prácticas produciendo modalidades que perpetúen lo manicomial, ya que, estas lógicas, no se reducen únicamente al modelo asilar. Modelo que provoco largos periodos de institucionalización, sumados a cuestiones tales como, el propio padecimiento, el uso prolongado de antipsicóticos, la pobreza, la imposibilidad de familiares y allegados para hacerse cargo del cuidado del padecientes, provocaron en algunos casos la desvinculación paulatina de los vínculos cotidianos. La mayoría de estas personas no está en condiciones de volver a vivir el afuera sin la contención de otros.

Si bien se siguen desarrollando alternativas a la institucionalización, muchos obstáculos aparecen en el tratamiento del padecimiento mental fuera del ámbito del asilo, la atención en hospitales generales se ven obstaculizados por el imaginario respecto de la locura, y las derivaciones a los hospitales psiquiátricos sigue siendo una alternativa viable para los profesionales, aduciendo falta de adecuación estructural de la institución para alojar pacientes con padecimiento psíquico.

Otra de las deficiencias que aparecen tiene que ver con la creación de lugares intermedios, que ayuden a completar la atención que se inicia en el hospital. Los centros de atención primaria se encuentran distribuidos en los grandes centros urbanos, generando dificultades en las zonas más alejadas de los mismos para el acceso y seguimiento de los casos.

La legislación en materia de Salud Mental promueve cambios con respecto a la responsabilidad en el proceso de toma de decisión y el derecho de los pacientes a participar del mismo. Las leyes Nacional y de la Provincia de Santa Fe con sus respectivas reglamentaciones, se inscriben bajo en nuevo paradigma que valora en primer plano la dignidad y los derechos fundamentales de todo ser humano. Se pasa así de un sujeto incapaz que debía ser tutelado por el estado a un sujeto de derechos con igual dignidad y valor que los demás.

Las normativas han dado un marco legal fundamental para llevar a cabo las reformas, pero sin duda, nada podría llevarse a cabo sin la existiera de voluntad política y mucho trabajo con el abordaje de las problemáticas en forma interdisciplinaria. Con la capacitación adecuada por parte de los equipos y la comunidad para acompañar a las personas a volver a vivir el afuera con autonomía e independencia.

Sin dudas, las prácticas de los profesionales crean la institución, es decir, lo que acontece institucionalmente no es algo ajeno a los actores que despliegan su acción en las prácticas y esto incide en la vida de los sujetos con padecimiento mental, y conmueve todo el campo de la salud mental, por tanto, es importante interrogar, analizar y reflexionar sobre la posición que se toma en relación a la misma. Posición que, debería apuntar a alojar al sujeto que padece, ofreciendo un espacio que resguarde la subjetividad.

En este punto es importante pensar en la atención del padecimiento subjetivo, sin olvidar que cada “caso es único”, cada sujeto debe pensarse siempre desde su singularidad, es decir, teniendo en cuenta su historia, sus deseos, como vive él su cuerpo, su cultura, la sociedad en

la que habita. Es importante que, los sujetos en sufrimiento psíquico puedan ser escuchados, que se puedan establecer vínculos afectivos y que puedan ser involucradas en las decisiones y tratamientos dentro de sus posibilidades.

Los dispositivos alternativos, como ser las Casas Asistidas para usuarios de salud mental, pueden lograr la concreción de un afuera en el caso de los sujetos con padecimiento mental. Pero muchos interrogantes surgen alrededor de esta posibilidad ¿es posible llevarlo a cabo con todos los sujetos? Sin duda este objetivo se ve imposibilitado en el caso de pacientes que no tienen vínculos familiares, que no tienen medios de subsistencia, que no cuentan con vivienda, pero, que además tras largos años de institucionalización se ven adaptados al hospital ¿Qué significa la institución para estas personas que permanecen allí desde hace tanto tiempo?. A muchos de ellos la institución los ampara y les brinda seguridad y tal como sostiene Galende (1990) abandonan toda lucha por habitar otro mundo que no sea el que la propia institución le ofrece, mostrando resignación para aceptar su situación.

Muchos son los interrogantes que permanecen abiertos, sin pretensiones de concluir, considerando que los mismos son los que guiarán el camino a seguir y serán el motor para llevar a cabo nuevas lecturas en lo posible acompañadas con lo que las prácticas puedan enseñar.

Referencias.

- Amarante, P. (2017) Tenemos la necesidad de cambiar el manicomio mental. Primer Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones, Buenos Aires, Argentina. Recuperado en noviembre de 2018 <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/16/paulo-amarante-en-tandil-tenemos-la-necesidad-de-cambiar-el-manicomio-mental>
- Amarante, P. (2007) Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topia.
- Barrios, M. (2007) Comité de Admisión de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, ¿Puerta de admisión a un circuito de salud o puerta de recepción al manicomio? Recuperado en Agosto de 2018, en: http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00047f.pdf
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura* (Trad. M. Pou). México: Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1988).
- Carcovich, P. (2017) La lógica manicomial. Un análisis de los imaginarios que despierta la locura en los trabajadores del hospital general. “Barquitos Pintados” Experiencia Rosario. Diciembre 2017, p. 79-92. Recuperado en Noviembre de 2018, en: <https://fpsico.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2018/11/Libro-BARQUITO.pdf>
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2018). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los ´60 y los ´70*; Tomo I: 1957-1969. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657. Publicada en el Boletín Oficial n° 32041, Buenos Aires, Argentina.
- Decreto Reglamentario N° 2155/2007 de la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772. 21 de septiembre de 2007.
- De Lellis, M. (2013) Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud. *Aletheia*, 41, mayo-agosto, p. 8-23. Recuperado en Noviembre de 2018, en: <http://www.redalyc.org/pdf/1150/115031073002.pdf>

- Ferrara, F. (1985) Teoría Social y Salud. Buenos Aires: Catálogo Editorial.
- Foucault, M. (2002) “Disciplina”, en Vigilar y castigar. Siglo XXI.
- Galende, E. (1990) Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires: Paidós
- Galende, E. (2008) Desmanicomialización institucional y subjetiva. Psicoanálisis - Vol. XXX
- Nº 2/3, 395-427
- Galende, E. (2015) Conocimiento y práctica en Salud Mental. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Gerlero, S. Augsburguer C. (comp.) (2012). Salud Mental en Argentina: Avances, Tensiones y Desafíos. Rosario: Laborde.
- Goffman, I. (2001) Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1956).