

Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de Psicología 2016 de S R M Cursos®

CAPÍTULO 2

MODELOS DE EXTERNACIÓN: DEL *ALTA MÉDICA* A LA *INCLUSIÓN SOCIAL*⁹

SRM Cursos®

⁹ Texto basado en clases dictadas en el marco de la Capacitación de operadores psicosociales en revinculación de personas con padecimiento mental internadas crónicamente. El proyecto de Extensión Universitaria del que surge la formación de estos practicantes fue subsidiado por el Programa de Voluntariado Universitario desde 2006 hasta el año 2009, mediante concursos de propuestas desarrolladas desde la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación. El proyecto fue implementado mediante acuerdos con los Hospitales de: a) Colonia Nacional Montes de Oca de Torres, Luján; b) Monovalente de Mujeres Esteves de Témperley; y c) Neuropsiquiátrico A. Korn de Melchor Romero.

Principio 7

Importancia de la comunidad y de la cultura

1. *Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.*
2. *Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos, y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.*
3. *Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.*

Principio 8

Normas de la atención

1. *Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.*
2. *Se protegerá a todo paciente de cualquier daño, incluyendo la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.*

Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Naciones Unidas 1991.

I- CULTURA ASILAR: LO MANICOMIAL

Desde mediados del siglo XIX, el proyecto asilar caracterizó las políticas de salud mental no sólo de la Argentina, sino de la sociedad occidental casi en su totalidad. Fue impulsado por el positivismo, en tanto corriente ideológico-epistemológica.

Como ya hemos visto a lo largo de este libro, el proyecto manicomial llega a la Argentina al menos un siglo después de su surgimiento en Europa. Los primeros hospicios, pensados como asilos para enfermos (degenerados) mentales y para “idiotas”, son desarrollados por la llamada *generación del ochenta*. Sin embargo, podemos caracterizar lo *manicomial* desde múltiples vías o ejes de análisis, los cuales veremos a continuación, para luego de su

análisis crítico poder abocarnos a pensar otros modos de situar la tarea de atención no manicomial del padecimiento mental. La primera parte de este capítulo complementa desde otro eje de análisis lo ya planteado sobre el rol del Estado en la configuración del campo de la Salud Mental.

I.1- EL PROYECTO POSITIVISTA DEL AISLACIONISMO

En el espacio y tiempo de fines del siglo XIX, la locura no tenía un tratamiento especial que permitiera asumirla como un núcleo temático específico; simplemente se la ubicaba en el campo de la exclusión social total. Este reunía situaciones personales totalmente diversas. Tanto es así que el principal hospital del país, al menos cuantitativamente hablando, el hospicio de la localidad de Melchor Romero, fue creado como un leprosario, al cual después, con el paso del tiempo, iría a parar toda otra serie de problemáticas que no tenían ese origen –el de la lepra–, sino otras enfermedades infecto-contagiosas y, luego, algunas otras enfermedades que eran asumidas como contagiosas (aunque no lo fueran) como diversas formas de padecimientos incluídas en la nomenclatura de la época como formas de *la locura*.

Este error no es tan azaroso como pareciera ser mencionado a veces en los textos historiográficos. Ya en la antigüedad se consideraba a la locura como contagiosa. Esta es una teoría que dominó durante décadas y que sobrevive aún en la cultura popular: la *conducta desviada* se contagia: “una manzana podrida pudre a todo el cajón”.

Lo manicomial se constituye en ese período a partir de la introducción, como lo plantea Vezzetti en *La locura en Argentina*, del pensamiento europeo. Es decir, el pensamiento manicomial en la Argentina se desarrolla a fines del siglo XIX, no por una conducción propia sino por la importación del modelo europeo, sobre todo francés, de la *cultura manicomial*: la construcción de espacios de aislamiento basados en el trabajo forzado y el control moral total como forma de atención del padecimiento mental. La Argentina, hasta ese momento, tenía otras formas de atención de la locura, basadas en la acción inclusiva comunitaria.

La locura se funde con la idea del paradigma bio-médico del *contagio* y toma el modelo de las enfermedades contagiosas y la cuarentena como modelo de tratamiento, como forma de atención también para este tipo de situaciones. Por ejemplo, las últimas construcciones que han quedado del antiguo macro hospicio del Melchor Romero (actualmente denominado Hospital Alejandro Korn) son las llamadas “barracas” (construcciones de madera, construídas de ese material en forma voluntaria para luego ser quemadas periódicamente, para evitar el *contagio*). Las vías del ferrocarril pasaban por adentro del hospital, porque el sistema que se utilizaba para llevar los alimentos y los artículos de primera necesidad al

hospicio era a través del tren, en el cual se mantenía a las personas a una cierta distancia, se tiraban las cosas desde el vagón, sin tener contacto con los internos. El tren seguía su camino, y una vez que se alejaba, la gente recogía los artículos.

Lo que se buscaba era sostener el aislamiento incluso cuando lo único que había en el hospital eran pacientes con *locura* –al menos como era definida en ese momento–. Aun en ese período, el método de interacción era ese. Los que quedaban allí trabajando eran personal vinculado a la Iglesia (en el caso de las internas mujeres, monjas; mientras que los internos varones eran atendidos por sacerdotes). Por esto el hospital siempre estuvo separado en dos partes, con una división en el medio, la ruta: de un lado las mujeres, del otro lado los varones. Esto tiene que ver también con la cuestión de quién se encargaba del cuidado.

Esta construcción del hospicio como espacio de atención tiene por detrás la idea de que el aislamiento cura (esto también lo plantea Vezzetti cuando postula qué es lo *manicomial*, pero también lo plantea Ulloa y Bauleo pensando lo *manicomial hoy*). La idea base “aislar cura” será el más grave escollo de todo el manicomialismo, por cuanto si algo se ha demostrado en estos 100 años de asilo es nada menos que lo contrario.

I.2- EL ORDEN NATURAL

En segundo lugar, se proponía que ese aislamiento debía ser sostenido por un *orden* que replica el orden de lo *natural*. De aquí que los hospicios, en el margen latinoamericano, se hayan constituido como aldeas agrícolas, en lo posible autosustentables.

No es que se pensara en la autonomía total respecto del mundo ciudadano, pues el personal y buena parte de los insumos no podían producirse desde adentro. Pero sí existía el objetivo de una organización convivencial que no requiriera recursos económicos del Estado, sino sólo en términos del sostenimiento del personal. El excedente productivo equilibraría las cuentas negativas por los insumos. Esta era la idea directriz.

El trabajo agrícola, en consecuencia, era considerado un ordenador subjetivo primario, insustituible. La idea que primaba era que el mundo entero tiene un orden natural, y el orden humano de algún modo replicaba o era una forma superior del orden natural. Por lo tanto, el desorden subjetivo era una *alteración* de ese orden natural de las cosas. El acercamiento del *desviado* a ese mundo naturalmente ordenado, propiciaba u operaba como tratamiento, como posibilidad de encausar esa subjetividad desordenada.

I.3- LA ENCERRONA TRÁGICA

En tercer lugar, ya más a nivel simbólico, lo *manicomial* tiene una

tercera forma de ser pensado. Nos referimos a lo que Fernando Ulloa (1995) llama la *encerrona trágica*. Esto es, que en una situación dada –de aislamiento, de encierro– la persona que está ubicada en posición desventaja o sumisión en realidad está sobredeterminada por su posición en tanto víctima de un proceso sin derecho de apelación. En ese caso, si no hay un tercero de apelación, se crea una dependencia total, pues no hay posibilidad de solicitar o reclamar por una instancia tercera a la cual se pueda acudir, ya sea concreta judicialmente o simbólicamente.

Ulloa plantea que el escenario más trágico e inapelable, en el cual esto se ve de forma clara es la mesa de tortura.

Justamente, el vínculo de dependencia total es posible porque no hay un tercero que regule esa interacción. Salvando las diferencias, el espacio manicomial se caracteriza, sin llegar a ser una mesa de torturas, por la misma lógica, toda vez que la situación de internación (involuntaria y de escasa garantías de derechos) se vuelve inapelable, como suele ser en una institución total.

El hospicio tiende a producir, por su propia lógica aislacionista y abandonica, escenarios de encerronas trágicas, más allá de sus discursos rehabilitatorios y las garantías legales supuestas, que tienden a ser potenciales y poco logrables.

I.4- LA DOBLE MORAL: REHABILITACIÓN EN EL ENCIERRO INDEFINIDO

En cuarto lugar, otro aspecto desde el cual podemos pensar lo *manicomial*, se puede ver en la ya conocida lógica de *doble moral* de la práctica psiquiátrica clásica. En efecto, la práctica manicomial propia del modelo positivista psiquiátrico tiene un *discurso de rehabilitación* y una *práctica de asilamiento* extremo. Esta doble moral consiste en que si uno le pregunta, en general, a un profesional de una sala psiquiátrica de *crónicos* cuál es su función, dirá que se dedica a la rehabilitación de los pacientes, pero si se le pregunta cuándo fue la última vez que dio un alta médica, en la mayoría de los casos hablarán de varios meses o años. Su actividad es absolutamente ineficaz y reconocidamente inoperante, pero no hay pensamiento elaborativo que busque profundizar aquello que pasa, que le ocurre en su propia práctica en sí.

En este sentido, parte de lo *manicomial* está en esa falta de adecuación entre el discurso de la praxis y su eficacia, sus resultados, sus productos. Las tintas de discurso de justificación se cargan entonces en la familia (a la que casi no se la ve o se la desconoce, directamente), a la política del Estado en la materia (del cual se participa con la praxis misma), a la falta de recursos, etcétera.

El discurso manicomial se caracteriza por esta idea *rehabilitadora*,

la cual, en cambio, en la realidad observable de los hospicios, se constituye en un internamiento asilado indefinido sin plan de trabajo claro y predecible para la vuelta a la vida en comunidad del paciente abordado. Es decir, el episodio de la internación se constituye en un cuadro de permanente prognosis deteriorante y, sobre todo, aislacionista. Si no se configura un mínimo plan de internamiento (no desvinculante del entorno socio-relacional inmediato), de carácter integral, mucho menos se lo debe esperar para la vuelta a la comunidad. Las historias clínicas se llenan con el famoso “sin novedad”, y los pacientes pasan años con informes de sus profesionales que consisten en esa frase. En realidad, la “falta de novedad” habla más del modelo de atención y de los profesionales intervinientes que del pobre paciente, abandonado allí a su propia suerte, incluso y sobre todo, por ellos.

La única novedad esperable es otra, puesto que lo que comúnmente sucede es el deterioro psicofísico de ese paciente: puede ser una afección respiratoria o que deje de caminar o de hablar. Es decir, es el deterioro, en todo caso, lo que se informa, pues en ese modelo prestacional es la única novedad posible. Cualquier otra “novedad” será tomada como *milagro*.

Este cuarto punto para pensar lo *manicomial* es el que nos sirve a la hora del diagnóstico, ya que cuando uno concurre a un hospicio, lo primero que debe tener en cuenta es qué nivel de consonancia o disonancia existe entre lo que se dice y lo que se hace. Esto es tomado desde el paradigma de los derechos humanos en otros términos, es decir, en qué medida el paciente accede al derecho de tratamiento y en qué medida se cumplen sus derechos en torno a la vida comunitaria o al menos a la llamada rehabilitación para la vida comunitaria.

El concepto de *rehabilitación* es más que engañoso, sobre todo en relación al tema de la doble moral, por la falta de cuestionamiento sobre si se condice o no con la práctica de la rehabilitación; pero también es engañoso en tanto concepto: cuando uno propone rehabilitar a alguien, siguiendo el vocablo *re-habilitar*, está haciendo dos suposiciones, por un lado, se está suponiendo que esa persona estuvo habilitada, aunque uno puede preguntarse habilitada para qué. Por otro lado, el concepto de *estar habilitado* es en sí complicado: si se pretende rehabilitar a alguien tomando como tal que ese estado es el de estar *asintomático*, es decir, no tener más los síntomas que llevaron a la internación, la *rehabilitación* pasa a ser algo que es enteramente distinto al sentido original que se le había dado al término. Si, en cambio, llamamos rehabilitación a la idea de que una persona vuelva a estar en condiciones de estar en la comunidad, entonces el término no sería rehabilitación, porque la persona siempre está habilitada a vivir en comunidad, la diferencia es con qué sostén. Desde ese punto de vista es equívoco y engañoso, pues desnuda el aspecto conservador con el que se enfoca el tema.

I.5- EL SUJETO DE INTERVENCIÓN

En todo caso, habría que pensar en la *rehabilitación* de los grupos de contención y no de la persona, puesto que lo que lleva a una persona a una internación, la crónica sobre todo, no es la crisis, sino el no tener un aparato de contención durante esta, a no ser que la crisis sea tan grande que el aparato de contención no se organice; pero, en todo caso, esto sería hasta que el aparato de contención se reorganice, hasta que adquieran los saberes que permiten integrar a la persona en su post-crisis a la vida comunitaria.

Entonces, el engaño que propone el término *rehabilitación* en el espacio del discurso manicomial es el de creer que esta debe darse en la persona internada. Al asignarse la locura exclusivamente a la persona se produce una primera trampa, y es acompañada, justamente, por una segunda al asignarle a la persona padeciente *la rehabilitación*, como si la condición de internación estuviera dada sólo en el síntoma o en la patología de ese sujeto.

Si uno cree que la rehabilitación debe darse en el sujeto posicionado en el lugar de *enfermo*, entonces nunca va a darse esa supuesta *rehabilitación* como tal. Puede ocurrir que la persona se fortalezca tanto que no requiera de ese aparato de contención que tenía previamente, que por sus propios recursos psicosociales logre una fortaleza tal que no requiera de ese aparato de contención; pero tampoco sería una rehabilitación. Esto es lo que se hace comúnmente con las casas de medio camino y los hogares de convivencia, lo cual es sin duda un gran paso adelante, pero tengamos cuidado de considerar esto una integración social, pues bien puede ser un paso del macro hospicio al mini hospicio con el mismo aislamiento vincular y la misma estigmatización social. Nos ocuparemos de este tema más adelante.

Podría decirse que cuando uno invoca el concepto de rehabilitación trae por detrás la lógica individualista del pensamiento médico hegemónico que sostiene que el que se enferma es el individuo. Tanto aísla a la persona que trata como aislada es la concepción de la enfermedad. Por lo tanto, en la lógica manicomial, el tratamiento consiste en *descontaminar* a la persona de aquello que la ha enfermado. De ello resulta que el entorno del sujeto tratado (pues sólo a este se lo trata) es demonizado: el entorno no es aquello con lo que se debe trabajar para producir la supuesta *rehabilitación*, sino que es aquello que lo ha enfermado. La enfermedad es del sujeto, y lo *enfermante* es su entorno, por lo tanto el aislamiento no sólo opera anulando la posibilidad de trabajo para la contención comunitaria, sino que, además, contrapone al sujeto con su aparato de contención. Este doble error conlleva por lo general más confinamiento.

I.6- LA SUSPENSIÓN DEL TIEMPO

Las instituciones de encierro (cárceles, regimientos, instituciones

de *menores*, etc.), en general, tienen una característica: su *predictibilidad temporal*. Se puede establecer la fecha de salida del interno. Esto no puede ser sostenido en cambio en lo atinente al espacio manicomial. Una persona internada en un manicomio no tiene la posibilidad de saber en qué momento saldrá, hasta cuándo ni bajo qué circunstancias se lo considerará *rehabilitado*. Tampoco tiene, en general, derecho a apelar las decisiones que sobre él se toman o a desacordar al respecto (Kraut, 2005).

El preso sabe cuál es su *rehabilitación*, existen claras consignas, coordenadas, reglamentos, etc., que le indican lo esperable, y en consecuencia procede o no en ese sentido. En el espacio manicomial, este restablecimiento en el estado de salud de la persona no determina la *rehabilitación* ni el período por el cual va a estar internada. Es decir que una persona puede estar asintomática, tener una *perfecta conducta* en el manicomio y eso en nada permite pensar que el sujeto va a ser externado; no conlleva necesariamente la externación. Este problema ha generado ya varios fallos por inconstitucionalidad y ha sido tratado por el derecho internacional (Kraut, 2005).

I.7- ESTIGMA

El *etiquetamiento* –el rótulo que se le asigna en tanto padeciente mental, sea cual fuere– que sufre la persona que está internada es *eficiente* y aparece en el orden de lo manicomial como la forma particular que toma el control social en el espacio del pensamiento y abordaje de la locura. En este sentido, la disposición del dispositivo manicomial toma el etiquetamiento como su forma más preciada, de ahí que sean claves las nosografías para organizar el espacio interno del asilo.

La etiqueta constituye, de este modo, el arma primera del control social que utiliza la ciencia para con él, un arma científica que se construye en el mundo positivista y cuyo objeto tiene que ver con legitimar –desde el *neutral* mundo de la ciencia– la práctica del control que se realiza sobre todo un cúmulo de personas que no encajan con el sistema social imperante (Domínguez Lostaló y Di Nella, 2007). La nosología del *sujeto enfermo* como aparato de control contribuye a que la institucionalización del padecimiento mental se articule y se fundamente de manera perfecta con la pérdida del derecho a vivir en comunidad.

II- HUMANISMO CIENTÍFICO: NO AL MANICOMIO

De los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental* (Naciones Unidas, 1991):

Principio 1: Libertades fundamentales y derechos básicos

1. *Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.* 2. *Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.* 3. *Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.* 4. *No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por discriminación se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.* 5. *Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.* 6. *Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la persona de cuya capacidad se trate no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá esta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios. El defensor no podrá*

representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior. 7. Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

Principio 3: La vida en la comunidad

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

El modelo manicomial estalla en su propia impericia en la práctica operante y por sus conocidas aberraciones de guerra (Navarro, 2009). En los años sesenta, surge el movimiento “antimanicomial”, que procede de distintas fuentes: del socioanálisis, del existencialismo –sobre todo del grupo de Sartre–, del freudomarxismo de la escuela de Frankfurt, de la antipsiquiatría británica, etc. En Latinoamérica, surge de un sector del movimiento psicoanalítico argentino, sobre todo de lo que serían después el grupo Plataforma y el Grupo Documento, primordialmente a partir de las ideas de Pichon Rivière y sus principales discípulos en este tema.

La llegada del movimiento antimanicomial se da paralelamente en diversas latitudes, con diferentes marcos epistemológicos y disciplinarios. En un principio era muy desordenado y se vio simplemente como una crítica al modelo psiquiátrico tradicional. Se asienta sobre la crítica a los espacios de poder, como espacios de represión o como espacios autoritarios. Se centra en cómo el espacio manicomial reflejaba lo peor que la ciencia médica positivista había creado, incluso planteando este tipo de prácticas en términos de involución del humanismo científico en expansión y consolidación.

Este movimiento también denuncia la articulación, la alianza entre el mundo psiquiátrico y el mundo del derecho (sobre todo, Michael Foucault). Es decir, cómo el discurso psiquiátrico organiza al mundo del dere-

cho positivo en un discurso que le permite legitimar su práctica represiva. Esa alianza es lo que denuncia este movimiento multicéfalo, y lo hace de diversas formas. Pero recién adquiere una dimensión alternativa de praxis cuando organiza los primeros dispositivos de comunidad terapéutica.

En el marco de esta corriente, se diseñaron varios modelos de intervención sobre el campo de las instituciones asilares. Pichon Rivière, por ejemplo, organiza en la Argentina todo lo que tiene que ver con la teoría grupalista, es decir, la organización del trabajo en grupos como forma de organización de *la tarea*, Pichon *la inventa* justamente en el Hospicio de las Mercedes (Zito Lema, 1986). La idea de la crítica antimanicomial tenía en la escuela argentina todo el desarrollo de las comunidades terapéuticas basadas en la organización de los grupos operativos. De hecho la invención del dispositivo *grupo operativo* procuró organizar un espacio en el cual no había nada, a partir de la participación de los mismos *internos*.

Como vimos en el acápite anterior, desarmar lo manicomial constituye un trabajo que es, antes que nada, operar en lo simbólico. En los nuevos movimientos antimanicomiales de las décadas del sesenta y setenta se fueron creando nuevos dispositivos, todos alojables en la ideología de la comunidad terapéutica, es decir, en la idea de que si en un momento la persona debía ser separada de la comunidad, esta separación debía ser por el menor tiempo posible y en una forma de dispositivo cuyo funcionamiento fuese lo más parecido a la comunidad, como modelo de convivencia. En nuestro medio, la comunidad terapéutica piensa al *grupo operativo* como un espacio que de algún modo reposiciona al sujeto en un marco de vida en convivencia, mientras se sale de la crisis. Por lo tanto, desde este enfoque la internación sólo es necesaria hasta que remite la crisis: hasta que se trata y cede.

Pichon planteaba que el movimiento manicomial debe ser sumamente creativo y tener la máxima flexibilidad. De ahí el recurso óptimo dado en los grupos centrados en la tarea. La grupalidad requiere un arduo esfuerzo personal constituido básicamente por dos elementos: Primero, es un esfuerzo de *tolerancia*. Y luego, es un esfuerzo que requiere un nivel de *resignación* de las propias apetencias, una resignación de lo más narcisista de la individualidad, que es lo más difícil.

III- DEL ARTIFICIO AISLACIONISTA AL DISPOSITIVO DE REGRESO A LA COMUNIDAD

Principio 9: Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento

menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros. 2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado. 3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricas. 4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

La revisión de este modelo culmina en lo que se llamó en su momento *Salud Mental Comunitaria* (Levav, 1992). Desde este marco, se sostuvo que no hay tratamiento posible en el aislamiento relacional y vincular, primero, porque no es ya preeminente la idea del *individuo enfermo*. En segundo lugar, porque no hay tratamiento eficaz en el marco de un dispositivo cuyo centro es su *artificialidad*, es decir, donde el artificio constituye el modelo de atención. Si uno considera que el modo de tratamiento de un individuo es por medio de su internación, se está promoviendo o generando un ser aislado, no la posibilidad de alguien integrado a su comunidad.

En este marco, diagnosticar sólo al *sujeto padeciente* es plantear, de forma anticipada, que la patología está exclusivamente en ese sujeto. La concepción de sujeto como ser social cambia la idea del *individuo* y lleva a pensar en la *producción de padecimiento*, sea esta patologizante o no, como una producción social también. Por lo tanto, la intervención debe ser planificada y desarrollada en ese sentido, si no se quiere caer en la criticada doble moral discursiva de la psiquiatría clásica.

En un informe de junio del 2007, la OPS –siguiendo a la OMS– afirma que los servicios de salud mental comunitaria disminuirían la exclusión. Esto quiere decir que la atención de la salud mental en la comunidad puede incluso disminuir la exclusión, las negligencias y las violaciones de los derechos humanos que se encuentran a menudo en los hospitales psiquiátricos. Al respecto se propone:

1) Integrar la atención de la salud mental dentro del sistema de atención primaria de la salud.

2) Rehabilitar en la comunidad a los pacientes que han tenido una larga estadía en el hospital psiquiátrico.

3) Implementar programas *antiestigmas* en las comunidades (programas de difusión de los derechos de las personas).

4) Iniciar intervenciones preventivas y efectivas en la población.

5) Asegurar la participación total y la integración de personas con padecimientos mentales dentro de la comunidad.

Todas las propuestas de reintegración de las personas en sus comunidades lucen más humanas, el tema central es cómo se desarrollarían de forma adecuada, pues una cosa es plantearlo desde un escritorio y otra muy distinta instrumentar los mecanismos de su concreción desde la política pública.

Intentaremos ahora repensar el concepto de *externación* y, dada su polisemia, lo tomaremos en el sentido más usual, es decir, oponiéndolo al de *internación*.

En primera instancia, proponemos releer el uso del lenguaje en salud mental toda vez que se habla de estos términos. ¿De qué se habla concretamente al usarlos? Hoy en día, al proceso de quitar a alguien de su comunidad se le llama *internar*, mientras que al proceso por el cual una persona vuelve a la comunidad es denominado *externar*. Por lo tanto, el parámetro es la institución total, y no la comunidad. Externar termina siendo devolverlo a su grupo o procurar las condiciones para la vida en sociedad, en cuanto se lo quita del espacio de internación. No sólo es ilógico, es además hipócrita; y no sólo construye discursos, sino prácticas.

Consideramos que esos nombres son opuestos a lo que el proceso en realidad describe. Podría pensarse más coherentemente a la inversa: toda vez que se procede a llevarse a alguien de su casa o de la calle deberíamos hablar de *externarlo* de su comunidad, para someterlo a un tratamiento –pongamos por caso, pero ¿no se ve así el doble discurso más fácilmente?–, y veremos en el acto clínico de *internarlo* en su comunidad de origen al terminar el tratamiento, su finalización o corolario.

Cuestionamos esta idea de que se llame *internar* a excluir a alguien de su comunidad y externar a que viva en ella, ya que, claramente, nos sitúa en la idea base de que su lugar, en definitiva, es la institución...

El modo con que se piensa y aborda la externación de los pacientes crónicos bien puede ser indicador del tipo de posición ideológica de quienes construyen las políticas públicas en Salud Mental en esa área o distrito. El siguiente cuadro refleja de forma muy esquemática 4 diversos modelos de abordar al sujeto en situación de internación prolongada. Lo hemos establecido observando los proyectos institucionales de distintos hospitales monovalentes, los cuales tenían, más allá de sus discursos, medidas superpuestas de estos modelos ideales (pues resultan una cons-

trucción analítica nuestra, aunque se puedan establecer indicadores por demás realistas y observables), aunque con clara predominancia de alguno de ellos. También pudimos observar que, por el hecho de tratarse de macro instituciones, podían verse en salas o “pabellones” (el lenguaje carcelario no es azaroso) distintos modelos de externación, conviviendo pacíficamente, ante la mirada contemplativa de las autoridades de la institución. En el cuadro se presentan cuatro distintos modelos para pensar la *externación*, a saber:

MODELO	ALTA	REINSERCIÓN	REINTEGRACIÓN (RE) INCLUSIÓN (COBERTURA DE NECESIDADES)
_____	(Dar el...)	(Acción de insertar en...)	(vincular-se)
Tópico			
Definición			
Foco en salud			
Objetivo			
Dispositivos			
Metodología (Técnicas)			
Disciplina preponderante			
Concepción de sujeto			
Salud/enfermedad			

Conocer cómo se practican las llamadas externaciones da cuenta además del modelo de control social de una sociedad dada. ¿Sostiene al sistema y sostiene al sujeto? Conocer las formas posibles de externación implica entonces ver qué hace el Estado para devolver a la comunidad a sus miembros ubicados en el lugar del padecimiento tratable.

Un modelo de la llamada externación es lo que se considera *alta médica*; al segundo modelo (en el sentido de su aparición histórica) es lo que se llama *reinserción social*; en tercer lugar veremos el modelo de la *reintegración vincular*; y el cuarto y último, en consonancia con el enfoque de derechos, es el de la *(re)inclusión comunitaria*.

Veamos cada uno de ellos brevemente.

III.1- ALTA (MÉDICA)

“Orden que se comunica en una entrevista a quien se considera *curado* para que abandone el centro de salud, clínica u hospital”. En el modelo de **alta médica**, cuando se habla se dice todo: “dar” el alta. Es un poder que posee el médico; la persona no tiene ningún ejercicio ni posibilidad de participación en esta acción. Por definición, el *alta* es una orden que se comunica por parte del médico o –siguiendo ese modelo– el profesional tratante, en una entrevista o a través de un papel, a quien se considera que “se ha curado” (o que, al menos, *ha remitido su síntoma* en un mínimo que le permite la salida de la institución).

Desde el punto de vista de la concepción de salud, el foco de atención en este modelo es la *sinomatología* del individuo, lo cual supone que este proceso culmina cuando el individuo ha logrado disminuir en su sinomatología aquello por lo cual había ingresado.

El modelo de alta funciona con lo que se llama *la cama*, es decir, que aparece referenciado concreta y simbólicamente –a la vez– por el espacio de alojamiento del internado. El objetivo de este proceso de *alta*, por lo tanto, es *deshacer la cama*, dicho de otra forma: *liberar la cama* para otro paciente.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, desde este modelo no se cuentan personas, sino *camas*. Incluso la partida de dinero que otorgan los Ministerios de Salud o equivalentes es *por cama*, no por persona, lo cual implica el inconveniente de que cuando un sujeto es externado (aunque se trabaje desde cualquiera de los otros modelos), al no estar más dentro del hospicio, si la cama se elimina (y no se reemplaza el lugar con otro paciente nuevo) se pierde el dinero que se recibía por esa *persona-cama*, porque *la cama* ya no se ocupa más, y el dinero se le otorga al hospicio por *cama ocupada*. Así, un hospicio repleto es un hospicio rico, y un hospicio que vaya liberando camas se va volviendo pobre, todo un contrasentido lógico, pero de enorme eficacia para las acciones de resistencia institucional hacia modelos más avanzados de atención, con impulso en internaciones de carácter ambulatorio.

El dispositivo con el que trabaja el modelo del *alta* es la entrevista clínica con el paciente. En el caso de una técnica específica utilizará la tecnología, pero el dispositivo sigue siendo la entrevista clínica con el paciente, es decir, que se ubica claramente en el positivismo propio del capitalismo inicial de occidente, pues su objeto de atención es perfectamente definible: *el individuo enfermo*. Con respecto a la metodología por tratar, tiene que ver con la *diagnosic clínica*, la nosografía, desde la cual se establece si el síntoma remitió o no, si existen resabios, etc., o si de todos modos por *su seguridad* y *la de terceros* la persona debe seguir allí. Por lo tanto, se trata de “leer” los síntomas. La disciplina preponderante

es la medicina.

La concepción de sujeto es *el paciente*, como sujeto clínico, como un objeto de la clínica, aquello sobre lo cual se lee. No se necesita la dimensión subjetiva. Lo que se busca en el proceso de salud-enfermedad son los síntomas, no es preciso complicarse con el campo de la subjetividad y mucho menos aún con su entorno vital.

III.2- REINSERCIÓN (SOCIAL)

“Introducir una cosa en otra, implantar o incrustar un órgano u objeto en otro, adherirlo o fijarlo”. El segundo modelo que analizaremos es el de la **re-inserción**, término que se ha puesto de moda en el momento del furor del Estado de Bienestar (ver Cap. 1), pero que tuvo auge en la época de apertura liberal. Reinsertar a alguien es –aunque parezca repetitivo decirlo, vale la pena explicitarlo– volver a insertar en su lugar a una persona. La palabra *insertar* cuando hablamos de personas, no suena muy bien, claro. Es que se aplica a objetos, comúnmente, y no deja una buena sensación. Pero es que ese es el punto de la cuestión. Reinsertar a alguien con padecimientos mentales es entonces no más ni menos que acunar al sujeto en un lugar, meterlo ahí como sea. Para quitarnos toda duda: la definición de diccionario al inicio de este punto es más que elocuente.

Se supone que el foco de un programa de inserción se asienta en la idea del *acompañamiento* de la persona internada en el regreso a su lugar de residencia. En vez de despedir a la persona en la puerta del hospicio (como en el modelo del alta), se lo acompaña hasta la puerta de su casa. Esto es el *alta* desde la *reinscripción*. Quizá incluso se le tramita un ingreso laboral o una pensión, puede que hasta se le retransmite el DNI. Pero no más que eso. El objetivo de este proceso sería *enfriar la cama*, esto es, prevenir el reingreso casi inmediato o en un lapso breve, por incapacidad de autogestión o por devolución del paciente por parte del entorno. Se piensa que si se acerca al paciente a su lugar de residencia, la familia pueda tener más capacidad de retención, al menos por un tiempo. La visión sigue siendo médica, pero con un primer soporte básico de asistencia social.

Desde el punto de vista técnico, el dispositivo sigue siendo la entrevista clínica, pues poco cambia de lo planteado por el modelo médico inicial, pero se añade un acompañamiento del sujeto, por el llamado *servicio social*, a veces gestionado por religiosos, otras, por voluntarios y, en algunos casos, por enfermería.

Se pretende ayudar en el proceso del alta desde una *función social*, no obstante, muy general y tan precaria como su creación. No tiene especificidad alguna ni se remite al sujeto, sino a la función institucional antes mencionada: *enfriamiento de cama*. La metodología tiene que ver con la

asistencia puntual en la salida del hospicio. La disciplina preponderante es la psiquiatría, tal como fuera planteado en el modelo anterior, y aparece una suerte de asistencia social subordinada a ella, desde la visión de la caridad.

La concepción de sujeto sigue siendo objeto de la clínica, pero ahora es también objeto de la caridad. Se asume como elemento del proceso de salud enfermedad, el de la carencia y asistencia.

Así se supera el modelo anterior en el reconocimiento del aislamiento y del deterioro que produce la internación, con su consecuente pérdida de autonomía. Este es el avance. Se reconoce esta pérdida de autonomía de la persona y el deterioro de la persona por estar en la institución total. Se le delega el cuidado de la persona a la familia, no se los acompaña en el proceso, aunque más no sea hasta el lugar de alojamiento. No es mucho, pero es bastante más que el trato recibido desde el modelo médico clásico.

Estos dos modelos ya enunciados son previos al surgimiento del paradigma de los derechos humanos, anteriores por tanto al movimiento antimanicomial descrito páginas atrás. Los modelos que veremos a continuación son posteriores y ya incluyen en su mirada y abordaje al sujeto, en cuanto tal y en tanto parte de la trama social de la que es –ahora– parte inseparable.

III.3- REINTEGRACIÓN (VINCULAR)

“Para pensar es necesario ser varios”
Graffiti anónimo

Integración se llama a la acción de *componer un todo con sus partes integrantes*. Integrante es quien entra en la composición de un conjunto. Cuando hablamos de **reintegración vincular**, con el concepto de *integración* nos referimos a los lazos de la persona con su entorno vital inmediato. Esto supone que el trabajo del equipo interviniente consistirá en el fortalecimiento de la red de apoyo del sujeto en cuestión. Es hoy ya plenamente reconocido que no hay forma eficaz y eficiente de externar de forma duradera a una persona con padecimiento mental crónico, sin procurar su integración con el entramado social que la sostenga. Ahora bien, esto conlleva pensar cómo ha de vincularse con los otros integrantes de su comunidad. Desde esta definición, integrar a alguien es lograr que participe en un circuito de vínculo con la comunidad en la que vive, al menos con quienes son parte de su sostenimiento cotidiano, teniendo así la posibilidad de acceder a la cobertura básica de sus necesidades en cuanto ser humano. El concepto de *vínculo* se vuelve preponderante entonces, porque es la llave conceptual para pensar en la *externación* desde el modelo humanista.

El enfoque está puesto en la contención afectiva del entorno vin-

cular en el cual se va a integrar la persona, como base de su atención sanitaria y social. El foco está puesto no sólo en la persona (tal como venía siendo pensado desde el positivismo médico), sino y sobre todo en la capacidad de su entorno para contenerlo. Pero para una adecuada, o mínima, contención del grupo de convivencia, el equipo debe dedicar su labor a su sostenimiento y no cerrar su abordaje en la intervención sobre el sujeto, exclusivamente.

Si se requiere un apoyo al grupo, es indispensable operar de forma comunitaria (no en dispositivos artificiales, que en nada representan los problemas concretos de la convivencia) para el mejoramiento de la llamada *capacidad vincular* del grupo de contención (Domínguez Lostaló y Di Nella, 2008), esto es, la idea de que todo grupo vincular puede *integrar* al sujeto en su núcleo de convivencia con las herramientas adecuadas para su cuidado.

El objetivo de trabajo será restablecer los vínculos del sujeto con su grupo primario y secundario y generar una buena recepción de los grupos de contención comunitarios al momento de la salida del hospicio o lugar de internación. Cuanto mayor sean los recursos de los grupos de contención, la situación será de menor vulnerabilidad psicosocial y, por tanto, el sujeto tendrá más opciones y recursos para sostenerse en la vida en comunidad.

En cuanto a los dispositivos de intervención, como adelantamos, el trabajo de integrar al sujeto en su comunidad se debe realizar en el territorio, no en el hospicio. No hay posible reintegración trabajando en el hospicio. El modelo del dispositivo de intervención es la entrevista, claro, pero en el hogar y en los espacios de inclusión, sean estos culturales, laborales o recreacionales. Las técnicas que se utilizarán se extraen de los mecanismos de intervención psicosocial, metodología que se utiliza en la psicología comunitaria.

La contención del sujeto está basada en el paradigma de los derechos humanos. La activación o el fortalecimiento de la capacidad vincular para la integración del sujeto de intervención se da entonces en el territorio, y no podría ser de otro modo. Tiene que objetivarse en el trabajo interdisciplinario para enriquecer los vínculos del sujeto, generando una implicación en lo que le sucede y promoviendo la mayor heterogeneidad posible de apoyaturas y lazos de sostén. Por lo tanto, las disciplinas preponderantes serán la psicología comunitaria, la psicología de los grupos, el trabajo social y el acompañamiento terapéutico, entre otras.

Desde este enfoque, la patología no es algo que sólo tiene que ver con el sujeto. La enfermedad no es de él, es portador de la enfermedad de su grupo. Claro está que esto no quiere decir que no tenga una realidad intrapsíquica (psicopatológica), sino que esta es una aportación simbólica de la cual resulta ser el miembro más vulnerable al sistema de captación,

al dispositivo de control social, en este caso por vía sanitaria (Domínguez Lostaló y Di Nella, 2007). Pero no por ello ha de ser considerado el único sobre quien se debiera intervenir. El portador de la enfermedad, de hecho, es el más fuerte del grupo, de acuerdo a las palabras de Pichon Rivière (1998). Es quien se hace cargo de la enfermedad del grupo. De hecho, quienes trabajamos asiduamente en este campo, hemos observado cómo la externación y el fortalecimiento de la persona internada suele producir la aparición de síntomas y eclosiones de todo tipo en el entorno familiar cercano, que luego deben ser atendidas, para un posterior reequilibramiento del grupo en su conjunto.

En el proceso salud-enfermedad, lo que se sostiene es que la expresión polisintomática de la (psico) patología es un momento de crisis (Cohen y Natella, 1995), en el cual el sujeto porta un padecimiento de su grupo. Operar sobre el campo vincular tiene entonces la ventaja de incluir al sujeto en su trama, y poder así facilitarle el proceso de salida, más planificada y apoyada, de su vida intramuros, pero agrega la dificultad de requerir la ampliación de la mirada y el abordaje consecuente con todo su grupo.

III.4- REINCLUSIÓN (COMUNITARIA)

Incrementar la asignación de recursos a los programas y servicios de salud mental y lograr su equitativa y apropiada distribución, en correspondencia con la carga creciente que representan los trastornos mentales y por el uso de sustancias, entendiendo que la inversión en salud mental significa una contribución a la salud y al bienestar en general, así como al desarrollo social y económico de los países.

OPS, Consenso de Panamá, octubre 2010

El último modelo que describiremos es el de la **inclusión**. Concepto con el que estamos hablando ya desde el ámbito de *lo social*, pues nos salimos del ámbito del sujeto y sus grupos de pertenencia-referencia. Según la definición de diccionario, se trata de la *habilidad o capacidad de un sujeto de procurarse o atenderse en sus necesidades básicas*. La posibilidad de que una sociedad cualquiera atienda las necesidades básicas de sus miembros se traduce hoy en día, y de acuerdo a nuestra Constitución Nacional, en que tenga acceso efectivo a sus derechos. En salud mental, hablamos de la posibilidad de que las personas tengan conocimiento y accedan a sus derechos a la atención más adecuada y menos invasiva posible.

Pero esto se vuelve más complejo a la hora de aplicarlo a una persona cronicada en un hospicio. La inclusión implica en estos casos el acceso a los derechos (y a denunciar su eventual violentación o cerceamiento) si es que han sido vulnerados por la internación o durante el tiempo en que esta transcurre. Esto ha generado graves dificultades procesales, en términos jurídicos, por el conflicto existente entre la idea de incapacidad (incluso para apelar ante las autoridades) y los derechos consagrados en la Constitución Nacional, como el del trato justo e igualitario, el derecho a un proceso para la privación de la libertad, al mejor trato disponible, a ser representado legalmente, a ser escuchado, etc. Así, en los últimos años se ha desarrollado importante jurisprudencia, incluso por parte del máximo tribunal del país y por organismos internacionales como la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Los modelos tradicionales, asentados en el positivismo más rancio, eliminan la categoría de *ciudadano* cuando hablan de paciente. A partir del momento mismo en que se aplica la categoría de paciente mental, se presume la desaparición del carácter ciudadano en él. Este modelo de la inclusión, en cambio, intenta reivindicar al sujeto como ciudadano en todo momento, incluso durante la crisis. Las salvedades que se requieren en cada caso no trastornan el principio general, pues introduce respaldos accesorios como la representación jurídica y la evaluación permanente de la capacidad de decisión plena por parte del sujeto. Es decir, por ejemplo, si en un momento la persona con padecimiento mental no puede decidir sobre su tratamiento o lo que fuere, eso no ha de significar que ya no podrá hacerlo nunca, mientras esté internada. Una vez superada la crisis debería recuperar la facultad de decidir sobre su salud.

La inclusión social parte de estas ideas y se sustenta en el paradigma de los Derechos Humanos (que en el ámbito de la Salud Mental tiene el documento básico muy instructivo que venimos citando (ONU, 1991) y que fuera incorporado al plexo normativo nacional mediante el Art. 2 de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Incluir a un sujeto en su sociedad es siempre –en última instancia– operar en una restitución de ciudadanía. Es reconocerlo como un sujeto de derecho y garantizarle el acceso a él, mediante intervenciones concretas psicopsicojurídicas (en la segunda parte de este libro expondremos un caso que desarrolla esta idea básica).

El objetivo de esta praxis, en consecuencia, es desarmar los procesos de estigmatización y restituir el carácter de ciudadano y de sujeto de pleno derecho a las personas internadas. El dispositivo tiene que ver con *la abogacía*, es decir, abogar por los derechos del otro; lo cual no es función de alguien en particular, sino que requiere y se fundamenta en la labor de todos los profesionales, sin distinción, aunque cada uno participe según su incumbencia técnica.

El trabajo se inicia con un diagnóstico de vulnerabilidad psicopsocial¹⁰ que apunta al estudio de los motivos que impidieron su acceso a los derechos, así como a las dificultades para la cobertura de las necesidades básicas que le impiden la vida comunitaria (cuando el sujeto está internado o en riesgo de ser asilado). Para ello, se debe reconstruir la historia del sujeto, hacer un relevamiento psicosocial de su vida y su grupo de contención primaria, a fin de detectar cuáles fueron sus impedimentos en el acceso a derechos y cómo se constituyó la situación actual. La pregunta que nos guía es: ¿Cuál es su historia de vulneración de derechos?

Por otro lado, se indaga en su subjetividad: ¿Qué lo llevó a portar esta enfermedad en su núcleo de origen? ¿Qué lo llevó a posicionarse en ese lugar de padecimiento?

Juan Carlos Domínguez Lostaló (1999) caracteriza a *la clínica de la vulnerabilidad psicopsocial* como un modelo de intervención psicopsocial que opera desde la idea de reconstruir la historia de vida de la persona, la historia de sus vulneraciones, para partir de ahí en las acciones de reinclusión. El *tratamiento* (más allá de las acciones propias del abordaje del sujeto mismo y su entorno vincular) consiste además en restituir esos derechos vulnerados. La metodología es una intervención psico-socio-jurídica, pues se requerirán de todas estas dimensiones. Si no se actúa en la restitución de derechos, y sólo se hace una intervención “psi”, en el sentido de la operatoria sobre el sujeto, de un reposicionamiento del sujeto frente a esa historia de vida, la persona puede, casi seguro, toparse con la exclusión o la estigmatización de lo social, y terminar de todos modos aislado o vulnerado, retornando al hospicio y demostrando la profecía positivista –autocumplida– que señala que ese es su lugar en la vida: el encierro indefinido. Lo socio-jurídico es fundamental entonces, porque tiene que ver con la restitución de derechos para su pleno ejercicio en la vida comunitaria. La inclusión social se caracteriza por requerir el recurso de lo jurídico, muchas veces, por la necesidad de exigir al Estado la cobertura de necesidades psicopsociales básicas mediante el reclamo jurídico directo, toda vez que la persona no accede, a los beneficios sociales que le correspondan, a la vivienda, al trabajo, a la adecuada atención sanitaria en el primer nivel, etc. Esto implica rever la formación de los profesionales de la Salud Mental, la cual tiene una impronta tradicionalmente positivista, mecanicista y por tanto monocausalista que hace de la clínica individual un refugio cuasi-fóbigeno, más que un instrumento (más) del bagaje de herramientas de intervención.

¹⁰ Para ampliar sobre este tema, ver Domínguez Lostaló y Di Nella, 2007 y 2009.

Cuadro resumen: Modelos de externación

Modelo	Alta (Dar el...)	Reinserción (Acción de insertar en...)	Reintegración (vincular-se)	Reinclusión (cobertura de necesidades)
Tópico				
Definición	Orden que se comunica en una entrevista, a quien se considera "curado" para que abandone el centro.	Introducir una cosa en otra. Implantar o incrustar un órgano u objeto entre las partes de otro o adherirse a su superficie.	Componer un todo con sus partes integrantes. Integrante: que entra en la composición de un todo.	Capacidad o posibilidad de un sujeto de procurarse o atenderse en sus necesidades básicas (acceso a derechos) en su comunidad de pertenencia.
Foco en salud	Sintomatología del individuo.	Acompañamiento de la persona internada a su anterior residencia.	Contención afectiva del entorno vital. Apoyo para mejorar la capacidad vincular del grupo.	Cobertura institucional y pertenencia en la trama social. Restitución de ciudadanía (derecho universal a la salud).
Objetivo	("Deshacer cama") Liberar cama.	("Enfriar cama") Prevenir el reingreso en el más breve plazo. Asegurar la no ocupación de la cama, por devolución de paciente.	Restablecimiento de los vínculos del sujeto con sus grupos primarios y secundarios. Generar espacios receptivos en el campo comunitario.	Desarmar los componentes de discriminación y estigmatización del sujeto y abogar por el efectivo acceso a derechos.
Dispositivos	Entrevista clínica al "paciente".	Entrevista clínica y acompañamiento social esporádico.	Trabajo en territorio (entrevista en el hogar o grupo de contención).	Abogacía. Relevamiento de psicohistórico de accesibilidad a derechos.
Metodología (técnicas)	Diagnóstico clínico (lectura de síntomas).	Diagnóstico y asistencia puntual para la salida de la institución.	Intervención psicohistórica.	Intervención sociojurídica.
Disciplina Preponderante	Medicina (clínica). Psiquiatría tradicional.	Psiquiatría+ Asistencia social (caridad).	Psicología comunitaria + psicología de los grupos + acompañamiento terapéutico.	Interdisciplina: derecho social y constitucional, psicología forense, ambiental y comunitaria, trabajo social, psiquiatría, etc.

Concepción de sujeto

Paciente (objeto de la clínica).

Paciente (objeto de la asistencia caritativa).

Persona con padecimiento (en situación de vulnerabilidad psicosocial).

Sujeto de derechos (con necesidades especiales de protección y garantías).

Salud/enfermedad

Síntoma/s.

Síntomas/pobreza (carencias).

Momento de crisis en el proceso de S/F.

Derecho a ser garantido: principio de intervención mínima.

SRM Cursos®

CAPÍTULO 6

ROL-DISPOSITIVOS-LEGALIDAD SEGÚN LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: UN ESTUDIO EXPLORATORIO³⁸ (AÑO 2006)

**LUCÍA POMARES
YAGO DI NELLA**

³⁸ El presente capítulo surge a partir del informe final de rotación de la residencia en Salud Mental de la Licenciada Lucía Pomares, Residente de 3.er año de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (Hospital E. Tornú) Dirección de Capacitación y Desarrollo de la Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Rotación realizada los meses de octubre a diciembre inclusive, de 2006. Informe aprobado.

“Para que haya transformaciones en los sistemas asistenciales son imprescindibles transformaciones en los sistemas conceptuales, lo que implica transformaciones en los manejos de los discursos y, sobre todo, en la distribución del poder”

Vicente Gali

El programa de Salud Mental y Derechos Humanos³⁹ advierte sobre las prácticas inapropiadas para con los derechos del sujeto de atención en materia de salud mental y la inexistencia de una Ley Marco de Salud Mental a nivel Federal, con las dificultades de articulación entre los distintos niveles del Estado y las consecuencias gravosas en el respeto de los derechos de los sujetos de atención que ello implica.

En cuanto a la Ciudad de Buenos Aires, la Ley N.º 448 (“Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires”, julio del año 2000) implicaría un avance en el territorio de la Ciudad en la transformación del sistema, tanto en el componente público como en el privado, hacia un mayor respeto de los derechos de los sujetos de atención. Esta, coherente con la Ley N.º 153 (“Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires”, febrero de 1999) concibe a la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad y a la persona en su integridad *bio-psico-socio-cultural*. Propone un enfoque de redes de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social y comunitaria, otorgando prioridad a las acciones y servicios de carácter ambulatorio, con una proyección del equipo interdisciplinario de salud mental hacia la comunidad. En materia de derechos, establece, entre otros, el respeto por la identidad, la pertenencia, la dignidad y la autonomía de las personas, el derecho a recibir información adecuada y comprensible, a participar en la toma de decisiones relacionadas con la atención y tratamiento, a la aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y a que se limite la libertad en la menor medida posible, así como a la rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria.

39 Secretaría de Derechos Humanos, Dirección Nacional de Grupos Vulnerables, Programa Salud Mental y Derechos Humanos (Políticas Públicas, Ética, Instituciones). Marzo 2005.

40 Diversos artículos publicados en medios gráficos se han referido a ellas. Un artículo publicado en la Revista Topía denuncia que “a más de cinco años de la sanción de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, el panorama, en cuanto a las expectativas de transformación, y a la desinstitucionalización en particular, es decididamente frustrante”. (“Desmanicomialización: los límites de la ley”, 2005). El diario Página 12 acusa, según documento del Consejo General de salud Mental, que la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires quedó “en el marco de las promesas incumplidas” recordando que se cumplirían seis años de su sanción (Suplemento Psicología, 20 de julio de 2006). Cerca de esa fecha, el Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires anunció la creación de servicios de salud mental de guardia y de internación en diez hospitales generales, ante la mayor presencia en las guardias de “jóvenes con problemas de agresiones, adicciones a las drogas y al alcohol, violaciones e intentos de suicidio” (Página 12, 10 de junio de 2006). Esta última medida aún está en proceso de ser implementada.

Son de conocimiento público las dificultades para implementar la mencionada ley⁴⁰. Los modelos de atención en salud son determinados por las condiciones históricas, sociopolíticas, económicas y por el “predominio de posiciones ideológicas y conceptuales de los profesionales de salud y los planificadores”⁴¹. El presente estudio se propone hacer un recorte entre la multiplicidad de factores que inciden en las posibilidades de implementar transformaciones en el modelo de salud vigente y efectuar una investigación analítica de las representaciones sociales⁴² de los profesionales de la salud mental sobre su práctica institucional en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), teniendo como ejes la ética y los derechos humanos, según las regulaciones del marco legal vigente. Se analiza en qué medida se percibe la propia práctica profesional imbricada o interpelada por los derechos humanos en el desempeño en el ámbito público y sus consecuencias éticas y prácticas. Esperamos que el conocimiento aportado por este estudio contribuya con el programa de *Salud Mental y Derechos Humanos* en la planificación de estrategias para fortalecer prácticas de salud mental que promuevan y contemplen el ejercicio de los derechos humanos.

A) METODOLOGÍA DE TRABAJO

El abordaje metodológico del presente estudio ha sido principalmente cualitativo, de carácter exploratorio. El relevamiento de la información se efectuó a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad a Profesionales de Salud Mental de efectores del Sistema de Salud del GCBA y de observación participante de prácticas de salud mental en instituciones de salud del sector público de la Ciudad de Buenos Aires.

Se seleccionaron tres efectores que pertenecen a distintos niveles de la Red de Atención del componente estatal de la Ciudad de Buenos Aires, siendo relevados un centro de salud mental, un hospital general de agudos y un hospital monovalente. Asimismo, se intentó obtener información de dos categorías de profesionales de acuerdo a su inserción en el sistema público: de planta y del sistema de residencias y concurrencias.

Los efectores relevados fueron el Centro de Salud Mental N.º 3 Dr.

41 Barembliit, Valentín: “Trastornos mentales severos. Atención a la Salud mental”. En el libro “Cultura y Padecimiento”. Estela I. Rosig, compiladora. Facultad de Psicología. UNTucumán. 2001.

42 Sergio Moscovici describe las representaciones sociales como sistemas sociales de valores, ideas y prácticas, cuyas funciones son: establecer un orden que capacite a los individuos para orientarse a sí mismos con su mundo social y material, pudiendo ejercer un dominio sobre él, y posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proveyéndolos de un código de intercambio social. Su concepción se sostiene en un modelo triádico (ego áter objeto), destacando las interacciones y los procesos de intercambio a partir de los cuales se elaboran las representaciones, confiriéndole un carácter social. El acento estaría puesto en la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales de ejercicio, poniendo énfasis en el producto de esta interacción. (En “The phenomenon of social representations”, en Farr y Moscovici (Comps), Social Representations, Cambridge Press. Cambridge, 1984).

A. Ameghino, el Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía y el Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Se efectuaron en total 13 entrevistas a profesionales de salud mental de dichas instituciones. En las tres cuartas partes se entrevistó a psicólogos, y en un tercio, a psiquiatras. Esta proporción respondió a un asunto de accesibilidad a dichos profesionales, en correspondencia con la profesión de psicóloga que ejerce la entrevistadora y con un mayor número de psicólogos en los equipos de salud mental en dos de las instituciones seleccionadas. En cuanto a sus categorías, el porcentaje de entrevistados de planta y del sistema de formación fue similar.

La mayoría de las entrevistas fueron individuales, a excepción de tres de ellas, efectuadas a dos profesionales en conjunto en cada caso. Las entrevistas se llevaron a cabo durante noviembre de 2006, y la duración tuvo un promedio de 40 minutos. Excepto una de las entrevistadas, todos los profesionales permitieron la grabación de las entrevistas, accediendo a la desgrabación del material. En el caso que no pudo ser utilizada dicha metodología, se tomó nota durante la entrevista. Los profesionales se mostraron dispuestos con la propuesta. En dicho pedido se explicó que la entrevista correspondía a un trabajo de carácter exploratorio, en el marco de una rotación por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, y que el objetivo era relevar las prácticas de los trabajadores de salud mental en el sistema público. En algunos casos se mencionó el propósito de *articularlas con la perspectiva de los derechos humanos*. Frente a esto último, algunos residentes reaccionaron con desconcierto. Incluso dos de ellos pidieron responder entre varios, aludiendo a que sobre la cuestión de los derechos no creían “poder aportar mucho” y mencionando, a modo de chiste, que si era necesario podían acudir al material impreso del marco legal a modo de “ayuda-memoria”.

Para el análisis de los datos se utilizó como insumo las fuentes primarias mencionadas y el material bibliográfico pertinente, estudios previos al presente, notas periodísticas y documentación del Programa de Salud Mental y Derechos Humanos (de la Secretaría de derechos Humanos). Teniendo como eje la guía de entrevista utilizada⁴³, se clasificó el material obtenido de acuerdo a los siguientes grupos de temas:

- 1) Rol-función del profesional de Salud Mental en el ámbito público
- 2) Problemáticas de salud mental y dispositivos vigentes
- 3) Marco legal

Agradecemos a los entrevistados su predisposición.

B) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La relación de las profesiones de la salud mental con la Ley tiene una historia de conflictos e incluso de negación. También, en algunos casos, hasta de ignorancia voluntaria. Los profesionales de salud mental pocas veces nos preguntamos si nuestras prácticas resguardan o promueven los derechos humanos de los pacientes o, si se quiere, si respetan la mismísima Constitución Nacional.

Considerando que la Ciudad de Buenos Aires cuenta desde hace unos años con la promulgación de una ley que significó un avance con la inclusión de la perspectiva de Derechos en su textura, el interés por explorar las prácticas de salud mental de profesionales que se desempeñan en el sistema público estuvo guiado por varios interrogantes: ¿Cómo son dichas prácticas? ¿Qué representaciones tienen los profesionales acerca del desempeño de su rol en el ámbito público? ¿Estas prácticas resguardan los derechos humanos tanto de los pacientes como de los profesionales?

En relación a la legislación vigente: ¿Qué conocimientos poseen de las leyes que enmarcan nuestra práctica? ¿Qué opiniones e ideas circulan en torno a la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires? ¿Perciben alguna modificación en el funcionamiento del sistema de salud mental desde su promulgación y, específicamente, en el trabajo cotidiano?

1) ROL-FUNCIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO PÚBLICO: ESPECIFICIDAD Y ROL

El grado de satisfacción que ofrece el trabajo en una institución pública involucraría los siguientes factores: la posibilidad de formación a través de diversos dispositivos de aprendizaje, el ejercicio de la clínica con la especificidad que presenta el ámbito público y la libertad que le ofrecerían al profesional las instituciones de pertenencia en el ejercicio de su actividad.

La situación socioeconómica que atraviesa el país –cuyo hito mencionado por varios entrevistados sería la crisis del 2001– tendría efecto no sólo en el agravamiento de las problemáticas de salud sino en la situación socioeconómica de los profesionales, para quienes los recursos y las estrategias disponibles no serían suficientes.

En varias entrevistas realizadas, al indagar sobre la especificidad del ejercicio de la profesión en el ámbito público, esta es conceptualizada desde la denominada clínica privada, a través de paralelismos y comparaciones con ella. Las cuestiones que se destacan son las siguientes:

- 1) La tendencia a igualar el rol a la práctica psicoterapéutica, circunscripto sólo en esa única función.
- 2) La posibilidad de efectuar tratamientos psicoterapéuticos manejan-

⁴³ Ver Anexo.

do los tiempos *como si fuera* el consultorio privado, beneficio que percibirían los profesionales por ejercer en determinadas instituciones públicas, a diferencia de otras en las cuales habría una “bajada de línea”⁴⁴ de tiempos institucionales de atención de los pacientes⁴⁵. Estos beneficios redundarían en la salud mental del paciente, dando la impresión de que cuanto más se asemeje a la clínica privada mejor sería la atención brindada.⁴⁶

3) La posibilidad de ver “otras realidades”, refiriéndose a un perfil de paciente diferente al de la clínica privada, presentando problemáticas de salud mental variadas y con una marcada confluencia de variables socioeconómicas⁴⁷.

4) La formación que ofrece la institución: cursos, ateneos, grupos de estudio, investigaciones, supervisiones, etc., brindados por el Estado para un ejercicio profesional asimilado a una práctica privada.

5) El rol del profesional de salud mental, sobre todo en el caso de los psicólogos, implicaría, a semejanza del consultorio “escuchar lo implícito”⁴⁸. Sin embargo, teniendo en cuenta la especificidad de las problemáticas sociales anteriormente mencionadas, se requeriría un trabajo de “despegar la realidad psíquica de la realidad material”⁴⁹.

6) Lo público permitiría un mayor intercambio de trabajo con otras disciplinas, respecto a la práctica privada y la posibilidad de acercarse a otras prácticas de salud no psicoterapéuticas.⁵⁰

Se puede observar aquí una suerte de equivalencia entre la función de psicólogo y el rol de psicoterapeuta. Consecuentemente a este reduccionismo se le adiciona la equiparación de todo sujeto de intervención en tanto “paciente”.

Por otro lado, algunos profesionales considerarían al ámbito público como espacio privilegiado para transformaciones, espacio propicio para pensar las prácticas de salud mental, para tejer una “red social”⁵¹, para generar espacios nuevos con instituciones barriales y comunitarias.

44 Entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino.

45 “Absoluta libertad para trabajar, nadie te dice cómo se rigen las altas o las bajas, cuánto tiempo tenés que atender a un paciente, qué le tenés que contestar a un juez o a una escuela. Lo que rige es el criterio personal” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino). “Muchas veces en el ámbito público se escuchan muy seguido y se bajan en muchos lugares línea de los tiempos institucionales” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

46 “No pueden creer que, atendiendo en un hospital público, si digo que atiendo a las 10, atiendo a las 10, manejamos la agenda como en el consultorio privado” (entrevista a profesional de planta Hospital Ameghino).

47 “La riqueza de la variedad clínica que una institución pública te ofrece...” Entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino

48 “Fundamentalmente [el profesional] tiene que saber escuchar voy a ser bien freudiana: lo implícito, porque en realidad la demanda, como en el consultorio particular; no es la demanda que trae, si nos quedamos tomados por lo concreto de la demanda, en las NBI” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ramos Mejía).

49 Ídem.

50 “Te permite trabajar con otras disciplinas, como la psiquiatría, el trabajo social, que no siempre lo vas a ver en el consultorio” (entrevista a residente del Hospital Alvear).

Al mismo tiempo, a esta idea la acompaña un sentimiento de frustración y/o descreimiento por la “poca vocación política para la transformación”⁵², la “inercia que regiría el aparato y la desidia de un gran número de profesionales”⁵³. En relación a esto último, varios entrevistados destacan que si bien hay muchas situaciones en las que determinados profesionales poseen, en cambio, una fuerte iniciativa que vence los obstáculos de índole política o socioeconómica para lidiar con las problemáticas que se presentan, muchas veces es la iniciativa del profesional en particular lo que determina la posibilidad de operar con las problemáticas que se presentan, siendo en numerosos casos la desidia la que termina ganando la pulseada⁵⁴. El enfoque asistencial se impone más allá de la más o menos tenue aparición del discurso salubrista.

Es interesante el término que utiliza uno de los entrevistados para referirse al Estado: “el aparato”. Dicha acepción pareciera corresponderse a una representación del Estado como un ente impersonal e inapelable, el cual, al incluir en su seno a las instituciones públicas de salud, le otorgaría al profesional la sensación de estar ejerciendo la profesión en una institución totalmente anónima, en vez de sentirse parte de ella. Supone una percepción de ejercicio anónimo de la profesión. Así, la institución (pública, en este caso) donde se desempeña el psi no instituye pertenencia, sino sólo una función de control y hostigamiento al “libre ejercicio” de la profesión. Frente a un “aparato” que se mantiene ajeno a la acción de sus miembros, es coherente percibir una imposibilidad de transformación del sistema y de que el ejercicio de cada profesional esté sujeto a la desidia o el voluntarismo de cada quien. Cabe destacar, frente al malestar percibido por algunos profesionales por la dificultad para la acción conjunta en el ámbito público, la experiencia relatada por dos profesionales de un mismo servicio sobre el armado de un equipo de trabajo en el cual el establecimiento de criterios comunes de trabajo y la planificación de un proyecto compartido tuvo efectos de reconocimiento mutuo entre los profesionales

51 Entrevista a profesional de planta del Hospital Ramos Mejía.

52 Entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear

53 “Una institución de SM del Estado debería ser el lugar ideal para pensar desde lo psicosocial, y bueno, me equivoqué, por lo menos no es el Alvear el lugar, es una pena” (entrevista a profesional del Hospital Alvear). “Lo desconocido da miedo, cosas que no funcionan, pero que uno está acostumbrado, es como una regla de estos tipos de aparatos, no me esperaba ese nivel de inercia” (entrevista a residente del Hospital Ramos Mejía).

54 A todos nos atraviesa una cuestión de poca iniciativa, de mirar hacia otro lado, de que los problemas se tiran por debajo de la alfombra, de arriba se tiran los problemas para abajo, abajo se soluciona expusando al paciente, no hay una actitud de tomar el problema por las astas, en general se tiende a barrer los problemas o a no mirar” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear). “Las facilidades no sé si provienen tanto de la estructura institucional, sino de otros profesionales que tienen ganas de hacer cosas más allá de lo que ya está organizado en la estructura formal, y también encuentran la desidia de otros profesionales” (entrevista a residente del Hospital Alvear). “A veces no contás con la institución, pero contás con alguien que trabaja ahí y te pueda facilitar alguna cuestión” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

y redundó tanto en un mejor desempeño laboral como en una mayor satisfacción de los profesionales en torno a su tarea. Toda decisión de política pública –sea esta mala o buena, acertada o incorrecta, pues no es ese el criterio con el que se la analiza– tiende a ser tomada como una coartación de las libertades inherentes al ejercicio de la profesión.

Se observa que los factores que inciden en el malestar institucional serían de índoles diversas: falta de políticas públicas activas (que se evidenciaría en mayor medida en la escasez de recursos), asociaciones gremiales y otros grupos de poder que obstaculizan logros profesionales obtenidos en la legislación vigente (nombramientos a cargos, en primer lugar) a favor de intereses partidarios, la inoperancia de un número importante de profesionales que no cumplirían con el mínimo desempeño exigido por la institución y las dificultades para agruparse en torno a una acción común. Una de las entrevistadas menciona la necesidad de que la institución ofrezca dispositivos grupales de contención para los propios profesionales.⁵⁵

Como ya hemos mencionado, se debe considerar la situación socioeconómica durante la crisis del 2001, la cual tendría efectos no sólo personales en el agravamiento de las problemáticas de salud, sino en la situación socioeconómica de los profesionales.

Por otra parte, vale reiterar que varios entrevistados hicieron referencia al alto grado de satisfacción que ofrecería el trabajo en una institución pública, dado por la posibilidad de formación a través de variados dispositivos de aprendizaje (supervisiones, cursos); el ejercicio de la clínica con la especificidad que presenta el ámbito público; y la libertad en el ejercicio de la actividad, que ofrecería la institución de pertenencia, pues les permitía “manejarse como en el consultorio privado”⁵⁶. Esta idea resultaba para ellos *tranquilizadora*.

En la mayoría de los entrevistados pudo observarse que la crítica a las falencias de política pública en el ámbito de la Salud Mental no había propiciado el desarrollo de iniciativas para su revisión crítica o reversión operativa, sino –al contrario– habría promovido situaciones de alejamiento emocional con el trabajo, desilusión y desesperanza acerca de poder modificar la situación. Hemos detectado enormes dificultades para agruparse. Los profesionales de salud mental entrevistados, salvo excepciones, no consideraban a los colegas de sus propios servicios en términos de potencialidad o fortaleza para repensar la situación laboral en la que se encontraban. Si bien en algunos casos reconocían la necesidad de participar en la actividad pública, esto no se traducía concretamente en acciones que permitieran diseñar o planificar iniciativas conjuntas.

55 “En el 2001 la demanda era masiva [...], no había ni medicación para darles a los pacientes, y los profesionales no tenían con qué responder a esa situación caótica. Hay mucha gente enferma, han fallecido compañeros, licencias prolongadas [...], la demanda se complejizó, y no hay espacios grupales, y lo grupal es un dispositivo de contención muy importante” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

56 Entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino.

FORMACIÓN ACADÉMICA, IDEOLÓGICA Perfil teórico de los profesionales/institución

El perfil teórico de las instituciones a las que pertenecen los entrevistados es caracterizado predominantemente como psicoanalítico. Asimismo, la mayoría se define como psicoanalista o enmarcados en un área teórica psicoanalítica. Ulloa (1995) lo plantearía como los tratamientos de la práctica, como un “-ismo”, que se adosa al particular personaje al cual se presta adherencia reverencial.

En lo que respecta a la formación académica, varios psicólogos entrevistados refieren que el contenido teórico de la Facultad de Psicología responde principalmente a una concepción psicoanalítica lacaniana, así como se acota sobremanera el ámbito de aplicación, privilegiando la *clínica individual*. Dicha tendencia es cuestionada por algunos profesionales de planta entrevistados que pertenecen a servicios cuyos dispositivos divergen de la clínica individual, quienes percibirían un déficit en la formación de los concurrentes/residentes que ingresan en otros dispositivos de atención⁵⁷. Algunos entrevistados cuestionan una formación académica demasiado teórica, con poco trabajo en la práctica, la cual irían adquiriendo en el ejercicio de la profesión.⁵⁸

En cuanto a la formación que ofrece la Facultad de Medicina, varios residentes cuestionan la escasa formación en salud mental, menor que otras especialidades de la carrera. Esto, sumado a la especialización que se va delineando en la práctica profesional, derivaría en una ínfima preparación de los médicos clínicos a la hora de atender un paciente psiquiátrico, por ejemplo, en la guardia⁵⁹.

La formación psicoanalítica queda también resaltada en cuanto a la duración de los tratamientos, considerándose en varios entrevistados una suerte de confluencia entre la línea teórica que adscribe el hospital y la libertad para establecer los tiempos, siendo el eje los “tiempos del sujeto”⁶⁰. Sobre esto último se muestra en desacuerdo una de las entre-

57 “La gente llega con ciertos prejuicios, porque en general no es reconocido y no está muy difundido que en las áreas de familia y pareja pueda haber un abordaje psicoanalítico; se cree que si esa es la orientación, sos sistémico, sos conductista, gestáltico. Entonces nos pasa que a diferencia del concurrente que entra en infante o adultos que llega en primer año con una formación psicoanalítica que la facultad ofrece...” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

58 “Hay mucho teórico en las materias, Freud y Lacán, y los mismos textos que se repiten. Yo pasé por una sola materia de clínica, una optativa [...]. A mí siempre me gustó el psicoanálisis, lo que pasa es que de otras eran todas materias optativas, pero yo estaba con las anteojeras puestas en el psicoanálisis” (entrevista a residente del Hospital Ramos Mejía).

59 “Los profesionales que no son de salud mental [...] no tienen idea, no tienen conocimiento alguno [...] una depresión sí, pero un poco más fino, ni idea, ni manejan medicación más que las benzodiazepinas [...] En la carrera de medicina tenés sólo una materia de dos semanas, como mucho dos meses, comparado con cirugía que tenés seis, por ejemplo” (entrevista a residente del Hospital Ramos Mejía).

60 “Si uno le hace honor a la línea psicoanalítica según la cual uno predica que trabaja, lo que determina el tiempo del tratamiento es lo subjetivo” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

vistadas, quien menciona que “los psicoanalistas son una elite de creer que es un ser garantizado. Yo soy psicoanalista cuando puedo, ser psicoanalista me lo va a decir el paciente. Para ellos, cumplir con el horario de trabajo, con las estadísticas, está desmerecido, se toma como algo superyoico, y no es así, si tengo que cumplir mis horas de trabajo las tengo que cumplir”⁶¹.

FORMACIÓN EN SERVICIO

En cuanto a la formación del residente, de acuerdo al discurso de los entrevistados, esta apunta principalmente a la clínica psicoanalítica. Se lleva a cabo principalmente en espacios generados dentro del hospital y tiene diversos formatos: ateneos, supervisiones, presentación de casos, lectura de artículos, grupos de estudio, etc. Si bien dicha orientación es esperable, considerando que se trata de residencias en psicología o psiquiatría *clínica*, cabe señalar dos cuestiones: 1) que el sistema de formación del recurso humano en salud mental en el sistema público casi no cuenta con otras alternativas; 2) que la concepción de clínica que deja entreverse en los discursos queda subsumida casi exclusivamente a la psicoterapia, individual, de largo plazo.

En el discurso de los residentes entrevistados se manifiesta una diferenciación entre dos tipos de capacitación claramente diferenciados: a) la percibida dentro de la institución, ya mencionada, mayoritariamente gestionada por el mismo equipo de residentes, y b) los cursos dictados desde nivel central por la Dirección de Capacitación. Estos últimos son percibidos subjetivamente por los entrevistados como inespecíficos, en tanto no tendrían un hilo conductor o estarían dirigidos tanto a psicólogos como a psiquiatras, algo que los torna “carentes de sentido” para unos como para otros.

Varios entrevistados mencionan una tendencia a “homologar”⁶² a psicólogos, psiquiatras, etc., en “profesionales de salud mental”⁶³. Asimismo, acusan una posible “bajada de línea política”⁶⁴, manifiesta en la reiteración de algunas temáticas (APS, desmanicomialización, etc.). Esta dicotomía entre la formación en clínica y otros campos del saber se ilustra en un planteo realizado por una entrevistada y alude a la escasa formación recibida sobre materia legal, educacional, entre otras, y refiere que hay un “agujero”⁶⁵ en la formación que brinda el hospital, cuyo efecto es visible a la hora de operar en la práctica en los casos clínicos que “obligan”⁶⁶ a acudir a discursos e instrumentos provenientes de otras áreas. Sin embargo,

la misma entrevistada justifica esta carencia, aludiendo a que la institución tiene un perfil en clínica psicoanalítica y que es por dicha orientación que, tanto ella como otros profesionales, elegirían formarse allí⁶⁷.

Es de destacar cómo prácticamente toda formación no enfocada a la clínica psicoanalítica es vista como inespecífica por los profesionales en formación. Habría una representación de la clínica como una práctica ajena al marco legal específico, la ética y las políticas públicas vigentes. Asimismo, la ofensiva “bajada de línea política” de los cursos de nivel central denotan una aspiración a una práctica no atravesada por algo que es inherente a su inserción en una institución pública: la política.

Otra de las cuestiones para subrayar es que tanto la formación académica como el desempeño profesional dan cuenta de un enfoque que subsume el desempeño del profesional en salud mental a la clínica psicoterapéutica, asimilando la salud mental a la enfermedad mental, y que arrastra dicotomías tradicionales en la salud tales como mente-cuerpo, asistencia-prevención, donde el profesional de salud mental realiza funciones sólo de atención secundaria de la enfermedad mental (preferentemente en “consultorios externos”). El trabajo en servicios no exclusivos de salud mental, como la guardia, se reducirían a la interconsulta de los pacientes “psiquiátricos”, quedando así poco margen para trabajar en pos de la salud mental de pacientes y profesionales en general. Resta la pregunta sobre cuál es el costo social para el sistema y el costo psíquico para el paciente.

Así, los derechos de las personas que buscan atención con profesionales posicionados desde ese enfoque quedarán subordinados en tanto constituyen variables dependientes de la clínica. Los derechos se restringen a la categoría de *paciente* y sólo para dos ítems: a) el acceso a la psicoterapia y b) a la confidencialidad.

2) PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL Y DISPOSITIVOS VIGENTES

Modalidad de trabajo

La atención que prestan los profesionales entrevistados es predominantemente clínica e individual en las tres instituciones. Además, según sus discursos, esta modalidad se extiende a la mayor parte de los servicios

61 Entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino.

62 Entrevista a residente del Hospital Ramos Mejía.

63 Ídem.

64 Entrevista a residente del Hospital Aivear.

65 Entrevista a residente del Hospital Ameghino.

66 Ídem.

67 “Una cosa que es un agujero es cómo se manejan los casos judicializados, cuándo se levanta el secreto profesional o cómo se escribe una historia clínica, que cada uno lo hace a piacere. [...] Todo queda en el interés por la clínica y después todo lo demás... Estaría bueno que quedara en el saber hacer estas cosas con las que uno se encuentra. Pero al mismo tiempo lo atractivo de este hospital es justamente la formación clínica” (entrevista a concurrente del Hospital Ameghino).

de salud mental de dichas instituciones. En algunos casos se menciona la inclusión de la familia del paciente en los tratamientos mediante entrevistas, si bien queda pendiente establecer en qué medida esa participación forma parte del tratamiento. Es significativa esta constante teniendo en cuenta que los efectores responden a niveles diferentes de la red de atención.

Un ejemplo de esto se ilustra en la experiencia relatada por una entrevistada del centro de salud, quien recuerda una movilización efectuada por el equipo de salud, diez años atrás, para “defender”⁶⁸ a la institución frente a un proyecto de transformarla en un centro de atención primaria, sustentados en la convicción de que “con el discurso de la prevención quieren ir borrando, degradando y arrinconando la función de la asistencia”⁶⁹. Se deja entrever una concepción teórico-ideológica que considera como elementos dicotómicos la atención y la prevención, así como la salud mental y la atención primaria, y que ejerce su influencia en la modalidad de atención de las personas. Semejante confusión no es gratuita.

Sin embargo, algunos de los entrevistados que pertenecen a servicios específicos como “Familia y pareja” u “Hospital de día” mencionan otras formas de atención, aunque dentro del campo de la clínica. En el primero, la psicoterapia vincular, y en el segundo, el dispositivo de taller, que no deja de estar enmarcado dentro del enfoque asistencial, como complemento de la actividad psicoterapéutica⁷⁰.

En cuanto a la modalidad de los tratamientos clínicos individuales, se menciona reiteradas veces que la duración del tratamiento no depende de los tiempos institucionales, sino de los tiempos del sujeto, que pueden consistir en meses o incluso años. Luego se retoma, cuando los profesionales perciben la dificultad para la accesibilidad a los tratamientos, evidenciada en las largas listas de espera. Esta modalidad no es interrogada, y el cuestionamiento está vinculado a la falta de recursos humanos.

En servicios no específicos de salud mental la situación no es otra. En un servicio de guardia también aparece una actividad predominantemente clínica, pero con tiempos más acotados. Incluso en el servicio del área programática del hospital general indagado, la actividad prevalente de los psicólogos es clínica, siendo que actividades como el *screening* (actividad psicodiagnóstica del programa de Salud Escolar) dejó de estar a cargo de los psicólogos porque la demanda de la actividad clínica los “superó”⁷¹ y por “no contar con recursos humanos suficientes”⁷².

68 Entrevista a profesional de planta del hospital Ameghino.

69 Entrevista a profesional de planta del hospital Ameghino.

70 “En general vienen de una internación o se venían atendiendo en privado, y el profesional que lo atiende considera que no es suficiente; y ahí es difícil porque quieren mantener la terapia en el ámbito privado y nosotros incluimos el tratamiento individual en la institución como requisito y no sólo las actividades de taller [...]. Además de las entrevistas, dos o tres veces por semana, y un control de la medicación con seguimiento psiquiátrico, tenés dispositivos de taller para tender a establecer un lazo social con otros” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

71 Entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino.

En cambio, aparecen como novedosas en dicho servicio actividades interinstitucionales, que en su mayoría consisten en efectuar reuniones con los equipos de las diversas instituciones que derivan a los pacientes para una mejor atención de los casos clínicos. Tanto aquí como en otro servicio del centro de salud comienza a esbozarse como nuevo dispositivo de trabajo la modalidad de taller.

La tendencia descripta no es unánime. Una de las entrevistadas cuestiona que la modalidad de atención sea únicamente la psicoterapia individual y recuerda experiencias grupales que se han ido perdiendo con el correr de los años. Es interesante la observación recogida luego de entrevistar a dicha profesional en un CESAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria) al cual trasladó parte de sus horas laborales. Una colega suya de la misma institución tuvo oportunidad de comentar en una entrevista informal respecto a la entrevistada: “viene con toda la idea de hacer psiquiatría comunitaria y la mar en coche y ya va a ver cómo se la baja de un hondazo cuando esté dentro del consultorio y le caiga un paciente tras otro. Todo muy lindo, pero la realidad es otra”⁷³. Este comentario refleja la resignación frente a la posibilidad de otras prácticas, y la naturalización con que finalmente se homologa el ejercicio de la profesión con el ejercicio de la psicoterapia individual, incluso en el ámbito público.

Esta prevalencia de la clínica podría estar dada por la incidencia de diversos factores presentes en el discurso de los entrevistados: la formación académica, la formación en servicio, el perfil de la institución y las políticas de salud vigentes, en las cuales la mayor parte de los recursos humanos y materiales se destinan a la atención clínica, quedando relegada la promoción de otras modalidades de atención, como la atención domiciliaria o el Hospital de Día⁷⁴.

TRABAJO EN EQUIPO

Varios profesionales refieren realizar un intenso trabajo dado por “reuniones de los profesionales del equipo” y actividades internas “de formación”, si bien en la atención al paciente la actividad es individual. En otros casos, algunos de los entrevistados cuestionan el escaso trabajo en equipo, dado apenas por esporádicas reuniones. Otros, si bien valoran como positivo el trabajo del propio equipo refieren desconocer como trabajan y quiénes componen otros equipos/profesionales del hospital.

¿Quiénes integran los equipos de trabajo? La mayoría de los entrevistados refiere que el trabajo en equipo es dentro del servicio en el

72 Ídem.

73 Entrevista (informal) a profesional de planta de un centro de salud del GCBA.

74 “Hay muchos hospitales de día que funcionan con sólo dos profesionales rentados; no están normalizados, no hay presupuesto para Hospital de Día” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

cual se desempeñan, y estarían compuestos por psicólogos y psiquiatras. En algunos servicios habría también inclusión de trabajadores sociales, psicopedagogos y enfermeros. Se observa una tendencia a efectuar mayor número de actividades con colegas. Esto se evidencia en los equipos de residencia, donde las actividades de formación son diversas para psicólogos y psiquiatras, y en algunos servicios en los que, si bien habría integrantes de distintas profesiones de salud mental, “el equipo de salud mental” –así denominado por los entrevistados– estaría compuesto únicamente por psicólogos.

Con respecto a los efectos que produce el trabajo grupal, varios testimonios refuerzan la idea de los efectos positivos del trabajo en equipo. En uno de esos servicios, la conformación de un equipo posibilitó el armado de un proyecto de trabajo conjunto, con nuevos dispositivos de abordaje, actividades de intervención, propagación de un “efecto equipo”⁷⁵ a otros profesionales, tendiendo puentes entre profesionales de otras disciplinas del mismo servicio u otros servicios del hospital. Otro de los profesionales también relata como la conformación de un equipo, en el caso de guardia, tuvo resultados visibles en el tratamiento de los pacientes y en la posibilidad de disminuir el tiempo de internación. Otras entrevistadas lamentan que en su servicio no hay prácticamente trabajo en equipo⁷⁶, y una en particular cuestiona la falta de dispositivos grupales de contención para los propios profesionales, que funcionen como espacios de tramitación de las situaciones que enfrentan a diario⁷⁷.

El trabajo interdisciplinario es mencionado en reiteradas ocasiones, y de los discursos se desprende que implica consensuar estrategias de

75 Entrevista a concursante del Hospital Ramos Mejía.

76 “A la mañana cada uno de esos mini equipos es bastante autónomo e incomunicado, no hay ningún tipo de comunicación con el resto, así que se desconoce cómo trabaja cada equipo, sólo por lo que informalmente se sepa.

Entrevistadora: ¿Y hay reuniones de cada mini equipo?

Profesional: Todos venimos todos los días, pero cada mini equipo es el que hace admisión diaria, con los que uno trabaja los casos y se vincula. En teoría está planteada la reunión, pero no es algo que esté habiendo

Entrevistadora: ¿Hubo épocas que sí?

Profesional: Sí, en algunas nos reuníamos más metódicamente. De todos modos lo que hay es una comunicación informal sobre los pacientes, en el pasillo, en los consultorios, es gente con la que me siento a gusto trabajando. Lo que no estamos haciendo es generar un espacio grupal de equipo” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

“Con mucha dificultad, porque tenemos mucha tarea asistencial, cuesta mucho juntarse, no participa todo el equipo, tal vez los más activos, la parte más problematizada, con ganas de pensar lo que sucede y lo que es interesante es que parte de los integrantes de “consultorios externos” de la tarde ha integrado la asistencia profesional. Uno ve que la mayoría de los profesionales están muy anestesiados, sin ganas de pensar, de agruparse. Hay muy poca gente que tiene una actitud hacia lo institucional. Es como si lo único que se pudiera pensar es en categorías clínicas. Entonces tenés por un lado los psicoanalistas, que hacen sus grupos de estudio, sus presentaciones de caso; por otro lado, los psiquiatras, con su nueva neurociencia, que hacen lo mismo. Todo lo que tenga que ver con el malestar institucional, con reflexionar, todo lo que tenga que ver con una perspectiva más psicosocial... no sólo que no hay nada de eso, sino que es visto con resquemor, con desconfianza” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

abordaje “para que el tratamiento no sea esquizofrénico”⁷⁸, en pos de un mejor seguimiento de los pacientes. Todo parece ser en general muy esquemático: las cuestiones sociales estarían mayormente a cargo del trabajador social; el tratamiento psicoterapéutico, a cargo del psicólogo; y la medicalización, por parte del psiquiatra. Se observan ciertas contradicciones en cuanto al trabajo interdisciplinario: por un lado, algunos de los profesionales no consideran parte del equipo a profesionales de salud mental que no sean colegas, pero se conciben a sí mismos desde una postura de apertura al trabajo interdisciplinario mediante el consenso de estrategias. Asimismo, algunos profesionales psicólogos cuestionan la postura de ciertos psiquiatras en torno al lugar auxiliar otorgado a los primeros, pero muestran cierta reticencia frente al trabajador social en torno a tareas específicas⁷⁹. A su vez, la articulación con profesionales de salud ajenos al campo de la salud mental es poco mencionada, tanto en el hospital de emergencias como en el general. La guardia de salud mental, por ejemplo, comprendería la interconsulta con el médico clínico. El trabajo sería con el paciente “y después le informamos al clínico los pasos que siguen”⁸⁰.

Consideramos que las prácticas que mencionan los entrevistados como interdisciplinarias, en algunos casos poseen ciertos componentes propios de la interdisciplina, pero sigue siendo un desafío difícil de concretar⁸¹. Sería más acorde el uso del término de *multidisciplina* para estos casos, en los cuales el fuerte sería la intervención de cada una de las disciplinas sobre un determinado paciente, más que la construcción de un campo de intervención común.

Algunos profesionales relatan un fuerte trabajo en equipo. Es interesante la mención de dos entrevistados de un mismo servicio sobre la conformación reciente de un equipo, al que ellos denominan “el equipo de salud mental”, cuando está compuesto únicamente por psicólogos, habiendo en dicho servicio trabajadores sociales, psiquiatras, etcétera. Su conformación habría tenido efectos muy positivos en cuanto a las activida-

77 “Han pasado cosas graves en nuestro país, y el hospital público lo vive, mucha gente viene con esto, se ha visto en el 2001 mucha gente de clase media despojada de golpe [...] con el agravante de que los propios profesionales compartimos esa situación crítica, no estábamos en una nube alejada de la realidad [...], entonces esta situación especular con el paciente que viene a consultar, sin tener un espacio de tramitación... tendrían que haberse armado grupos de contención” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

78 Entrevista a profesional del Hospital Ramos Mejía.

79 “Para cierta ideología de ciertos médicos, el psicólogo tiene una función auxiliar, bueno, el trabajador social para qué lo necesitamos..., a mí me parece que por un lado está muy bien intencionado el hecho de plantear el equipo de salud, pero queda muy en el aire quiénes son del equipo de salud, quiénes pueden tomar la decisión de internar, porque entonces viene un trabajador social y te dice ‘a este hay que internarlo’, y vos decís, ‘podes opinar, me parece bárbaro’, pero me parece que no tiene herramientas para tomar decisiones en el área psicopatológica propiamente dicha” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

80 Entrevista a residente del Hospital Ramos Mejía

81 “Para hacer algo interdisciplinario no es suficiente elegir un sujeto/tema y juntarse dos o tres ciencias a su alrededor. La interdisciplina consiste en crear un nuevo objeto que no pertenece a ninguna” (Roland Barthes).

des desempeñadas por el servicio, posibilitando el armado de un proyecto de trabajo conjunto, con nuevos dispositivos de abordaje, actividades de intervención conjunta y renovando la iniciativa de los profesionales, así como la propagación del efecto “equipo” a otros, tendiendo puentes entre colegas de otras disciplinas del mismo servicio u otros servicios del hospital. Otro de los profesionales también relata cómo la conformación de un equipo, en el caso de la guardia, tuvo resultados visibles en el tratamiento de los pacientes y en la posibilidad de disminuir el tiempo de internación.

ACCESIBILIDAD, ADMISIÓN, DERIVACIONES

En cuanto a la accesibilidad al sistema de salud del ámbito público, se menciona en todos los entrevistados su “saturación”⁸². Esto comprendería: la admisión de los pacientes⁸³ a los tratamientos psicoterapéuticos, para los cuales en los tres efectores se menciona una considerable espera para ser admitido (en algunos se trataría de semanas, y en la mayoría, de meses). Asimismo, se reconoce el funcionamiento de un sistema de admisión ineficaz, en el cual en algunos casos el paciente termina concurriendo a la madrugada o la noche anterior para conseguir un turno. Es interesante que varios de los entrevistados cuestionan el sistema de admisión, pero cuando reflexionan sobre las variantes posibles permanecen dentro de la misma lógica –psicoterapia individual–, concibiendo como alternativas las actualmente vigentes. Estas serían, por un lado la admisión espontánea, que consiste en que el consultante se acerque a la institución en sus respectivos horarios de admisión y sean llamados de acuerdo al orden de llegada: “La gente, para conseguir un turno, se viene a dormir acá, se viene a las once de la noche del día anterior, y la sala la tenés que parece la nave

82 Un término reiterado en el discurso de los entrevistados:

“Porque acá no hay camas, porque está saturado, si hay uno que lo recibe sólo con orden judicial... pero es un método que no debiera existir” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

Entrevistadora: ¿Y con qué otras instituciones cuentan acá como recursos?

Profesional: En todas hay gente con buena disposición, formación, y otra que no. A veces es complicado lo que es la institución con esa cara que se presenta y otra cosa es cómo está compuesta por cada una de las personas. A veces no contás con la institución, pero contás con alguien que trabaja ahí y te pueda facilitar alguna cuestión... pero el sistema está muy saturado, la salud viene... como siempre, salud y educación...” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

“Estamos todos muy ocupados, tenemos lista de espera larga [...] Le dije que consultara en el Alvear, porque es complicado, porque para eso está interconsulta, pero hay tantos casos de interconsulta, porque están saturados los de interconsulta, que tenés que esperar tanto tiempo que al final termina en la nada. Hasta para los casos internos” (entrevista a concurrente del Hospital Ameghino).

83 Si bien el término consultante sería más adecuado, siendo que aún no ha iniciado el tratamiento, nos pareció el término que más se adecuaba tanto al discurso de los entrevistados –que suelen referirse con dicho término a quien padece un trastorno mental– como a la situación ilustrada de prolongada espera.

85 Entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear.

85 “El límite de la cantidad de admisiones es un tema controvertido en el equipo, porque es ilimitada la cantidad de gente y no hay la capacidad para atenderla” (entrevista a concurrente del Hospital Ameghino). “Nos vivimos interrogando, cambiando el sistema de admisión, pero con el límite de que no podemos resolver algo que nos excede” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

de los locos porque los tenés a todos esperando”⁸⁴. La otra alternativa sería la atención programada, para la cual el profesional va citando a los consultantes a medida que dispone de turnos que se liberan con el alta de pacientes. Siendo que es mayor la cantidad de personas que consultan que la cantidad de pacientes dados de alta, es moneda corriente la llamada “lista de espera”, con lo cual pareciera no haber resolución posible⁸⁵.

La saturación del sistema también está presente en casi todos los entrevistados a la hora de hacer una derivación, ya sea para internación en instituciones de crónicos, adictos, adultos mayores o niños, como para “consultorios externos”, hospital de día y, en algunos casos, para hacer una derivación a otro servicio del mismo hospital o incluso a otro profesional del mismo equipo. “No hay camas”, “nadie tiene turno” son frases reiteradas en los discursos de los entrevistados. Algunas situaciones son tan absurdas que el entrevistado no deja de reírse al contarlas.

Esta situación produce efectos de todo tipo, algunos aberrantes:

- Al paciente se le da de alta en la guardia, antes de pasar a internación, luego de meses de estadía en guardia.⁸⁶
- El consultante no se presenta al momento de comenzar el tratamiento, el cual se iniciaría varios meses después de haber tenido la entrevista de admisión.⁸⁷
- El consultante puede tener “suerte”⁸⁸ en la entrevista de admisión.

Una entrevistada relata que, si bien la espera entre dicha entrevista y el inicio del tratamiento consta de varios meses, el paciente puede ser atendido de inmediato si a un concurrente de primer año que está observando la entrevista –llevada a cabo por un concurrente de nivel superior– “le interesó y quiere tomar el caso”⁸⁹.

- El paciente es judicializado con el único motivo de efectivizar su internación.⁹⁰

En cuanto a la modalidad de efectuar las derivaciones, se observa una diferencia entre residentes y algunos profesionales de planta. Los primeros, en varios casos, denominan “derivación” al hecho de sugerirle al paciente una institución posible para el tratamiento. En los segundos

86 “Muchas veces se da el alta antes de ser derivado, porque ya con la medicación acá y el tratamiento desde la guardia pasó tanto tiempo...” (entrevista a residente del Hospital Ramos Mejía).

87 “Hasta para los casos internos, cuando tenés que derivar al padre de un paciente a Adultos... es eterno, tenés que hablar con el coordinador, él habla con otro coordinador, y hasta que va a la reunión de equipo y después tiene que dar un turno..., al final cuando le llega a ese padre, ya no quiere consultar” (entrevista a concurrente del Hospital Ameghino).

88 Entrevista concurrente Ameghino.

89 Ídem.

90 “Pedimos judicializar a un paciente, eso no debería hacerse casi nunca, pero nos vemos obligados porque hay hospitales que cuelgan un cartel que dice “únicamente se internan pacientes fugados, dados de alta del hospital o judiciales”, Si uno va con un paciente si la orden judicial te dicen, “no, mirá, no te lo puedo recibir”, entonces te obliga a judicializar al paciente...”. Entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear.

varios relatan la importancia de una derivación “cuidada”, para la cual se requeriría tener vinculación más directa con profesionales de otras instituciones o servicios, o bien mantener reuniones periódicas con referentes para las derivaciones. En estos casos se destaca la actividad y, en algunos casos, la voluntad de profesionales en particular que sobrepasa las posibilidades de la institución a la que pertenecen: “a veces no contás con la institución pero contás con alguien que trabaja ahí y te puede facilitar alguna cuestión”⁹¹. En cuanto a admitir a pacientes que pertenecen a otro distrito, uno de los entrevistados menciona la importancia de que sean internados en el ámbito que corresponde.⁹² Sin embargo, el entrevistado que hace referencia al tema reconoce al mismo tiempo que “el sistema de la provincia está devastado”⁹³. La pregunta que surge con dicho relato es: ¿qué pasa entonces con el sujeto? Es víctima de una violencia institucional propia de las “instituciones islas”⁹⁴ que caracterizan la posmodernidad: El Estado no estaría compuesto por una red de instituciones en las que el sujeto circula, sino que al estar fracturados los lazos entre ellas, cuando el sujeto sale de una institución cae inevitablemente al vacío.

En cuanto a las problemáticas de salud, la mayoría de los entrevistados manifiestan que actualmente se han agravado por la situación socioeconómica, y son denominadas “problemáticas asociadas”, “problemáticas sociales”, “cuadros mixtos”, entre otros⁹⁵.

Los entrevistados mencionan que *lo social* está hiperpresente en la carencia de recursos básicos, como vivienda, trabajo, etc., en la disgregación familiar y en el discurso capitalista que incitaría a un consumo irrefrenable de objetos insignificantes que incluso sería imposible adquirir. Como cuadros psicopatológicos se mencionan con frecuencia los intentos de suicidio, las depresiones, el consumo de sustancias y las tendencias impulsivas. Sobre esto último, en varios entrevistados se hace mención a la poca

tolerancia a la frustración y a la falta de palabra para resolver los conflictos.

¿Cómo se trabaja? ¿Con qué dispositivos de salud se cuenta? Siguiendo la línea de la psicoterapia individual. Varios entrevistados refieren la importancia, por un lado dentro del propio dispositivo, de “despegar la realidad psíquica de la material”⁹⁶ para que “no se empaste y se pueda trabajar desde el psiquismo”⁹⁷ y con los recursos simbólicos que el paciente cuenta. También se menciona la inclusión del entorno familiar mediante entrevistas a los miembros familiares del paciente. Asimismo, se refiere la necesidad de acudir a profesionales de otras disciplinas, en primer lugar, a trabajadores sociales. Por otra parte, los psicólogos mencionan la necesidad de asistencia psiquiátrica en lo referido a medicación. ¿Se escucha en los entrevistados alguna pregunta por modificar los dispositivos vigentes? No en su mayoría. A lo sumo, se considera que la problemática social es una realidad que el profesional debe tener en cuenta para abrirse al trabajo interdisciplinario o, con palabras de una entrevistada: “*lo tiene que tener en la cabeza, no que lo tenga que poner a jugar en la interpretación, pero sí lo tiene en la cabeza va a aparecer en la interpretación, en el pensamiento, en el encuadre, en donde sea*”⁹⁸.

Se infiere que hay una brecha entre lo que se percibe como necesidades de la población y la respuesta del psicólogo o del psiquiatra frente a ellas, quienes consideran a la psicoterapia prácticamente la única actividad de su incumbencia. Esto explica que en varios relatos se mencione que de las cuestiones sociales se ocupa el sistema social o que, en caso de que el profesional psi las aborde: “te encontrás con que hay más problemáticas sociales que psicológicas y haciendo tareas casi de asistente social”⁹⁹. Infiriéndose como telón de fondo cierta sensación de incertidumbre o de poca posibilidad de abordaje.¹⁰⁰

3) MARCO LEGAL

Al 85% de los entrevistados (10 de 13) se les preguntó por la legislación que rige la práctica profesional en forma abierta –sin mencionar ningún instrumento legal en particular–, y el 100% respondió haciendo referencia a la Ley 448, sin que surgieran otras menciones.

En cuanto a ella, se evidenció mayor conocimiento entre los profesionales de planta, en tanto para los residentes/concurrentes: “está muy lejos como para ser algo preocupante”¹⁰¹. Incluso una de las concurrentes

91 Entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino.

92 “En la última derivación que intentaron hacer, del Hospital de San Fernando les dije “ni se molesten” porque aparte es de un juzgado de Provincia, no tiene jurisdicción en Capital y te lo voy a rebotar con justa razón” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

93 “En la provincia no tenés muchas veces a dónde internar a un paciente, salvo que lo mandes a Open Door o al Paroissien, pero tampoco tiene camas”.

94 Lewcowitz, Ignacio Pensar sin estado. La subjetividad en la era de la fluidez, Ed. Paidós, Buenos Aires, 2004.

95 “En la actualidad aparecen cuadros mixtos, por ponerles un nombre de entrecasa, donde incide la problemática social” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

Profesional: Muchos pacientes sociales, alcoholismo, mucho ataque de pánico...

Entrevistadora: ¿Qué sería pacientes sociales?

Profesional: Que además de tener una patología psiquiátrica tiene problemas sociales (entrevista a residente del Hospital Ramos Mejía).

“Yo no veo mucha problemática asociada, no podría decir que la problemática de adicciones es la más relevante, o del consumo de sustancias, me parece que lo relevante es la complejidad de las problemáticas, el riesgo social, las situaciones de violencia. ¡as NBI!” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

96 Entrevista a profesional de planta del Hospital Ramos Mejía.

97 Entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear.

98 Entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino.

99 Ídem.

100 “Algo que complica esto es que está demasiado sucio todo el ámbito de la salud mental, con los trastornos sociales, laborales; entonces, se genera un campo en la sobra, donde tenés situaciones en las que está muy claro que estar deprimido es un signo de salud” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

Entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino.

entrevistadas, cuando se aproximó a la temática de los derechos a través de la mención de los espacios intrahospitalarios específicos de la acción política, comentó que “de política te podrá contestar mejor otra persona. Porque hay mucho de política en el hospital, de reclamemos nuestros derechos, de más salarios, de menor carga horaria, pero ya de por sí la clínica es muy pesada y requiere mucho trabajo como para poder estar en esos otros espacios”. Es de destacar la respuesta otorgada por un grupo de residentes cuando se los invitó a realizar la entrevista. Al mencionarse el interés por conversar sobre la práctica del residente y la articulación con la legislación vigente contestaron rápidamente que sobre esto último no creían poder aportar mucho. Se observa una falta de integración conceptual entre las situaciones institucionales derivadas de la tarea y sus factores políticos y sociales determinantes, como si se tratara de dimensiones sin intersección ni conexión alguna.

En referencia al contenido de la Ley 448, se indagó en primer lugar que ciertos puntos eran mencionados en forma espontánea por los entrevistados, sobre qué cuestiones recordaban de dicha ley o que les parecían relevantes para comentar. La mayoría de los profesionales refirió estar de acuerdo con el marco ideológico de la Ley, reconociendo en ella un “espíritu de avanzada”¹⁰², incluso una de las entrevistadas comentó con valencia positiva haber participado en los plenarios previos de la elaboración de la Ley. Sin embargo, prácticamente todos los entrevistados denunciaron que ha quedado reducida por el momento a un postulado teórico, con poca operación en la práctica.

Los puntos mencionados en el discurso de los entrevistados fueron los siguientes:

a) En primer lugar, la mayoría se refirió al inciso que establece qué profesiones pueden asumir cargos de jefatura. Sobre este se cuestionó la

101 “A mí me parece una ley que está muy bien formulada. En 1990 o 1991, cuando yo estaba en la cátedra de Salud Pública, hablar de interdisciplina era una entelequia y un discurso absolutamente cerrado [...]. A mí particularmente me produce cierta motivación leer esa ley” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ramos Mejía).

102 Sanción y promulgación: 1/XII/982. Publicación: B.O. 6/XII/982.

103 “Esta tendencia a la desmanicomialización me parece, en realidad, como proyecto... un disparate que no funcionó en ningún lugar del mundo. Veinte años de experiencia en otros lados donde no funcionó, creo que lo que es coherente es un proyecto de transformación, no me parece tener instituciones dentro de una concepción alienígena, pero sí con criterios más sociales, lugares... Habría que volver a las instituciones que tienen talleres, a los hospitales de noche, de día, me parece que a veces se malentiende la desmanicomialización y se termina generando esto. En Nueva York se llenó de homeless, gente que terminó en los parques en vez de en el hospital de turno. Yo no le veo mucho beneficio a eso, terminan siendo excluidos sociales” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

104 “No puede haber un lugar, como el Borda, el Moyano, donde se pueda internar a un paciente” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

105 “Desde ya, nadie está a favor de una política asilar/manicomial de dejar al paciente ahí como resto, empobreciéndose cada vez más subjetivamente. Eso no significa que no haya internación; la internación es necesaria” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

postura de determinados grupos de poder, específicamente de *médicos municipales* que obstaculizarían el nombramiento de profesionales no médicos, de los cuales la única profesión mencionada fue la del psicólogo. Estos grupos de poder serían los responsables de numerosos cargos aún no efectivizados y de una fuerte acción política para que continúe rigiendo el discurso médico como único discurso válido, haciendo uso del Decreto 22.914¹⁰³ como instrumento legal, constituyendo un tema de profundo malestar institucional en los equipos. Sin embargo, el nivel de debate abierto y de posibles formas de organización para con su abordaje es limitada o nula, según el servicio del que se trate. Es decir, aun observando el fenómeno y contando con herramientas para su enfrentamiento, la modalidad más usual sigue replicando el modelo liberal de atender el problema por la vía personal e individual.

b) En segundo lugar, se hizo mención al “movimiento” o “tendencia” de “desmanicomialización”. En general hubo acuerdos sobre la intención de fomentar una internación más breve y poner en cuestión las políticas asilares. Sin embargo, en varios casos el movimiento de desmanicomialización quedó asociado a una intención de cierre de toda institución psiquiátrica –de carácter abrupto y no como un proceso¹⁰⁴– y a la imposibilidad de la internación como práctica de salud¹⁰⁵. Un par de entrevistados mencionó las repercusiones que dicha política traería aparejada a la hora de ordenar la internación de un paciente en los tradicionales hospitales monovalentes, viéndose dificultada en los casos del paciente “que necesita tratamiento, porque tiene una patología crónica: es todo un problema porque parece que el Borda y el Moyano ya no son hospitales crónicos”¹⁰⁶.

c) En cuanto a la implementación de acciones tendientes a dicho fin, los entrevistados mencionaron en primer lugar la falta de políticas activas que promuevan recursos alternativos para hacer viable dicha transformación, como por ejemplo, las casas de medio camino. A esto se sumaría, por un lado, la representación degradada de la acción política en nuestro país, presuponiendo en cada acción política la supremacía de intereses partidarios sobre el bien común y la ineficacia asociada, ya sea por intereses contrapuestos como por la inoperancia de los políticos de turno para llevar a cabo una acción en tiempo y forma acordada¹⁰⁷. Varios entrevistados utilizaron los adjetivos “absurdo”, “estúpido” o “chamuyo”, para remitirse a la política de desmanicomialización. Por otro lado, varios mencionaron diversas experiencias en otros países, en los que dicho movimiento habría sido un fracaso o habría tenido efectos contrarios a lo esperado¹⁰⁸.

En menor medida se mencionaron los siguientes factores:

106 Entrevista profesional de planta Alvear.

107 “No hay otros recursos, no hay casas de medio camino; algo intermedio entre la internación y lo ambulatorio” (entrevista a residente del Hospital Alvear).

• La discriminación de la sociedad a las personas con padecimientos mentales considerados peligrosos, incluyendo al propio entorno familiar¹⁰⁹, viéndose dificultada su integración social¹¹⁰. Da la sensación de que esto último está naturalizado en el discurso de los entrevistados, con pocas referencias a la posibilidad de revertir esta situación, a que se produzcan cambios en el imaginario social que hagan viable su inserción social. Incluso en el relato de uno de los entrevistados pareciera ser él mismo quien encarna dichos prejuicios.¹¹¹ A esto aludimos con el concepto de “dispositivos congelados” (Di Nella, 2010). Frente al “problema” se ensayan diagnósticos, pero no tiene esto incidencia alguna en las prácticas, que siguen intactas, sin revisión o transformación alguna.

• La resistencia de los profesionales a modificaciones estructurales que puedan afectar su situación laboral o que vengan a cuestionar su rol profesional y su práctica cotidiana¹¹². Asimismo una enorme dificultad para poner en palabras dicho rol y para hacer un análisis crítico de las propias prácticas.

• El hecho clínico de pacientes con patologías que requerirían una internación de por vida. Varios entrevistados consideran que las instituciones psiquiátricas deberían seguir existiendo pero con características no asilares, de puertas abiertas. Evidentemente, se observa en parte de los entrevistados un enfoque que recela de lo asilar, pero no de la internación prolongada como estrategia clínica.

• En cuanto a los recursos alternativos a la internación, se acusó mayormente la falta de decisión política para la implementar casas de medio camino, hospitales de día, de noche, etcétera. Esto llevaría a “seguir alimentando”¹¹³ el modelo asilar y a no poder hacer valer el principio de la internación como último recurso. En el Hospital Alvear, varios entrevistados mencionan con valencia positiva dos nuevos dispositivos: el SIP (Seguimiento Interdisciplinario Postexternación) y el ADOP (Actividad de Control Domiciliario Psiquiátrico), si bien en algunos casos se criticó el

108 “Si es desde un eslogan publicitario de los políticos y después lotear los terrenos”, “que haya intereses por detrás, para la compra de lotes, cosas por atrás, estamos acostumbrados a que detrás de cada cosa haya intereses, se me hace difícil pensar en este país proyectos a largo plazo”, “este programa de desmanicomialización ..., pero bueno..., no se hasta dónde está demasiado mezclado con proyectos arquitectónicos y con contratos con clínicas privadas que absorben los pacientes que tienen esos lugares, hay situaciones políticas y sindicales”.

109 “Es verdad que después de estar tanto tiempo dé miedo salir, si sale está en bolas. No es que yo esté de acuerdo con que alguien esté internado durante cuarenta años. No tiene familia ni un mango ni laburo, está totalmente loco...” (entrevista a residente del Hospital Ramos Mejía).

110 “Acá me parece más imposible de realizar todavía. Porque no todos los pacientes están para tratamiento ambulatorio, porque no todas las familias pueden contener a sus parientes enfermos, porque hay muchos prejuicios en la sociedad [...]. La gente tiene miedo, no se sabe qué tipo de locura tienen dentro y tienen miedo, más cuando ven alguno que está brotado... No saben lo que pasa, miedo a la propia locura, uno va en el tren y aparece alguien hablando en voz alta y la gente se corre por las dudas” (entrevista a concurrente del Hospital Ameghino).

111 “No es que yo esté de acuerdo con que alguien esté internado durante cuarenta años, pero no tiene familia, ni un mango, ni laburo, está totalmente loco” (entrevista a residente del Hospital Ramos Mejía).

requerimiento de determinadas condiciones por parte del paciente (hogar, entorno familiar que acompañe, etc.) que hace que estos programas no sean accesibles para todos. En el Hospital Ameghino se mencionan como proyectos novedosos talleres para niños, como germen de un hospital de día para niños y, en el área programática del Ramos Mejía, el inicio de talleres con tríadas tutoriales de las escuelas que dependen del área. Una de las entrevistadas que formaba parte de un servicio de hospital de día cuestionó el poco lugar que otorgan las políticas de salud a estos dispositivos, evidenciando así la falta de recursos materiales y humanos para este tipo de propuestas. A su vez, mencionó que el hecho de enunciar en la Ley N.º 448 acciones para fomentar la desmanicomialización implica desconocer los recursos actuales en vigencia, como los hospitales de día, acusando a la ley de “discriminatoria”¹¹⁴.

• Otro punto mencionado fue el referente a los equipos de salud. En varios casos se valora de manera positiva fomentar el trabajo interdisciplinario. Uno de los profesionales cuestiona que “ha quedado en el aire quiénes componen el equipo de salud”¹¹⁵ y principalmente “quiénes poseen la decisión de internar”¹¹⁶. Sobre esto último, si bien denuncia la resistencia de los médicos (al continuar considerando al psicólogo como un auxiliar de la práctica médica) se muestra en desacuerdo con que un profesional del equipo de salud mental que no sea médico o psicólogo pueda tomar la decisión de internar¹¹⁷.

En menor medida se mencionó que la ley otorgaría mayores garantías al paciente en las siguientes cuestiones:

- Procedimientos para la internación.
- Derivaciones.

112 “Hubo un intento muy ruidoso de intervención, pero fracasó, donde la mayor parte del hospital se abroqueló defendiendo a su director [...] la idea de que se cierre era una afrenta; siempre están los agitadores con el discurso de que van a cerrar las fuentes de trabajo [...], y después la defensa, cuestiones ideológicas muy primitivas, de ‘nos vienen a atacar’”.

113 Entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear.

114 Entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino.

115 Entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear.

116 Ídem.

117 “Para cierta ideología de ciertos médicos, el psicólogo tiene una función auxiliar, bueno, el trabajador social para qué lo necesitamos..., a mí me parece que por un lado está muy bien intencionado el hecho de plantear el equipo de salud, pero queda muy en el aire quiénes son del equipo de salud, quiénes pueden tomar la decisión de internar, porque entonces viene un trabajador social y te dice ‘a este hay que internarlo’, y vos decís, ‘podes opinar, me parece bárbaro’, pero me parece que no tiene herramientas para tomar decisiones en el área psicopatológica propiamente dicha” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

118 “La ley tiene un espíritu de apuntar y respetar el padecimiento subjetivo y entra en contradicción con las políticas de salud; cuando digo ‘las políticas de salud’, digo ‘las políticas de salud del mercado’, pero como bajan de la OMS las patologías de riesgo, de atención de moda” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

- Respeto por la singularidad del paciente (cuestión obstaculizada por las políticas de salud “del mercado” y la industria farmacológica).¹¹⁸
- Acceso a la historia clínica, si bien esto último sería discutible ya que podría ser en detrimento del paciente.¹¹⁹

Hubo reiteradas referencias a los obstáculos para implementar la Ley, adjudicados en primer lugar a la ya mencionada falta de decisión política de los funcionarios de turno y a la acción de asociaciones gremiales con intereses contrapuestos.

Se mencionaron en varios casos determinadas representaciones y prácticas arraigadas en los profesionales de salud que obstaculizarían las transformaciones propuestas en la Ley: espíritu corporativo, desinterés, desidia y desinformación. Sobre esto último, una propuesta realizada por una de las entrevistadas consistió en que cada hospital contara con espacios de formación sobre legislación para el personal de salud.

La temática de los derechos de los pacientes no fue siquiera mencionada (espontáneamente) al hablar del marco legal y las prácticas vigentes. No así las cuestiones relativas a la vulneración de los derechos de los profesionales, sobre todo en torno a los obstáculos en la efectivización de los nombramientos a cargos públicos. En varias entrevistas se relata la acción política ejercida por agrupaciones de profesionales (de los residentes, de la Asociación de Profesionales) en torno a reclamos por remuneración, nombramientos, cursos de formación, día posguardia, condiciones alimentarias.¹²⁰

En algunos profesionales se mencionó la vulneración del derecho de las personas a recibir asistencia. Generalmente la referencia a esto se producía a raíz de relatar las dificultades para efectuar una derivación, una internación o conseguir un turno para consultorios externos, con largas esperas y traslados de una institución a otra, siempre haciendo referencia a la carencia de recursos humanos y materiales del sistema de salud (el Estado como una entidad ajena a los profesionales que lo habitan). En

119 “Puede tener puntos que con toda la buena intención puede ser complicado, por ejemplo, cuando dice que el paciente y toda la familia tienen que tener derecho a acceder a la historia clínica, no es lo mismo en dermatología o en odontología que en salud mental, donde puede ser perjudicial para el paciente... lo puedes mandar al muere” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ameghino).

120 “La Asociación de psicólogos es un gremio que pertenece a la Federación, todo lo que sean reclamos gremiales, una cantidad de derechos que están siendo vulnerados... nos estamos ocupando de ellos.

Entrevistadora: ¿A qué derechos vulnerados te referís?

Profesional: En este momento estamos haciendo un reclamo salarial importante, reclamando el 30%. El 19% se le dio a todos los otros gremios municipales y a nosotros no. Estamos haciendo reclamos importantes con respecto a la especialidad, ya que la medida fue muy arbitraria: a unos se les reconoció especialidad y a otros no, y de acuerdo a la ordenanza N.º 41.445, por la cual ingresamos a planta permanente de los hospitales, todos los profesionales médicos y no médicos tenemos derechos a la especialidad” (entrevista a profesional de planta del Hospital Ramos Mejía).

Otro Profesional: “Apareció un escrito anónimo, [...] amenazante contra los judíos, nombraba a profesionales con origen judío, y el departamento de personal rápidamente decidió hacer un acto donde se convocó a todas las fuerzas del hospital, gremiales, nosotros como Asociación de Profesionales fuimos” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

cuanto a la internación, varios profesionales dicen tener que recurrir a la judicialización para acceder a la internación de un paciente.¹²¹

Varios de los entrevistados que ejercen en el hospital de emergencia psiquiátrico, al mencionar el tema de los derechos de los pacientes mencionan la diferencia que habría con un hospital psiquiátrico de patologías crónicas, en los cuales habría un ambiente más propicio para la vulneración de los derechos.¹²²

En relación a esto último, una de las entrevistadas refiere, recordando su experiencia de residente en el Hospital Moyano hace aproximadamente veinte años:

Son instituciones que tienden a masificar, a cosificar, y uno tiene imágenes que recuerdan los campos de concentración: recuerdo a las pacientes descuidadas, desparramadas, en medio de olores nauseabundos, con sus platos haciendo filas para que les sirvan un guiso que a uno le resultaría nauseabundo [...] lugares sucios, cuestiones de descuido, de abandono de los cuidados clínicos de los pacientes, recuerdo estar de guardia e ir al servicio de clínica y ver pacientes que estaban internados hace una semana y no les hacían los estudios, en estados críticos, dejados. Ni hablar de la época en que no les mandaban ni de comer...¹²³

A su vez menciona cómo la impactó “la pasividad y naturalidad del conjunto de profesionales [...], yo estaba en un sector, en el servicio de agudos, donde no se notaba esto, pero empecé a ver en el parque pacientes que conocía, que de ser gordas de pronto estaban flacas, me impactaba que muchos colegas no tuvieran ninguna reacción...”¹²⁴.

Desde el relato de otra entrevistada también hay una referencia a la vulneración de los derechos de los pacientes y al impacto que produjo en ella el maltrato de profesionales con antigüedad en el ámbito público hacia los pacientes.

Yo cuando vine acá me costó muchísimo porque de

121 “Hay hospitales que cuelgan un cartel de que dice “únicamente se internan pacientes fugados, dados de alta del hospital o judiciales”, si uno va con un paciente sin la orden judicial te dicen, “no, mirá, no te lo puedo recibir”, entonces te obliga a judicializar al paciente” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

122 “No es tan flagrante como en el Moyano, es que no es lo mismo un paciente que está más vinculado a su familia, que tiene un plazo corto, que alguien que vive en una institución total. Para el paciente del Moyano, toda su vida y su proyecto se reduce a permanecer en ese ámbito, desde su derecho a la libertad, es mucho más proclive en ese tipo de instituciones a que se incumplan los derechos” (entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear).

123 Entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear.

124 Ídem.

donde venía yo, del Lanari, se hace todo por el paciente, te inmolás por el paciente, tu vida es una mierda y hacés todo para salvar al paciente, acá parece que el paciente es nada, lo atendés y listo [...] la gente de planta es de terror, falta de respeto... darles un turno cuando saben que van a estar de vacaciones [...] una desidia, igual no pasa con todos, les pasa a algunos, y los mirás y decís "Dios no me lo permita".¹²⁵

En ambos relatos se trata de la visión de un profesional que ingresa recientemente al sistema y se asombra de la naturalidad con la que otros profesionales se manejan en situaciones en las cuales se evidencia una vulneración de los derechos de los pacientes. Asimismo, otro de los relatos de esta última entrevistada confirman cómo el profesional se va apropiando de la cultura institucional a medida que permanece en ella:

Cuando entré acá me horroricé por algunas cosas, pacientes que vienen con un brote psicótico a la guardia y no quieren tomar la medicación y por ahí se les dice que lo que van a tomar es otra cosa, para que lo tomen, [...] Son cosas que antes me chocaban mucho, pero después empezás a entender que es para protección de uno, del paciente, de los que están alrededor, y sino tenés que pedir ayuda a la policía, que lo agarrara cada uno de un miembro para "pichicarlo" a la fuerza. El paciente iba a terminar inyectado. Así por lo menos se evitó esa situación de violencia.¹²⁶

Una cuestión que mencionan varios entrevistados es la discriminación del paciente psiquiátrico por parte de profesionales médicos ajenos al campo de la salud mental, pero que se encuentran a cargo de su atención en la guardia¹²⁷. Por un lado, los padecimientos psiquiátricos no serían considerados problemáticas de salud por algunos profesionales y, por el otro, estos pacientes no serían bien recibidos por alterar el ritmo de la guardia. A su vez, varios profesionales refieren la poca formación en salud mental del personal médico, ya sea por la poca formación recibida en la carrera de grado, (menor a la referente a otras áreas médicas) y a la especialización obtenida en la práctica, en detrimento de saberes más generales.

En cuanto a los prejuicios de los profesionales frente al padecimien-

125 Entrevista a residente del Hospital Ramos Mejía.

126 Ídem.

127 "Si no es una emergencia..., no te llaman por un paciente depresivo de hace veinte años, menos lo van a hacer por un paciente psiquiátrico, que son odiados en la guardia, cada vez que indicamos internación en la guardia es toda una lucha, no es como un paciente quirúrgico, médico, como si los psiquiátricos no tuvieran una enfermedad, son los locos" (entrevista a residente del Hospital Ramos Mejía).

128 Entrevista a profesional de planta del Hospital Alvear.

to mental, varios entrevistados destacan que no es sólo privativo del profesional médico. Uno de los entrevistados relata la actitud de indiferencia de profesionales de servicio social cuando se trata de un paciente psiquiátrico. Por otro lado, varios entrevistados refieren la actitud del entorno familiar y de la sociedad en sí misma. Es muy ilustrativo lo enunciado por una de las entrevistadas al respecto: "Creo que el tema de la salud mental, de la locura, que es su contracara, que creo que es lo que prima en la sociedad, es un tema muy tabú para que se lo tome como reivindicación... La locura no se quiere pensar"¹²⁸.

4) CONCLUSIONES

Tratamos de describir lo observado en las entrevistas. Al preguntarnos si las prácticas de salud mental promueven o resguardan los derechos humanos, una multiplicidad de factores se pone en juego. Este trabajo se nutre del discurso de una serie de profesionales de dicho campo que se desempeñan en instituciones diversas del GCBA (un centro de salud mental, un hospital general y un hospital de emergencias psiquiátricas) y se centra en las representaciones y prácticas de los actores mencionados. La primera cuestión que surge como interrogante al escuchar el relato es: ¿en qué consiste la especificidad del rol del profesional de salud mental en el ámbito público?

Es evidente que en la actualidad el rol del profesional de salud mental, en el sistema público, está muy emparentado al ejercicio de la clínica psicoterapéutica privada. Varios autores señalan cómo desde mediados de los años setenta del siglo pasado, las prácticas de los profesionales de salud mental, especialmente del psicólogo, están prácticamente homologadas al ejercicio de una clínica que se pretende ajena al contexto socio-económico-político y cuyo dispositivo intenta permanecer indemne a los diversos ámbitos en los cuales funcione.

El intento por extrapolar al ámbito público la práctica privada produce más bien una clínica degradada: tiempos acotados, espacios reducidos y la no posibilidad de elección del terapeuta "de turno" por parte del -ineludiblemente- paciente, a quien no le cabe otra posibilidad de rol o función. Y lo que se degrada, a su vez, en la reproducción de dichas prácticas, es la salud pública.

El profesional, lejos de concebirse como un representante del Estado que resguarda el cuidado de la salud colectiva, enmarca su accionar únicamente en el diagnóstico y tratamiento de *la enfermedad* mental. Estas prácticas, destinadas a la singularidad de cada individuo *enfermo*, producen en el sector salud la inequidad social presente en otros ámbitos.

La concepción de asistencia que domina es reducida, no sólo por la carencia, según denuncian unos pocos entrevistados de dispositivos

psicoterapéuticos grupales, sino por la invisibilidad de otros dispositivos de atención. No obstante, el principio de milenio cuestiona fuertemente dichas prácticas. La crisis de 2001 está presente en el discurso de varios profesionales a la hora de definir las problemáticas de salud mental de la población. El binomio “necesidades básicas insatisfechas” y “cultura consumista mediática” parece trazar nuevas formas de padecimiento o reagudizar las existentes: crisis de angustia desmedida, ataques de pánico, depresiones severas, personalidades disociadas y actuadoras, son las que refieren prácticamente todos los entrevistados. Los profesionales reconocen que esta realidad desborda los dispositivos con los que cuentan.

¿Aparece la pregunta por las *formas* de abordaje? No, a lo sumo, la respuesta se amplía al considerar el trabajo en conjunto de otras disciplinas. Este trabajo, muchas veces conceptualizado como “interdisciplinario”, consiste más bien en que cada disciplina se ocupe de lo que le *corresponde*, en forma articulada: el psicólogo de la *realidad psíquica*; el psiquiatra, de las *causas/efectos biológicos* del padecimiento mental; y el trabajador social, de los *factores sociales* que inciden. ¿Es esta una práctica que efectivamente suponga una concepción integral de la Salud? Más bien da cuenta de cómo el *Modelo Médico Hegemónico*¹²⁹ sigue operando en las prácticas cotidianas. Modelo que bien podría ser generalizado como *Modelo Profesional Hegemónico*, pues no es sino una asunción de todo el servicio, aunque su origen histórico como ideología (anti) sanitaria tenga por la medicina su principal portador.

El escaso margen para la salud colectiva es permanentemente alimentado por las políticas de salud vigente, con programas atomizados que escatiman recursos materiales y humanos con formación idónea cuando de atención primaria se trata.

Rescatar la especificidad del ámbito público implicaría analizar la compleja realidad institucional y desde allí elaborar colectivamente estrategias asistenciales diversas, ampliando la noción de asistencia de manera tal de que los servicios trabajen no sólo con el *individuo-paciente* que llega a consulta sino también, entre otros, con instituciones intermedias de la zona, a fin de acercarse lo más posible a las necesidades de salud mental de la población y generando/fortaleciendo multiplicadores asistenciales. De otra forma, la vulneración de los derechos humanos en las prácticas de salud mental es una constante en el punto más básico de no brindar asistencia a quien lo demanda. O peor aún, a quien ni siquiera accede a las instituciones de salud cuando una problemática lo aqueja.

En este punto, la vulneración de los derechos de los pacientes es un tema muy álgido. Los profesionales reconocen que una parte importante

de la población que demanda *atención* (la cual es asimilada únicamente como *psicoterapéutica*) no puede ser asistida en un tiempo razonable. Es llamativa la naturalización con que se perciben fenómenos como la “lista de espera” o las “largas horas de espera” por la madrugada para conseguir un turno. A lo sumo si es cuestionado se adjudica íntegramente la cuestión al Estado como macro institución que no proveería de los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios.

No es cuestión aquí de culpabilizar al profesional en particular. Las prácticas reproducen una forma de concebir la salud mental que es arrastrada desde la formación universitaria, se refuerza en el ejercicio profesional y se realimenta con los programas y políticas de salud vigentes. En el imaginario social el profesional de salud mental es sinónimo de psicoterapeuta: se oferta psicoterapia y se demanda psicoterapia. Su similitud con salud mental no es simple ni azarosa. No obstante, los profesionales no sólo reproducen un discurso hegemónico, sino que en la práctica misma producen nuevos sentidos, proyectos e incluso posibles transformaciones en las políticas de salud. Con lo cual, visualizar y debatir la problemática de los derechos humanos en dichas prácticas, teniendo como eje una concepción colectiva de la salud, es un factor de suma importancia.

En general, lo relativo al marco legal no está a la orden del día en la inquietud de los profesionales. Sí hay una visible preocupación por las cuestiones que atañen a sus derechos. Gremios y asociaciones de profesionales concentran la mayor parte de su accionar político en la lucha por derechos vulnerados de larga data por las políticas de salud de turno (asignación de cargos y aumentos salariales, entre otros). En efecto, uno de los puntos más mencionados por los profesionales de la Ley de Salud Mental de la Ciudad fue el referente a quiénes pueden ocupar cargos de conducción (Art. 12 inciso L) sobre el cual versarían enfáticas luchas de poder.

Con respecto a la Ley mencionada, hay un considerable conocimiento por parte de los profesionales de planta en lo que respecta a impulsar transformaciones en las políticas asilares. No obstante, hay un descreimiento importante –incluso en algunos servicios llega a ser generalizado– en cuanto a la posibilidad de implementarlas. Los “movimientos de desmanicomialización”, tal como son mencionados, se perciben como inviables al punto de adjetivarlos, en algunos casos, de utópicos u absurdos.

La principal dificultad estuvo adjudicada a la ineficiencia e ineficacia de las políticas públicas: los permanentes cambios en la agenda pública, con los sucesivos cambios de gobierno y en particular de funcionarios en el área de salud no colaborarían con la ejecución de políticas concretas, siendo una constante la falta de decisión política para asignar mayores presupuestos o redistribuirlo acorde al espíritu de la Ley.

Asimismo, cuando se retoman experiencias similares en provincias argentinas, así como en otros países o regiones, las comparaciones no

129 Algunas características de este modelo, conceptualizado por E. Menéndez, es su a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa y relación profesional-paciente asimétrica y subordinada.

son alentadoras en las apreciaciones generales, más nutridas de rumores y prejuicios que en información validada. Si resultaron exitosas, se enfatiza la distancia que habría con la situación política, económica o social de la ciudad de Buenos Aires. Si se las conceptualiza como intentos fallidos con consecuencias contrarias a las buscadas, se desacredita su replicación y desaparece la oportunidad de tomarlas en cuenta en posibles enseñanzas para otras transformaciones. En unos pocos casos también se hizo mención a los prejuicios contra la locura, instalados en el imaginario social, que la asocian directamente con peligrosidad y encierro, y a las resistencias de numerosos profesionales que verían peligrar su identidad profesional, sus puestos de trabajo o la hegemonía de un determinado paradigma.

Es de destacar la poca mención a otros instrumentos legales por parte de los entrevistados. Más allá de las leyes de ejercicio profesional y de la Ley supuestamente “inaplicable” de SM de la Ciudad, no pareciera haber ninguna herramienta normativa. A su vez, es llamativo (en tanto llama a hacer algo con eso) la escasa formación e interés por parte de los profesionales en las cuestiones de orden legal. Nuevamente, el carácter público de las prácticas es invisibilizado o desacreditado. Se privilegia la legalidad interna a los dispositivos por sobre la normatividad nacional o jurisdiccional.

La política no tendría nada que ver con la práctica propia, borrando la función social que implica ejercer una práctica profesional, más aún en un espacio público.

Valdría la pena –de hecho nos llevaría a ahorrar otras– el desafío de promover espacios de formación y debate en los efectores de salud que ayuden a recuperar la dimensión pública de las prácticas profesionales y su indisoluble articulación con los derechos humanos.

OBSERVACIONES FINALES

Este estudio ha indagado en la concepción de los profesionales de SM de la Ciudad de Buenos Aires sobre algunos temas básicos para su labor en el marco del contexto legal vigente. Si bien nuestra muestra es pequeña, su heterogeneidad nos permite establecer algunos patrones básicos de la concepción predominante. Es decir, nos permite inferir una tendencia. Por lo tanto, si bien sería arriesgado extraer conclusiones definitivas, de todo el material recogido podemos sintetizar algunas ideas fuerza:

- 1 El ámbito público es poco definido o sin demasiada especificidad.*
- 2 El rol profesional se reduce al de psicoterapeuta.*
- 3 La práctica profesional tiende a ser pensada liberalmente.*
- 4 El discurso clínico se impone al pensamiento sanitario.*
- 5 El rol del profesional reproduce en la praxis concreta la dualidad mente-cuerpo.*

- 6 La función psi no integra los tres niveles de la prevención.*
- 7 El sujeto tiende a ser observado casi exclusivamente en su enfermedad.*
- 8 La salud no es definida ni es objeto de la praxis.*
- 9 La promoción de la salud no aparece en el horizonte de práctica.*
- 10 El profesional psi tiene escaso interés en la actividad pública intra e interinstitucional.*

ANEXO. GUÍA DE ENTREVISTA

Sistema de Salud Mental de la Ciudad de Bs. As.

- Equipo de profesionales: Qué profesiones lo componen, modalidad de trabajo del equipo.
- Perfil de la población: Cantidad de pacientes (por mes, por profesional, etc.), patologías prevalentes, edades, sexo, residencia, nivel socioeconómico.
- d. Características de la atención: Modalidades de atención¹³⁹: ambulatoria, internación, hospital de día, atención domiciliaria programada, acciones de prevención/promoción/educación para la salud, emergencias y traslados, diagnóstico y tratamiento. En cuanto a este último: psicoterapia individual/ familiar/grupal, dispositivos psicopedagógicos/acompañamiento terapéutico/laborterapia/musicoterapia/ otros.
- Destinatario de las acciones: paciente individual, familia, grupo de pertenencia, comunidad (vecindario, instituciones barriales, organizaciones de la Sociedad Civil, referentes de salud barriales, etc.).
- Instalaciones a disposición: consultorios, salas, camas, auditorios, etc.
- Accesibilidad.
- Criterios de admisión.
- Sistema de referencia y contrarreferencia.
- Recursos a disposición del sistema de salud u otros.
- Criterios y procedimientos para la internación y para el alta.
- Internaciones.

- Cantidad de Pacientes internados voluntaria o involuntariamente.
- Promedio de tiempo de estadía.
- *Representante legal* (asignación, visitas, etc.)
- Visita de familiares.
- Salidas terapéuticas.
- Sistema de reinserción comunitaria.
- Sistema de contención especial.
- Interacción/comunicación con los juzgados.
- Marco normativo de la prácticas de salud mental
- Conocimiento de la Ley N.º 448. Obstáculos y facilitadores para su implementación en la práctica.
 - Situaciones de cumplimiento de los derechos de pacientes y profesionales.
 - Conocimiento del marco normativo nacional e instrumentos internacionales. *Buenas prácticas en Salud Mental*¹³¹. Concepciones, viabilidad.
 - Concepciones/Representaciones sociales de las prácticas en salud mental.
 - Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad mental.
 - Representaciones sociales sobre el sistema de salud mental vigente.
 - El rol profesional. Campo teórico y ámbitos de aplicación.
 - Especificidad del trabajador de salud mental en el sistema de salud público: Cómo se definen las estrategias de las acciones por realizar: formación profesional (de grado, de posgrado); actividades de capacitación.
 - Satisfacción con la tarea, realización profesional.

con la finalidad de llegar a un diagnóstico.

- Tratamiento: Se resuelven problemas de salud de los pacientes por medio de métodos terapéuticos. Comprende entre otros: rehabilitación, procedimientos dialíticos, medicina transfusional, terapia radiante, aplicación de citostáticos, psicoterapia. No se incluyen dentro de esta modalidad, los tratamientos quirúrgicos, generalmente ligados a la internación.

- Medicina preventiva: Es la modalidad en la cual se realizan regularmente acciones de prevención sobre la población y el medio.

- Educación para la salud: Favorece la salud de las personas capacitando a los individuos y grupos para conseguir los objetivos fijados de salud, mejora y mantiene la calidad de vida, mejora la interacción humana y fomenta la autonomía del paciente en el sistema de salud. (OMS/UIES, 1991)

- Emergencias y traslados: La atención se organiza para trasladar o resolver in situ problemas de salud de pacientes en estado potencial de riesgo, poniéndose en marcha a partir de una demanda efectuada a distancia. Supone la existencia de una BASE en la cual se centralizan las demandas y se dispone la concurrencia, en el tiempo previsto.

¹³¹ Se tomó como referencia los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.