

2014-07-15

Análisis de las discrepancias y correspondencias entre el discurso y la práctica en Salud Mental. Estudio del caso del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis

Iparraguirre, María Belén

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/185>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

Análisis de las discrepancias y correspondencias entre el discurso y la práctica en Salud Mental. Estudio del caso del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis.

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. (143/89)

Apellido, Nombre y Matrícula de los Autores:

Iparraguirre, María Belén. Matrícula: 08534/08

San Román, Melody. Matrícula: 08588/08

Supervisor Institucional: Lic. Más, Fermín.

Año 2014

Agradecimientos

A todos y a cada uno de aquellos que de distintas formas colaboraron en la realización de este trabajo. A nuestras familias y en especial, a nuestro tutor de tesis, Fermín Más.

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de las estudiantes Iparraguirre, María Belén.

Matrícula: 08534/08 y

San Román, Melody. Matrícula: 08588/08 de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras”.

El que suscribe manifiesta que el siguiente Informe Final corresponde a la Tesis de Pre-grado elaborada por Iparraguirre, María Belén. Matrícula: 08534/08 y San Román, Melody. Matrícula: 08588/08 conforme a los objetivos y el plan de trabajo pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los días.....del mes de.....del año 2014.

Firma, aclaración y sello

Supervisor

Evaluación del desempeño investigativo de las alumnas, realizado por el supervisor:

Las tesoristas han realizado un excelente estudio de caso sobre la transformación institucional del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad puntana de San Luis. Han trabajado documentándose, observando y profundizando las entrevistas que de por sí se llevan a cabo en las pasantías que ofrece dicho Hospital Escuela, y a las que han accedido a realizar como parte de su formación extracurricular en estos temas.

En los últimos años hemos asistido a una transición del modelo biomédico al modelo psicosocial de salud mental, con un enfoque crecientemente comunitario. Muchos procesos y transformaciones han acompañado esta transición, entre ellos, los de transformación institucional -o desmanicomialización, según los puntos de vista- y las reingenierías organizaciones en los servicios de hospitales monovalentes de salud mental. Esto, al mismo tiempo, ha traído consecuencias a nivel de los discursos y de las prácticas, muchas veces controversiales, abriendo un campo más que relevante para investigaciones de salud mental comunitaria.

La investigación que aquí se presenta, llevada a cabo con exhaustiva dedicación durante cada una de las etapas, nos acerca evidencia sobre ciertas correspondencias entre discursos y prácticas (como por ejemplo la incorporación del componente social en la lectura de la locura, la rehumanización del loco, la centralidad del derecho a la salud, el abordaje interdisciplinario, etc.) así como algunas discrepancias (las prácticas de contención, la externación planificando apoyos, la inserción del paciente en la comunidad, etc.), que permiten identificar los problemas que deberemos

abordar en estas épocas de reformas sanitarias a nivel de la salud mental comunitaria.

Firma, aclaración y sello

Supervisor

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Iparraguirre, María Belén. Matrícula: 08534/08 y San Román, Melody. Matrícula: 08588/08

Firma y Aclaración de la Comisión asesora

Fecha de aprobación:

Índice

Marco teórico

Introducción.....	2
Concepción de la locura a lo largo de la historia.....	3
Definición de Salud Mental.....	12
Salud Mental en la Argentina.....	15
Legislación Nacional Actual.....	18
Experiencia del HESM en San Luis.....	22

Análisis de los dispositivos de atención

Introducción al análisis de los dispositivos de atención.....	28
Análisis de los dispositivos de atención en el Hospital Escuela de Salud Mental, provincia de San Luis.....	30

Análisis de entrevistas

Introducción al análisis de las entrevistas.....	58
Análisis intracategorial.....	59

Análisis intercategorial.....	109
<u>Análisis de correspondencias y discrepancias entre el discurso y la práctica</u>	
Introducción al análisis de correspondencias y discrepancias.....	116
Correspondencias.....	117
Discrepancias.....	122
<u>Conclusiones</u>	
Análisis de la hipótesis y objetivos.....	129
Bibliografía.....	138
Anexos metodológicos.....	145

Marco Teórico

Introducción

La internación representa la práctica predominante en relación a la locura. Las instituciones que utilizan este tipo de prácticas, han sido y son cuestionadas en cuanto a su objetivo básico: rehabilitar. (Goffman, 1972)

La historia de la psiquiatría demuestra que tanto la actitud frente al enfermo como el tratamiento que se practica, se traduce y discurre en el espíritu del tiempo. (Foucault, 1967)

Entre los saberes que actuaron y definieron “la locura”, encontramos a la mitología, la religión, la filosofía, la psiquiatría e inclusive el derecho de cada sociedad. (Foucault, Ibíd)

En la actualidad, el aporte del derecho sobre la Salud Mental ha cobrado un papel preponderante en Argentina, a partir del surgimiento de la Ley Nacional Nº 26657, la cual reconoce a la Salud Mental (2011) *“como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”* Dicha concepción implica un cuestionamiento de las prácticas llevadas a cabo con las personas que padecen dolor psíquico.

Una experiencia de transformación institucional en el área de Salud Mental, fue llevada a cabo a partir de 1993 en el Hospital Escuela de San Luis. Con el objetivo de desmanicomializar la institución, a partir de un proceso de reforma que abarcó tanto la dinámica y objetivos de los servicios del hospital, como la formación conceptual y axiológica de los agentes que allí trabajan.

Concepción de la locura a lo largo de la historia

Partiremos de la realización de un breve recorrido por las conceptualizaciones de la locura en las distintas épocas, tratando de reflejar cómo los discursos repercuten en las prácticas y en los modos de “tratar al loco”.

Tal como dice Galende (1983) *“Es necesario analizar la sucesión de las coyunturas teóricas y prácticas que constituyen la historia específica de la Psiquiatría, partiendo del principio de que el conocimiento histórico no puede ser una historia de las ideas sino de los modos históricos de la producción de esas ideas”*.

Para hacer este recorrido, seguiremos el hilo del libro *“Historia de la locura en la época clásica”* de Michael Foucault (1967), en donde podemos distinguir tres épocas de la locura: el Renacimiento, Siglo XV, época del embarco de los locos; la época clásica en los siglos XVII y XVIII, época de su encierro en el Hospital general; y la época moderna, la de la ilusión de su liberación por Pinel, como así también de su medicalización.

Durante el Renacimiento, la locura es vista como la encarnación del mal. Es en esta época que aparece principalmente en Europa y en algunos países occidentales, la denominada “nave de los locos”, que ocasiona la existencia errante de los insanos mentales. La nave se utilizaba para expulsar del territorio común, a los seres molestos que pudieran poner en riesgo la seguridad de los otros ciudadanos.

Este viaje hacía las veces de “barrendero” humano, aunque se consideraba entonces que de esa forma, al mismo tiempo que se protegía la

seguridad de la mayoría, se le otorgaba al loco la posibilidad de su purificación.

Como menciona Foucault (1967), *“La locura y el loco llegan a ser personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sinrazón del mundo y ridiculez menuda de los hombres”*

La nave de los locos es el navío donde se transportaba en la antigüedad a poseídos y desequilibrados rumbo al exilio. No todos los locos eran expulsados, sólo aquellos particularmente extraños, particularmente molestos. Entregados al mar, *“esa gran incertidumbre exterior de todo”*, se convertían en *“prisioneros en medio de la más libre y abierta de las rutas”*(Foucault, ibíd).

Con la aparición de los hospitales se pone en evidencia una contradicción entre una situación pionera, en términos hospitalarios, y el retraso de la ciencia. Lo que se buscaba con el hospital era, en realidad y nuevamente, retirar de la circulación a los individuos que pudieran perturbar el orden. (Abdala, 2010).

Resulta significativo que los promotores del hospital fueran una suerte de mercaderes cuya función era mejorar la imagen de su ciudad. Al hospital iban los locos y otros que no lo eran, aunque a todos se les aplicaba la práctica de la época: sangrías y, si era necesario, encadenamiento. No había una asistencia médica al enfermo. El médico como tal, no tenía autoridad, derechos ni poder en la institución, y tampoco podía contar con que el tratamiento que se le diera estuviera asentado en alguna teoría científica. (Abdala, Ibíd).

En la época clásica, de acuerdo a como Michael Foucault (ibíd) lo plantea, la locura era concebida como un encierro indiscriminado, que fue lo que condujo a un vertiginoso crecimiento de la población de internados.

Poco a poco, se va transformando en un espacio de puro encierro. Pero

este encierro tenía una característica particular, y es que era un encierro generalizado, ya que reunía a locos, pobres y otros desviados. De esta forma el asilo comenzaba a quedar configurado por un grupo de individuos, generalmente pertenecientes a la clase baja de la sociedad, reuniendo así una multitud variada de excluidos sociales, a veces difícil de discriminar. Las instituciones, originalmente, no distinguían entre sexos, ni edad, ni entre tipos de condiciones mentales o físicas.

La razón, en esta época, domina sobre la irracionalidad configurándose la marginalización administrativa de los desviados, de los no productivos, ya que se considera el trabajo como un deber moral. (Galende, 1983)

La locura se convierte en una realidad social alejada de la enfermedad, que precisa control. Esto justifica las condiciones infrahumanas con que son tratados los insanos, en muchas ocasiones las particularidades del encierro significaban una condena de muerte, ya sea por inanición, inseguridad física, enfermedades, violencia, etc. Los locos son encerrados según criterios arbitrarios, bajo un concepto de exclusión, se les exhibe en “jaulas” con la intención de educarlos moralmente, neutralizando así la naturaleza salvaje de la irracionalidad. (Galende, 1990)

Tendrían que pasar algunos años más de encierros y torturas, para que el “trato con los locos” sea modificado, de la mano del francés Philippe Pinel (1745-1826).

Ubicamos a Pinel en el contexto de la Revolución Francesa, bajo el lema de “libertad, igualdad, fraternidad”, se le asigna un poder legal al médico en el problema de la locura.

Galende (1983), en *“La crisis del modelo médico en Psiquiatría”*,

caracteriza la tarea de Pinel, como una tarea de moral política “*debe discernir entre los “simuladores” y los locos “de verdad”, hacer justicia con los ciudadanos encerrados y mantener encerrados a los locos en condiciones más humanas”*.”

Lo fundamental del paso de Pinel en la historia del tratamiento de la locura, es el lugar otorgado al médico en el asilo, la medicina logra un lugar privilegiado, cambiando la concepción de la locura: se funda la psiquiatría como disciplina médica y el loco pasa a ser un enfermo, lo cual no es un hecho menor, pasa de ser un incomprendido, irracional a un insano, enfermo que hay que curar, medicar y tratar. (Galende, 1983)

El hecho de que el tratamiento médico de la locura, se realice en una situación de encierro, de asilo, hizo que se asocie desde un principio la psiquiatría con el manicomio. Teniendo consecuencias hasta la actualidad, que se reflejan en el imaginario social sobre la psiquiatría, el loco y su tratamiento.

Este nuevo espacio de encierro, asociado ahora a un espacio médico, para Michel Foucault (1967), determinará tres estructuras:

- La primera estructura se encuentra conformada por una fusión del espacio de encierro con el espacio médico. El antiguo espacio de internamiento se convierte en un escenario médico, que delimita el punto de partida del espacio asilar y principalmente sus funciones terapéuticas, inscribiéndose la medicina como una práctica con un valor terapéutico en los manicomios.

- La segunda estructura se caracteriza por una nueva relación de saber/poder sobre el loco, y sobre la locura misma. El nuevo escenario de la locura es simultáneo con la nueva relación que se establece entre el loco y el médico que lo supervisa, y lo juzga desde la mirada de la disciplina científica naciente.

Surge como un rasgo fundamental la dimensión y la función de la mirada, de la observación y de la vigilancia, se va configurando como un espacio de observación y a su vez, un espacio de autoridad unido al saber.

El médico ocupará un doble lugar, tanto de conocimiento, como de saber, por medio del recurso de la observación como del lugar de la autoridad y del poder.

- La tercera estructura supone la ubicación de la locura en relación a la sociedad. En este punto el autor plantea, la relación que se establece entre la locura y el crimen. Los dispositivos jurídicos y penales, comienzan a avalar el papel diferente de la locura, en cuanto a la responsabilidad como a la imputabilidad.

A mitad del Siglo XIX, los avances de la medicina general producen un cambio en el conocimiento de la locura, que impulsa un nuevo ordenamiento de la misma, este reordenamiento implica la adopción del modelo anatomo-clínico.

Según Galende (1983) Las bases del nuevo modelo son:

1° La locura puede ser abordada como otros objetos de las ciencias (cosificación);

2° A partir de su objetivación, se puede arribar a un conocimiento racional de la misma;

3° Esta racionalización de la locura permite el conocimiento objetivo del hombre.

Se dan así las condiciones para el surgimiento de una “psicología objetiva” y una “psiquiatría científica”.

A partir de la clasificación y caracterización de la locura, se descubren nuevas entidades y nosografías, las cuales pasan a ser consideradas las

teorías de cada escuela.

Si bien el desarrollo del modelo anatomo- clínico fue productivo en la medicina general dominada, no fue así para la Psiquiatría, ya que, salvo la Parálisis General Progresiva (PGP), no se logró establecer mecanismos específicos en las otras entidades. (Galende, 1983)

Las clasificaciones nosográficas incorporaron al saber psiquiátrico la idea de causalidad tomada de la medicina biológica, generando así, inacabables debates sobre la dicotomía del origen de las enfermedades mentales (organogénesis versus psicogénesis, enfermedades de origen endógeno versus exogeneidad, innato versus adquirido, etc.). (Galende, Ibíd).

El confinamiento había suprimido la palabra del loco, y se rescata la subjetividad por medio de la fenomenología y el psicoanálisis. Freud es el primero que “escucha”, el poder del lenguaje reemplaza el poder de la magia.

Se apunta a la apersona individual y a su historia. Péllicier (1973) expresa al respecto *“El psicoanálisis influye sobre la actitud psiquiátrica en el sentido de profundizar más la comprensión del paciente, sus problemas y sus demandas. Lo que no significa, que todas las tesis e interpretaciones de psicoanálisis se acepten sin reservas. Como ocurre con toda doctrina algunas afirmaciones exigen que se les controle o rectifique en función del progreso que alcanzan los conocimientos, pero de todas maneras el aporte del psicoanálisis es considerable.”*

En la corriente fenomenológica, se encuentra el filósofo Jaspers, quien publica en Heidelberg en 1913 su Psicopatología General. Luego de varios años de redactada su obra logró impactar en la concepción médico-psiquiátrica, produciendo un cambio radical, una nueva concepción de la locura que sólo va

a tomar su fuerza en la crisis posterior a la Segunda Guerra. (Galende, 1992)

Esta obra supone una referencia explícita a una antropología existencial que se propone la superación del planteo positivista de la medicina mental, lo cual conduce a un trastocamiento de las categorías médicas, que se expresa en una fenomenología minuciosa del síntoma en la búsqueda de relaciones de sentido. El hecho patológico es instalado en un plano discursivo, sólo accesible en el relato del paciente, estrechamente relacionado con la biografía del sujeto. (Galende, *Ibíd*).

La obra de Jaspers, no se propone cuestionar el sentido de las prácticas psiquiátricas, sino más bien trata de proveer a la psicopatología de una fundamentación teórica. Este pensamiento es absorbido por la medicina mental, instalando en su seno el conflicto que llevaría a poner en tela de juicio las concepciones médico psiquiátricas del momento. (Péllicier, 1973)

Además del movimiento psicoanalítico y fenomenológico como terapéuticas, se desarrollan otras alternativas, como las cura de sueño y las terapias convulsionantes denominadas electroshock. Se consolida a su vez, la psiquiatría como rama de la medicina, siendo el rol del psiquiatra, ser clasificador, diagnosticador, y agente encargado de la curación del enfermo mental.

Luego de la Segunda Guerra Mundial un nuevo ordenamiento se produce en el ámbito de la psiquiatría. La guerra ha provocado el espanto y la sorpresa: el poder del nazismo, los campos de concentración, la tortura, el poder atómico, etc. (Galende, 1983)

Un problema irrumpe en la subjetividad de los psiquiatras: comienzan a asociarse por sus características los campos de concentración, con las

condiciones de encierro en los manicomios, como así también la irracionalidad del loco frente a la locura masiva de la guerra y el poder de la represión y la tortura sobre los enemigos políticos con las instituciones manicomiales.

Siguiendo a Galende (1983) tres hechos claves se producen luego del año 45 que van a abrir el camino de la reforma:

1° La guerra ha dejado como secuela un aumento masivo de sujetos con patologías mentales que necesitan asistencia, y ha destruido muchos de los recursos psiquiátricos;

2° El horror de la guerra trae aparejado un cuestionamiento profundo sobre lo humano y la cordura, las fronteras entre la razón y la locura son puestas en crisis;

3° En Europa, comienza la instalación de gobiernos democráticos con posiciones humanistas, más sensibles a los derechos del hombre y a la reforma en Salud Pública.

Lo que caracteriza al movimiento anti-psiquiátrica, es la toma de conciencia de la función del control (al servicio del poder) implícita en el papel de los psiquiatras como protectores del orden público. La experiencia anti-institucional o anti-psiquiátrica no puede ser entendida como una técnica sino como un movimiento global que incluye el mundo existencial, social y político tanto del enfermo como del que trabaja en el campo social. (Basaglia, 1991)

La crítica a las instituciones psiquiátricas se basa principalmente en el encierro que hay en ellas y los efectos nocivos que produce. Goffman (1972) es uno de los autores que rescata el carácter absorbente de las instituciones totales (manicomios, asilo, cárcel, etc.) dice así: *“ Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un*

mundo propio; en síntesis, posee tendencias absorbentes. La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púas, acantilados, ríos, bosques o pantanos."

Definición de salud mental

La Organización Mundial de la Salud (2004) define la Salud Mental del mismo modo que la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental, y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esto implica, concebirla como algo más amplio que la ausencia de trastornos mentales. El informe Invertir en Salud Mental (Organización Mundial de la Salud, 2004) señala que:

“Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades.”

Por otro lado Salgado (1996) hace una crítica a la definición de salud de la OMS, plantea que, ésta tuvo sus ventajas al superar la idea de que la salud fuera concebida en términos negativos, como la ausencia de enfermedad, pero considera que hoy parece estática esta definición y que la salud no es un “estado”, tampoco lo es la enfermedad, sino que son parte de un proceso multidimensional.

Lila M. Almirón (2008), plantea que la definición de la OMS parece correcta, pero analizándola en profundidad, aparecen ciertas contradicciones:

- “Es utópica: “el completo estado de bienestar...” es imposible, al menos en esta vida.

- Es retórica: no sirve operativamente para planificar un programa de

salud.

- Es "medicalizante": todo aquello que no sea "completo estado de bienestar..." es decir, la cotidianeidad, pertenece al ámbito de la medicina. La medicalización no es una función de la medicina científica, más bien es un requisito funcional de los sistemas dominantes con el objetivo de control social, a través de funciones de normatividad, disciplinamiento y estigmatización."

Otra definición de salud propuesta por el X Congreso Catalán de Médicos y Biólogos, Barcelona, 1988 expresa que: *"Salud es la manera de vivir libre, solidaria, responsable y feliz. Es un bien ser y no un bien-estar"* (en contraposición clara a la definición propuesta por la OMS).

Esta definición considera la salud mental como un derecho humano y como tal es universal, igualitario, innegociable y es un deber del Estado, asegurar su acceso a toda la población.

El modelo biomédico define la salud como la ausencia de signos objetivos de que el cuerpo no funciona de forma apropiada o de síntomas subjetivos asociados a las disfunciones orgánicas. (Almirón, 2008)

Existe una notable confusión entre los términos salud y enfermedad mental. La concepción reinante en los profesionales y trabajadores del HESM es que ambos conceptos no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra. Debemos partir de la concepción de la salud y la enfermedad como partes de un mismo proceso, como dos polos de un continuum. Desde este modelo, en cada uno de nosotros coexisten simultáneamente aspectos sanos y aspectos enfermos, predominando uno sobre el otro, en nuestra situación de sanos o enfermos. (Pellegrini, 2005)

Al tratarse de fenómenos cambiantes según las condiciones de

existencia, podemos decir que hoy predominan los aspectos sanos, pero quizás mañana los enfermos (o viceversa); por lo que ningún diagnóstico dura para siempre, éstos deben ser continuamente revisados.

Galende (1992) considera que el objeto de la salud mental no es un objeto natural, sino un objeto social histórico que no se restringe a la producción de enfermedades mentales sino a los valores positivos de salud mental, en que las mismas enfermedades pueden ser pensadas y explicadas. El campo de la salud mental sería la forma en que se van definiendo las problemáticas de la salud mental y sus abordajes en la actual coyuntura, por ello ha de interesarnos el estudio de la constitución histórica de nuestro objeto.

Pensar la salud y la enfermedad como construcciones sociales implica la necesidad de analizar la vida cotidiana y las condiciones objetivas de existencia de los seres humanos.

La nueva Ley de Salud Mental reconoce a la salud mental *“como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”*(Ley 26.657, 2010).

Salud mental en Argentina

En el territorio que constituye hoy la República Argentina vivían, antes de la inmigración española, tres grupos diferentes de indígenas: los guaraníes, los quechuas y los araucanos. En los tres grupos, la locura era atribuida a cosas sobrenaturales y curada por medio de prácticas de hechicería. (Ingenieros, 1920)

En todo grupo de indios existía algún brujo, cuya función principal era curar padecimientos psíquicos causados por sortilegios o fuerzas sobrenaturales. Los locos más peligrosos eran amarrados y se los sometía a sudaciones excesivas, para expulsar los malos humores, con bailes y conjuros se eliminaban los malos espíritus. Los brujos utilizaban plantas, piedras y pájaros con poderes sobrenaturales para el tratamiento de víctimas de daños y maleficios. (Ingenieros, *Ibíd.*)

Durante la época colonial, para los fines de la asistencia, se hacían una clasificación de los enfermos mentales que consistía en tres tipos: furiosos, deprimidos y tranquilos. Según Ingenieros (1920) dicha clasificación implicaba lo siguiente:

Los furiosos eran conducidos a las cárceles, se les retenía por simple disposición municipal “amansándolos”, con ayunos, palos y duchas. Los deprimidos, varones o mujeres, eran atendidos en su domicilio. Cuando la enfermedad se hacía crónica y el enfermo pasaba a estado demencial, la familia lo aislaba en una habitación aparte.

Los tranquilos eran divididos en tres grupos: los maniáticos, los zonzos y los graciosos. Eran delirantes parciales pero podían adaptarse a los aspectos

sencillos del medio si recibían un trato tolerante.

Esta situación no tuvo grandes modificaciones con el establecimiento de los primeros hospitales. Pasaron muchos años para que se estableciera la hospitalización de los alienados. En Buenos Aires, durante el virreinato, se formaron manicomios en los hospitales generales, donde eran reclusos, crónicos, locos, inválidos, mendigos, mandados a recoger por las autoridades municipales, cada tanto.

Después de la revolución de 1810, los hospitales existentes en el país sufrieron un gran cambio en la dirección y administración de sus servicios. Estos cambios se hicieron notables a partir de un decreto con el título de “Reglamento”, dictado en el gobierno del Director don Ignacio Álvarez. Este decreto procuro organizar la marcha de estos establecimientos. (Secades Fernández, 2009)

Con la Reforma iniciada por Rivadavia, a los Hospitales se les dio una administración civil, dirigida por los Profesores de la naciente Escuela de Medicina. (Secades Fernández, Ibíd)

Más tarde, se dictó un decreto sobre “Arreglo de la Medicina” el cual reordenó la administración sanitaria y asistencia pública. Inspirado en ideas modernas estableció Médicos de Policía para la examinación de cada persona sometida a acción policial o judicial. Esta examinación debía indagar sobre el estado moral de las personas. (Ingenieros, 1920)

La instalación de establecimiento de internación para separar a los “locos” de la “normalidad” coincidió con la etapa fundacional del Estado en la segunda mitad del siglo XIX. En 1858 se origina el Hospital Borda y el Moyano en 1854. Hacia finales del siglo XIX se implementa por primera vez en el país,

tomado de las experiencias inglesas, el sistema de puertas abiertas y se funda la colonia Open Door. Con la llegada de los inmigrantes, la población en los hospicios sufrió un importante aumento. (Falcone, 2010)

La mayoría de las reformas en salud mental, en la Argentina, se realizan en periodos dictatoriales. Durante la dictadura de Onganía se crean los primeros centros de Salud Mental y servicios hospitalarios de Psicopatología (Martín, Más, 2008).

Más tarde, cuando se produce el retorno a la democracia, la Dirección de Salud Mental trabaja en un nuevo Plan de Salud Mental, pero, la crisis de 1989 produce la desaparición de dicha Dirección y, en la década del 90, debido a la descentralización, no quedarán establecimientos dependientes de la Nación, quedando las provincias y los municipios librados a desarrollar prácticas de acuerdo con las políticas locales. (Falcone, ibíd.)

Es a partir de la descentralización que cada provincia tiene su legislación. La estructura federal de la Argentina es indudablemente un elemento que torna más compleja la producción y articulación de políticas públicas de salud a nivel nacional. Ante la reestructuración de las relaciones de la Nación con las provincias y la tendencia al fortalecimiento de las autonomías provinciales, la década de los '90 puso en evidencia una fuerte confrontación por recursos entre la Nación y las provincias. (Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, 2002)

Legislación Nacional Actual

Actualmente, en Argentina, desde el año 2010, rige la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Según esta ley, las personas con padecimiento mental tienen derecho a recibir el tratamiento que menos restrinja sus libertades y derechos, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

Tienen derecho a ser informados sobre su estado de salud y los tratamientos que se le aplicaran, de una forma en que pueda comprenderlo, según su capacidad, o que sea un familiar el que reciba esta información. A partir de esa información decidir, cuando le sea posible

El padecimiento mental no debe ser tratado como inmodificable.

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

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

La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo.

La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento.

El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar

la internación en voluntaria, apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Se establece que las personas con carencias sociales no deben seguir internadas en instituciones. En la Argentina aproximadamente un 70% de las personas institucionalizadas, lo están por problemas o carencias de orden social. Estas personas aunque, sin medicación ni tratamiento, permanecen durante años en estas instituciones. Esto convierte al sistema de salud mental en un reservorio de personas que carecen de medios económicos para satisfacer las necesidades básicas y tener una vida digna, así como también de familiares que puedan hacerse cargo de ellos. Lo que la ley intenta es que el estado se ocupe de estas personas, que les asegure lo necesario para una vida digna sin permanecer institucionalizados en lugares destinados al tratamiento de enfermedades mentales, cuando lo que padecen son problemáticas sociales.

El juez debe solicitar, en el caso de internaciones involuntarias, evaluaciones periódicas a los equipos interdisciplinarios.

Esta ley prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. Los ya existentes se deben adaptar a los objetivos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.

Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales, los que deberán contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio.

Los integrantes del equipo de salud son responsables de informar a la

justicia, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía.

A pesar de lo estipulado en esta ley, el modelo de previsión de salud mental público nacional continua basándose casi exclusivamente en la atención institucional asilar. Existe una gran carencia de servicios de atención primaria de la salud mental, como tampoco existe una formación en salud mental de los profesionales de la atención primaria de salud.

Algunos profesionales alegan que esta ley es inaplicable. El psicoanalista y psiquiatra Emilio Vaschetto (Citado en Moro, 2011), sostiene que la ley está conformada sólo por una “suma de buenas voluntades” que no alcanzan para “revertir la realidad crítica que presenta el área de la salud mental en el país”. Como ejemplo, habla del concepto de desmanicomialización que plantea la ley, manifiesta que lo planteado sería una situación ideal, pero que no plantea las formas de aplicación de esta norma, las formas de llevarlo a la práctica. Con respecto a esto, también plantea que es un tema complejo al cual debería dedicarse un amplio debate, ya que ha habido intentos de desmanicomialización, que no dieron como resultado lo esperado.

Experiencia del HESM en San Luis

El primer documento oficial que establece la creación del entonces Hospital Psiquiátrico de San Luis se registra el 8 de mayo de 1940, designando como director al psiquiatra Dr Javier A. Brandan.

El edificio pensado para el funcionamiento del hospital era una Comisaría a la que se reformaría, lo que demuestra el pensamiento en términos de asilo. No obstante, el hospital fue inaugurado como tal en 1942, funcionando como un auspicio de pacientes a cargo de un médico clínico, en una casona antigua. (Plan de reformulación del hospital psiquiátrico de San Luis, 1994)

En 1956 se construyó un edificio para el Hospital Psiquiátrico. El edificio fue modificándose creando ambientes para dos o cuatro camas pero persistiendo el sistema de celdas carcelarias con cerrojos. (Pellegrini, 2005)

En 1969 se introduce el enfoque institucional a nivel de Comunidad Terapéutica, siguiendo las ideas de Sullivan, Maxwell Jones, y la experiencia de Raballos en Argentina. Se comienzan a realizar actividades grupales y de adjudicación de roles con pacientes, tendientes a fomentar las relaciones humanas y a disminuir los conflictos emocionales y psicológicos. La misma surge como alternativa, frente al encierro, la violencia represiva y el electroshock .Se produce el ingreso de psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, terapistas ocupacionales y laborterapistas. (Pellegrini, Ibíd.).

El 23 de agosto de 1971 se inaugura el nuevo edificio del Hospital Psiquiátrico. Continuará desarrollándose como Comunidad Terapéutica

poniendo énfasis en la rehabilitación, para que el enfermo pueda volver al seno familiar y a la sociedad.

En el año 1976 el golpe militar trajo consigo la destrucción de documentos y experiencias realizadas. Se reinstala la institución manicomial, donde primaba la vigilancia y el castigo.

Durante la década del 80 comienza a llamarse la atención sobre la cronicidad de los pacientes internados en el hospital, y sobre la ineficacia de los tratamientos efectuados, que producían internaciones muy prolongadas y como consecuencia el abandono familiar y la desinserción social. (Pellegrini, 2005)

En 1993, luego de una década de denuncias por el estado en el que encontraba el funcionamiento del hospital, es designado como director del Hospital el Dr. Jorge Luis Pellegrini, médico y psiquiatra.

Pellegrini fue consciente desde un primer momento de la necesidad de que dicho hospital psiquiátrico fuera sometido a un análisis institucional, el cual arribó a las siguientes conclusiones: que el hospital psiquiátrico *“se caracterizaba por la presencia en un número mayoritario de pacientes de estadía excesivamente prolongada, con oferta terapéutica reducida, desvinculados del medio social, sin programas de externación ni reinserción social, carentes de un programa diario de actividades.”* (Plan de reformulación del hospital psiquiátrico de San Luis, 1994)

Se decidió elaborar un proyecto de reformulación tendiente a constituir dicho hospital en hospital de agudos. Esto significaba definir un plan de externación y reinserción social para los actualmente internados y a la vez

normatizar las futuras internaciones. (Plan de reformulación del hospital psiquiátrico de San Luis, 1994).

La defensa de los Derechos Humanos exigió la reformulación de las técnicas cotidianas para abordar la enfermedad, así como de la propia estructura edilicia sanitaria; que obliga a transformarlo todo, ya que el sistema custodial y el cuerpo de ideas que lo sostienen son, para los creadores de este proyecto de Transformación Institucional, una negación de los principios y derechos elementales respecto de la condición humana. (Pellegrini, 2005).

Según plantea el Dr. Jorge Luis Pellegrini en las entrevistas realizadas, el desafío principal fue transformar la institución con las mismas personas que habían sostenido el manicomio durante 25 años; los profesionales, los trabajadores, los enfermos y los familiares. Un elemento clave para que dicho proyecto se pudiese llevar a cabo en San Luis, fue la decisión y el apoyo político, que se plasmó en una Política Pública de atención en salud mental.

La ley de desinstitucionalización de la provincia de San Luis (LEY N° I-0536-2006), demuestra la puesta en práctica de dicha decisión, por la cual el Estado no sólo se hace responsable de responder a la atención de las necesidades en Salud Mental de la población, sino que además prohíbe en su artículo 1 *“la institucionalización de niñas, niños, adolescentes, ancianos y/o personas con capacidades diferentes en instituciones de carácter público en todo el territorio de la Provincia”*.

Pellegrini impulsó la idea de *“El hospital en la calle”*. Propuso salir con los pacientes más allá del perímetro del hospital, los internados se encontraban sobremedicados, poco aseados, con dificultades para moverse y caminar. Los profesionales del hospital además de trabajar sobre las habilidades sociales

“perdidas” debían ahondar en aquellos aspectos físicos- estéticos que la institucionalización había suprimido.

La comunidad puntana, en un principio, expresó su rechazo a través de una gran resistencia a la externación de los pacientes, apoyada y difundida por los medios de comunicación y otros profesionales ajenos a la institución. Los sectores más reaccionarios de San Luis llevaron a cabo una campaña contra la desmanicomialización, basada en la peligrosidad de los enfermos. Pero la evidencia de los hechos demostró que después de cinco meses esos “locos” que andaban por la calle no habían hecho nada peligroso, la campaña empezó a perder consistencia y lentamente la resistencia se redujo. (Pellegrini, 2008)

Como narra el Farmacéutico Enrique Capella en la entrevista realizada, se debieron revisar y actualizar las historias clínicas, para a partir de allí equilibrar las dosis de medicación suministrada según cada patología. En 60 días, la medicación del hospital en general, se redujo un 90 %, demostrando claramente la superposición de psicofármacos, la sobremedicación y hasta la adicción por parte de los pacientes. La actualización de las historias clínicas y la re-diagnosticación, demostraron que un número considerable de pacientes contaba con alta médica desde hacía larga data y su permanencia en la institución se debía a una problemática social, económica o familiar.

En diciembre de 1994 se inició un plan de reinserción social. Los pacientes externados en su mayoría volvieron con sus familias de origen y en un porcentaje menor ingresaron en el régimen de familias sustitutas. El Ministerio de Desarrollo Humano y Social del Gobierno provincial, brinda una pensión mensual a familias que incluyan en su hogar a los enfermos mentales que no poseen familias o las mismas no son continentes. (Pellegrini, 2005)

El 25% de los pacientes de larga estadía necesitó reinternarse por un período muy corto (8- 10) días. Pero los períodos entre una y otra internación se fueron prolongando por el resultado positivo del apoyo familiar y comunal, que mejoró la calidad de vida de los externados. (Pellegrini, 2005).

Durante el modelo del viejo hospital, todo paciente que se enfermaba en la provincia era enviado al Hospital Psiquiátrico, funcionaba de manera centrípeta. Con la transformación se desarrolló el trabajo en red, interinstitucional y abierto a toda la comunidad.

Se generó una red de atención domiciliaria a nivel provincial, teniendo como referente al Hospital Escuela de Salud Mental. La modalidad de trabajo pasó a ser centrífuga. Se realizaban viajes mensuales, quincenales y semanales, asegurando la provisión de medicamentos y la atención médica, psiquiátrica y psicológica de las localidades y zonas rurales de la provincia (Villa Mercedes, Fraga, Justo Darac, San Francisco, Lujan, Candelaria, etc).

Desde 1998 los pacientes en crisis se internan con acompañamiento familiar, en un primer momento se utilizó para prevenir “el depósito” de los enfermos en el hospital. Actualmente el acompañamiento cumple varias funciones: informa, orienta, responsabiliza e involucra a la familia como parte activa del problema y la solución. (Pellegrini, 2008)

La reforma psiquiátrica fue planificada, progresiva y de alcances profundos. Fundada en conocimientos técnicos y científicos actuales.

El Hospital de crónicos en principios y luego de agudos, es hoy un Hospital Escuela de Salud Mental, cumple una tarea docente que tiene como objetivo primordial formar y capacitar profesionales, trabajadores de otras disciplinas y a la comunidad en general.

Análisis de los dispositivos de atención

Introducción al análisis de los dispositivos de atención

El análisis de los dispositivos de atención del HESM, permite observar como las concepciones (valores) acerca de la atención en Salud Mental son un común denominador para los diferentes servicios del Hospital, funcionando como base teórica e ideológica que sustenta las prácticas llevadas a cabo.

Los valores son convicciones arraigadas en los sujetos que sirven como referentes epistemológicos y praxiológicos. Se basan en creencias y estructuras de pensamiento desarrolladas a lo largo del aprendizaje. Sirven para explicar la realidad que nos rodea y se materializan en actitudes y conductas. Influyen en la actuación de las personas (miembros) pertenecientes a una organización, constituyendo el cimiento de toda cultura organizacional. (Cañedo Andalia; Guerrero Pupo, 2007).

Siguiendo esta línea, en la cual hay valores que se comparten, como la visión acerca del sujeto, la prevención, la interdisciplina, etc, cada dispositivo reflejará sus particularidades, heterogeneizándose según el ámbito de intervención propio.

La modalidad utilizada para inferir dichos valores, consistió en reconstruir los criterios que orientan las prácticas de atención mediante una operación analítica, basada en la interpretación de la evidencia empírica: observación de prácticas de atención llevadas a cabo en el Hospital, a partir de la rotación por los diferentes servicios y en las visitas domiciliarias; y exploración de documentos. Se seleccionaron documentos y registros institucionales que estén relacionados con la transformación institucional del Hospital Escuela de San Luis, estatutos y/o actas institucionales, programas de

reorganización de servicios del hospital, inauguración de dispositivos, historias clínicas, prescripciones, derivaciones, etc., insumos que nos permitieron reconstruir posicionamientos teóricos-epistemológicos respecto a discursos e imaginarios acerca de la salud mental y sus formas de atenderla.

Los valores compartidos por los miembros de los diferentes dispositivos de atención, son:

- Sujeto de derecho: La Declaración Universal de Derechos Humanos dice en su Artículo 3: *"todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona"* Esta definición no hace exclusión de ninguna persona, pertenece a todos los individuos.

El artículo 5 establece *"nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes"*, disposición que no ha sido respetada, ni se respeta en todas las instituciones de salud mental de nuestro país, donde aún hoy sigue existiendo el trato inhumano de los pacientes, vulnerando varios de sus derechos elementales como la libertad, el trato digno, el trabajo a cambio de una remuneración, la atención por parte de profesionales idóneos, entre muchos otros.

En 1991 Naciones Unidas fija los principios de la Protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental, entre lo que establece que *"todo paciente de una institución psiquiátrica debe tener en particular el derecho a merecer el respeto en cuanto a: reconocimiento en todas partes como persona ante la ley."*

También establece que un ser humano puede ser retenido compulsivamente en una institución psiquiátrica sí, y solo sí un profesional basado en conocimiento médico actualizado científicamente determina que hay por causa de dicha enfermedad, una serie de probabilidad de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros. O cuando la no internación puede conducir a un grave deterioro de su estado. Pero, también dice que *"una admisión o retención compulsiva debe hacerse inicialmente por un corto*

periodo”

La ley de desinstitucionalización de San Luis promulgada en el 2006 enuncia respecto de la internación de personas con sufrimiento mental que es entendida como recurso excepcional y breve, responsabilizando al Estado por la garantía de la asistencia médica de las mismas. Conceptualiza la enfermedad mental como un episodio y no como un estado. Entre los principios que prioriza se destaca la autodeterminación, la libertad, el consentimiento voluntario de la persona, entre otros.

El Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis tiene como eje orientador de su trabajo la defensa de los Derechos Humanos. La transformación realizada ha sido exclusivamente basada en ello, teniendo como manifestación principal la eliminación del sistema custodial, entre muchas otras modificaciones que se realizaron.

- Concepto salud- enfermedad: La salud y la enfermedad son concebidas como dos polos de un continuum, el paradigma que rige las prácticas del Hospital es el que propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado como un hecho social.

Dicha comprensión del fenómeno no contempla el manejo tradicional en el cual *“La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (Cita que procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional y no ha sido modificada desde 1948). Es decir, se niega a considerar a la salud como un estado y a la enfermedad como otro, en el que éste último requiere la acción de factores

ajenos a la persona como médico, hospital, fármacos y asistencia en general para salir de este estado y volver al otro.

Esta visión del fenómeno salud-enfermedad está inserta en la perspectiva de un continuo, donde ambos forman dos polos de un mismo proceso, el cual se encuentra permanentemente en una acción, un movimiento, un cambio; son dos instancias que se encuentran en una misma temporalidad y espacio. Dos aspectos de un mismo universo que está dotado de cualidades especiales, como es la personalidad, la familia, el contexto sociocultural, etc.

Se supone que todo sujeto “flamea” entre este continuo, donde hay partes sanas y partes enfermas, no existe el nivel total de enfermedad o de salud. Conviene definir cuál suceso es el dominante no como fragmento, sino dentro de la totalidad del sujeto articulado a sus vivencias existenciales y a sus condiciones de vida, porque allí se da el devenir de su totalidad y allí también vive tanto su salud como su enfermedad.

Tomar la salud-enfermedad como un proceso implica abordar al ser humano en sus diferentes aspectos y ámbitos, biológicos, psicológicos y sociales, sin quedarnos en un reduccionismo dicotómico. Puesto que cuando nos posicionamos frente a un ser humano vemos estos niveles interactuando recíprocamente para dar lugar a ese sujeto en esa situación.

Para abordar la complejidad del campo es importante el trabajo interdisciplinario, la inclusión de la familia en el tratamiento y la concientización de la comunidad y su implicancia en el continuo proceso entre la salud y la enfermedad.

- Desmedicalización: El concepto medicalización se refiere a transformar

en médico lo que es del orden social, económico o político. El término está orientado a hacer sentir a las personas que su problema es un problema de salud cuando en realidad son propios de la vida humana. También el término es utilizable cuando se utilizan medicamentos para responder a la situación que se entiende como patológica.

El modelo biomédico se sustenta en una teoría biológica del proceso de enfermar cuyas manifestaciones clínicas aparecen recogidas en las clasificaciones nosológicas categoriales y que precisa de un remedio también de orden biológico para su tratamiento. Este modelo, hace que la enfermedad mental se entienda como una cosa ajena al individuo en cuanto a su origen, mantenimiento y curación. El médico tiene que identificar las manifestaciones clínicas del trastorno independientemente de las circunstancias ambientales o la visión subjetiva del paciente, para prescribir el fármaco más idóneo.

El tratamiento de los psicofármacos parte del modelo médico de la psiquiatría. En este modelo los trastornos psicológicos tienen una base orgánica o biológica. En esta visión biológica reduccionista no considera la complejidad del paciente porque no considera el ámbito social como por ejemplo problemas familiares y sociales los cuales pueden estar afectando a la persona.

La desmedicalización tiende a evaluar los fenómenos “anormales” en todos sus aspectos, teniendo en cuenta todos los factores que influyen para que se produzca este fenómeno, y atender el problema desde sus múltiples causas, no solo desde el orden de lo biológico, sino social, psicológico etc. Se parte de una visión holística de la salud-enfermedad, pretendiendo disminuir el uso de psicofármacos e incluyendo terapias complementarias en el tratamiento

del sujeto. Siguiendo los lineamientos del Programa Provincial de Salud Mental, la terapia tiene que ser una doble línea de acción: el fármaco y la psicoterapia.

El artículo 57 de la Constitución de la Provincia de San Luis en relación con el régimen de salud prescribe: *“que el concepto de salud es entendido de manera amplia partiendo de una concepción del hombre como una unidad biológica, psicológica y cultural en relación con su medio social”*

- Desinstitucionalización: El proceso de transformación del asilo manicomial en un hospital tiene como principio orientador la relación Derechos Humanos – Salud Mental, de la cual surgen cuestiones éticas, formas de actuar, ideologías, políticas sanitarias y dispositivos institucionales, que hicieron posible dicha transformación.

La defensa de los Derechos Humanos exigió un cambio en las formas de trabajo, en la manera de abordar la enfermedad y en la estructura edilicia, es necesario un cambio radical, ya que la ideología mantenida durante la el sistema manicomial es totalmente contraria al respeto de los Derechos Humanos.

Esta fundamentación surge de las distintas conquistas que se han hecho a lo largo de la historia en materia de Derechos, desde la Declaración en la Revolución Francesa, en adelante.

El artículo 1 de la Ley de Desinstitucionalización de la Provincia de San Luis establece que *“Queda expresamente prohibida la institucionalización de niñas, niños, adolescentes, ancianos y/o personas con capacidades diferentes en instituciones de carácter público en todo el territorio de la Provincia.”*

El artículo 7 define la institucionalización como *“la reclusión, internación, guarda o medida similar sobre personas, restringiendo su libertad y/o*

desconociendo su autodeterminación y autonomía, conformando un proceso inverso a la recuperación, rehabilitación, reinserción o tratamiento del ser humano por concluir con su discriminación, cronificación, abandono o exclusión social en instituciones."

Se realizó un proyecto de reformulación tendiente a constituir el Transformar el hospital de crónicos en un hospital de agudos, significaba definir un plan de externación y reinserción social para los que se encontraban internados en ese momento y normalizar las futuras internaciones.

Se estableció que las admisiones hacia la internación se realizarán por un cuadro agudo, de crisis, en la persona traída a consulta. No se aceptará más el alojamiento de pacientes crónicos o personas con carencias en lo referido a la alimentación o vivienda, con excepción de pedidos realizados por el Estado provincial.

Para la externación fue necesario poner en marcha algunas tareas como son la atención domiciliaria, la capacitación de los trabajadores para esta nueva forma de trabajo, movilizar a los pacientes internados a través de actividades, modificando sus hábitos, moviendo sus cuerpos para ir preparándolos para la vida social. También se pensó en la posibilidad de las familias sustitutas que con apoyo de subsidios estatales contengan, en un futuro, a pacientes que no tengan familia, o no sean aceptados por ellas.

- Prevención por sobre la curación.

Costa y López (1986), hablando sobre la prevención, argumentan que ésta pretende que se disminuya la incidencia de enfermedades y su

prevalencia mediante el acortamiento del período de duración de la enfermedad o la disminución de secuelas y complicaciones.

El hospital ha tenido que invertir sus acciones, pasando de ser un hospital asistencial (cuando la enfermedad estaba instalada) a un hospital preventivo, que tiene como objetivo crear hábitos saludables y evitar aquellos que no lo son, en el paciente, en su familia y en la comunidad.

La prevención de enfermedades en el ámbito de las prácticas hospitalarias, se pueden llevar a cabo en tres niveles de atención sanitaria:

a) Prevención primaria

La prevención primaria debe estar directamente relacionada y condicionada a la promoción de la salud. Sus acciones no van dirigidas a un individuo, sino que se lleva a cabo a partir de planes de educación para la salud. Tiene como característica la construcción de estilos de vida saludables y el evitar comportamientos de riesgo. Busca desarrollar prácticas de prevención que se prolonguen o se utilicen durante toda la vida. Por ende, la prevención primaria deberá hacerse antes de que se encuentre un problema concreto utilizándose como guía de acciones el conocimiento epidemiológico previo.

El trabajo que se realiza a partir de los diferentes grupos condensan varios aspectos de la prevención primaria, al no estar dirigidos solamente a los individuos afectados, sino también a sus familiares y cuidadores. Se vuelcan en el entrenamiento de estrategias tanto para evitar la enfermedad, (consumo de alcohol, ansiedad, depresión) como del desarrollo de conductas favorables y estrategias que mejoren la calidad de vida del enfermo y su entorno a partir de la psicoeducación.

a) Prevención secundaria

Se hace en los centros ambulatorios y/o centros de especialidades. Su principal objetivo es acompañar al paciente ayudándole en el seguimiento de su tratamiento, para prevenir el agravamiento de la dolencia.

Epstein y Cluss (1982) afirmaron que uno de los problemas más difíciles que tienen que afrontar los profesionales de salud es la falta de seguimiento o la no adhesión a las prescripciones de salud, por parte de los pacientes.

El dispositivo de atención domiciliaria por parte de servicio social, como así también el trabajo en red con otras instituciones de la comunidad (centros de día) tienen como objetivo que el paciente logre la adhesión al tratamiento y el seguimiento del mismo, apuntan a un conjunto de medios por los cuales se puede valorar el apoyo familiar en el destino (tratamiento, medicación, control, etc,) del paciente.

a) Prevención de tercer nivel

Está relacionada con la asistencia a los problemas de alta complejidad derivados de los otros niveles de atención (1º y 2º).

En la prevención terciaria se llevan a cabo actividades de preparación de los pacientes, para readaptarlos a la nueva situación luego de un diagnóstico. El objetivo de estas actuaciones es ayudar a que estos pacientes desarrollen estrategias y habilidades para afrontar la nueva realidad. Se intenta minimizar el impacto negativo de la enfermedad, restaurar en lo posible las funciones y prevenir las complicaciones.

Las acciones junto a las familias de los pacientes son una importante intervención preventiva, es decir, promover la orientación y la preparación de

los familiares, de modo que disminuyan los impactos de la noticia de la enfermedad y facilite la adaptación del grupo familiar.

Ejemplos de prevención terciaria incluyen el seguimiento, supervisión, terapia, trabajo en grupos y demás actividades destinadas a intervenir sobre las consecuencias de la enfermedad misma.

- Interdisciplina y Horizontalidad: Los sucesivos cambios que ha realizado el HESM desde la transformación, involucraron replantear el quehacer profesional. Afectando a la relación entre los actores involucrados y las disciplinas que tradicionalmente ocupan sus lugares. La interdisciplina es un posicionamiento epistemológico y político que surgió, para subsanar las fragmentaciones del saber heredadas del positivismo bajo el cual funcionaban los modelos asilares.

El positivismo concibe a la realidad como acabada, estática capaz de ser desmenuzada y comprendida por la objetividad y neutralidad del científico. Sostiene que cada disciplina puede existir independiente de las otras, fomentando así la cosificación de lo social y de lo humano. En esta línea, se puede entender como los modelos psiquiátricos manicomiales han funcionado durante décadas sin concebir la historia psicológica del sujeto como tampoco las dimensiones sociales y económicas que lo atraviesan.

El cambio más importante que habilitó la atención interdisciplinaria fueron las políticas de desinstitucionalización iniciadas en la década del 60 que funcionaron como fuertes corrientes ideológicas. A fines del 2010 en Argentina se promulga una ley que actualiza el marco normativo nacional con los lineamientos internacionales de mayor reconocimiento en lo que respecta a

prácticas institucionales.

La Ley Nacional de Salud Mental balancea las relaciones de poder dando igualdad de status a todas las profesiones de grado en su capacidad de gestión y conducción de instituciones, donde antes solamente era atribuido ese cargo a las ciencias médicas.

Las prácticas llevadas a cabo en el Hospital plantean a la interdisciplinariedad como una condición indispensable para actuar coherentemente sobre la enfermedad y salud de origen bio-psico-social. Lo cual se reflejó en los diferentes dispositivos de atención, en la admisión, el diagnóstico y el tratamiento llevado a cabo.

La comunicación interprofesional de carácter horizontal se logra mediante las asambleas generales, la revista de sala y la reunión de jefes, diferentes dispositivos utilizados con la finalidad de resolver los conflictos de manera dialogada, de tener un espacio de repensar la práctica y que permita a las diferentes disciplinas aportar desde su ámbito la visión del sujeto.

- Diagnóstico y tratamiento: En la época del manicomio se presentaba un tratamiento restringido únicamente a la administración de psicofármacos (muchas veces abuso de dosificaciones innecesarias), encierro, calabozos, golpes e insultos. La oferta terapéutica era reducida, estaban desvinculados del medio social y familiar, sin un claro programa de actividades. Los diagnósticos de los internados no eran claros, la mayoría de ellos eran casos sociales (pobreza, abandono, falta de familiares) y casos judicializados.

Luego de la transformación, se comenzó una minuciosa revisión y actualización de los diagnósticos de cada una de las historias clínicas. Desde

ahí se delineó un tratamiento individual para cada paciente.

El diagnóstico se realiza a partir de una admisión de carácter interdisciplinaria, que sirve para derivar correctamente a partir de un diagnóstico provisorio. La derivación se produce dentro del Hospital, (ya sea terapias individuales, grupales, farmacológicas) o a instituciones de la comunidad, de allí la importancia del trabajo en red con la comunidad.

A diferencia del período manicomial, los tratamientos actuales abordan al sujeto de manera holística, a partir del aquí y ahora, insertos en su contexto familiar y social. No se pone el énfasis en la etiología de la enfermedad, sino que se enfoca en atender y potenciar la parte sana del paciente. El objetivo terapéutico contribuye a la curación, mediante el despliegue de acciones conjuntas en que se logra modificar la estructura de la enfermedad.

Se ofrece a los pacientes medicamentos de última generación, a partir de un concreto diagnóstico personal, que acompañados por la acción y servicio de los distintos grupos institucionales y las terapias individuales, brindan una oferta de atención basada en un modelo teórico psico-social dinámico.

- Importancia de la familia: La inclusión de los familiares en el tratamiento de las enfermedades mentales parte del supuesto de que dichos trastornos tienen una etiología multifactorial y el contexto juega un papel importante en el origen y en la evolución del trastorno.

Las intervenciones con los familiares, se proponen modificar los ambientes adversos en el hogar, entrenar en habilidades sociales con los pacientes, reforzar sus capacidades para enfrentarse a las exigencias y problemas de la vida diaria. Es así, que la mayoría de las terapias grupales

además de trabajar con el paciente, invitan a un acompañante (familiar, tutor, amigo, etc) que mediante el grupo, aprenda a potenciar los aspectos saludables y a disminuir aquellos factores estresantes que hacen a la enfermedad.

La psicoeducación, es un recurso fundamental para dar a conocer a la familia la naturaleza del trastorno, permite modificar las actitudes de los familiares hacia la enfermedad y de los propios pacientes. La información otorgada acerca de la enfermedad, favorece un rol activo del paciente y su contexto en la gestión de su propio trastorno.

La familia es un elemento clave para ayudar, a quien padece de trastornos, con el seguimiento del tratamiento (ya sea psicoterapias individuales, terapias grupales o tratamiento medicamentoso). Es importante que la familia reciba soporte por parte de los profesionales y los servicios de salud mental.

Bajo estos lineamientos, se incluye como condición de internación al acompañamiento por un familiar del paciente, desde 1997. En un primer momento se impuso para evitar “el depósito” del paciente y la ruptura del lazo familiar, luego se asumió responsablemente por los acompañantes como un espacio de participación activa y de oportunidad de aprendizaje, un espacio para hablar, preguntar, informarse e involucrarse en el tratamiento.

A continuación se describen las prácticas de atención llevadas a cabo en cada dispositivo, y las concepciones (valores) acerca de la salud mental que subyacen como fundamentos.

Servicio social: Actualmente trabajan dos Licenciadas en Trabajo Social y una residente en el área. La tarea que realizan se centran en el control y seguimientos de los pacientes, a partir de la visita al domicilio aportan información y orientación en cuanto a las diversas problemáticas (tanto a nivel individual como familiar) que atraviesan las personas que concurren al hospital. Para que la externación sea posible, es fundamental esta tarea. La atención domiciliaria busca recrear los vínculos entre la institución y la comunidad, buscando reestablecer la comunicación. Este abordaje permite comprender la dinámica del medio en el ser humano porque allí están las causas de su padecimiento, y es ahí donde deben encontrarse los recursos para su curación.

Realizan informes a pedido de otros profesionales, control de la medicina y del estado de los pacientes, lo cual debe ser registrado en las historias clínicas.

Como objetivo se plantea lograr una dinámica familiar que permita a los pacientes una buena reinserción, a través de un ambiente propicio desde el hogar y creando una adecuada coordinación de red con personas e instituciones que brinden estimulación y contención.

Dentro de sus tareas, se encuentra la coordinación de las familias solidarias, la renovación de los pedidos para dichas familias y la evaluación socio-económica para tramitar ayudas alimenticias.

Otra actividad que se realiza desde el servicio es el trabajo con la

justicia, ya sea para denunciar casos en los cuales las familias estas vulnerando los derechos del paciente o bien para brindar ayudas económicas a través de la tramitación del certificado de discapacidad.

Psiquiatría: Este servicio cuenta con cuatro Psiquiatras y dos residentes. Durante la semana los Doctores atienden por consultorio externo por las mañanas y debido al régimen de la carrera sanitaria también atienden un día por la tarde. Las guardias que realizan los fines de semana, llamadas pasivas, se realizan desde el domicilio personal con un teléfono activo para cualquier emergencia.

Realizan tratamientos en sesiones de aproximadamente 45 minutos, principalmente en lo que refiere a la medicación (para lo cual, es importante el trabajo interdisciplinario con el servicio de farmacia).

Se lleva a cabo el control y seguimiento de los pacientes, se centran en la evolución del paciente, si el mismo se encuentra estabilizado o descompensado, si la familia está funcionando como un obstaculizador o potenciador de los aspectos de salud. Se trabaja en conjunto con la red de atención domiciliaria en aquellos casos que no acuden al hospital para control.

Dentro de sus actividades, realizan partes diarios, completan historias clínicas, archivos de informes diarios y notas, con la finalidad de mantener informados a los demás profesionales para llevar a cabo tratamientos interdisciplinarios, que abarquen al sujeto en sus diferentes manifestaciones.

Desde su comienzo la psiquiatría ha sido la protagonista en los Hospitales Psiquiátricos, luego ha aparecido la psicología y en la actualidad una gran diversidad de disciplinas han tomado fuerte presencia de participación

(trabajo social, kinesiología, enfermería, terapia ocupacional, etc). Los procesos de desinstitucionalización y de desmaniconialización exigen un despliegue más amplio y heterogéneo de prácticas y de actores involucrados, como así también una nueva manera de relacionarse. Las relaciones se horizontalizan a través de la creación de espacios de diálogo y participación para todos los actores del hospital.

Psicología: Dicho servicio cuenta con cinco Licenciados en Psicología y dos residentes en el área, todos adhieren a diferentes escuelas teóricas pero acuerdan en cuanto a los valores fundamentales que rigen el hospital.

Generalmente realizan tratamiento de aproximadamente 45 minutos en consultorios externos, mediante derivación de otros profesionales (ya sea dentro del hospital o desde el hospital general) e instituciones (judiciales, escuelas, etc.).

Además los Licenciados coordinan diferentes grupos Institucionales de manera interdisciplinaria, lo que les permite aportar desde su rol y realizar seguimientos de los pacientes.

Farmacia: El servicio está formado por dos farmacéuticos y un enfermero con cambio de función. La Farmacia funciona mediante un presupuesto anual suficiente que administra el hospital y permite que se encuentre bien provista de medicación, para entregar a pacientes internos y externos. La farmacia lo provee de forma gratuita. La medicación a los pacientes internos es entregada en un trabajo conjunto con enfermería.

Junto a la red de atención domiciliaria, se encargan de proveer la

medicación a los pacientes que no concurren al hospital, generalmente se inyectan de 1 a 3 milímetros de Halopidol y Piportil, que logran equilibrar al paciente durante un mes.

Por la mañana se reciben las recetas de los pacientes de consultorio externo, las archivan y brindan los psicofármacos a dichos pacientes que se acercan al servicio.

Con la transformación se realizó una revisión de las historias clínicas existentes, se diagnosticó de manera multidisciplinar y se medicó de acuerdo a ese diagnóstico, logrando reducir notablemente la cantidad de suministro de medicamentos. La nueva visión tiende a la desmedicalización. Se evalúa al ser humano desde una visión holística y se tienen en cuenta factores de distintas índoles que hacen a la causa de su padecimiento, factores sociales, psicológicos, biológicos, etc. Se deja de lado la visión reduccionista de tener en cuenta solo lo biológico y recurrir a medicamentos para disminuir los síntomas.

Enfermería: Este sector cuenta con una planta permanente de quince enfermeros, dos pasantes y una jefa de hogar. Es el único servicio que funciona las 24 horas del día durante todo el año.

Dentro de sus tareas, deben velar por la salud de los pacientes internados, suministrar la medicación, atender ante las diferentes necesidades, aseo y control general de aquellos aspectos biológicos, psicológicos y sociales que pueden ponerse en juego durante la internación.

Tienen un rol fundamental, ya que son quienes están en mayor contacto con los pacientes internados, y pueden observar su evolución en las diferentes manifestaciones, orgánicas y psicológicas. Conducen el espacio de Revista de

Sala, donde cada profesional desde su área aporta a la comprensión del sujeto como totalidad.

Para intervenir holísticamente se requiere recuperar la visión integral, se debe avanzar en la visión actual, que va por el camino de la fragmentación y la super-especialización, para llegar a un nivel superior, donde los profesionales de la salud puedan perder de vista que detrás de cada problema o patología está la totalidad de un sujeto.

Kinesiología: Cuenta con un espacio propio acondicionado afín, donde un Licenciado en Kinesiología, trabaja todas las mañanas y dos días a la semana por la tarde.

El trabajo se realiza a partir de la derivación por parte de los profesionales de los consultorios externos, a través de poner en movimiento el cuerpo ya que se parte desde una concepción holística de la salud mental.

Además el sector de Kinesiología interviene realizando actividades corporales en el Grupo Esperanza y en el Grupo Encontrarte.

El modelos “holístico” de intervención en el cuidado a las personas enfermas y sus familias supone no sólo considerar al hombre en todas sus partes (cuerpo, psique, sentimientos, relaciones, valores, creencias, cultura...). Sino que consiste en partir de la complejidad del ser humano y del mundo entero, produciéndose una concatenación de vínculos que pueden favorecer o entorpecer los procesos de salud. (Bermejo Higuera, 2009)

Red de atención domiciliaria: Las actividades de atención domiciliaria, son llevadas a cabo por un grupo de profesionales (la mayoría de las veces

una enfermera acompañada de algún otro profesional, psiquiatra, psicólogo y fundamentalmente trabajador social) que se movilizan a la residencia del paciente para realizar el control de la medicación, el seguimiento de aquellos casos que no concurren al hospital y el trabajo con otras instituciones.

Se atiende en su domicilio aproximadamente 80 pacientes entre la ciudad de San Luis y el interior de la provincia. Se trata de visitas y controles mensuales, con excepción de Villa Mercedes, donde esto se realiza con frecuencia semanal.

Estas visitas se realizan para el control de casos en los cuales la distancia o la falta de medios y recursos le imposibilitan acercarse al hospital. En el caso de los externados, es útil la atención en el domicilio para controlar si efectivamente la familia está administrando la medicación y en general la contención que se le brinda.

Admisión: Las entrevista de admisión que se realiza en el HESM es de carácter semiestructurada, se utiliza una “ficha de admisión” que permite uniformidad en la obtención de datos. La ficha permite identificar los síntomas más importantes, diagnosticar provisoriamente (se tiene en cuenta el contexto del paciente, sobretudo el contexto familiar) y derivar al profesional o servicio que considere más adecuado. Luego de completar la ficha se coloca en la historia clínica del paciente.

El proceso de admisión, se lleva a cabo mediante una entrevista realizado por 2 profesional de diferentes disciplinas (es una condición que el equipo de admisión sea interdisciplinario y que vaya rotando día a día).

Las consultas que llegan al servicio, muchas veces son, derivaciones de

profesionales independientes o distintas instituciones como puede ser una escuela, centros asistenciales, etc.

GRUPOS INSTITUCIONALES

La transformación institucional, implicó que el Hospital ampliara su oferta terapéutica, realizando no sólo tratamientos individuales, sino también grupales (alcoholismo, depresión, ansiedad, psicoeducativos para pacientes y familiares y recreativos). Todos estos grupos tienen la característica de incluir no sólo al paciente, sino también a aquellos familiares, amigos y tutores interesados en implicarse en la patología, aprender, ayudar a resolverlo y comprender cómo tratar al enfermo. Quienes acompañan al paciente en el tratamiento, además lo sostienen y contienen fuera del grupo. Son miembros de la comunidad que se informan y aprenden sobre Salud Mental, siendo futuros multiplicadores de salud.

Los grupos institucionales convocan entonces, a todos aquellos que están implicados en el problema como actores directos o indirectos. Su coordinación, horarios, días y lugares de reunión son referentes fijos, que facilitan el encuadre grupal e institucional. Su contrato constitutivo es acorde a los valores del hospital: abiertos en su constitución, utilizan la palabra, la gestualidad y los movimientos como instrumentos, sus coordinadores efectúan señalamientos e interpretaciones en acción.

Los grupos fueron fundados siguiendo los lineamientos de Enrique Pichón Riviére, la eficacia configuracional del vínculo, la interacción grupal, lo institucional y lo social.

Pichón Rivière planteaba que el paciente era un emisario, no sólo de sí mismo y sus conflictos, sino también del grupo al que pertenecía. Veía que entre lo que le pasaba a la persona enferma y su grupo, existían relaciones de causalidad recíproca. La persona enferma tiende a ubicarse como depositario de las tensiones del grupo inmediato y mediato.

Pichón-Rivière (1956) subrayó no sólo la importancia de la relación del sujeto con los objetos internos, sino también con los otros externos, vinculares, grupales, institucionales y comunitarios. Su concepción social de la subjetividad implicaba abandonar el estudio exclusivamente de la relación del sujeto con su mundo interno de manera unilateral. “No es solamente su mundo individual lo que el delirante trata de reconstruir a través del delirio, sino toda la estructura en primer lugar la familiar y secundariamente la social”. (*Pichón-Rivière, 1956-7*. p. 26). “Un delirio de un paciente puede comprenderse como una tentativa de reconstrucción de su mundo interior y exterior, como una estructura total.” (*Pichón-Rivière, 1956-7*. p. 27)².

La noción del Sujeto de la Psicología Social es un sujeto del vínculo, sujetado a otros, productor y producido de sus condiciones de existencia. Y este fue un concepto central al pensar los dispositivos de atención en Salud Mental en el nuevo hospital, la creación de los grupos institucionales surgió no sólo para cubrir la gran demanda de atención, sino también teniendo en cuenta el carácter social del individuo y la posibilidad de enfermar y curarse en un grupo. “En el grupo operativo, el esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas coinciden con la curación, creándose así un nuevo esquema referencial” (Pichón-Rivière, 1960).

El dispositivo pedagógico planteado por Pichón Riviere, de carácter

interdisciplinario, grupal, de núcleo básico y de didáctica de emergentes, fue un importante influencia que caracteriza aún hoy las relaciones dentro del hospital, tanto entre profesional como para con los pacientes. Ya en aquel momento este “enfoque interdisciplinario” o “epistemologías convergentes” al decir de Pichón definía la necesidad de enfrentar y vencer las resistencias ofrecidas por la ortodoxia de varias disciplinas. Tarea ardua que se pudo sobrellevar a través de la creación de varios dispositivos de diálogo y encuentro entre los profesionales y no profesionales del HESM.

GIA (Grupo Institucional de Alcoholismo): Dicha propuesta terapéutica surge en febrero de 1984, en la provincia de Río Negro, creada por el Dr. Jorge Luis Pellegrini. En sus fundamentos teóricos desde Pichón Riviére se reconoce al grupo como instrumento y soporte principal en la recuperación. Entienden al grupo como un soporte en el que se sustenta la contradictoria decisión de recuperarse del individuo alcoholizado (Recuperarse en un grupo similar a ellos, con algo que los identifica, pero que buscan un proyecto de vida sin alcohol).

Los GIA abordan la matriz social del proceso de alcoholización, no sólo porque programan una actividad preventiva hacia la sociedad, sino también porque hacen una lectura del camino social para enfermar, en el seno del trabajo grupal y en cada uno. Son grupos donde se habla en primera persona singular pero a su vez requiere al instrumento revelador grupo donde se encuentra un espacio de identificación de historias pasadas y proyectos a futuro.

El grupo es coordinado por profesionales de diferentes disciplinas (Lic. En Trabajo Social y Lic. En Psicología) y por un alcohólico recuperado. El grupo es abierto y heterogéneo, participan enfermos, familiares y amigos, que tienen una doble función, apuntalar y acompañar la recuperación del alcohólico y ser potenciales multiplicadores de salud por estar insertos en una red social amplia.

El alcoholismo es entendido como una enfermedad médico-social por eso el abordaje es individual, grupal, institucional y comunitario. En el grupo se desarrollan actividades de asistencia, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, llevando a cabo al mismo tiempo la investigación y la capacitación. Se realizan actividades hacia la comunidad como talleres, charlas y debates en diferentes establecimientos de la comunidad.

- GITDE (Grupo Institucional para el Tratamiento de la Depresión):

En 1997, a partir del análisis de la creciente demanda por depresión en consultorios externos, se crea dicho grupo que trabaja con los trastornos depresivos primarios (Depresión mayor y Distimia), y con los denominados secundarios (trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo debido a enfermedad psiquiátrica o médica).

El grupo es coordinado por una Psiquiatra, un Licenciado en Psicología, una Farmacéutica y una vez al mes asiste una Psicodramatista. Las técnicas que se utilizan son variadas y se van utilizando de manera simultánea durante el encuentro, se realizan técnicas expresivas (de dramatización, movilización corporal con música y relajación); re-educativas, sistémicas (teniendo en cuenta el valor de la familia y la sociedad) y por

último cognitivas- conductuales (autoinstrucción, asertividad, asignación de tareas, reestructuración cognitiva, representación de roles, etc.)

El paciente llega derivado desde los profesionales por consultorio externo, otras instituciones, familiares o por decisión propia. Luego de una entrevista de admisión se decide si el paciente es apto para formar el grupo y se invita a que asistan con familiares o amigos como acompañantes.

- Esperanza (Grupo de orientación Psicoeducativa): Dicho grupo se crea en 1999 con el objetivo de acompañar a las personas que padecen algún grado de sufrimiento mental (pacientes con problemas emocionales y pacientes psicóticos compensados) y a sus familiares, brindando a éstos un espacio psicoeducativo de contención y aprendizaje.

El grupo funciona dos veces al mes, coordinado por una Psiquiatra, tres Licenciados en Psicología y un Licenciado en Kinesiología, como línea general de trabajo se invita al grupo familiar al encuentro. El objetivo es prevenir el deterioro y la desorganización de la dinámica familiar, reforzando los vínculos entre los miembros a través del trabajo con la comunicación, sus modalidades, los modos de relación, los roles familiares, etc. Además se intenta ampliar la red social de cada integrante, para que encuentren los apoyos psicosociales necesarios.

Las intervenciones se apoyan en las capacidades y potencialidades de los miembros presentes, en el caso de los pacientes se tiende al desarrollo de las competencias personales y sociales a fin de incrementar el nivel de autonomía personal.

Los profesionales tienen como eje teórico, recientes investigaciones que informan acerca del mejoramiento de los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas severas como combinación de medicación, terapia familiar y capacitación social. El clima emocional de la convivencia familiar juega un papel fundamental en la evolución de las enfermedades mentales.

El trabajo del kinesiólogo aporta una dinámica de apertura grupal, en los inicios el grupo se muestra resistente por lo cual se trabaja desde lo corporal, para facilitar la expresión y la comunicación.

Los pacientes cuyos familiares reciben información acerca de cómo enfrentar la enfermedad, cómo aprovechar mejor los recursos terapéuticos y que tienen posibilidades de canalizar sus angustias, inseguridades y dudas, se asocian a mejor evolución y aceptación del tratamiento, como así también menor frecuencia y gravedad de las recaídas.

- Voluntad (Grupo Psicoeducativo para los trastornos de ansiedad):

La actividad de dicho grupo comenzó en 1999, funcionando con frecuencia quincenal, a partir de la demanda creciente de pacientes atendidos por consultorio externo, las consultas incluían trastornos y/o crisis de angustia, de pánico, agorafobia, fobia social, etc.

La dinámica grupal se desarrolla a través de la psicoeducación y de las técnicas corporales, útiles para enfrentar la sintomatología ansiosa. La finalidad de la tarea grupal sería lo psicoeducativo para reencontrar las capacidades obturadas abriéndose hacia la comunicación, el control de la ansiedad, la detección temprana de recaídas y brindar un espacio de

atención que ponga las esferas psico-corporales en un funcionamiento dinámico y equilibrado para la rehabilitación.

En este tipo de tratamiento resulta útil la combinación de medicación específica, junto a una terapia individual y abordajes grupales. Permitiendo además la integración de familiares, allegados o amigos que el paciente desee integrar, que se transforman en acompañantes que garantizan la continuidad del tratamiento.

Como es una patología subregistrada se difunden folletos informativos donde se explicita la sintomatología del trastorno de ansiedad y también se difunde por otros medios de comunicación (radio).

- Encontrarte: El grupo encontrarte funciona todos los lunes de 8:30 a 10:30, en el espacio de kinesiología. Es coordinado por una Psiquiatra, una Trabajadora Social y un Licenciado en Kinesiología.

Se realiza una admisión previa para el ingreso al grupo, aunque no existen criterios estrictos, ya que se acepta cualquier problemática (depresión, ansiedad, crisis vital, etc.). Los pacientes pueden concurrir a otro grupo simultáneamente, ya que los objetivos de éste grupo no se superponen con los demás. El objetivo no es lo terapéutico en sí, sino un espacio de distensión, relajación y diversión que traiga por añadidura una mejoría en la calidad de vida.

La única condición que se plantea al grupo es que no se pueden quejar, no se puede hablar de enfermedades, ni de cosas negativas. Se inician los encuentros con una actividad de precalentamiento que dura alrededor de 15 minutos, puede ser a través del baile, gimnasia, caminata,

etc. Luego se pasa a un juego o actividad, para culminar el encuentro con una reflexión y cierre sobre lo acontecido, mencionando algo positivo que les haya sucedido en la semana.

- Crecer (Grupo terapéutico para niños y adolescentes): Crecer se subdivide en un grupo para niños (4 a 11 años aproximadamente) que es coordinado, por un Licenciado en Psicología, una Psiquiatra y una Acompañante Terapéutica y un grupo para adolescentes coordinado por dos Licenciados en Psicología.

El ingreso al grupo se evalúa desde el Servicio de Niñez y Adolescencia (puede haber sido derivado por otra institución, como la escuela) dependiendo de las características del paciente, el motivo de consulta y diagnóstico, se lo invita al grupo teniendo en cuenta que no rompa con el equilibrio logrado.

No se admiten niños con trastornos de psicomotricidad (hiperquinesia no controlada o trastorno por déficit de atención) ya que para el funcionamiento del grupo se requiere de una producción cognitiva rica que favorezca el sano desarrollo grupal.

El grupo de niños, se lleva a cabo acompañado por uno de sus padres o ambos si pueden concurrir, se trabaja con música, expresión corporal, juegos, dramatizaciones, cuentos, etc. El encuentro con otros niños de su edad posibilita la emergencia de procesos identificatorios, la comunicación entre ellos es más fluida que con el terapeuta a solas, y además permite observar el desempeño del niño y la integración con pares, para acercarse a una idea sobre el diagnóstico. El hecho de que concurren

con uno de los encargados de su crianza, permite que se puedan realizar orientaciones a los adultos.

Los adolescentes (12 a 17 años), no concurren acompañados por sus padres, suelen ser derivados la mayoría de las veces desde la escuela o instituciones judiciales. Se trabaja desde diversas técnicas promoviendo la formación del grupo como un espacio de contención, identificación y sostén. Los pacientes suelen tener su terapia individual, desde donde se realizan lineamientos y puntuaciones a la familia.

ACTIVIDADES INSTITUCIONALES

- Asamblea de personal: Dicho espacio, funciona en el Salón de actos del hospital, todos los martes de 11:00 a 12:00. Concurren todos los miembros del Hospital (desde personal de mantenimiento hasta la Directora). Se ubican en círculo y hay una persona encargada de la coordinación y otra de redactar las actas, que luego se leerán en el próximo encuentro. La asamblea resulta como un espacio abierto a la clarificación de dudas, problemáticas, desacuerdos, interrogantes como así también de las cosas positivas que se quieren compartir.

- Reunión de Jefes: Se realiza los días jueves de 8:00 a 9:00 y asisten todos los jefes de cada uno de los sectores del hospital, se tratan temas similares a los de la Asamblea.

- Reunión de atención al público: Se realiza los miércoles de 10:30 a 11:30, es coordinada por el Jefe de atención al público y hay una persona encargada de registrar en actas lo hablado. La reunión se centra en torno a la oferta y demanda de turnos, evaluando la organización y planificación para la próxima semana.

- Revista de Sala: La revista de Sala se realiza todos los lunes, martes, jueves y viernes de 10:30 a 11:30 en el espacio de la enfermería. Concurren todos los profesionales de la salud y es coordinada por un enfermero, que va pasando lista de cada uno de los pacientes internados, a lo que cada profesional que estuvo en contacto con el mismo, aporta desde su especialidad la información relevante al caso.

Para realizar una atención integral, los diferentes profesionales de cada disciplina trabajan en equipos interdisciplinarios, fortaleciendo la comunicación, el diálogo, la planificación en conjunto y el intercambio de miradas en una relación horizontal de poder, con voluntades compartidas de resolver las posibles diferencias de criterios y de intervención.

Tradicionalmente la responsabilidad mayor recaía sobre el psiquiatra tratante, pero ahora estas decisiones son cada vez más compartidas y no dependen exclusivamente de una disciplina. Se mantienen espacios de diálogo para que las intervenciones puedan ser planificadas democráticamente y con el aporte valioso de cada disciplina en el abordaje del complejo objeto de estudio de la Salud Mental.

Análisis de entrevistas

Introducción al análisis de las entrevistas

Para la muestra del presente trabajo se realizaron 12 entrevistas semi-estructuradas, con diferentes protocolos de preguntas para los profesionales y para los trabajadores (no profesionales) de los diferentes servicios.

La muestra de profesionales, fue conformada por 2 Licenciados en Psicología (uno de ellos coordinador del servicio de niños y adolescentes), una Médica Clínica, un Licenciado en Farmacia, una Licenciada en Trabajo Social y un Médico Psiquiatra, impulsor de la transformación, ex Director del HESM y actual Director del Instituto de Estudios Sociales y Psicosociales (IESP) de la Universidad de La Punta, Jorge Luis Pellegrini. Todos los entrevistados formaron parte de la transformación iniciada en 1993 y aún continúan trabajando en el hospital.

Además se obtuvo el relato de 2 enfermeras que trabajan en el hospital desde hace más de 35 años y trabajadores de 4 sectores/ servicios (lavandería, mantenimiento, cocina y administración).

El análisis de las entrevistas se llevó a cabo siguiendo los lineamientos de la Teoría Fundamentada diseñada por Glaser y Strauss en 1967. Se establecieron 6 categorías: 1) Comparación etapa anterior a la transformación y etapa actual; 2) Vivencias subjetivas; 3) Dificultantes; 4) Facilitadores; 5) Proceso histórico; 6) Externación, que permitieron un análisis intracategorial, extrayendo datos de cada entrevista que sean pertinentes a cada dimensión. Luego se realizó un análisis intercategorial, a través de díadas se compraron los datos obtenidos y se analizaron aquellos puntos con mayor grado de saturación.

Análisis Intracategorial

Categoría 1: Comparación etapa anterior a la transformación y etapa actual

Entrevista N° 1: *"Ahora hay cambios se puede trabajar mejor en la parte del servicio de mantenimiento, antes era más difícil trabajar porque había setenta, ochenta pacientes, dejabas una herramienta y no sabías si te la robaban, te pegaban, te lastimaban o algo. Ahora no, estás arreglando un baño o cualquier otra cosa por ahí y no pasa nada, dejamos, vamos y venimos, y somos dos, antes éramos ocho." (...) "Cambió todo, mayormente la limpieza, antes había suciedad por todos lados, en los pasillos, en las salas, en todos lados. Había mucho olor. La parte del edificio del hospital siempre igual. Agrandaron la parte donde está el instituto. Eso debe hacer quince años más o menos que está. Había un ala de mujeres y otro de varones y el salón de actos era el comedor. Había 16 habitaciones, ocho de mujeres y ocho de varones, llegaban al lugar y los internaban. Los parientes venían a internarlos, después no venían más, muy raro que viniera otro, en cambio ahora con el nuevo sistema lo internan con el pariente." (...) "Antes no había tanto compañerismo. Ahora hay más compañerismo porque la gente de las oficinas sale. Antes estaban encerrados, con miedo. Nosotros sí, el mantenimiento estaba en todos lados, en la oficina, en el baño. Pero la enfermera con la de personal o la de administración no se veían, no tenían mucho contacto, comunicación."*

Entrevista N° 2: *"Ahora de todas las clases sociales vienen a sacar turno, porque este hospital quedo preparado para tratar las grande patologías*

sociales. La gente puede hacer terapia, atenderse con un psiquiatra. Gente de todas las clases. Pueden elegir los psicólogos y hacer un buen tratamiento. La transformación fue en la gente también no solo en el hospital. El prejuicio se trabajó, con el boca en boca, en esa época se hacían talleres en la plaza, se difundía por tele y diario, pero lo fundamental fue viniendo y viendo que los grupos les hacían bien." (...) "Son dos experiencias totalmente diferentes. En ese momento la mayoría de los pacientes eran casos sociales. Entonces actualmente la gente todavía tiene en sus cabezas que esto es un asilo por ejemplo: el otro día fui a un curso de trata de personas, con una abogada y había uno de los ministros de las instituciones que decía que con los hospitales de salud mental no se podía trabajar porque la idea era buscar un lugar físico para asistirlos cuando uno los libera de las trata y después se les paga para volver a su país o se les da trabajo y necesitan un lugar físico pero dice el ministro, acá en esta provincia no se puede porque existe una ley de desinstitucionalización, no le digo, pero eso es transitorio, no debe quedar encerrado, o sea que siempre está en la mente de la gente que para desembarazarse de un problema siempre está el hospital de acá y se enojan con el hospital cuando no pueden hacer, acá hay una ley de salud que dice que el juez no puede internar, solo los médicos, las enfermedades son transitorias. Para mí, esto es lo que debería ser, que cada paciente pueda vivir en un lugar adecuado porque el cronicario era vivir en condiciones infrahumanas, los olores, le pegaban, hay gente que no los recibe pero hay otros discursos para que puedan vivir bien. Todos tienen dificultades pero están mejor de lo que estaban acá. Es cuestión de cómo uno abre la cabeza. Es preferible la libertad que estar encerrado, es un derecho esencial del hombre."

Entrevista N° 4: *"Yo acá me preguntaba, cómo hago para que a estos enfermos que maltratan, les pegan, les hacen electro shock, les hagan todo lo contrario. Los que hacían esto, son las mismas personas que están hoy acá. Esta atmósfera que ves hoy acá, que te tratan bien y respetuosamente no existía, acá era todo violencia."*

Entrevista N° 5: *"Antes se le daba la comida por una ventanita. Las cocineras no tenían una puerta que comunicara al comedor, se armaban guerras donde se tiraban comida, no tenían cubiertos, comían en el piso, en platos de latas. Había una campana que siempre a la misma hora uno de estos pacientes a llamar para la hora de la comida, como sabía la hora no sé y así venían todos a comer." (...) "Veías el pacientes acá y luego verlo después de unos años cuando los traen a control, los cambios son impresionantes." (...) "Necesitan mucho menos medicación ahora los pacientes. Así que bueno estoy convencida de que esto es lo que hay que hacer y de que hay que estar permanentemente cuando un paciente se interna. Cuando hay que hacer alguna nota a la justicia o alguna otra institución la nota es para ayer no para mañana, ni pasado. Esto pasaba antes, las cosas se dejaban para después y mientras tanto los pacientes estaban internados por años. Había personas que estuvieron 30 años y es lo que pasa en todos los manicomios. Acá traían al paciente la familia o la policía y los dejaban en la puerta que estaba a muchos metros y los dejaban y se iban." (...) "Nosotros no teníamos, en la primer época de la transformación, una ley que nos amparara, los oficios llegaban ordenándonos internaciones, cada paciente era una situación distinta. Ibamos un grupo del hospital a hablar con el juez y le explicábamos la situación. Cuando empezaron solos ellos a cambiar la obligación de la interacción. La ley*

vino después, vino a legalizar lo hecho. Es una ley de desinstitucionalización de ancianos, niños y enfermos mentales. Cualquier cuestión de internación prolongada debe ser vista por un equipo de salud mental y ver si corresponde y tiene que ser por el menor periodo posible."

Entrevista N° 6: *"Acá les prohibieron la libertad, es como haber estado preso, sin haber cometido ningún error, porque nadie tiene la culpa de haber de tener un problema mental, pero cuando existió esto antes de la transformación estuvieron detenidos, estuvieron presos, como estar en una cárcel. Hoy por hoy ver el hospital transformado, el hospital con un parque, el hospital con hermosos colores, con luces, con montones de cosas, yo no me veo trabajando en un hospital psiquiátrico." (...) "antes de la transformación no había tanta comunicación directa, la historia clínica la manejaba un determinado sector, tengo entendido que ni siquiera la parte de enfermería accedía y hoy nosotros tenemos las historias clínica de los chicos que vienen a aprender o lo que sea, porque tenemos una hoja anexada a la historia clínica que ponemos que viene, que concurre y como lo veo al paciente, o sea que yo también hago un aporte para que el profesional que lo vea en determinado grupo pueda saber cómo se comportó." (...) "Yo creo que han habido muchos cambios, y son positivos, más allá de que en algunas asambleas o reunión de atención al público o reuniones de jefe puede haber alguna diferencia de pensamiento, es bueno y es positivo también, se puede hablar, se puede dialogar libremente, esto es como vivir en democracia y eso es positivo. Que el hospital se mueva libremente sin sacarnos del contorno de quien nos dirija, que en este caso sería la Dra. Ponce, pero todos tenemos acceso a opinar, a decir, a no decir y eso es bueno, que en otra instituciones no existe."*

Entrevista 7: *"Cuando yo llegue acá y trabaje casi 9 meses en lo que fue un psiquiátrico, entré en la vorágine y te devora, el psiquiátrico te devora a vos, iatrogénico 100 por ciento. Entrás a producir y a entregar la medicación y nada más que la medicación, y podés manejar un espacio de poder y de tráfico y nada más. Pero tenías que estar atento porque los pacientes acá encima de que estaban sobremedicados tenían una patología más que era la adicción. Había medicamentos que eran adictivos, y que los pacientes se habían hechos adictos a través de tomar durante tanto tiempo el mismo medicamento." (...) "El negocio que existía siempre en un psiquiátrico, yo cuando llegué acá, había gente, pacientes que negociaba por una pila, por un mate, un medicamento, era moneda corriente... y hubo que corregir esas cosas. Esos daños que se hicieron en ese momento, que se siguen haciendo, que es el gran tráfico que hay interno y externo, hubo que cortarlo, porque era tráfico de medicamento, tráfico de drogas." (...) "De los 103 paciente que había, todos, hasta los que tenían rasgos esquizofrénicos, psicóticos están viviendo tranquilamente en sus casas, en un hogar sustituto, en el medio que les corresponde, porque lo que enferma está afuera y lo que cura también está afuera." (...) "Cuando empezaron las reuniones, cuando empezamos a hablar, desacreditar al otro era moneda corriente, a vos te decían ¿qué hace el farmacéutico acá? Vos no tenes que hacer." (...) "antes había profesionales que permitían eso, que certificaban que la persona no era cuerda y que tenía un curador que era un sobrino que manejaba la guita y ni lo venía a ver al tío. Eso es iatrogenia, eso es mala praxis, contra eso hubo que luchar y esos profesionales que cobraban su sueldo y cobraban extra, porque deben haber cobrado unos buenos mangos por acceder a firmar un certificado de insania, y eso hay que llamarlo por su*

nombre, y vos cuando empezas a cortar eso, cortas un montón de negocios."
(...) "la interdisciplina de este hospital nace ahí, trabajar cada uno desde lo que podía y como podía" (...) "Entonces hoy vos ves que hay grupos terapéuticos en el hospital que por razones de salud, de licencia, no están los médicos y están conducidos por un farmacéutico y un estudiante de psicología, porque tenés obligación de aprender, de estudiar, de mejorar, de capacitarte."

Entrevista N° 8: *"nos tocó a nosotros, de estar con 100 pacientes a unificarse las camas que hoy son 11" (...) "si bien es cierto cuando tenías 100 pacientes no era la misma actividad de hoy, hoy es mucho más de lo que trabajábamos antes porque al ser pacientes crónicos teníamos un policía en esta institución y la enfermería era como un robot, la enfermera hacía el bienestar del paciente o sea la higiene, la comida, todo lo que concierne al individuo, pero el resto nosotros no teníamos nada que hacer sólo cuidarlos que no se vayan a fugar, entre ellos porque había mucha gente que estaba bien y estaba por problemas sociales nos ayudaban a cuidar, entonces nosotros teníamos muchas horas de ocio, a pesar de que nos tocaba hacer la guardia, la higiene y todo lo que concierne al paciente"*

Entrevista N° 9: *"si bien antes había mucho trabajo porque la enfermería de antes era bañarlos y cambiarlos, bañarlos y cambiarlos. Antes había muchos diagnósticos, ahora ustedes habrán visto que entran drogadictos y por alcohol."*

Entrevista N° 10: *"Los cambios son muchos, por ejemplo ahora vienen pacientes agresivos, pero están internados una semana, lo estabilizan y le dan el alta. En casos extremos hay pacientes que están 18 días, 20 días, quizás un mes. Todo eso fue cambiando. En el manicomio, había cosas muy feas acá, se*

tiraban con cosas, con excremento, a los empleados (me han contado) tenían que andar cuidándose de los pacientes y todo eso fue cambiando."

Entrevista N° 11: *"Era terrible, antes era terrible, esta ventana que está acá, esa parte que se ve ahí le decían villa cariño, porque acá venían todos los pacientes a tener relaciones sexuales, en el patio, en la ruta eran los lugares donde se escondían los pacientes para tener relaciones. La mayoría de los pacientes tenían hijos porque no tomaban anticonceptivos, una de las tantas transformaciones que se hicieron en el hospital, fueron derivados a otros lugares en Córdoba, donde varios pacientes se quedaron allí y la justicia les quitó sus hijos. Donde está kinesiología ahora, estaba el hueco negro como le decíamos, era donde estaban los casos más agudos y más crónicos y más neurológicos, porque acá era un depósito de seres humanos, era un depositario, acá no importaba si el paciente era epiléptico se lo ponía con un paciente Down con otro paciente. Había casos que no tenía ningún sentido que estuvieran acá y los habían depositado hacia 20, 30 y 40 años, más vivieron acá que es sus casas." (...)* *"Lo que hoy estas internando son casos de adicciones, porque para lo que nosotros estamos formados es para casos de alcoholismo, para trabajar con alcoholismo, pero adicciones no. Hoy si ves las estadísticas del hospital, tenes casos de pacientes psiquiátricos que nunca más se internaron, hoy estaba viendo una paciente que se internó en el año 97 y nunca más tuvo una recaída y sigue al pie de la letra el tratamiento, la medicación." (...)* *"En el manicomio lo que existe es el poner sobrenombres, le decíamos Pedrito, se llama Sergio, como no teníamos el nombre le poníamos otro." (...)* *"Este hospital fue hospital psiquiátrico, después fue hospital de agudos y desde hace unos años hospital escuela, porque forma, capacita y*

orienta en salud mental."

Entrevista N° 12: *" No siempre hubo un servicio de niños, cuando empezamos el proceso de transformación una de las cosas que hicimos fue fundar el servicio de niños, fue muy resistido, fue muy resistido porque decían que algún loco iba a matar un niño. Ahora ustedes ven circulan chicos, grandes, todos, pero en ese tiempo no, decían que era una mala idea, mucha gente se opuso, asique había que demostrar que se podía hacer." (...) "El hospital iba a atender de otra manera, que no había que medirlo por cuántos pacientes había internados. A diferencia de cualquier manicomio que se le pregunta cuántos pacientes tienen internados y sólo tienen servicio de internación, nosotros es cuántos pacientes atienden como un hospital, no preguntas sólo cuántos pacientes tienen internados sino cuántas personas se han atendido, y es así que el hospital tiene 30.000 o 34.000 más o menos consultas anuales o prestaciones. La parte de internación es una parte importante, pero es una parte más."*

Análisis

Al momento de comparar la etapa previa y la etapa posterior a la transformación, la mayoría de los relatos comienzan narrando desde la cuestión más edilicia, en cuanto a las características habitacionales del hospital psiquiátrico. Concuerdan en que los pacientes vivían en condiciones infrahumanas, destacan aspectos como la falta de limpieza, el mal olor, la vestimenta y el maltrato desde los profesionales.

Uno de los entrevistados menciona como diferencia entre ambas etapas, la capacitación que brinda hoy el hospital: *"Este hospital fue hospital*

psiquiátrico, después fue hospital de agudos y desde hace unos años hospital escuela, porque forma, capacita y orienta en salud mental."

Varios discursos mencionan como un aspecto que cambió, el trato con los pacientes. Hoy se trata al paciente como un sujeto de derecho, con una subjetividad e historia propia, brindando un espacio de atención, escucha y respeto.

Es recurrente la afirmación de que una de las grandes modificaciones, fue en el modo de trabajar entre los profesionales y no profesionales del hospital. Se generó una dinámica de "compañerismo" y un trabajo desde la interdisciplina, que anterior a la transformación, era impensado *"cuando empezamos a hablar, desacreditar al otro era moneda corriente"*, a partir del proceso, se genera otra forma de trabajar, no tan jerarquizada y monopólica *"la interdisciplina de este hospital nace ahí, trabajar cada uno desde lo que podía y como podía"*

Se destaca también en ciertos relatos, la transformación del tipo de pacientes, se pasó de aproximadamente 100 pacientes, con un gran porcentaje de casos sociales, a 11 camas que en su mayoría reciben internaciones por casos de adicciones a drogas y alcohol. Un número menor de entrevistados refiere al hecho de que previo a la transformación los pacientes eran "adictos" a los medicamentos, *"los pacientes acá encima de que estaban sobremedicados tenían una patología más que era la adicción"*, por lo cual se sumaba otro aspecto a intervenir.

Aparece en reiteradas entrevistas, la mención al cambio que hubo en la sociedad, en el imaginario del loco, que a merced del trabajo desde el hospital se logró en parte luchar contra este "fantasma" del loco peligroso.

Un profesional relata que luego de la transformación se logró fundar un servicio de atención a niños y adolescentes, inconcebible en la etapa previa al 93 era. La salud mental del hospital psiquiátrico sólo abarcaba la franja etarea de los adultos, hoy se brinda una mayor oferta en cuando a edad y patología.

Una de las entrevistadas, hace referencia a la Ley de desinstitucionalización que se consiguió luego de la transformación, es que fue un hecho crucial en la Salud Mental y Pública de San Luis.

Categoría 2: Vivencias subjetivas

Entrevista N° 1: *“Cuando recién comenzó la transformación, yo no estaba de acuerdo, porque sacaban los pacientes a la calle, porque nos íbamos a quedar sin trabajo, porque, no se muchas cosas, nos iban a dar el traslado, pero, después que fue pasando el tiempo te dabas cuenta que fue para mejor.” (...)* *“Fue buena (la transformación). Al principio no la aceptaba pero después sí. Para mí sigue siendo buena” (...)* *“hay tantas cosas, lindas y feas. Muchas veces te encariñabas con algunos pacientes”*

Entrevista N° 2: *“Totalmente aceptado por eso me quede, elegí este trabajo.” (...)* *“Para mí, esto es lo que debería ser, que cada paciente pueda vivir en un lugar adecuado porque el cronicario era vivir en condiciones inhumanas, los olores, le pegaban, hay gente que no los recibe pero hay otros discurso para que puedan vivir bien. Todos tienen dificultades pero están mejor de lo que estaban acá. Es cuestión de cómo uno abre la cabeza. Es preferible la libertad que estar encerrado, es un derecho esencial del hombre,”*

Entrevista N° 3: *“Yo no tenía ni la menor idea cuando entre a trabajar, Para mí era un hospital psiquiátrico. Me gusta el trabajo.” (...)* *“A mi criterio el sistema es bueno, siempre y cuando tengamos la logística para hacer seguimiento de los pacientes que están fuera, así si funciona.”*

Entrevista N° 5: *“En esta jornada había una persona con un retraso mental profundo que había nacido en un hogar de guiños y vivía acá, no hablaba y cuando termina la jornada le entregan el certificado y ahí fue una sorpresa para mí, porque para mí era una cosa y ahí me di cuenta que era un ser humano que se daba cuenta del reconocimiento que le estaban dando. Eso*

me marco y me hizo replantearme que se puede hacer mucho por estas personas." (...) "Uno siempre tiene miedo a que vuelva el manicomio, más que nada por los cambios de gobierno, pero creo que esta tan firme en la gente del hospital que en el momento en que pueda llegar a peligrar algo, ustedes pudieron ver que todos los integrantes del hospital firman todas las notas. Y la gente nueva no puede imaginarse el manicomio porque no lo vivieron y si bien han ido a otros lugares que son manicomios.

El miedo a que vuelva esta pero no me lo imagino, me parece imposible.

Cuando veo cosas que pueden ser de manicomio nos ponemos firmes y se modifica.

Todos tratamos de cuidar al hospital, ¡hay una sensación de pertenencia. Yo no me lo puedo imaginar de otra forma."

Entrevista N° 6: *" Yo creo que es una de las cosas más positivas que puede haber ocurrido en la provincia de San Luis, poder lograr que el paciente no sea un objeto, sea un ser humano, una persona, con nombre, apellido, dirección, familia, con todo lo que contiene un ser humano. Así como yo tengo madre, padre, tío, sobrino, yo creo que el paciente por más enfermo mental que esté tiene todo eso, viene de una familia, viene de un hogar. Creo que si se volvería a hacer esta transformación sería el primero que levante la bandera para que se hiciera, no dejaría que esto se viniera abajo y volviera a ser un psiquiátrico, no no me veo, lo defiendo a muerte, creo que lo más grande y positivo es que esto se pudo hacer y se tiene que seguir apoyando y se tiene que ir creando cosas para que siga esto, yo no veo con un enfermo mental postergado, yo creo que todos tenemos derecho a la vida, a la libertad. Acá les prohibieron la libertad, es como haber estado preso, sin haber cometido ningún*

error, porque nadie tiene la culpa de haber de tener un problema mental, pero cuando existió esto antes de la transformación estuvieron detenidos, estuvieron presos, como estar en una cárcel. Hoy por hoy ver el hospital transformado, el hospital con un parque, el hospital con hermosos colores, con luces, con montones de cosas, yo no me veo trabajando en un hospital psiquiátrico. "(...)"

"Yo creo que han habido muchos cambios, y son positivos, más allá de que en algunas asambleas o reunión de atención al público o reuniones de jefe puede haber alguna diferencia de pensamiento, es bueno y es positivo también, se puede hablar, se puede dialogar libremente, esto es como vivir en democracia y eso es positivo. Que el hospital se mueva libremente sin sacarnos del contorno de quien nos dirija, que en este caso sería la Dra. Ponce, pero todos tenemos acceso a opinar, a decir, a no decir y eso es bueno, que en otra instituciones no existe." (...)"

"Muchos pueden decir que en las asambleas no pasa, pero si pasa, pasan cosas buenas y si pasan cosas malas se tratan, se discute, pero se promulga qué es lo que pesa más, qué es lo que pesa menos, y es un cambio.

A mí me gustaría que el día que se jubilen todos los que estuvieron en la transformación, sigamos nosotros los que quedamos haciendo eco, hablando de la transformación, que no se quede guardado como archivado lo que fue la transformación."

Entrevista N° 7: *"Cuando yo llegue acá y trabaje casi 9 meses en lo que fue un psiquiátrico, entré en la vorágine y te devora, el psiquiátrico te devora a vos, iatrogénico 100 por ciento. Entrás a producir y a entregar la medicación y nada más que la medicación, y podés manejar un espacio de poder y de tráfico y nada más. Pero tenías que estar atento porque los pacientes acá encima de*

que estaban sobremedicados tenían una patología más que era la adicción”
(...) “La historia empieza a pasar cuando me plantean esto de la transformación, plantea el cambio de la reinserción social de los 103 pacientes que había internados acá en es momentos y que no era entendida por mucha gente, había una efervescencia que una parte decía a este hospital lo cierran y otra parte creía en la transformación. Entonces como farmacéutico en ese momento, yo no veía como involucrarme desde el punto de vista profesional porque no estaba ni tenía los conceptos de salud mental incorporados en la carrera de farmacia.” (...) “Pero después con el tiempo y el trabajar en la transformación e ir entendiendo lo que es, yo lo vi más desde el punto de vista social, como ser humano que se preocupa por otro ser humano que está abandonado, mal tratado, porque yo lo vi, lo viví, el maltrato, el abandono, la suciedad, la mugre. Entonces si te mueve a trabajar por el otro y ahí empecé a hacer los primeros pasos y fue como empezar a tomar idea de lo que era la salud pública, a aprender un montón de cosas que si bien las conocía o las podrías haber sabido por políticas, por interés, por meterte más allá de tu carrera... fui empezando ya a moldear algunos pensamientos sobre salud mental.

Entrevista N° 8: *“nosotros en enfermería también pasamos por una transformación, porque también nos tocó a nosotros, de estar con 100 pacientes a unificarse las camas que hoy son 11, no fue fácil para nosotros, tuvimos que adaptarnos también. ¿Qué iba a pasar con nuestra fuente de trabajo? ¿A dónde iban los pacientes? Fueron preguntas que nos íbamos haciendo, porque no sabíamos, porque como todo desconocimiento te genera temor, nosotros estábamos un poco atemorizadas con ese miedo de qué va a*

pasar, a dónde íbamos a ir, si esto se cerraba o no, entonces enfermería también sufrió una transformación, hay compañeras que no lo pudieron superar, yo no me quedé en el recuerdo manicomial, yo seguí adelante, o sea a mí no me afectó. En este caso el decir bueno se fueron todos, si bien es cierto cuando tenías 100 pacientes no era la misma actividad de hoy, hoy es mucho más de lo que trabajábamos antes porque al ser pacientes crónicos teníamos un policía en esta institución y la enfermería era como un robot, la enfermera hacía el bienestar del paciente o sea la higiene, la comida, todo lo que concierne al individuo, pero el resto nosotros no teníamos nada que hacer sólo cuidarlos que no se vayan a fugar, entre ellos porque había mucha gente que estaba bien y estaba por problemas sociales nos ayudaban a cuidar, entonces nosotros teníamos muchas horas de ocio, a pesar de que nos tocaba hacer la guardia, la higiene y todo lo que concierne al paciente hasta que quede en condiciones de por decirte jugar a las cartas, tomar mate, al fútbol, algunos caminaban por alrededor, entonces nosotros al pasar todo eso también sufrimos la transformación porque después u hoy tenemos mucho más trabajo que antes, a pesar de que son 11 pacientes pero es mucho más la obligación o sea la responsabilidad, si bien es cierto crecemos como personas y profesionalmente, nos fue costando esto hasta que llegamos a la adaptación, decir bueno los pacientes ya no están y nosotros seguimos adelante, nos costó mucho. "

Entrevista N° 9: *"Yo lo reconozco yo soy una de las que no estuvo muy de acuerdo." (...)" Yo siempre pensé que un paciente mental que un enfermo mental es como un chico, ustedes saben que hay paciente y pacientes, hay pacientes que tenes que bañarlos, darle la comida en la boca, darle la*

medicación, entonces con este tema de la reforma yo decía ¿y a estos pacientes quién los va a atender ahora? Yo decía se van los pacientes y qué vamos a hacer nosotros, porque era muy lindo se fueron unos 10, otra vuelta otros 10, otra vuelta otros 15 y otros 5 y ya cuando quedaron 4 pacientes y vinimos a trabajar, me presenté acá y dije ¿y ahora qué nos espera a nosotros? pensábamos nosotros dónde íbamos a ir a parar. Nosotros acá sabíamos tener una supervisora que nos decía ustedes defiendan los suyos, porque había un miedo porque el Dr. Pellegrini ya venía cerrando hospitales en otra partes, entonces como que se pensaba que acá iba a pasar lo mismo... a mí me costó mucho chicas, hasta que por ahí" (...) "Yo en parte me quedo con la parte de psiquiátrico, pero por qué, porque hay pacientes que tienen que ser atendidos y acá los sábados, los domingos, no hay nadie, esto es tierra de nadie y nosotros nos tenemos que bancar lo que venga y como es un hospital a puertas abiertas los pacientes se te escapan y no sabes por dónde salieron y tenes que salir corriendo a la comisaría. Pero hay pacientes y pacientes, hay pacientes que están bien y es una injusticia estar acá adentro, los pacientes que están bien vos decís ¿cómo van a estar acá? "

Entrevista N° 10: *"Para mí fue bueno, fue un cambio, un cambio que costó mucho. Cuando yo vine ya hacían varios años que venían luchando, yo antes lo escuchaba por los medios y yo no sabía nada, pensaba como la sociedad, pero después entré acá y comprobé otra cosa, que no era tanto como decían. Yo antes, antes lo conocí, cuando era manicomio. Era horrible, gente por acá, gente por allá, tirada, descalza, pidiendo azúcar, cigarrillos... y eso fue cambiando, cambiando de ser un lugar de encierro pasó a ser un Hospital de puertas abiertas como dice el doctor. Y bueno esto funciona así,*

viste la cantidad de gente que viene, que tiene un tratamiento ambulatorio, todo eso, y para mí es un aporte bueno, porque debe ser muy feo estar encerrado, estar privado de la libertad, a nadie le gustaría estar encerrado."

Entrevista N° 11: *"Fue un trabajo muy bonito y muy fuerte, porque a medida que nosotros íbamos saliendo con los pacientes nosotros también teníamos nuestra preocupación cómo estarán, quién los va a querer mejor que nosotros, esa protección que uno hace del paciente y no le da la oportunidad de vivir dignamente y en su casa"*

Entrevista N° 12: *"Yo fui fundador del servicio, y en el hospital más o menos 25 años. Yo participe en el proceso de transformación, el proceso no termina." (...) "Nosotros que éramos jóvenes habíamos leído todo eso y nos llamaba la atención poder avanzar sobre estas instituciones"*

Análisis

Hay coincidencias en los discursos, mayormente de la gente que estuvo en el momento de la transformación, sobre los miedos e imaginarios que los atravesaban: *"Cuando recién comenzó la transformación, yo no estaba de acuerdo, porque sacaban los pacientes a la calle, porque nos íbamos a quedar sin trabajo, porque, no se muchas cosas, nos iban a dar el traslado, pero, después que fue pasando el tiempo te dabas cuenta que fue para mejor."* *"Totalmente aceptado por eso me quede, elegí este trabajo."* *"A mi criterio el sistema es bueno, siempre y cuando tengamos la logística para hacer seguimiento de los pacientes que están fuera, así sí funciona."* *Yo creo que es una de las cosas más positivas que puede haber ocurrido en la provincia de San Luis."*

En un número menor, aparecen relatos de gente que no estuvo de acuerdo, sin embargo, en la actualidad al ver los resultados, todos coinciden en que la transformación fue y es positiva: *“Fue buena (la transformación). Al principio no la aceptaba pero después sí. Para mí sigue siendo buena”*

Se presentan casos en los que se manifiesta el miedo a la posibilidad de volver a situación anterior, sin embargo, se nota en los discursos, por otro lado, una sensación de seguridad dada por la unión grupal existente en el hospital: *“Uno siempre tiene miedo a que vuelva el manicomio, más que nada por los cambios de gobierno, pero creo que esta tan firme en la gente del hospital que en el momento en que pueda llegar a peligrar algo, ustedes pudieron ver que todos los integrantes del hospital firman todas las notas. Y la gente nueva no puede imaginarse el manicomio porque no lo vivieron y si bien han ido a otros lugares que son manicomios.”*

“El miedo a que vuelva esta pero no me lo imagino, me parece imposible.”

Es interesante el relato de uno de los pocos entrevistados que hace referencia al futuro de la institución y del sistema *“el sistema es bueno, siempre y cuando tengamos la logística para hacer seguimiento de los pacientes que están fuera, así si funciona.”*

Categoría 3: Dificultantes

Entrevista N° 1: *"Cuando recién comenzó la transformación, yo no estaba de acuerdo, porque sacaban los pacientes a la calle, porque nos íbamos a quedar sin trabajo, porque, no se muchas cosas, nos iban a dar el traslado" (...) "había mucha gente en contra. Afuera era lo peor, lo máximo. La radio, la televisión todo el día: los enfermos en la calle."*

Entrevista N° 2: *"había gente que se oponía, tal vez porque habían creado un vínculo y pensaban donde iban a ir. Había motivos políticos para oponerse." (...) "Llevo tiempo, para que la familia cambie aspectos, la idea de que vuelvan al hospital hacía que la familia no le diera la medicación para que se descompensara hasta que la familia pudo aceptarlo." (...) "Se trabajó desde lo social el prejuicio, la discriminación. Muchos no querían venir porque todavía había pacientes y decían que no eran locos."*

Entrevista N° 4: *"Yo viene como director. Pero nadie entendía lo que quería hacer." (...) "Yo había hecho un intento en la provincia de Chubut gobierno provincial que era peronista, perdió las elecciones y entraron los radicales y reinstauraron el manicomio. Al único funcionario que dejaron del paso de un gobierno a otro fue a mí porque no querían pagar el costo político."*

Entrevista N° 5: *"no fue fácil porque siempre fue vapuleada, la política de turno lo apoyaba pero las radios era todo el tiempo criticando esta transformación, la universidad, la iglesia, la oposición política estuvieron en desacuerdo. Fue tanta la presión que se cambia el ministro de salud y el psiquiatra no estaba a favor de la transformación por lo que lo saca a Pellegrini y traen a una psiquiatra que estaba en contra. En ese momento había gente*

dentro del hospital que estaba de acuerdo, otra en desacuerdo y otra que iba para donde soplaba el viento." (...) "Cuando yo llegué en el 99 todavía aparecían cosas en la radio o le costaba al familiar entender. Por ejemplo había familias que se hacían cargo cobraban la pensión, vivían en la casa del enfermo pero tenían que ir a Buenos Aires y te lo querían dejar como si fuese una guardería." (...) "Había miedos, las enfermeras tenían miedo de lo que iba a pasar cuando abrieran los calabozos y finalmente los abrieron y no pasó nada."

Entrevista N° 7: *"no era entendida por mucha gente, había una efervescencia que una parte decía a este hospital lo cierran y otra parte creía en la transformación." (...) "Entonces cuando tuvimos que ver esos diagnósticos cristalizados que eran, ahí aprendimos. Y a partir de los nuevos diagnósticos reformular la medicación, la medicación no fue sacada de golpe, fue bajada paulatinamente, de acuerdo a las patologías y de acuerdo a las adicciones, porque había muchas adicciones, a muchos medicamentos. Entonces hubo que curar eso, hubo que trabajar con eso." (...) "Esos daños que se hicieron en ese momento, que se siguen haciendo, que es el gran tráfico que hay interno y externo, hubo que cortarlo, porque era tráfico de medicamento, tráfico de drogas." (...) "en contra, desde propios compañeros que no estaban de acuerdo y estaba cómodos con el sistema del manicomio, estaban de acuerdo con el encierro porque ellos estaban encerrados, porque venían estaban un ratito y nadie controlaba, porque se robaba (medicamentos, comida, teléfonos) vos podías venir acá y usar el teléfono de acá para hablar con tu padre en Buenos Aires. ¿Total quién paga? La carne que se les daba a los pacientes, cuando acá se faenaba, acá llegaba la media res y vos mirabas*

la comida que había en el plato y vos decías ¿dónde estaba el lomo, la costeleta? Y en algún lado estaba, en algún lado se vendía, porque los pacientes no comían eso. Las costillas, cuando vos veían que había un asado estaban la paleta, el cogote, pero no estaban las costillas, no estaba el vacío, entonces en algún lado estaba. Cómo te rinde a vos una media res, si decían los pacientes comen una media res por día. Evidentemente alguien se llevaba. Con el teléfono igual, con la ropa igual, la ropa que se usaba era ropa que donaba la gente ¿y la ropa que se compraba? ¿Las sábanas, los colchones? Si vos veías que dormían en las peores condiciones. Eso fue lo primero que tuvimos que pelear, esas comodidades y esos lujos que algunos tenían. Había presos acá que vendían ropa, porque es fácil matar a alguien y decir tuvo un ataque de locura, una emoción violenta y te recluían acá, y acá había un preso que vendía ropa a todo el personal." (...) "había gente que tenía campo, vacas y estaban acá encerrados porque los sobrinos se estaban comiendo la fortuna. ¿Y qué tenías que interpretar de eso? Y bueno, esas fueron grandes cosas, negocios que ibas cortando, porque antes había profesionales que permitían eso, que certificaban que la persona no era cuerda y que tenía un curador que era un sobrino que manejaba la guita y ni lo venía a ver al tío. Eso es iatrogenia, eso es mala praxis, contra eso hubo que luchar y esos profesionales que cobraban su sueldo y cobraban extra, porque deben haber cobrado unos buenos mangos por acceder a firmar un certificado de insania, y eso hay que llamarlo por su nombre, y vos cuando empezas a cortar eso, cortas un montón de negocios.

Después la sociedad, la sociedad del San Luis del Año 93, era una sociedad mucho más pequeña de lo que es ahora y decían "los locos van a

estar en la calle" "van a soltar los locos". Porque eso se instaló, y luchar contra eso es luchar contra un estigma muy grande. Había mucha gente que le convenía que los locos estén encerrados, ellos mismo instalaron eso, la aristocracia de San Luis instaló eso... porque era la vergüenza los locos ¿cómo pueden compartir un helado un café en la confitería? Las viejas que tomaban el té, huían de los locos. La hipocresía... y hablaban de la cooperativa del hospital psiquiátrico, como pagando culpa, y eso lo digo con mucha bronca, mucha indignación, porque hay que ser muy hipócrita para formar una cooperativa y después andar diciendo en la calle que estamos soltando los locos. Había gente que decía yo colaboro con la cooperadora para vestir, para cuidar locos encerrados. Cuando vos lo pusiste y le mostraste que podía ir a tomar un café y un helado, se acabó la cooperativa, se acabó el yo ayudo y empezó la otra crítica y eso nadie lo decía. Y empezó la iglesia, la iglesia que también se metió en el barrio nuestro, porque no sé cuál era el argumento real, porque ¿abandonábamos de dios o dios los había abandonado? La iglesia tenía mucho que ver también hoy no dice nada, pero en aquel momento el púlpito se usaba para eso, y contra eso tuvimos que luchar...

y la prensa, hablar con los periodista que te hablaban de salud mental, de esquizofrenia, te hablaban de lo peligrosos que eran los locos en la calle, porque había una película como los yanquis que mostraba que los locos eran peligrosos, que mataban, cuando acá ninguno estaba para estar encerrado." (...) "se creó todo un circo y como en todos los circos se etiqueta, se rotula, el circo morboso y sanguinario de la prensa es increíble. Todos hablaban de la locura, todos... lo echaron a Pellegrini, lo volvieron a traer. Cuando lo echan a Pellegrini en el 95 por la presión política que había en la calle, de la iglesia, de

los medios, de las personas, suspenden esto y vuelvo a encarar el manicomio y ponen a un ministro y a una directora que empezaron a traer a los locos de nuevo adentro" (...) "Otro de los grandes argumentos que había en la sociedad era ¿quién los iba a cuidar mejor que nosotros? O sea, yo era carcelero no farmacéutico, el psicólogo era carcelero no psicólogo, el psiquiatra era carcelero no psiquiatra... porque si te dicen que vos lo vas a cuidar mejor ¿qué era lo mejor? Otro argumento era ¿dónde van a estar mejor ahí? Va a estar mejor ahí en la casa o en un hogar sustituto que en hospital, porque el hospital enferma, el hospital es de paso."

Entrevista N° 8: *"no fue fácil para nosotros, tuvimos que adaptarnos también. ¿Qué iba a pasar con nuestra fuente de trabajo? ¿A dónde iban los pacientes? Fueron preguntas que nos íbamos haciendo, porque no sabíamos, porque como todo desconocimiento te genera temor, nosotros estábamos un poco atemorizadas con ese miedo de qué va a pasar, a dónde íbamos a ir" (...) "hay compañeras que no lo pudieron superar, yo no me quedé en el recuerdo manicomial, yo seguí adelante, o sea a mí no me afectó."*

Entrevista N° 9: *"Yo lo reconozco yo soy una de las que no estuvo muy de acuerdo " (...) "entonces con este tema de la reforma yo decía ¿y a estos pacientes quién los va a atender ahora? Yo decía se van los pacientes y qué vamos a hacer nosotros."*

Entrevista N° 10: *"a la transformación la sociedad la rechazó mucho porque decían sacaban los locos a la calle" (...) " fue un cambio, un cambio que costó mucho. Cuando yo vine ya hacían varios años que venían luchando, yo antes lo escuchaba por los medios y yo no sabía nada, pensaba como la sociedad, pero después entré acá y comprobé otra cosa, que no era tanto*

como decían. "

Entrevista N° 11: *" Con el proceso de la transformación, de lo que por primera vez se habla es de la salud mental, eso provocó situaciones de mucha angustia ¿Qué va a hacer el loco en la calle? ¿El loco va a matar gente?" (...) "las principales dificultades fue con el medio, con las familias en muchas ocasiones" (...) " Nosotros tuvimos denuncias penales a 3 profesionales y al Dr. Pellegrini que era el director en ese momento, al licenciado Guzmán, a la licenciada Bustos y a mí, porque hicieron aplicar el código de ética profesional, quisieron sacarnos el título porque adheríamos al procesos de transformación, lo expusieron frente al colegio al que nosotros pertenecíamos y nos salvamos por el in dubio pro reo, ante la duda a favor del reo, yo no mate a nadie, pero me aplicaron el artículo penal que ni siquiera es un artículo, ante la duda no salvamos. "*

Entrevista N° 12: *"cuando empezamos el proceso de transformación una de las cosas que hicimos fue fundar el servicio de niños, fue muy resistido, fue muy resistido porque decían que algún loco iba a matar un niño " (...) "Por ejemplo, el titular de la cátedra de psicología clínica de la Universidad Nacional de San Luis, era uno de los principales opositores, decía que esta institución era peligrosa para los chicos, un médico psiquiatra, un tipo prestigioso pero él se había educado en esa idea, dice que en el manicomio está la gente peligrosa, encerrados y que por ahí había daños de internación. " (...) "Es como un fantasma, el loco, el peligroso" (...) "es un tema complejo y las resistencias que hay son gigantescas. Acá el colegio de psicólogos fue uno de los primeros que se opuso, se opuso firmemente"*

Análisis

Se observa una coincidencia general, desde lo discursivo, al mencionar como factor que dificultó el proceso de transformación institucional la sociedad de San Luis de 1993, según relatan los entrevistados había temor, incertidumbre, angustia “*Qué va a hacer el loco en la calle? ¿El loco va a matar gente?*”. La sociedad era uno de los mayores opositores, aparecía la figura del loco unida a lo inmoral e irracional, como aquel ser que atentaba contra el orden social. En el imaginario social, el loco representaba la peligrosidad “*Es como un fantasma, el loco, el peligroso*”.

Otro factor que se opuso y tuvo gran influencia sobre la sociedad, fueron los medios de comunicación, la radio y la televisión. La mayoría de los entrevistados concuerdan en que el periodismo criticó fuertemente la desmanicomialización y logró expandir ese “temor al loco” en la población.

Entre los relatos aparece como otro dificultante del proceso de transformación, la resistencia desde el hospital, muchos trabajadores no estaban de acuerdo con la externación. Algunos de los entrevistados lo expresan como una vivencia “*Yo lo reconozco yo soy una de las que no estuvo muy de acuerdo*”. No comprendían el proceso y esto generaba mucha incertidumbre acerca de su futuro laboral “*nos íbamos a quedar sin trabajo, porque, no se muchas cosas, nos iban a dar el traslado*”. El temor a la pérdida de trabajo es mencionado reiteradas veces como un factor que jugó en contra dentro del hospital. Uno de los entrevistados menciona, que además del desconcierto, la resistencia provenía de ciertos empleados que estaban “cómodos” con el encierro y podían sacar de él una ventaja a nivel personal “*porque venían estaban un ratito y nadie controlaba, porque se robaba,*

medicamentos, comida, teléfonos (...) ¿ Total quién paga? ”.

Otro motivo que se repite en los relatos como un dificultante de la transformación (y de gran peso) es la política. La política de turno tuvo un rol fundamental en la posibilidad de concretar dicho proceso, como así también en un primer momento de oponerse y lograr entorpecer el curso de las acciones llevadas a cabo “ *Cuando lo echan a Pellegrini en el 95 por la presión política que había en la calle, de la iglesia, de los medios, de las personas, suspenden esto y vuelvo a encarar el manicomio y ponen a un ministro y a una directora que empezaron a traer a los locos de nuevo adentro*”.

Un visión menos representativa es la de aquellos entrevistados que mencionan a la familia de los pacientes, como un factor de resistencia, quizás la costumbre de que siempre había sido y lo complicado de “hacerse cargo” del enfermo mental, generaba en las familias sentimientos encontrados, por lo que no resultó fácil que puedan aceptar el cambio.

Los profesionales relatan que ciertos colegas, importantes docentes de la Universidad y el Colegio de Psicólogos se oponían desde diferentes convicciones ideológicas y teóricas. Hubo denuncias penales contra los trabajadores del Hospital y hasta el intento de quitar el título a 3 Psicólogos.

Categoría 4: Facilitadores

Entrevista N° 1: *"Ahora hay más compañerismo porque la gente de las oficinas sale. Antes estaban encerrados, con miedo. Nosotros sí, el mantenimiento estaba en todos lados, en la oficina, en el baño. Pero la enfermera con la de personal o la de administración no se veían, no tenían mucho contacto, comunicación. Gracias a ese compañerismo se pudo hacer la transformación, porque acá se juntaban, iban todos a hablar al gobierno, a los medios."*

Entrevista N° 2: *"se trabajó desde lo social el prejuicio, la discriminación." (...) "El prejuicio se trabajó, con el boca en boca, en esa época se hacían talleres en la plaza, se difundía por tele y diario"*

Entrevista N° 4: *"acá la situación fue muy dura, creo que si Alberto Rodríguez Saá no hubiese bancado esa experiencia nosotros no podríamos haberlo logrado." (...) "la gran herramienta fue la que vos ves en este momento: agruparse, es lo que se llama la corriente de grupalidad institucional."*

Entrevista N° 5: *"Apoyábamos la transformación, la cual no fue fácil porque siempre fue vapuleada, la política de turno lo apoyaba pero las radios era todo el tiempo criticando esta transformación, la universidad, la iglesia, la oposición política estuvieron en desacuerdo." (...) "En ese momento había gente dentro del hospital que estaba de acuerdo, otra en desacuerdo y otra que iba para donde soplaba el viento. El grupo que estaba a favor, sacaba dinero de su bolsillo para poder continuar con la transformación, con los viajes a los hogares de los enfermos, etc."*

Entrevista N° 6: *"cada uno de los que estamos acá hacemos día a día la*

transformación para que el hospital siga."

Entrevista N° 7: *"Dr. Pellegrini no hizo una selección, él dijo trabajo con todos los que quieran trabajar conmigo, entonces él abrió tanto el juego que eso fue lo importante y creo que tiene validez porque no trajo a nadie de afuera, él vino solo, trabajó y reconvirtió. Lo primero que hizo fue la reconversión del mismo recurso humano que había." (...) "Acá se pudo hacer porque hubo voluntades de profesionales y no profesionales jóvenes de querer cambiar, se dieron cuenta que el sistema del psiquiátrico no servía y que vieron que lo que se proponía valía la pena, primero eso. Segundo, que hubo un apoyo político, porque creo que el Dr. Pellegrini tuvo la suficiente visión de saber explicarlo a quien era el gobernador de la provincia en ese momento, y cuando vos sabes explicar y compartir la visión, que yo siempre sigo cuando vos compartís la visión, compartís el proyecto y lo podés llevar a cabo y con compromiso. Esas para mí, personalmente, fueron las condiciones más fecundas para que creciera y se pudiera hacer la transformación." (...) "Cuando lo echan a Pellegrini en el 95 por la presión política que había en la calle, de la iglesia, de los medios, de las personas, suspenden esto y vuelvo a encarar el manicomio y ponen a un ministro y a una directora que empezaron a traer a los locos de nuevo adentro, el grupo que estaba convencido de que era la mejor solución lo que nosotros propusimos, nos abroquelamos y luchamos y logramos que se fueran, que volviera Pellegrini y volvimos y trabajamos con un proceso de transformación que hasta el día de hoy se tiene que seguir cumpliendo."*

Entrevista N° 9: *"hay familias sustitutas que el gobierno aporta cierta cantidad de dinero para esa gente y los tiene ahí con la responsabilidad de*

hacerse cargo del tratamiento."

Entrevista N° 11: *"Primero que todo el hospital se comprometió a hacer un trabajo, porque no es que porque nosotros íbamos a hacer el domicilio ya está, no no, todo el hospital estaba enmarcado hacia la transformación.*

Uno de los pilares de la transformación se inicia en marzo del 93 cuando viene el Dr. Pellegrini, lo enmarco así porque en marzo del 93 el viene a hablar de alcoholismo e invita a los distintos profesionales a que se adhieran a trabajar en equipo, entonces el primer grupo terapéutico que hay y que es el pilar de la institución es el grupo de alcohólicos, que es en el año 93. Después en noviembre vuelve Pellegrini y en enero del 94 como director, porque había otro director que no adhería al proceso de transformación, fue muy difícil, porque había que trabajar con la gente de adentro y con la gente de afuera.

Entonces Pellegrini pregunta qué hospital queríamos, un hospital diferente, pero para eso lo primero que teníamos que hacer era cerrar todas las admisiones de casos sociales. Lo primero que se hace, se cierran las admisiones por casos sociales. Todas las mañanas a las 8 de la mañana nosotros nos juntábamos en el comedor con cada uno de los pacientes, pero para eso teníamos que armar estrategias de solución, la mayoría de los pacientes, un 70 % provenían del interior de la provincia y venían todos judicializados, los habían judicializado en una época y después quedaron, los dimos de alta y nadie se preocupó y quedaron de por vida, pasaron 30 años, pasaron 40 años, 15 y fueron quedando."

Entrevista N° 12: *"Mira acá había una residencia y los residentes eran una generación joven que buscaban otra cosa. Después se dieron las cosas que vino Pellegrini y el grupo se suma a esa idea... pero está idea estaba*

instalada en el mundo. En el mundo entero, estaba en esa época el Dr. Franco Basaglia haciendo una experiencia importante en Italia." (...) "Lo que se necesita es una parte política, alguien tiene que tomar la determinación, esto es política sanitaria y se necesita un gerenciamiento. También se necesita gente que esté comprometida. Porque tiene varias patas esto para que se lleve a cabo, una pata es indudablemente política y de política sanitaria, que alguien direcciona en ese sentido, pero también necesitas gente para eso y alguien que lidere que diga esto se va a hacer sobre esta línea de trabajo, es un tema complejo y las resistencias que hay son gigantescas."

Análisis

La mayoría de los entrevistados nombran como facilitador el apoyo político de la gobernación de San Luis en el momento de la transformación y se refieren a ello como algo vital para que dicha transformación se produjera "*Lo que se necesita es una parte política, alguien tiene que tomar la determinación, esto es política sanitaria y se necesita un gerenciamiento*". En algunas entrevistas se expresa la ayuda que el gobierno da hoy en día para que la transformación siga, como el dinero que se les otorga a las familias sustitutas que albergan a los pacientes.

Otra de las cuestiones a las que se refieren gran parte de los entrevistados es la unión grupal que hubo entre las personas que integraban el hospital para que la transformación se pudiera llevar a cabo y para sortear cualquier eventualidad, "*Acá se pudo hacer porque hubo voluntades de profesionales y no profesionales jóvenes de querer cambiar*". En algunos casos se describen acciones realizadas por los integrantes del grupo que apoyaba la

transformación, como la utilización de dinero propio. Hay una concordancia en los discursos en cuanto a la importancia de la participación de todos los que conforman el grupo del hospital, para la realización y mantención de la transformación.

Uno de los entrevistados hace referencia a la importancia de la presencia de residentes con una mentalidad abierta que apoyaron esta idea de transformación.

Se puede observar que en la mayoría de los relatos se menciona al Dr. Pellegrini como el precursor de estas ideas, quien fue llevando adelante el proceso de cambio, primero en las ideas de los trabajadores y luego con acciones.

Categoría 5: Proceso histórico

Entrevista N° 1: *“ Cuando vino el Dr. Pellegrini, nos empezó a reunir y nos dijo que esto iba a ser una transformación, empezó a salir con los pacientes a la calle, porque de acá a la calle había cien metros. Los pacientes no salían, había muchos que ni conocían la calle, y así los empezó a sacar, hasta que se armaron los hogares sustitutos y empezó a ir gente a los hogares sustitutos, a la casa de los mismos familiares, los pacientes que estaban bien.”*
(...) “había mucha gente en contra. Afuera era lo peor, lo máximo. La radio la televisión todo el día “los enfermos en la calle” “

Entrevista N° 2: *“ Yo hace 20 años, viví la reforma y trabajé en el cronicario. En realidad venía a los cursos cuando el Dr. Pellegrini los daba y vi a los pacientes, el olor. Y yo decía “acá no trabajara” y después me entere que iban a hacer esto y decidí quedarme acá porque puedo crecer, puedo aprender y ahí comenzó la nueva etapa del hospital” (...)* *“Yo venía con una mentalidad diferente a pesar de que no venía de la salud mental y había trabajado y me había recibido de grande. Había trabajado en la obra social de la universidad y en las viviendas o sea que nada que ver con esto, pero yo entendía perfectamente la idea, era una idea de la salud mental muy abierta, eso de buscar a la familia de reconstruir las historias de vida, eso me encantaba, y que los pacientes pudieran volver con su familia, había gente que se oponía. Tal vez porque habían creado un vínculo y pensaban donde iban a ir . había motivos políticos para oponerse. Este era un lugar donde no había todos los barrios de la periferia, era un campo. El loco estaba allá donde nadie lo viera con vida. De apoco comenzaron a hacerse las externaciones, había familias del*

interior. La que más trabajo en esto fue Susana Agundez, que les hacía el seguimiento en la casa para readaptarlos, algo que no era fácil, cuando la familia había dejado al paciente para que se ocupen.

Lo que me sorprendía cuando volvían era la transformación de la cara, habían cambiado el aspecto de la casa, eso era muy lindo

Lo primero fueron las externaciones, las cuales no eran fáciles, por ejemplo un hombre paralítico que su esposa había formado otra pareja. Se buscaban las historias clónicas y se trataba de rearmar su vida, y se hacía el contacto con la familia." (...) "El primer grupo fue el del alcoholismo. Se trabajó desde lo social el prejuicio, la discriminación. Muchos no querían venir porque todavía había pacientes y decían que no eran locos.

Comenzaron a venir alcohólicos con otros status porque el Dr. Pellegrini tuvo reputación y no les gustaba que los enfermos anduvieran dando vuelta.

Ahora de todas las clases sociales vienen a sacar turno, porque este hospital quedó preparado para tratar las grandes patologías sociales. La gente puede hacer terapia, atenderse con un psiquiatra. Gente de todas las clases." (...) "La transformación fue en la gente también no solo en el hospital" (...) "En esa época se hacían talleres en la plaza, se difundía por tele y diario, pero lo fundamental fue viniendo y viendo que los grupos les hacían bien"

Entrevista N° 3: *"Me encontré con el sistema de externación, con la transformación hecha. Yo no conozco demasiado como era anteriormente. Sé que antes había más de 140 internados. "*

Entrevista N° 4: *"Yo viene como director. Pero nadie entendía lo que quería hacer. Los jóvenes fueron los únicos, los residentes, esos entrevistaron algo.*

Y después lo fuimos haciendo, yo no perdía el tiempo con discurso. Había que reinsertar un paciente en La Pampa e iba. Y la gente fue viendo esto, yo no les decía lo que había que hacer, yo decía yo voy a hacer esto, quien me acompaña. Yo por el 90 de transformar una institución, duro 20 meses porque él tenía que demostrar que era posible. Yo había hecho un intento en la provincia de Chubut gobierno provincial que era peronista, perdió las elecciones y entraron los radicales y reinstauraron el manicomio. Al único funcionario que dejaron del paso de un gobierno a otro fue a mí porque no querían pagar el costo político. En la provincia de Chubut se había logrado mucho consenso, mucho apoyo, la gente veía los resultados." (...) "acá la situación fue muy dura, creo que si Adolfo Rodríguez Saa no hubiese bancado esa experiencia nosotros no podríamos haberlo logrado. "

Entrevista N° 5: *"Yo sinceramente no le entendía, porque nunca había estado en un manicomio, así que, un poco sabía pero no estaba muy imbuida en el tema. El primer contacto que tuve fue en marzo del 94 que vine y vi la transformación que había empezado, ya no estaban las puertas cerradas, los enfermos, que todavía había muchos, deambulaban libremente. Había mejorado el comedor, estaba más lindo. Antes se le daba la comida por una ventanita. Las cocineras no tenían una puerta que comunicara al comedor, se armaban guerras donde se tiraban comida, no tenían cubiertos, comían en el piso, en platos de latas. Había una campana que siempre a la misma hora uno de estos pacientes a llamar para la hora de la comida, como sabía l hora no sé y así venían todos a comer." (...) "Después pasaron los años, se fue transformando, yo vivía en san Rafael, y siempre estábamos comunicados y nos apoyábamos. Y apoyábamos la transformación, la cual no fue fácil porque*

siempre fue vapuleada, la política de turno lo apoyaba pero las radios era todo el tiempo criticando esta transformación, la universidad, la iglesia, la oposición política estuvieron en desacuerdo. Fue tanta la presión que se cambia el ministro de salud y el psiquiatra no estaba a favor de la transformación por lo que lo saca a Pellegrini y traen a una psiquiatra que estaba en contra. En ese momento había gente dentro del hospital que estaba de acuerdo, otra en desacuerdo y otra que iba para donde soplaba el viento. El grupo que estaba a favor, sacaba dinero de su bolsillo para poder continuar con la transformación, con los viajes a los hogares de los enfermos, etc. A los 6 mese renuncio la directora y se va el ministro y vuelve el Dr. Pellegrini y continua la transformación. No cenismo las ley pero lo que se hizo. Yo les cuento como si lo hubiese vivido pero en realidad llegue unos años después, pero la gente lo cuenta con tanta pasión que uno se lo hace suyo. Además la transformación sigue, no quedo solo en la externación. Lo peor que podría pasar es que quede así." (...) "Nosotros somos de los nuevos viejos., nosotros ingresamos a trabajar en el hospital pero no estuvimos en el 93.

Cuando yo llegue en el 99 todavía aparecían cosas en la radio o le costaba al familiar entender. Por ejemplo había familias que se hacían cargo cobraban la pensión, vivían en la casa del enfermo pero tenían que ir a buenos aires y te lo querían dejar como si fuese una guardería." (...) "Esas cosas pasaban seguido y costaba que la gente entienda que esto no es así y que el hospital es un hospital de agudo y la internación era cuando lo necesitaba para compensarlo y eran mínimos días porque lo mejor para el paciente es que este afuera. " (...) "La asamblea comenzó con la transformación, en un primer momento era con los enfermos que estaban internados de larga data, porque

de ellos también dependía la transformación, dejaron de participar cuando ya no quedaron pacientes.

Había miedos, las enfermeras tenían miedo de lo que iba a pasar cuando abrieran los calabozos y finalmente los abrieron y no paso nada.

La violencia se genera dentro de las instituciones, no es enfermedad la violencia, se genera con el encierro, no es solo de los enfermos, sino también de los trabajadores, es lo que pasa en las cárceles y en cualquier institución cerrada. Ve pacientes acá y luego verlo después de unos años cuando los traen a control, los cambios son impresionantes."

Entrevista N° 6: *"no he estado en la transformación"*

Entrevista N° 7: *"Ingreso al hospital antes de lo que era la transformación, mucho antes, casi un año antes. Vengo a este hospital, como lo que era un hospital psiquiátrico" (...) "Cuando yo llegue acá y trabaje casi 9 meses en lo que fue un psiquiátrico, entré en la vorágine y te devora, el psiquiátrico te devora a vos, iatrogénico 100 por ciento. Entrás a producir y a entregar la medicación y nada más que la medicación, y podés manejar un espacio de poder y de tráfico y nada más. Pero tenías que estar atento porque los pacientes acá encima de que estaban sobremedicados tenían una patología más que era la adicción. Había medicamentos que eran adictivos, y que los pacientes se habían hechos adictos a través de tomar durante tanto tiempo el mismo medicamento" (...) "La historia empieza a pasar cuando me plantean esto de la transformación, plantea el cambio de la reinserción social de los 103 pacientes que había internados acá en ese momento" (...) "Me tocó trabajar con varios pacientes, reconstruir la historia clínica, reconstruir la historia de ese paciente junto a psicólogos, junto a psiquiatras, junto a personal de cocina, de*

maestranza y también eso me fue dando una visión de lo que era trabajar en equipo, y yo siempre digo que la interdisciplina de este hospital nace ahí, trabajar cada uno desde lo que podía y como podía, la historia. Teníamos que ir, buscar esa historia y reconstruirla, y era preguntar a uno a otro y después en los momentos libres cuando uno decía cuál era el diagnóstico. Porque lo primero que trabajábamos los grupos profesionales, y todos... porque el Dr. Pellegrini no hizo una selección, él dijo trabajo con todos los que quieran trabajar conmigo, entonces él abrió tanto el juego que eso fue lo importante y creo que tiene validez porque no trajo a nadie de afuera, él vino solo, trabajó y reconvirtió. Lo primero que hizo fue la reconversión del mismo recurso humano que había, empezamos a formarnos, qué eran los diagnósticos, cuál era el diagnóstico, porque en muchas historias clínicas el diagnóstico era el inicial que tenía 10, 15 o 20 años y después nunca más se había puesto nada o se ponía está bien, estuvo nervioso... pero nunca se re diagnosticó.

Entonces ahí sí, empezamos a jugar con algo que yo dominaba, que eran los medicamentos y para qué servían, o sea para que patología servían. Había gente que tenía 10 medicamentos, 8 medicamentos por día es como que no sabías... decías tiene un antipsicótico será una psicosis, tiene un ansiolítico será una psicosis ansiolítica ¿existe? Era empezar a preguntarse. Y era porque un paciente un día estaba ansioso, lo vieron ansioso y le dieron un ansiolítico, al día siguiente está deprimido, le dan un antidepresivo, pero no le sacaron el ansiolítico, el antipsicótico. Después le dolía la cabeza o tenía un problema de conducta, le dieron carbamezapina y a medida que iban diciendo lo que tenía le iban dando un medicamento, pero no retiraban los otros, entonces había gente que tenía hasta 10 medicamentos. Entonces cuando tuvimos que ver esos

diagnósticos cristalizados que eran, ahí aprendimos. Y a partir de los nuevos diagnósticos reformular la medicación, la medicación no fue sacada de golpe, fue bajada paulatinamente, de acuerdo a las patologías y de acuerdo a las adicciones, porque había muchas adicciones, a muchos medicamentos. Entonces hubo que curar eso, hubo que trabajar con eso. Acá me venían los pacientes crónicos y me decían dame un artancito y te regalo una flor. El negocio que existía siempre en un psiquiátrico, yo cuando llegué acá, había gente, pacientes que negociaba por una pila, por un mate, un medicamento, era moneda corriente... y hubo que corregir esas cosas"

Entrevista N° 8: *"Yo hace 34 años que trabajo acá asíque nosotros hemos estado en el tiempo del cronicario y hemos pasado por la transformación, porque nosotros en enfermería también pasamos por una transformación, porque también nos tocó a nosotros, de estar con 100 pacientes a unificarse las camas que hoy son 11"*

Entrevista N° 9: *"yo hace 37 años que estoy acá yo pasé por el manicomio, yo soy del loquero con mayúsculas"*

Entrevista N° 10: *"El Dr. Pellegrini empezó a sacarlos (a los locos), a hacerlos conocer, a sacarlos del encierro, darles más libertad, buscar sus familiares, sus orígenes y bueno que se hicieran cargo. Porque había gente que estaban enfermos pero había otros que ingresaron acá y se olvidaba el familiar y los dejaba y no volvía más" (...)* *"Y bueno la transformación empezó sacando a los pacientes, los llevaban a la calle, a las plazas y después hay familias sustitutas que el gobierno aporta cierta cantidad de dinero para esa gente y los tiene ahí con la responsabilidad de hacerse cargo del tratamiento."*

Entrevista N° 11: *“ En su momento cuando yo entré a la institución había más de 100 camas, en el momento que viene el Dr. Pellegrini había 93 camas, la mayoría de los pacientes eran crónicos, de larga data, tal es así que el 70 % provenían del interior de la provincia y el 30 % eran de acá. Hubo que hacer un trabajo muy fuerte a partir de ahí con las distintas instituciones del medio, viajar al interior, hacer un recorrido y fue todo lo que fuimos haciendo, mientras trabajamos afuera trabajábamos adentro de la institución, armando proyectos, metas a largo y corto plazo. De ese 70 % una mayoría muy grande había sido judicializados, entonces fue necesario hacer un trabajo con la justicia, que fue un trabajo bastante arduo, porque uno lo veo hoy, pero fue muy fuerte en sus momento la idea del hospital psiquiátrico era fuerte. Cuando yo bien acá era el hospital y el resto campo, la ruta y campo. Viste como son las instituciones, la cárcel y el hospital psiquiátrico están siempre alejados del mundo real. Acá se venía y se depositaba al paciente y se olvidaban que existía, a veces venían un ratito, pero ni siquiera había una perdura.*

A partir de noviembre del 93, que es el punto de inicio de la transformación ahí ya se empieza a trabajar con los pacientes. “ (...) “A medida que se fue abriendo el Hospital, porque partimos de la idea de que los seres humanos tienen partes sanas y partes enfermas, nosotros precisamente con lo que trabajamos en con las partes sanas del paciente. Lo primero que hicimos fue poner calendarios y relojes, en las dos alas de la institución, que eso nos abrió la puerta para que el paciente estuviera orientado en tiempo y espacio. A medida que se iba trabajando con la transformación hubo distintos espacios ocupándonos de la salud de los empleados del hospital. Se fue trabajando lo de salir a la calle, previamente se fue trabajando sobre la vestimenta del

paciente, sacarles el HP, que era significativo porque era Hospital Psiquiátrico, así que se trabajaba para que ellos pudieran elegir su propia ropa." (...) "En algunos casos se inició pensión, a través de acción social, del servicio social del hospital, algunos ya tenían la pensión y se les activó esa pensión para que fuera a su casa. Algunos que vivían en el campo, armaron una habitación para incorporarlo a la casa, todo eso se fue consiguiendo desde acá, comestibles también, a través de la caja PAN, cada vez que íbamos al interior llevábamos mercaderías por lo menos para que les ayudara." (...) "culminó en el año 96/ 97 los últimos pacientes externados. Pero eso se sigue haciendo, porque hay casos que aparecen, casos nuevos, casos difíciles y se sigue trabajando, porque no es que la transformación se acabó, no se acabó nada, se continúa el proceso." (...) "Me parece algo importante cuando nosotros internamos con familiares, esto surge en el año 97, porque el paciente venía solo y se lo depositaba, entonces ¿qué implementamos? Los beneficios tanto para el paciente como para la familia, sobre todo para el paciente no tanto para la familia que se tenía que quedar a vivir acá, estaban todo el tiempo acá, pero servía porque uno podía hacer interconsultas con ellos, podíamos hablar con ellos, mantener un vínculo con el familiar y que el familiar no pierda el vínculo con el paciente."

Entrevista N° 12: *"acá había una residencia y los residentes eran una generación joven que buscaban otra cosa. Después se dieron las cosas que vino Pellegrini y el grupo se suma a esa idea "(...)" en mucho lugares se empezó por la ley, acá la Ley de desinstitutionalización se hace mucho después, no hay un camino, se va haciendo."*

Análisis

Al ser interrogados sobre la transformación, la mayor parte de los entrevistados hace referencia a lo que fue la externación de los pacientes, la salida a la calle, luego de haber estado encerrados durante años, y la reinserción en su grupo familiar y en la sociedad: *"Los pacientes no salían, había muchos que ni conocían la calle, y así los empezó a sacar, hasta que se armaron los hogares sustitutos y empezó a ir gente a los hogares sustitutos, a la casa de los mismos familiares, los pacientes que estaban bien."* *"El Dr. Pellegrini empezó a sacarlos (a los locos), a hacerlos conocer, a sacarlos del encierro, darles más libertad, buscar sus familiares, sus orígenes y bueno que se hicieran cargo. Porque había gente que estaban enfermos pero había otros que ingresaron acá y se olvidaba el familiar y los dejaba y no volvía más" (...)* *"y bueno la transformación empezó sacando a los pacientes, los llevaban a la calle, a las plazas y después hay familias sustitutas que el gobierno aporta cierta cantidad de dinero para esa gente y los tiene ahí con la responsabilidad de hacerse cargo del tratamiento."*

También hacen referencia a los beneficios que trajo esta transformación y la comparan con la situación anterior mencionando las condiciones desagradables en las que se encontraban los pacientes en el que en ese momento era el manicomio: *"El primer contacto que tuve fue en marzo del 94 que vine y vi la transformación que había empezado, ya no estaban las puertas cerradas, los enfermos, que todavía había muchos, deambulaban libremente. Había mejorado el comedor, estaba más lindo. Antes se le daba la comida por una ventanita. Las cocineras no tenían una puerta que comunicara al comedor,*

se armaban guerras donde se tiraban comida, no tenían cubiertos, comían en el piso, en platos de latas. Había una campana que siempre a la misma hora uno de estos pacientes a llamar para la hora de la comida, como sabía l hora no sé y así venían todos a comer.” “Pero tenías que estar atento porque los pacientes acá encima de que estaban sobremedicados tenían una patología más que era la adicción. Había medicamentos que eran adictivos, y que los pacientes se habían hechos adictos a través de tomar durante tanto tiempo el mismo medicamento’

Más de la mitad de los entrevistados estuvieron trabajando en el manicomio y vivieron la transformación. Otros pocos, cuentan lo que se enteraron de la transformación o como estaba el hospital y en qué momento de la transformación se encontraba cuando ellos llegaron a trabajar.

En algunos casos como en la entrevista número 8 y 9, no hacen aportes significativos sobre lo que fue en si la transformación, solo narran cómo lo vivieron subjetivamente.

Categoría 6: Externación

Entrevista N° 1: *"Cuando vino el Dr. Pellegrini, nos empezó a reunir y nos dijo que esto iba a ser una transformación, empezó a salir con los pacientes a la calle, porque de acá a la calle había cien metros. Los pacientes no salía, había muchos que ni conocían la calle, y así los empezó a sacar, hasta que se armaron los hogares sustitutos y empezó a ir gente a los hogares sustitutos, a la casa de los mismos familiares, los pacientes que estaban bien."*

Entrevista N° 2: *"Este era un lugar donde no había todos los barrios de la periferia, era un campo. El loco estaba allá donde nadie lo viera con vida. De a poco comenzaron a hacerse las externaciones, había familias del interior. La que más trabajo en esto fue Susana Agundez. Que les hacía el seguimiento en la casa para readaptarlos, algo que no era fácil, cuando la familia había dejado al paciente para que se ocupen." (...) "Lo primero fueron las externaciones, las cuales no eran fáciles, por ejemplo un hombre paralítico que su esposa había formado otra pareja. Se buscaban las historias clínicas y se trataba de rearmar su vida, y se hacía el contacto con la familia." (...) "Se hizo con todos menos con 10 que la familia no los aceptaba y se fueron con familias sustitutas con una enfermera que tenía alquiler y los albergaba y después eso dejó de funcionar y se fueron con otras familia diferentes." (...) "Llevó tiempo, para que la familia cambie aspectos, la idea de que vuelvan al hospital hacía que la familia no le diera la medicación para que se descompensara hasta que la familia pudo aceptarlo."*

Entrevista N° 3: *"Me encontré con el sistema de externación, con la transformación hecha. Yo no conozco demasiado como era anteriormente. Sé*

que antes había más de 140 internados. A mi criterio el sistema es bueno, siempre y cuando tengamos la logística para hacer seguimiento de los pacientes que están fuera, así si funciona."

Entrevista N° 5: *"la transformación sigue, no quedó solo en la externación" (...) "Hubo 11 pacientes que no tenían familia por lo que fueron a familias sustitutas, algunos ya han fallecidos. Hay uno de ellos que vive con una enfermera, era un paciente con esquizofrenia y esclerosis múltiple, se arrastraba en el piso y realmente hoy para mí no tiene esclerosis múltiple, se relaciona, camina por el barrio, canta, hace bromas."*

Entrevista N° 7: *"La historia empieza a pasar cuando me plantean esto de la transformación, plantea el cambio de la reinserción social de los 103 pacientes que había internados acá en ese momento" (...) "Me tocó trabajar con varios pacientes, reconstruir la historia clínica, reconstruir la historia de ese paciente junto a psicólogos, junto a psiquiatras, junto a personal de cocina, de maestranza" (...) "Lo primero que hizo fue la reconversión del mismo recurso humano que había, empezamos a formarnos, qué eran los diagnósticos, cuál era el diagnóstico, porque en muchas historias clínicas el diagnóstico era el inicial que tenía 10, 15 o 20 años y después nunca más se había puesto nada o se ponía está bien, estuvo nervioso... pero nunca se re-diagnosticó." (...) "De los 103 paciente que había, todos, hasta los que tenían rasgos esquizofrénicos, psicóticos están viviendo tranquilamente en sus casas, en un hogar sustituto, en el medio que les corresponde, porque lo que enferma está afuera y lo que cura también está afuera." (...) "para el hospital en la calle, en aquel primer momento, el hospital en la calle fue la reinserción social, hoy es ver qué le pasa a la sociedad, qué pasa, qué cruza a la sociedad."*

Entrevista N° 8: *"porque también nos tocó a nosotros, de estar con 100 pacientes a unificarse las camas que hoy son 11" (...) "hoy tenemos mucho más trabajo que antes, a pesar de que son 11 pacientes pero es mucho más la obligación o sea la responsabilidad, si bien es cierto crecemos como personas y profesionalmente, nos fue costando esto hasta que llegamos a la adaptación, decir bueno los pacientes ya no están y nosotros seguimos adelante, nos costó mucho."*

Entrevista N° 9: *"porque era muy lindo se fueron unos 10, otra vuelta otros 10, otra vuelta otros 15 y otros 5 y ya cuando quedaron 4 pacientes y vinimos a trabajar, me presenté acá y dije ¿y ahora qué nos espera a nosotros? pensábamos nosotros dónde íbamos a ir a parar."*

Entrevista N° 10: *"El Dr. Pellegrini empezó a sacarlos, a hacerlos conocer, a sacarlos del encierro, darles más libertad, buscar sus familiares, sus orígenes y bueno que se hicieran cargo. Porque había gente que estaban enfermos pero había otros que ingresaron acá y se olvidaba el familiar y los dejaba y no volvía más." (...) "y bueno la transformación empezó sacando a los pacientes, los llevaban a la calle, a las plazas y después hay familias sustitutas que el gobierno aporta cierta cantidad de dinero para esa gente y los tiene ahí con la responsabilidad de hacerse cargo del tratamiento."*

Entrevista N° 11: *"En su momento cuando yo entré a la institución había más de 100 camas, en el momento que viene el Dr. Pellegrini había 93 camas, la mayoría de los pacientes eran crónicos, de larga data, tal es así que el 70 % provenían del interior de la provincia y el 30 % eran de acá. Hubo que hacer un trabajo muy fuerte a partir de ahí con las distintas instituciones del medio, viajar al interior, hacer un recorrido y fue todo lo que fuimos haciendo, mientras*

trabajamos afuera trabajábamos adentro de la institución, armando proyectos, metas a largo y corto plazo. De ese 70 % una mayoría muy grande había sido judicializados, entonces fue necesario hacer un trabajo con la justicia, que fue un trabajo bastante arduo, porque uno lo veo hoy, pero fue muy fuerte en sus momento la idea del hospital psiquiátrico era fuerte." (...) " Se fue trabajando lo de salir a la calle, previamente se fue trabajando sobre la vestimenta del paciente, sacarles el HP, que era significativo porque era Hospital Psiquiátrico, asique se trabajaba para que ellos pudieran elegir su propia ropa. En un momento depilábamos a las pacientes. Había una paciente acá que era profesora de música y acá adentro perdió la visión, antes de darle la externación se operó en el complejo a la paciente y volvió a ver, los familiares vivían en Santa Fe, así que la derivamos allá, la llevamos, la acompañamos con un resumen de historia clínica, para ser asistida y atendida allá, es su lugar de origen." (...) "En algunos casos se inició pensión, a través de acción social, del servicio social del hospital, algunos ya tenían la pensión y se les activó esa pensión para que fuera a su casa. Algunos que vivían en el campo, armaron una habitación para incorporarlo a la casa, todo eso se fue consiguiendo desde acá, comestibles también, a través de la caja PAN, cada vez que íbamos al interior llevábamos mercaderías por lo menos para que les ayudara." (...) "la externación llevó por lo menos 4 años, porque estamos hablando de que culminó en el año 96/ 97 los últimos pacientes externados." (...) "a medida que íbamos trabajando con las familias porque no es que íbamos y les dejábamos el paciente en la casa, lo hacíamos ver, lo llevábamos a la salita, lo conectábamos con el hospital de cabecera, lo hospitales se conectaban con nosotros, por ejemplo, en la zona se hizo alrededor de 50.000/ 60.000

kilómetros por año, para llevar a cabo la externación, sin contar las veces que nosotros íbamos en nuestros autos particular, porque teníamos Traffic e íbamos con el equipo del hospital." (...) "A su vez, se arma el servicio de Salud Mental de Villa Mercedes en un hospital general." (...) "en Villa Mercedes, pudimos armar como un red. Nosotros laburamos durante 8 años, todos lo miércoles íbamos, el primer miércoles iba el Dr. Pellegrini, el resto íbamos los 3 psicólogos, durante 8 años, verano, invierno, sin parar. Nombro a Villa Mercedes porque es el lugar donde más pacientes externados había, primero se trabajo con las familias en los hogares, en los domicilios, y después nos pide el ministerio si podíamos trabajar en el hospital, entonces en lugar de ir a ver a los paciente a los domicilios, iban ellos al hospital." (...) "Hubo varios casos, 11 casos donde no se encontró ningún familiar y lo poco que se encontró no era continente, entonces se arma, como hay para los chicos familias sustitutas, hoy familias solidarias, pero en ese momento familias sustitutas. Lo importante de todo esto es que no hubo tantos inconvenientes porque en una casa. una de las enfermeras compañera nuestra iba y cubría, en vez de hacer las 8 horas acá iba y las hacía en la casa durante 8 meses, entonces evitábamos el desarraigo y evitábamos que le paciente se descompensara y todo, porque ella permanentemente se comunicaba con nosotros, no obstante eso, nosotros íbamos igual."

Entrevista N° 12: *"el hospital debía abrir nuevos servicios, no era solamente cerrar, la experiencia no era solamente cerrar el manicomio, sino abrir un servicio de salud, entonces había que hacer las dos cosas a la vez. A medida que se desmantelaban las salas, por lo pacientes de la externación, había que abrir nuevos sectores"*

Análisis

La mayoría de los entrevistados menciona el trabajo con la familia como la parte más ardua de la externación. Familias que habían “depositado” a los enfermos, ahora debían hacerse cargo de ellos, lo que generaba mucha resistencia.

Una gran parte de los relatos, refiere al rol de los hogares sustitutos o familias solidarias, ya que hubo 10 pacientes que no lograron contactarse con su familia de origen o la familia que tenían no era continente, por lo que hubo que recurrir a la creación de este programa subsidiado por el gobierno provincial.

Se menciona por una profesional, la importancia del trabajo en red y de la construcción de redes entre diferentes servicios y ciudades o pueblos, para poder llevar a cabo la externación y que el paciente pueda continuar su tratamiento en su lugar de origen o lo más próximo a este posible.

Uno de los entrevistados hace referencia al hecho de que el primer paso para llevar cabo el proceso de externación fue la actualización de las historias clínicas y por ende de los diagnósticos. Luego se realizó una etapa de “preparación” para salir a la calle como la vestimenta y el aseo.

Aparece en ciertas entrevistas, la experiencia posterior a la externación mencionando el incremento en el trabajo por parte de los profesionales y la creación de nuevos servicios y dispositivos de atención. *“A medida que se desmantelaban las salas, por lo pacientes de la externación, había que abrir nuevos sectores.”*

Si bien la mayoría recuerda haber vivido con alegría la externación de

los pacientes, un número menos representativo menciona la incertidumbre y el temor que generaba el hecho de ver que los pacientes se iban *“ya cuando quedaron 4 pacientes y vinimos a trabajar, me presenté acá y dije ¿y ahora qué nos espera a nosotros? pensábamos nosotros dónde íbamos a ir a parar.”*

Análisis intercategorial

Dificultantes- Facilitadores:

Se observa una coincidencia general, desde lo discursivo, al mencionar como factores que dificultaron el proceso de transformación institucional:

- **La sociedad de San Luis de 1993:** Era uno de los mayores opositores, aparecía la figura del loco unida a lo inmoral e irracional, como aquel ser que atentaba contra el orden social. En el imaginario social, el loco representaba la peligrosidad *“Es como un fantasma, el loco, el peligroso”*.

- **Los medios de comunicación:** La radio y la televisión. El periodismo criticó fuertemente la desmanicomialización y logró expandir el “temor al loco” en la población.

- **La resistencia desde el hospital:** Muchos trabajadores no estaban de acuerdo con la externación. El temor a la pérdida de trabajo es mencionado reiteradas veces como un factor que jugó en contra dentro del hospital.

- **La familia de los pacientes:** La costumbre de que siempre los enfermos habían estado encerrados y lo complicado de “hacerse cargo” de ellos, generaba en las familias sentimientos encontrados, por lo que no resultó fácil que puedan aceptar el cambio.

A pesar de la resistencia ofrecida por la sociedad, los medios de comunicación, profesionales y familiares de los enfermos, el proyecto de transformación institucional se pudo llevar a cabo por **el apoyo político** de la gobernación de San Luis. No sólo a través de decisiones políticas al momento de la transformación, sino que también actualmente continúan financiando y

apoyando el HESM.

A nivel institucional, la transformación fue posibilitada por las ideas y la dirección del Dr. Pellegrini, quien formó y capacitó al personal, logrando **la unión grupal** entre los integrantes del hospital que resultó un aspecto clave para contrarrestar los dificultantes. Grupalidad que se mantiene en la actualidad y se manifiesta en la horizontalidad e interdisciplina.

Comparación etapa previa y etapa posterior a la transformación-

Vivencias subjetivas:

El trato con los pacientes es mencionado como uno de los mayores cambios posibilitados por la transformación. A diferencia del manicomio, donde los pacientes eran vulnerados en sus derechos más esenciales, en la actualidad se trata al **paciente como un sujeto de derecho**. Respetando su subjetividad e historia propia, brindando espacios de atención, escucha y tratamiento, alejados de los métodos clásicos de encierro y castigo.

Dicha concepción del paciente no sólo implicó cambios para con el enfermo, sino también la transformación del personal, modificando valores y conductas fuertemente arraigadas.

El modo de trabajar entre los profesionales y no profesionales del hospital fue uno de los grandes cambios. Se generó una dinámica de “compañerismo” y un trabajo desde la **interdisciplina**, generando nuevas formas de relacionarse, no tan jerarquizadas y monopólicas (centrada en la psiquiatría).

De modo paulatino se fue generando un **cambio en la sociedad** de San Luis, que un primer momento se opuso a la desmanicomialización. A merced del trabajo desde el hospital se logró, en parte, derribar el “fantasma” del loco peligroso.

La **Ley de desinstitucionalización** que se consiguió luego de la transformación, fue un hecho crucial en la Salud Mental y Pública de San Luis. En 2006 la Ley formalizó los logros que se habían llevado a la práctica desde 1993.

Aparece como un emergente interesante el hecho de que la mayoría de

los entrevistados no hablen del futuro de la institución y del sistema, sólo en un relato se menciona *“el sistema es bueno, siempre y cuando tengamos la logística para hacer seguimiento de los pacientes que están fuera, así si funciona”*.

Proceso histórico- Externación:

La **externación de los pacientes** fue un hecho clave en la transformación, que marcó el momento real en la práctica de la desmanicomialización. La salida a la calle de los locos, luego de haber estado encerrados durante años y la reinserción en su grupo familiar y en la sociedad.

El primer paso para llevar cabo el proceso de externación fue la **actualización de las historias clínicas** y por ende de los diagnósticos, para luego establecer los tratamientos adecuados para cada paciente. Se realizó una etapa de “preparación” para salir a la calle, donde se tuvo en cuenta la vestimenta, el aseo y la recuperación de aquellos aspectos sociales perdidos por la institucionalización.

El trabajo con las familias fue la parte más ardua de la externación. Familias que habían “depositado” a los enfermos, ahora debían hacerse cargo de ellos, colaborar como parte activa en el problema y su solución, lo que generaba mucha resistencia.

Los hogares sustitutos o familias solidarias, fue el elemento que permitió concluir la externación, ya que hubo 10 pacientes que no lograron contactarse con su familia de origen o la familia no tenía los recursos psicológicos necesarios para afrontar y llevar a cabo el tratamiento del paciente, por lo que hubo que recurrir a la creación de este programa subsidiado por el gobierno provincial.

El trabajo en red y la construcción de redes entre diferentes servicios y localidades del interior, fue una condición esencial para que los pacientes que no eran de San Luis pudiesen continuar su tratamiento en su lugar de origen o

lo más próximo a este posible.

Luego de la externación se dio un incremento en el trabajo por parte de los profesionales y se debieron crear **nuevos servicios y dispositivos de atención** para poder responder a la demanda que aumentaba y se diversificaba en cuanto a edad y patologías.

Al comparar con la situación anterior, se destacan las condiciones desagradables en las que se encontraban los pacientes en el manicomio. Parece que la cuestión edilicia y habitacional ha quedado como una fuerte impresión en los sentidos de quienes formaban parte de la institución asilar (suciedad, olores, maltrato)

Análisis de
correspondencias y
discrepancias entre el
discurso y la práctica

Introducción al análisis de las correspondencias y discrepancias

El análisis de las correspondencias y discrepancias se realizó partiendo de los datos emergentes de los discursos de los agentes (entrevistas y análisis intra e inter categorial) y de las prácticas llevadas a cabo en el hospital (análisis de los dispositivos de atención).

Se observó que, a nivel discursivo, los valores dominantes son homogéneos, aportando un alto grado de correspondencia entre las perspectivas de los diferentes actores. No obstante, a nivel de las prácticas se pueden visualizar mayores grados de discrepancia, lo cual es esperable, ya que se espera que por la formación ideológica y política, que fue necesaria para llevar a cabo el proyecto, se manifieste una homogeneidad en los valores, que se diversifica (en un bajo grado) al transpolar dicho valores al campo de las prácticas de atención.

Correspondencias halladas entre el discurso y la práctica:

- Formación de recursos humanos: Se destaca la formación permanente de recursos humanos, fundamentalmente llevada a cabo por el propio hospital. En un primer momento, al comienzo de la transformación se capacitó al personal del hospital de acuerdo a los objetivos planteados. En la actualidad, el Hospital Escuela de Salud Mental cuenta con dos programas: uno de pasantías pre-profesionales (3 semanas de duración) y otro de residencias profesionales (3 semestres de duración).

Ambos con el objetivo de que los pasantes/ residentes logren interpretar los procesos de transformación institucional como nuevo paradigma de trabajo en salud mental con eje en los Derechos Humanos. Se brinda la posibilidad de que conozcan las prácticas institucionales del tipo de atención en crisis, atención domiciliaria, trabajo interinstitucional, comunitario y programas de reinserción social. La idea es la formación de agentes replicadores de dicho modelo de atención en salud mental en sus lugares de origen.

- Los enfermos mentales como Sujetos de derecho: La transformación realizada en el Hospital Escuela de San Luis tuvo como eje de orientación el respeto por los Derechos Humanos. Se considera al enfermo mental un sujeto de derecho. La Declaración Universal de Derechos Humanos dice en su Artículo 3: *"todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona"*.

En la práctica, desde un primer momento se pudo ver, literalmente reflejado, el respeto por la libertad de los pacientes en el acto de sacar "el hospital a la calle", cuando los internos salieron más allá del perímetro del

hospital. Por otro lado, la tendencia hacia la externación y la reinserción familiar y social del individuo, son otro reflejo del respeto por los derechos.

Se busca reemplazar la vieja lógica tutelar del asilo, por un enfoque que concibe a la salud como un derecho. Esto supone algunos criterios fundamentales, como el de entender que la reclusión no es la salida, que la internación sólo debe ser una excepción circunstancial como parte de un proceso que tiene que priorizar la respuesta en la integración, y que el campo de la salud mental es un campo integral y multidisciplinario, atravesado por variables históricas, sociológicas, culturales y biológicas. (Keve, 2014)

- Desmedicalización: El nuevo hospital tiene como una de las ideas base la desmedicalización, que trata de tener una mirada holística hacia el sujeto y no solo desde el aspecto biológico. Es decir entender la enfermedad mental como una consecuencia de factores biológicos, sociales y psicológicos y tratar de encontrar la solución desde esa mirada.

La tendencia psiquiátrica es pensar la enfermedad orgánica y su curación mediante la prescripción de un medicamento, lo que durante mucho tiempo constituyó un gran paradigma contra el cual hubo que luchar.

Según el testimonio brindado por el farmacéutico, en la entrevista, al inicio de la transformación se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes, teniendo en cuenta el origen, la historia, el núcleo social, familiar, etc. Se actualizaron y diagnosticaron nuevamente, reduciendo paulatinamente la medicación, hasta llegar a su reducción en un 90%.

Hoy en día, se realizan tratamientos ambulatorios, a través de las visitas domiciliarias y de la visita al hospital por parte de los pacientes. Pero el

tratamiento no consiste solo en suministrar medicamentos, sino en indagar sobre el entorno familiar, los problemas que puedan surgir, la contención que recibe el paciente, etc. Esto se realiza mediante profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, médicos) lo que permite que se tengan en cuenta los diferentes aspectos que influyen en el estado del paciente.

- Desinstitucionalización y externación: el proceso de desinstitucionalización consistía en transformar un hospital de internos crónicos, en un hospital de agudos. Para esto fue necesaria la transformación edilicia, ya que el aspecto custodial-carcelario del hospital iba en contra de las ideas que sostenía la transformación. Establecer un plan de externación y reinserción social para los internos y normalizar las nuevas internaciones, fue clave.

Hoy el hospital no mantiene internos permanentes, tiene un sistema de internación de agudos. Se internan los pacientes con crisis durante 10 días como máximo, acompañados de sus familiares, los cuales se involucran en el tratamiento y cuidado del paciente.

En 2006 se sancionó una Ley provincial, que legitimó las prácticas llevadas a cabo hasta el momento. La Ley N° I- 0536-2006, no sólo prohíbe las internaciones prolongadas sino que, además, hace al Estado responsable de responder a la atención de las necesidades en Salud Mental de la población.

- Interdisciplina y horizontalidad: El trabajo interdisciplinario es un aspecto que caracterizó desde 1993 al HESM de San Luis. La transformación

necesitaba de un grupo de profesionales que trabajen en conjunto, dejando de lado las jerarquías y el aislamiento de las disciplinas. Es así, que se comenzaron a crear diferentes espacios de diálogo (asambleas, reunión de jefes, sala de revista, etc) orientados a la comunicación entre los diferentes profesionales y no profesionales del hospital.

Como plantea Alicia Stolkiner (2005) la interdisciplina supone reconocer la historia, la no atribución de causas lineales. Tiene como prioridad la comprensión de la complejidad. Para esto, es necesario el trabajo conjunto de los sujetos pertenecientes a las distintas disciplinas.

En la actualidad, la horizontalidad en la atención y la descentralización de la psiquiatría, se refleja en los diferentes servicios (admisión, atención domiciliaria), grupos institucionales y tratamientos. Que dejan entrever el abordaje interdisciplinario y la concepción holística del sujeto como bio- psico-social.

El trabajo interdisciplinario concuerda con lo sancionado en la Ley Nacional 26.657, donde ya no es el psiquiatra el eje del tratamiento en Salud Mental sino que *“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados (...)”*.

- Diagnóstico y tratamiento: Tanto el diagnóstico como el tratamiento, desde 1993, se realiza de manera interdisciplinaria teniendo en cuenta la interrelación de las diferentes esferas del sujeto (bio- psico- social).

La historia clínica de cada paciente es construida a partir de los informes de cada uno de los diferentes profesionales de las distintas disciplinas, y es

constantemente actualizada por los mismos. El diagnóstico comienza en la entrevista de admisión, teniendo en cuenta todas las dimensiones relevantes en la historia del sujeto (social, familiar, socioeconómico, biológico, etc.). En la historia del hombre los datos naturales se transforman en datos histórico-sociales cada vez más subordinados y determinados, quedando el individuo concreto marcado por los límites contingentes de su biografía y por el carácter transitorio de su existencia frente a la perennidad del mundo social. (Costa e Silva, 1995).

Luego de la admisión, se llega a un diagnóstico provisorio que implica una decisión: derivación y tratamiento (en caso de que la salud mental del sujeto se encuentre deteriorada en algún aspecto).

El tratamiento es de carácter holístico, es decir, tiene en cuenta las múltiples esferas que constituyen la subjetividad. Este enfoque se aleja de la medicina tradicional y el modelo asilar. Así, incluye actividades de expresión, creatividad, terapias individuales, terapias grupales e inclusión de los familiares como acompañantes y participantes.

Discrepancias halladas entre el discurso y la práctica:

- Inserción del loco en la comunidad. “El loco visto como peligroso”: Si bien la transformación del Hospital tuvo y tiene como uno de los objetivos principales insertar a pacientes en la comunidad, y cuentan con un plan de reinserción, la realidad es que para que esto se haga efectivo se necesita el apoyo y la concientización de la sociedad.

El imaginario social sobre la enfermedad mental ha evolucionado a lo largo de la historia, el prejuicio del loco ha ido desapareciendo, pero no se ha eliminado por completo. La concepción que se tenía en la época del Renacimiento, donde el loco era visto como peligroso para la sociedad, sigue vigente. Michel Foucault (1990) planteaba, que la aparición en Europa de las primeras instituciones de encierro no se regían por los estándares de la salud, eran legitimadas bajo el discurso del orden y la moral pública. De ahí en más, el estigma del loco peligroso, será un camino prácticamente imposible de desandar.

Lamentablemente, para muchos miembros de la sociedad, la solución, quizás la más cómoda, sigue siendo el encierro y la exclusión, como una forma de “sacar el problema”, invisibilizarlo a los ojos de los “normales”. Como lo era, en la época del renacimiento, la “nave de los locos”, y más tarde, el hospital. El objetivo siempre ha sido apartar lo que molesta, lo que altera el orden, lo distinto. El loco, aun hoy, sigue siendo visto por muchos como peligroso, en relación al orden social.

Se puede ver como en la cotidianeidad utilizamos el término “loco” o “locura” para referirnos a individuos, actos o actitudes que escapan a lo que es

visto como normales o de sentido común, sea este un acto negativo o positivo, marcando una línea divisoria entre lo normal y lo patológico. En el marco de este pensamiento el hospital es el lugar visto como la solución a todo aquello que altera el “orden normal” de la sociedad.

La sociedad de San Luis ofreció mucha resistencia a la externación de los pacientes, al principio de la transformación. Si bien hoy en día la resistencia no es la misma, se podría suponer que no es aceptada totalmente la reinserción del enfermo mental, dado que como hemos observado no se ve un gran involucramiento de la comunidad para que esto suceda. Tampoco es usual ver espacios comunes de interacción con los enfermos.

La concientización y educación de la comunidad, debería ser otro aspecto fundamental a trabajar por el hospital. Posibilitando el acceso a la información acerca de las nuevas concepciones en salud mental, de la forma de trabajo en el hospital y de las ideas que sustentan dicha transformación, para poder lograr paulatinamente un cambio en el pensamiento de la sociedad y una aceptación del enfermo mental como sujeto de derecho y miembro activo de la sociedad.

Resulta evidente que la invisibilización del tema no es sólo responsabilidad de los medios de comunicación y los grandes monopolios e intereses privados, aún existe en la sociedad argentina un estigma fuertemente arraigado que es funcional al mantenimiento de las instituciones de encierro. Cualquier intento por modificar dicho paradigma, implica también encarar un profundo cambio cultural. (Keve, 2014)

- Rol de los familiares en la incorporación del enfermo: La inserción de

los pacientes en el núcleo familiar y la participación de la familia en el tratamiento es otro punto de contradicción entre lo que pretenden los miembros del hospital y lo que realmente se logra en la realidad.

Si bien, como se ha dicho antes, el hospital cuenta con un plan de reinserción del paciente, dentro de lo cual se encuentra como punto central la convivencia con la familia de origen, ha sido muy difícil (hasta el día de hoy) que la familia cumpla este rol eficazmente. La aceptación del enfermo por parte de la familia, como un miembro más de la misma, no se ha logrado por completo lo que constituye un dificultante cultural.

En muchos casos se pudo concientizar a las familias de los pacientes, logrando que participen en los grupos con los que cuenta el hospital, que intervengan en su tratamiento, que los contengan, que vivan con ellos y los incluyan como un miembro más, que los acompañen en las internaciones temporarias que puedan darse, etc. En muchos otros casos, no se encontró a la familia de origen o no se logró que éstas se hicieran cargo o bien no eran lo suficientemente continentales para el bienestar del paciente. No todas las familias estuvieron dispuestas a traer a su familiar enfermo nuevamente a su casa, y muchas que lo llevaron volvían con la intención de internarlo en el hospital frente a la primer crisis.

Una de las soluciones que pudo darse a este obstáculo que se presentaban fueron las familias sustitutas. Consisten en personas que se ofrecen para hacerse cargos de los enfermos y el Estado les brinda un subsidio económico. Hasta hoy funcionan acorde a los objetivos en base a los cuales fueron creadas, suministrando las necesidades básicas de alimentación, contención, medicamento, vestimenta, etc. a los pacientes.

El dispositivo de atención domiciliaria, supuestamente debería velar por la salud de los externados, verificando el trato de los familiares y el estado físico y psicológico de los enfermos entre muchas otras cosas. Pero por cuestiones de recurso personal y tiempo, muchas veces se termina reduciendo al simple control de la medicación y algunas directivas a la familia.

Creemos que esto constituye un punto de debilidad, la familia debe ser firmemente educada y concientizada en la inclusión del enfermo mental, potenciando sus aspectos sanos y evitando que la enfermedad avance. Mientras que la atención domiciliaria debe constituirse en el relevamiento más importante al momento de hacer el seguimiento del paciente, ya que el enfermo se encuentra en su cotidianeidad, pudiendo observar su estado de salud y el rol de la familia.

- Prevención primaria "parcial" en la sociedad: En este punto, se hace referencia a la posibilidad de generar mayores espacios de prevención primaria en la sociedad, lo que no sólo coadyuvaría al bienestar de la comunidad, sino también a la concientización sobre el rol de la población en la salud de los enfermos mentales.

El hospital, desde la transformación tiene como uno de sus ejes rectores la prevención y promoción de la salud mental. Si bien se realizan actividades orientadas hacia la prevención primaria (las acciones no van dirigidas a un individuo, sino que se lleva a cabo a partir de planes de educación para la salud. Tiene como característica central la construcción de estilos de vida saludables y el evitar comportamientos de riesgo, previo a que se instale la enfermedad) el círculo que recibe dicha "educación" se restringe a paciente,

familiares y allegados.

Sería útil que los profesionales “salgan a la calle” también, brindando intervenciones desde la prevención en diferentes grupos sociales (escuelas, facultades, comedores, barrios, etc). Un meta-análisis en un grupo de 149 intervenciones, realizado por Eva Jané-Llopis (2004) y expuesto en “La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales” ha concluido que *“los programas son el doble de eficaces cuando se implementan por profesionales de la salud, lo que sugiere que la prevención debería incluirse en los sistemas de atención primaria y secundaria. Los efectos conseguidos se prolongan al menos durante un año y se recomienda que estos estudios incluyan medidas de evaluación a largo plazo. Estos programas pueden ser igualmente eficaces para distintas edades aunque la evidencia parece indicar una preferencia por intervenir en los principios de la edad escolar.”*

Los enfoques de salud pública plantean que al dirigirse al público en general puede ser beneficioso tanto para toda la población como para aquellos que tienen un mayor riesgo de enfermedad.

- Sujeto de derecho relativo. “No hay inclusión real en la sociedad”:

Alrededor de 100 pacientes fueron externados en 1993 en el hospital de San Luis, desde entonces no se han realizado internaciones prolongadas. Si bien no se cuenta con un registro acerca de la realidad actual psico- social y laboral de los enfermos, pareciera que la inclusión social es una asignatura pendiente.

Se considera, según cifras de la OMS (octubre, 2009) en un informe divulgado en la sede de la ONU que entre el 75% y el 85% de las personas con

desórdenes mentales y discapacidades intelectuales carecen de oportunidades educativas y laborales para desarrollar su potencial como seres humanos.

Si bien el tratamiento que brinda el HESM, ha logrado la compensación y una mejor calidad de vida en los enfermos mentales, graves carencias sociales generan la exclusión de dichos sujetos de los espacios participativos y democráticos que les corresponderían como sujeto de derecho.

El trabajo contra la exclusión parte de la idea de luchar contra, en primer lugar, el mito de la incapacidad y luego, desenmascarar la estigmatización como un atentado contra derechos fundamentales.

Ignasi Pons (Citado en Lorente, 2004), profesor de Sociología de la Salud Mental de la Universidad de Barcelona, plantea que la desmitificación, la utilidad y el acercamiento de lo diferente son, un método de análisis ineludible ya que los muros invisibles existen y el olvido o la sobreprotección hacen que la marginación social y los prejuicios morales puedan llegar a superar las secuelas mismas de las enfermedades mentales.

Queda como reto pendiente para los enfermos mentales, la generalización de los servicios de integración en la comunidad y la conquista de la ciudadanía. Deberá favorecer dicha conquista el trabajo tanto de los profesionales del hospital como la intervención del estado en la búsqueda de estrategias que disminuyan la brecha entre los que están “adentro y afuera”, ya no del manicomio, sino de la sociedad.

Conclusiones

Hipótesis

La diversidad de perspectivas y/o valoraciones subjetivas de los agentes principales de la transformación institucional operarían heterogeneizando el campo de las prácticas de atención hospitalaria a la salud mental. Y esta no-correspondencia estaría indicada por las discrepancias entre discursos y prácticas que esperamos encontrar.

En función de los datos obtenidos se pudo concluir que, a nivel discursivo, los valores de los diferentes sujetos actuarían como homogeneizadores de los relatos. No obstante, y tal como asumimos en la hipótesis de trabajo de esta investigación, se hallarían ciertos puntos de discrepancias (no correspondencia) entre dichos discursos y las prácticas de atención llevadas a cabo, que se diversifican en la atención hospitalaria.

El Relevamiento de la perspectiva y/o valoración subjetiva de los agentes que experimentaron la transformación institucional, a través de entrevistas y su posterior análisis intra e inter categorial (correspondiente al objetivo particular 2 de la investigación), permitió examinar cómo los diferentes actores institucionales compartían valores axiológicos y praxiológicos en cuanto a Salud Mental.

Concepciones como la desmedicalización, la interdisciplina, la descentralización de la psiquiatría, el enfermo como sujeto de derecho, los diagnóstico y tratamientos holísticos, y la desinstitucionalización, entre muchos otros, son un común denominador en los relatos de los profesionales y trabajadores no profesionales del hospital. Que a su vez, se ven reflejados en

las características propias de las prácticas de atención llevadas a cabo en el HESM.

El Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis tiene como eje orientador de su trabajo la defensa de los Derechos Humanos. Refleja en sus valores las perspectivas internacionales y nacionales vinculadas al cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas.

Dentro de los estándares internacionales, concuerdan con lo planteado en la Declaración de Caracas en 1990, donde quedó planteada la necesidad de reestructurar la atención psiquiátrica en América Latina. Postuló un nuevo modelo de atención: comunitario, descentralizado y preventivo que reemplace al hospital psiquiátrico. Además de la importancia de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ratificada por la Argentina en el año 2008) que estableció que los Estados deben garantizar a las personas con discapacidad el ejercicio pleno de sus derechos en igualdad de condiciones. El Consenso de Panamá, en 2010, reafirmó la necesidad de fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental en todos los países de América Latina y asegurar la erradicación de los manicomios en la próxima década. (Informe INADI, 2011)

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en 2010, constituye un paso muy significativo para adecuar la legislación interna a los disposiciones internacionales en cuanto a derechos humanos. La nueva ley establece un piso de derechos y garantías para regular la actuación de los organismos y actores involucrados. (Informe INADI, Ibíd.)

El proceso de transformación del HESM del asilo manicomial a un hospital de agudos, tiene como principio orientador la relación Derechos

Humanos – Salud Mental acordes a los lineamientos internacionales y nacionales en dicha temática. De la cual surgen cuestiones éticas, formas de actuar, ideologías, políticas sanitarias y dispositivos institucionales, reflejados en las prácticas de atención.

Sin embargo, *la reconstrucción de los discursos y prácticas de atención de la salud mental del Hospital Escuela de San Luis a partir de documentos y registros institucionales* (objetivo particular 1) demuestra que existen ciertos grados de no correspondencia entre dichos discursos y las prácticas.

Determinados aspectos de los dispositivos de atención, estarían indicando que a nivel de las prácticas, aún hay graves carencias sociales que generan la exclusión de dichos individuos de los espacios participativos y democráticos que les corresponderían como sujetos de derecho.

La transición desde un sistema de salud mental regido por leyes represivas a otro que prohíbe estas instituciones, como sucede en la actualidad en la provincia de San Luis, no sucedió de manera inmediata y directa. El cómo ocuparse del padecimiento mental de la población, quedó librado a la acción de los agentes de salud del HESM.

En principio, se comenzó con la formación y la “transformación” del recurso humano existente, con sus diferentes posiciones teóricas e ideológicas. No aparece como algo extraño, el hecho de que a nivel discursivo los valores actuales sean compartidos por los miembros del hospital. Se necesitó y se capacitó para favorecer que esto suceda. El conjunto de discursos y prácticas discursivas que se instituyen como formas normales de pensar y sentir en un grupo determinado, lo constituyen como tal. Es una forma de ordenamiento, de

ponernos en orden, de darnos un estructura, de con-formarnos. (González Ramella, 2004)

Las prácticas habituales constituyen una forma de disciplinar no coercitiva. Estas formas con-forman la manera de ser y permiten que cada individuo se reconozca como parte del grupo identitario al que pertenece. El concepto de enmarcamiento de Bersntein (1990) permite ver cómo ante un enmarcamiento fuerte, las prácticas discursivas logran la categoría identitaria que mantiene el status quo. El deseo de identificarse en un grupo es la base de su existencia. El sentido compartido tiene que ser com-partido, es decir, se tiene que tomar parte de lo que sucede ahí y de las formas en que suceden las cosas.

El papel de las instituciones es institucionalizar formas de hacer, pensar y sentir; dotar de referentes normalizados permite tener un conjunto de creencias y sentidos que nos identifiquen y nos sujeten a un grupo o enmarcamiento.

Sin embargo, la diversidad de hechos, la indeterminación de la acción y la posibilidad de complementos diferentes de la acción hacen imposible la determinación completa por medio del discurso dominante. Pues es precisamente ahí, en el principio activo de la experiencia, donde el discurso alternativo surge. (González Ramella, *Ibíd.*)

Las prácticas sociales no pueden circunscribirse, por lo tanto, a una forma de significación y estructura teórica, es precisamente desde esa incapacidad donde se hacen evidentes los otros discursos como necesarios. A partir de las prácticas cotidianas reales de los pacientes externados y los

sujetos que padecen enfermedades mentales en San Luis, surge como necesaria la revisión de los discursos y prácticas “dominantes”.

Aparecen como hechos disruptivos o contrarios entre el discurso y la práctica, aquellos aspectos relacionados con la inserción real del “loco” en la comunidad puntana, el enfermo mental aún arrastra el viejo estigma de la peligrosidad. La incorporación de los enfermos a sus familias de origen (y que éstas le brinden espacios saludables) como así también los espacios participativos como ciudadanos y sujetos de derecho (educación y trabajo) aún reflejan altos niveles de vulnerabilidad social limitando el acceso a los derechos sociales.

La presencia de estos discursos, y prácticas alternativas, generan un disenso-conflicto que exige desde la resistencia, instituirse y generar prácticas transformadoras que permitan narrar lo que no se narra, incluir lo excluido e instituir otra forma de ordenar la locura, o el padecimiento mental, o el sufrimiento psíquico.

Creemos que 20 años después de iniciada la transformación en San Luis, y sin dejar de destacar lo positiva que fue y sigue siendo como política de Salud Pública en nuestro país, sería interesante la incorporación de un dispositivo similar al Órgano de Revisión propuesto en la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, cuyo objetivo primordial es o sería proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, tanto en las internaciones como en las externaciones. No para juzgar la tarea del hospital, sino para que se lleve a cabo una evaluación formativa, la misma consistiría en una actividad sistemática y continua, que tiene por objeto proporcionar la información necesaria sobre el proceso, para reajustar sus

objetivos, revisar críticamente los planes, los programas, los métodos, recursos y orientar y retroalimentar el proceso mismo. (De los Santos, 2006)

La evaluación formativa permite desnaturalizar y problematizar a través de un reto investigativo, estableciendo así las bases cognitivas y afectivas, sociales y culturales para producir una motivación de cambio, traducida en acciones concretas de transformación.

No existen datos precisos acerca de las condiciones socio- laborales de las personas con enfermedades mentales en San Luis, aunque según informes de la OMS a nivel mundial entre el 75% y el 85% de las personas con desórdenes mentales y discapacidades intelectuales carecen de oportunidades educativas y laborales. La discriminación, el ostracismo y las mínimas posibilidades de desarrollo de una persona con trastornos mentales, constituyen una vulneración de los derechos humanos de dichos sujetos, que es ejercida tanto por las instituciones públicas de salud, como por la comunidad en su conjunto.

Aparece como un desafío más, no sólo desde el hospital, sino que también implicando un compromiso estatal, la implementación de dispositivos de atención de la salud mental basados en la comunidad, que promuevan la integración e inclusión social, familiar, laboral y comunitaria.

Las políticas públicas en salud mental, al no contemplar este aspecto de la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, pueden hacerse cómplices de su vulneración. (De Lellis, 2006)

A modo de ejemplo, se cita el caso de la experiencia llevada a cabo por Franco Basaglia en Trieste, donde formó una cooperativa de trabajo, mediante

la unión de unos 50 pacientes. Esto les permitía trabajar para conectarse libremente con el resto de la comunidad, recibir ingresos y superar el problema de la desocupación, capaz de hacer que la vida fuera de las paredes del manicomio sea mucho peor que adentro. (Pasquale, 2009)

En la actualidad, existen en Trieste doce cooperativas de trabajo que cumplen estas funciones. Están reguladas por ley y cualquiera puede formar parte de ellas, con la condición de que al menos el 30% de sus integrantes sean pacientes del sistema de salud mental. (Pasquale, *Ibíd.*)

En 1978, sucedió en Italia dicha experiencia, hace más de treinta años funciona en el estado de Trieste este modelo de atención en salud mental como una referencia a nivel mundial. 15 años después empieza en nuestro país, a emerger bajo las ideas revolucionarias de Basaglia, el actual Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, una experiencia sumamente rescatable y positiva, desde la intencionalidad, los valores y las prácticas que promueve.

El HESM ha permitido comprobar que el paso a un modelo más comunitario de atención en salud mental tiene sus beneficios. Que es posible prescindir de la internación y que ésta sea sólo un recurso excepcional. Ha logrado que muchos se replanteen las cuestiones asistenciales en relación a los nuevos conceptos de atención y la importancia de la participación activa de los enfermo en la gestión de su salud- enfermedad. Consignas que se establecen como condiciones mínimas necesarias para abrir el debate sobre la construcción de un modelo alternativo al asilar tan necesario en Argentina.

La doble ausencia de una decisión política transformadora y de un movimiento que nucleee a los implicados en salud mental, hace que el viejo

modelo asilar, asistencial, medicalizante y hegemónicamente psiquiatrizante, se mantenga en pie en varios lugares de nuestro país.

Quienes han padecido o padecen de enfermedades mentales han sido históricamente invisibilizados y marginados del ejercicio de sus derechos. El modelo de atención en salud mental (asilar) aún vigente en muchos lugares ha llevado a que estas personas hayan sido y sean:

- Obligadas a someterse a procesos de internación sin tomar en cuenta su voluntad.
- Concebidas como objetos de tutela y protección, negando su capacidad para tomar decisiones como sujetos de derechos.
- Hospitalizadas durante largos períodos de internación, sufriendo la ruptura de sus lazos sociales.
- Medicadas innecesariamente o en forma excesiva
- Socialmente estigmatizadas y por esto restringidas en sus derechos fundamentales. (INADI, 2011)

Sin embargo, y más allá de este panorama, se viene impulsando desde el Estado y distintas organizaciones de la sociedad civil un proceso de reforma del sistema de salud mental. Se han dado pasos muy importantes y la experiencia puntana es uno de ellos, demostrando que el Estado puede y debe garantizar el derecho a recibir una adecuada atención en salud mental, en base a un nuevo modelo no restrictivo.

Por lo que creemos, que si bien el HESM tiene aspectos perfectibles sobre los cuales debe repensarse el proyecto, especialmente aquellos referidos a la inclusión efectiva (laboral y educacional) de los enfermos en la sociedad y a la importancia del cambio cultural que requiere este nuevo paradigma en

salud mental. La experiencia constituye un avance importantísimo en políticas de salud públicas y como modelo de atención en salud mental basada en el respeto, protección y promoción de los derechos humanos.

Queda pendiente, para nuevas investigaciones que aboguen dicha temática y lineamientos, ahondar en la perspectiva de los usuarios del servicio de atención en salud mental ofrecido por el HESM, como así también las vivencias subjetivas de la comunidad puntana en relación a la desmanicomialización e inserción del enfermo. Para poder tener la mirada “más allá” del hospital y “más acá” de la gente.

Bibliografía

- Abdala, N. E (2010, febrero, 12). *Palazzolo y Asociados, Recursos Humanos. Normalidad y Locura*. Disponible en: <http://www.palazzoloyasociados.com/index.php/articulos/106-normalidad-y-locura>
- Alberdi, J. M. (2003). *Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina*. Ed. UNR.
- Almirón, L. M. (2008). *Construcción rizomática del concepto de Salud Mental*. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Vol. 14, Nº 4.
- Basaglia, F. (1991) *La Antipsiquiatría y las "Nuevas Técnicas*. Zona Erógena. No. 3. Disponible en: http://argentina.indymedia.org/uploads/2011/03/la_antipsiquiatria_y_las_nuevas_tecnicas_.pdf
- Barona, de Infante N., Alvarez L. *Relación entre Ciencias Sociales y Salud. El proceso de salud – enfermedad: un proceso social*. Disponible en: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/351/335>
- Bermejo Higuera, J. (2009). *Hacia una salud holística*. Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes. 2 (2), 115-116
- Bernstein, B. (1990). *Poder, educación y conciencia*. Sociología de la transmisión cultural. El Roure, Colección Apertura, Barcelona.
- Cañedo Andalia R, Guerrero Pupo J. C. (2007) *Dirección por valores: una gestión con la persona como centro*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas-Infomed. La Habana, Cuba

- Centro de estudios interdisciplinarios (2010). *Investigaciones interdisciplinarias en Salud Mental*. Ed. Laborde. UNR
- Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. (2002). *EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO EN UN CONTEXTO FEDERAL*. Documento 77.
- Chartier, R. (1996) *Escribir las prácticas. Foucault, de Certeau, Marin*. Manantial, Buenos Aires.
- Chiarveti, S. (2008). *Reforma en salud mental la argentina: una asignatura pendiente*. Revista Argentina de Clínica Psicológica XVII. *Hacia la construcción de una política en salud mental*, p. 173 – 182 p.p.
- Cohen H, Natella G. (1995). *Trabajar en salud mental, la desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Costa e Silva, J. (1995). *Presente del pasado, presente del presente, presente del futuro en Psiquiatría. El abordaje clínico en Psiquiatría*. Vol. 3., p. p. 93 – 108. Buenos Aires. Editorial Polemos.
- De la Mata Ruiz, I., Ortiz Lobo A. (2009, noviembre 9) *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría industria Farmacéutica y Psiquiatría, Pharmaceutical industry and psychiatry Psiquiatras*. Centro de Salud Mental de Salamanca. Área 2. Madrid.
- De Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas en salud*. Cap. 2 y 3. Disponible en: http://blog.psico.edu.uy/escueladeverano2012/files/2012/01/Pisolog%C3%ADa-y-pol%C3%ADticas-publicas-en-salud-cap-2-y-3.com_.pdf
- De los Santos M. (2006) *Evaluación Educativa, segunda parte*.

Capacitación de docentes en TIC. Comunidades para Centros Educativos. <http://www.educando.edu.do/articulos/docente/evaluacion-formativa/>

- El mundo, Salud Neurociencia (2010, septiembre, 17). *La OMS denuncia la exclusión de los enfermos mentales.* Madrid. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/09/17/neurociencia/1284736383.html>
- Fabris, F. (2009). *Pichon-Rivière, irrupción y génesis de un pensamiento.* En Revista Intersubjetivo de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud N° 1, Vol. 10. Publicación de QUIPÚ. Instituto de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica y Salud Mental. Madrid. (pp.11-28)
- Falcone, R. (2010). *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto.* Disponible en <http://www.uba.ar>.
- Foucault, M. (1964/ 1967). *Historia de la locura en la época clásica I y II.* (Primera edición en español). México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1983, marzo). *La crisis del modelo médico en Psiquiatría.* Rosario, Argentina. Cuadernos Médicos Sociales, N° 23.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica.* 1ª. ed. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E (1992). *Psicoanálisis y Salud Mental. La ilusión de no ser.* Buenos Aires: Paidós.
- Goffman, E. (1972). *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales.* Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Gonzales Ramella, A. I. (2004). *Poder y discursos en la construcción social de las identidades docentes universitarias*. Servei de Publicacions. Universidad de Valencia.
- Ingenieros, J (1920) *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Cooperativa editorial limitada.
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo, INADI. (2011). *Buenas prácticas en la comunicación pública*. Disponible en: http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2011/09/INFORME_SALUD_MENTAL.pdf
- Jané-Llopis, E. (2004). *La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales*. Centro de la Investigación para la Prevención, Universidad de Nijmegen, Holanda.
- Jané-Llopis, E. (2014, marzo). *La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, no.89, p.67-77. ISSN 0211-5735.
- Keve, C (2014). *Hacia un nuevo paradigma en salud mental. Salir del encierro*. Le Monde Diplomatique. Edición Cono Sur.
- Label, H. *El Hospital Psiquiátrico de San Luis. Una experiencia de transformación institucional dirigida por el Dr. Jorge Luis Pellegrini* En *Perspectivas Sistémicas, la nueva comunicación*. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/label.htm>
- Lemos Giráldez, S.; Vallina Fernández, O.; Fernández Iglesias, P. (2008) *Familia y enfermedad mental: Su contribución para la recuperación clínica*. Servicio Cántabro de Salud. *Familia y enfermedad mental*. Universidad de Oviedo. Disponible en: http://www.p3-info.es/PDF/Familia_y_enfermedad_mental.pdf

- Ley 26.657 de Salud Mental sobre Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010). Extraído el 20 de marzo del 2011 en la web
- .
- Ley Nº I-0536-2006 de Prohibición de la institucionalización en general. Provincia de San Luis (2006). Disponible en: <http://www.diputados.sanluis.gov.ar/diputadosasp/paginas/NormaDetalle.asp?e=1&DependencialD=1&NormalD=40>
- Llorente, E. (2004, mayo, 11) *La exclusión laboral de los enfermos mentales*. Radio Nicosia y Radio Colifata toman la palabra. Diario El País. Barcelona.
- Martín, A.; Más, F. (2008, octubre) *Notas para una comprensión histórica y social de las primeras experiencias de comunidades terapéuticas en Argentina (1966-1973)*. Buenos Aires, Argentina. IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis
- Moro, P. (2011) Ley de salud mental, un debate a profundizar. Universidad Nacional de Cuyo. Disponible en: <http://www.edicionuncuyo.com/ley-de-salud-mental-un-debate-a-profundizar>
- Muñoz, M.; Pérez Santos, E.; Crespo, M.; Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense S. A, Madrid.
- Nayip Hasen Narváez, F. (2012). *Salud mental y exclusión social: reflexiones desde una estrategia política de la sanción, hacia la transformación institucional del enfoque comunitario*. MINSAL. Santiago, Chile.

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2009). *“Salud Mental y DDHH. Vigencia de los estándares internacionales”*. 1a ed. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- Pasquale, E. (2009). *La Reforma Psiquiátrica en Trieste, Italia*. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/la-reforma-psiquiatrica-en-trieste-italia>
- Pellegrini, J. L. (2005). *Cuando el manicomio ya no está*. San Luis: Fundación Gerónima.
- Pellegrini, J. L. (2008). *Salud es sin encierros*. San Luis: Editorial Polemos.
- Péllicier, .Y (1973). *Historia de la Psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Plan de reformulación del hospital psiquiátrico de San Luis, su transformación en hospital psiquiátrico de agudos. Disponible en : <http://www.ulp.edu.ar/ulp/paginas/pagina.asp?PaginaULPId=19>
- Proceso salud-enfermedad. (2009) Blogpsicología *¿De qué hablamos cuando hablamos de salud?, ¿de qué hablamos cuando hablamos de enfermedad?, ¿somos totalmente sanos?, ¿somos totalmente enfermos?, ¿se puede estar sano y enfermo a la vez?* Disponible en: <http://www.blogpsicologia.com/proceso-salud-enfermedad>
- Salgado (1996). *Salud enfermedad*. (Cátedra de psicología clínica, UNMDP).
- Secades Fernández, P. (2009) *La transformación de la sanidad argentina como consecuencia de la inmigración europea de los siglos xix y xx. nuevas arquitecturas para una nueva realidad social*. Vol. XXVIII-XXIX / 127-144.

- Scorofitz, H.; Stivala, F.; Carpintero, E. (2011) *El Derecho a la salud*. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/derecho-salud>

- Stolkiner, A. (2003, septiembre). *Nuevos enfoques en Salud Mental. Presentado en el 14° Congreso de arquitectura e ingeniería hospitalaria*. Buenos Aires, Argentina.

- Stolkiner, A (2005) *Interdisciplina y Salud Mental*. Fue presentada en: la IX Jornadas nacionales de salud mental “Salud mental y mundialización: estrategias posibles en la argentina de hoy”. Posadas, Misiones, Argentina.

- Vasconelos, E. (2010). *Saude Mental e servico. O desafio da subjeitividade e da interdisciplinaridade*. Ed. Cortez.

Anexos Metodológicos

Protocolo de entrevista semi-estructurada para profesionales:

1. ¿Dónde estudió? ¿Qué formación había tenido sobre la salud mental y la salud pública? ¿Cuánto hace que trabaja en la Institución?
2. ¿Cómo vio el tema de la transformación institucional cuando se los plantearon por primera vez? ¿Qué pensó en ese momento?
3. ¿Cómo se inició el proceso de transformación, cómo se fue dando el proceso, qué cosas actuaron como dificultantes/facilitadores durante el mismo?
4. ¿Cuáles son los principales cambios que introdujo la transformación?
5. ¿Cuál es la proyección de esta transformación a futuro, qué expectativas genera, cómo espera que se trabaje (o se seguirá trabajando)?

Protocolo de entrevista semi-estructurada para servicios:

Lavandería, Mantenimiento, Cocina, Administración, Biblioteca, Enfermería.

1. ¿Cuál es la función de este servicio, cómo se organizan? ¿cómo funciona el servicio hoy en día?
2. ¿Cuánto hace que trabaja en la Institución? ¿Cómo llegó a trabajar en él?
3. ¿Cómo vivió usted la transformación?/ ¿Qué sabe usted de la transformación?
4. ¿Qué valor tiene y tuvo para usted la transformación?
(Independientemente de que hayan estado presentes o no)
5. ¿Cuáles son las diferencias que usted cree más importantes con el “manicomio”?

Entrevista 1. Servicios.

Mantenimiento.

- ¿Cuál es la función del servicio de mantenimiento y cómo está organizado?

- La función de mantenimiento es todo lo que se refiere dentro del hospital. Arreglar luces, destapar cañerías, cloacas, vidrios, cortado de césped. Todo eso en general, mantenimiento es todo lo que pertenece dentro del hospital. Pintura, todo lo que esté al alcance de mantenimiento. Si son cosas grandes viene la empresa, lo que nosotros no hacemos es nada que tenga que ver con las computadoras, la ambulancia, eso no lo hago, viene un técnico

- ¿Cuántos empleados son?

- Acá en mantenimiento, nosotros somos dos, falleció uno hace poquito, quedamos dos nada más.

- ¿También la parte de ambulancia coordinas vos?

- También yo soy de movilidad. Mantenimiento y movilidad. Movilidad el chofer entra de siete a siete, veinticuatro horas, uno por cada diez, son siete chóferes. Trabajan cada cinco días, por ahí cada cuatro cuando hay uno con licencia, sino cada cinco días, seis

- ¿Y eso como lo manejan?

- Eso lo coordino yo con cronograma. La ambulancia que sale a buscar la química a la mañana temprano va solo, va y viene, pero si tiene que salir con pacientes o hacer domicilio sale con personal del hospital capacitado, ya sea enfermera, psicólogo, doctor. El chofer solo no sale.

- ¿Vos cuanto hace que trabajas acá?

- Yo hace 26 años.

- ¿Cómo entraste?

- Yo entre por el sector de planta privado. Pero entre en planta

permanente. Fui me anote, me llamaron. Siempre en mantenimiento

- O sea que vos estabas antes de la transformación ¿Qué me puedes contar de eso?

- Cuando recién comenzó la transformación, yo no estaba de acuerdo, porque sacaban los pacientes a la calle, porque nos íbamos a quedar sin trabajo, porque, no sé muchas cosas, nos iban a dar el traslado, pero, después que fue pasando el tiempo te dabas cuenta que fue para mejor.

- Cuando vino Pellegrini, ¿cómo fue que empezó todo?

- Cuando vino el Dr. Pellegrini, nos empezó a reunir y nos dijo que esto iba a ser una transformación, empezó a salir con los pacientes a la calle, porque de acá a la calle había cien metros. Los pacientes no salía, había muchos que ni conocían la calle, y así los empezó a sacar, hasta que se armaron los hogares sustitutos y empezó a ir gente a los hogares sustitutos, a la casa de los mismos familiares, los pacientes que estaban bien.

- ¿Acá adentro había mucha gente en contra? ¿Cómo se fue dando?

- Si, había mucha gente en contra. Afuera era lo peor, lo máximo. La radio la televisión todo el día "los enfermos en la calle"

- ¿Qué me puedes contar de la etapa anterior y de esta, todo los cambios que vos notas?

- Ahora hay cambios que se puede trabajar mejor en la parte del servicio de mantenimiento, antes era más difícil trabajar porque había setenta, ochenta pacientes, dejabas una herramienta y no sabías si te la robaban, te pegaban, te lastimaban o algo. Ahora no, estás arreglando un baño o cualquier otra cosa por ahí y no pasa nada, dejamos, vamos y venimos, y somos dos, antes éramos ocho.

- ¿En el hospital en general como han cambiados las cosas?

- Cambió todo, mayormente la limpieza, antes había suciedad por todos lados, en los pasillos, en las salas, en todos lados. Había mucho olor.

- ¿Era más grande el hospital?

- No el hospital siempre igual. Agrandaron la parte donde está el instituto. Eso debe hacer quince años más o menos que está. Había un ala de mujeres y otro de varones y el salón de actos era el comedor. Tenía ocho habitaciones, ocho de mujeres y ocho de varones.

Venían con los parientes a internarlos, después no venían más, muy raro que viniera otro, en cambio ahora con el nuevo sistema lo internan con el pariente

Había dos muchachos que venías acá a mantenimiento y estaban bien, barrían, limpiaban, tomábamos mates y hablaban bien. Lo único que tomaban una sola medicación. Algunos pacientes no tomaban ninguna medicación y estaban acá.

- ¿Vos como la valoras a la transformación?

- Fue buena. Al principio no la aceptaba pero después sí. Para mí sigue siendo buena

La transformación le dio oportunidades a todo el personal, al de mantenimiento, al enfermero, al jardinero, a la cocinera, a participar como oyentes o a hacer alguna dramatización de alcoholismo, como que yo era el pariente de otro compañero mío y lo llevaba al hospital. Todo eso fue bueno porque aprendí muchas cosas.

Ahí fuimos a Uruguay, a Cuba. Había partes que nos pagaban y otras que teníamos que aportar nosotros. Aportar, no sé. Quinientos pesos, los que podían lo ponían, y los que no podían lo juntamos con rifas, peñas, bailes.

- Noto que son bastante compañeros, ¿antes también era así?

No, no, antes no había tanto compañerismo. Ahora hay más compañerismo porque la gente de las oficinas sale. Antes estaban encerrados, con miedo. Nosotros sí, el mantenimiento estaba en todos lados, en la oficina, un baño. Pero la enfermera con la de personal o la de administración no se veían, no tenían mucho contacto, comunicación.

- Las asambleas ¿cuándo comenzaron?

- Las introdujeron después cuando vino Pellegrini. La asamblea, la

reunión de jefes y esta de atención al público que hace muy poquito están, ni un año hace. La reunión de jefes se hacen los jueves, van todos los jefes del servicio, se hablan. Van los jefes de todos los servicios, jefe de psicólogos, del lavadero del cocinero. Se habla de las cosas que pasan en los servicio o se acusa al personal.

- ¿Me querés contar algo más de la transformación que te parezca importante?

- No, la verdad que no. Que se yo, hay tantas cosas, lindas y feas. Muchas veces te encariñabas con algunos pacientes. De los pacientes externados hay algunos vivos, pero no se ven mucho. Los que están en hogares sustitutos, sí.

Entrevista 2. Profesional.

Servicio Social.

- Lo primero que quiero que me cuentes es cómo funciona el servicio, cómo se organiza, cuántos empleados son...

- En el servicio somos tres Licenciadas en Servicio Social. Este servicio se caracteriza por hacer mucho trabajo domiciliario. No somos trabajadoras sociales que estamos acá encerradas en la oficina, sino que, vamos continuamente a los domicilios de los pacientes, controlamos, como esta es una enfermedad crónica, una enfermedad que el paciente debe llevar de por vida, la familia o el paciente muchas veces se cansa de los tratamientos y lo abandona, por ejemplo en esa cartulina tenemos anotados los pacientes que son de cuidados, por ejemplo que se colocan todos los meses un....., si falta medicación, todas estas son cosas que controlamos desde este servicio. Hacemos también trabajo domiciliario, controlamos si hay conflictos en la familia. Es una vez por mes pero, siempre nos piden desde sala, desde algún médico, desde algún profesional, por ejemplo algún psicólogo que un paciente está en riesgo o que hay algún problema en la casa, o a veces hay pacientes que por la misma patología, por ejemplo con algún problema de fobia, la familia no lo puede traer o no quiere venir, también en esos casos nos piden y vamos.

Los miércoles salimos con el médico que va a hacer los controles, sobre todo con los pacientes que no vienen nunca a sacar un turno ni a control.

- ¿El miércoles le dan los inyectables?

- No, el control con el médico nada más. Los inyectables se los dan otro día. Si hay algún inyectable que le corresponde a un paciente que vamos a hacer un control si, se lleva a la enfermera que es la que se lo va a aplicar.

Si algún día tenemos que hacer un informe social, siempre vamos al domicilio. Nunca jamás hacemos un informe sin conocer la familia y como vive. En eso podemos dar fe que el trabajo social en la casa es intenso y por las características de los pacientes. Además nos hemos formado de esta forma de trabajo domiciliario, porque el hogar del paciente es como una metáfora que dice como es la vida del paciente, ordenada, si esta desordenada, si viven todos en una misma habitación, lo que podría hacer pensar que no hay límites, o familias aglutinadas que duermen todos en una misma cama, si hay hacinamiento, si hay promiscuidad, todo eso uno lo ve en la casa. Cuando vienen acá al consultorio eso no se ve, no se ve porque el paciente cuenta una cosa que a veces no es la realidad, o a veces, cuenta la realidad pero esa realidad es completada con la visión de su hogar, porque la casa habla como digo que es una metáfora de la vida del paciente.

- ¿Ustedes hacen entrevistas también?

- No, se le hace si la primera vez, se le hace entrevista, se le arma la historia clínica con el médico, desde lo social. A lo mejor si no quiere venir se lo hacemos en el domicilio con el médico y si puede venir, se hace acá y después se le hace seguimiento en la casa.

Este servicio se ocupa también de las rotaciones, de los rotantes que vienen acá. También da clases en el instituto para los residentes. También se ocupa de los trabajos con la justicia, por ejemplo si algún paciente tiene algún problema, por ejemplo para que la familia le preste asistencia, se hace un informe y trabaja a través de la justicia algún caso, cuando la familia los abandona, cuando no ayuda. Otros casos que manejamos son también cuando la familia se deja estar, no le hace una pensión por discapacidad por ejemplo. Nosotros los ayudamos si tienen que hacer una curatela, los ayudamos para

que puedan hacer una pensión, para que puedan tener un medio, una obra social, por ejemplo en los casos de una enfermedad neurológica, teniendo una obra social tiene más posibilidades de beneficios, no es lo mismo tener una obra social, que no tengan nada. Una familia que tenga una pensión ya es una entrada más y deja de ser una carga, porque a veces a la familia le molesta, el paciente es una carga, entonces todo eso ayuda y mejora las relaciones. No es lo mismo tener que comer, en que trasladarse, que si tiene que pagar un remis, el colectivo, no es lo mismo no tener nada. Todas esas cosas las favorecemos desde acá

- ¿Y en el caso de las familias solidarias?

- Seria el programa el que tiene que buscar la familia solidaria pero ellos no tienen un listado. O sea, tienen para los viejitos, para los chicos pero para los pacientes mentales no, es como que ellos se desentienden o discriminan. Entonces, nosotros les buscamos, porque como acá viene mucha gente al hospital, siempre uno conoce gente y se da cuenta quien puede tener actitudes solidarias, eso es lo que más se busca, condiciones humanas, que los acepte que los cuide, que no lo haga por un comercio, sino que sea realmente solidaria como lo dice la palabra. La buscamos y después se le hace a la familia un informe social, se le hace un informe psicológico que le hace el psicólogo, y después se eleva todo eso a familias solidarias, y familias solidarias cita a la persona, la conoce y firma un convenio con todas las pautas, todas las obligaciones, con todos los derechos de la persona, se aceptan y después le empiezan a pagar. Nosotros tenemos que hacer todos los meses un informe médico y social también desde acá, diciendo en qué condiciones esta la persona, si la familia cumple con todo. Le hacemos un seguimiento domiciliario y vemos si están bien. Por ejemplo, hay dos hermanas que son mellizas que están en familias solidarias, hay un muchacho también, son tres de los que quedaron que no tenían familia. Esas personas tienen también pensión, van a un centro de día para personas con discapacidad donde le enseñan cosas, habilidades sociales, van al shopping, tienen una pileta para bañarse

- ¿Es el que funciona acá adentro?

- No no, este pertenece al gobierno. El de acá es un grupo terapéutico. Aquel es una institución, los pasan a buscar y almuerzan, hacen actividades, cocinan, hacen cosas de pastelería, masas y festejan los cumpleaños y los llevan a la casa. Los otros profesionales valoran mucho el trabajo. Hablamos en entrevista de salas directamente

- ¿Cuánto hace que trabaja?

- Yo hace 20 años, viví la reforma y trabajé en el cronicario. En realidad venía a los cursos cuando el Dr. Pellegrini los daba y vi a los pacientes, el olor. Y yo decía “acá no trabajara” y después me enteré que iban a hacer esto y decidí quedarme acá porque puedo crecer, puedo aprender y ahí comenzó la nueva etapa del hospital

- ¿Que sentías de lo que se venía hablando de la transformación?

- Yo venía con una mentalidad diferente a pesar de que no venía de la salud mental y había trabajado y me había recibido de grande. Había trabajado en la obra social de la universidad y en las viviendas o sea que nada que ver con esto, pero yo entendía perfectamente la idea, era una idea de la salud mental muy abierta, eso de buscar a la familia de reconstruir las historias de vida, eso me encantaba, y que los pacientes pudieran volver con su familia, había gente que se oponía. Tal vez porque habían creado un vínculo y pensaban donde iban a ir. Había motivos políticos para oponerse. Este era un lugar donde no había todos los barrios de la periferia, era un campo. El loco estaba allá donde nadie lo viera con vida. De apoco comenzaron a hacerse las externaciones, había familias del interior. La que más trabajo en esto fue Susana Agúndez. Que les hacía el seguimiento en la casa para readaptarlos, algo que no era fácil, cuando la familia había dejado al paciente para que se ocupen.

Lo que me sorprendía cuando volvían era la transformación de la cara, habían cambiado el aspecto de la casa, eso era muy lindo

- ¿Cuáles fueron las primeras actividades?

- Lo primero fueron las externaciones, las cuales no eran fáciles, por ejemplo un hombre paralizado que su esposa había formado otra pareja. Se

buscaban las historias clónicas y se trataba de rearmar su vida, y se hacia el contacto con la familia.

- ¿Con los 100 pacientes?

- Si, menos con 10 que la familia no los aceptaba y se fueron con familias sustitutas con una enfermera que tenía alquilo y los albergaba y después eso deajo de funcionar y se fueron con otras familia diferentes.

Una vez vino una señora a buscar trabajo que querías cuidar pacientes, que había trabajado en un hogar de ancianos y le dije que tenía dos pacientes pero quiero que los conozca usted primero, los conoció, aceptó y se los llevó a su casa. Nosotros éramos temerosos de quien los iba a querer y aceptar, pero siempre hubo gente

Cuanto tiempo llevo toda esta reinserción

Llevo tiempo, para que la familia cambie aspectos, la idea de que vuelvan al hospital hacia que la familia no le diera la medicación para que se descompensara hasta que la familia puedo aceptarlo

- ¿Los dispositivos de grupos fueron surgiendo después?

- El primer grupo que surgió fue el GIA, el Dr. Pellegrini vino a formar gente. A los alcohólicos se los desintoxica y se iban y seguían tomando. El primer grupo fue el del alcoholismo. Se trabajó desde lo social el prejuicio, la discriminación. Muchos no querían venir porque todavía había pacientes y decían que no eran locos.

Comenzaron a venir alcohólicos con otros status porque el Dr. Pellegrini tuvo reputación y no les gustaba que los enfermos anduvieran dando vuelta.

Ahora de todas las clases sociales vienen a sacar turno, porque este hospital quedo preparado para tratar las grande patologías sociales. La gente puede hacer terapia, atenderse con un psiquiatra. Gente de todas las clases. Pueden elegir los psicólogos y hacer un buen tratamiento.

La transformación fue en la gente también no solo en el hospital. El prejuicio se trabajó, con el boca en boca. En esa época se hacían talleres en la plaza, se difundía por tele y diario, pero lo fundamental fue viniendo y viendo que los grupos les hacían bien

Hubo una época que pusieron en los colectivos Hospital Psiquiátricos y

se hizo una nota y lo sacaron porque no era más así.

- ¿Cuál fue su posición con respecto a la transformación?

- Totalmente aceptado por eso me quede, elegí este trabajo. Tenía otra propuesta de trabajo. Y el Dr. Pellegrini me dijo que armará un grupo y en ese momento los alcohólicos no querían ir, iban a brujos y eso, salvo alcohólicos anónimos, pero la gente de campo no tenía ni idea, y comenzaron a venir acá a la desintoxicación y se les empezó a mostrar esta opción, de que podían recuperarse en un lugar publico

- ¿La diferencia más positiva entre las etapas a grandes rasgos?

- Son dos experiencias totalmente diferentes. En ese momento la mayoría de los pacientes eran casos sociales. Entonces actualmente la gente todavía tiene en sus cabezas que esto es un asilo. Por ejemplo, el otro día fui a un curso de trata de personas, con una abogada y había uno de los ministros de las instituciones que decía que con los hospitales de salud mental no se podía trabajar porque la idea era buscar un lugar físico para asistirla cuando uno las libera de las trata y después desde se les paga para volver a su país o se les da trabajo y necesitan un lugar físico pero dice el ministro, acá en esta provincia no se puede porque existe una ley de desinstitucionalización, no le digo, pero eso es transitorio, no debe quedar encerrada, o sea que siempre está en la mente de la gente q para desembarazarse de un problema siempre está el hospital de acá y se enojan con el hospital cuando no pueden hacer, acá hay una ley de salud que dice que el juez no puede internar, solo lo médicos, las enfermedades son transitorias.

Para mí, esto es lo que debería ser, que cada paciente pueda vivir en un lugar adecuado porque el cronicario era vivir en condiciones infrahumanas, los olores, le pegaban, hay gente que no los recibe pero hay otros discursos para que puedan vivir bien. Todos tienen dificultades pero están mejor de lo que estaban acá. Es cuestión de cómo uno abre la cabeza. Es preferible la libertad que estar encerrado, es un derecho esencial del hombre.

Entrevista 3. Servicios.

Administración.

- ¿Cuál es la función del servicio de administración, como se organiza y cuántos empleados son?

- El servicio de administración tiene como finalidad la administración contable, manejar las partidas presupuestarias que tiene asignadas el hospital para el funcionamiento de todos el año. Tiene partidas presupuestarias en distintos rubros, para pagos de sueldos y jornadas, es la única que puede modificarse, alta o baja, si hay aumento de sueldo. Las otras tres son monto fijo, no se modifica.

Personas que trabajan son tres.

El manejo de las partidas es así. Sueldos y jornadas son tres millones para todo el año. La institución no liquida sueldos, no liquida la administración. Es un servicio que esta tercerizado, lo único que hacemos nosotros es entregar los recibos de sueldo y aceptar algún reclamo que haya, pero lo derivamos. Si hay alguna diferencia en los salarios la aceptamos y la derivamos a la oficina liquidadora.

La partida numero 1 es la de bienes y consumos, quizá la más importante porque tenemos ochenta mil pesos para todo el año que se divide en 12 cuotas una para cada mes del año. De ahí manejamos los gastos de combustibles de la ambulancia y la camioneta. Tienen un cupo fijo, son 210 litros por mes, más 8 litros de aceites cada tres meses. Como tiene un radio reducido de acción, hace pocos kilómetros, ese es el combustible.

Después se pueden comprar víveres secos, carnes, lácteos, también se trabaja con esa partida. En ese caso, se trabaja con el servicio de alimentación que nos hace el pedido semanal con el cálculo de ración. Este cálculo se hace teniendo en cuenta las 11 camas, el chofer, los rotantes y pacientes que vienen con acompañante que sean del interior de la provincia. Es un pedido por semana.

También podemos comprar insumos de limpieza.

Podemos comprar todo lo que es papelería también con esta partida. Es una partida que no es amplia. Es bastante austero el manejo.

Las internaciones son breves y no se ha dado de completar todas las camas. Lo que no pagamos es el gas natural y el gas que se utiliza en cocina.

El teléfono tiene cupo y no lo pagamos nosotros tampoco. El consumo lo raciona el telefonista, por eso las llamadas están restringidas. La luz tampoco la pagamos, la paga secretaria general.

Todas las compras que se tramitan se tramitan con el gerente. Las compras de cero a cinco mil pesos son compras directas con firma de ministro, de cinco mil a veinte mil es concurso de precios y de 20 mil adelante son licitación pública o privada, ahí entra a jugar decreto del poder ejecutivo llamando a licitación, pasos que hace que se más largo.

Se genera un expediente de compra. Las compras se pueden hacer del 1 al 5 de cada mes, tienen fecha asignada por el programa compras. Después del 5 no se puede nada. Se genera un expediente con una solicitud de gasto, con una cantidad de cosas que vamos a comprar. Hay un nomenclador para clasificarlo. Cada producto tiene un número. Se genera el expediente, ahora tenemos la ventaja de la digitalización, el sistema nos da un número de expediente, se gira el expediente y va a control de gasto, donde se verifica que nosotros tenemos presupuesto para esa compra, pasa al ministerios, el ministerio autoriza la compra o no, firma la ministro y va a al programa de compras que tienen una base de datos con listado de proveedores y les manda a esos proveedores las licitaciones de lo que queremos comprar, puede cotizar o no pero tiene que haber constancia en el expediente que se le mando a pedir a tres proveedores, se le adjudica al más barato, o al único que cotice. Cuando se cotiza, se gira nuevamente el expediente para que se haga la etapa del compromiso, se toma el dinero del presupuesto para el pago de ese expediente. Se gira nuevamente el expediente, emiten la orden de provisión que dice a quien se le adjudico y se le hacemos llegar al proveedor quien factura y s van haciendo las entregas. Con la facturas nosotros vamos haciendo todos los pasos hasta que llegamos a la etapa de orden de pagos, todo a través de sistema, en ningún caso manejamos fondo o dinero en efectivo.

Antiguamente se tenía chequera y cuenta y había responsables, se les pagaba a los proveedores los cheques pero siempre se cotizo al más barato.

En la etapa de pagos, se gira el programa de contaduría general que controla que la boleta este al día y reúna los requisitos fiscales, luego pasa a tesorería y el proveedor tiene una cuenta única y personal en el Superville se

le deposita el monto por el cual se le adjudica la compra, con la retención correspondiente de impuestos a las ganancias, et. El proveedor controla que este el depósito y entrega la mercadería.

El marco legal es la ley de contabilidad administración financiera, la cual establece que no hay otra forma de comprar que siguiendo estos pasos.

Más de 5000 es concurso de precios, es más engorroso porque es más lento, tiene que haber un decreto que autorice el llamado de concurso de precio y si o si tienen que aparecer 3 proveedores, cuando el monto es grande si pero cuando es chico al comerciante habitual no le interesa generar todo ese papelerio.

Actualmente en el caso de los vehículos, todos tienen un bodigo de barra y tienen un listado en la estación de servicio, va a la estación de servicio incluidas en eso, tienen un escáner que lee el código de barras, ahí aparece que pertenece al hospital escuela de salud mental, le cargan y le piden al chofer que cargué un pin, como si fuera trajera de débito, de cuatro dígitos y queda registrado cuanto cargo y lo que le queda para cargar en el mes, con el día y la hora que cargo, si no coincide no se le va pagar. Pero tenés la ventaja de que puedes cargar en varios lugares del interior. Tienen un localizador los vehículos con el que se los puede controlar, se registra cuanto estuvo detenido y en donde la cantidad de kilómetros que hizo. Por eso la ambulancia está destinada al traslado de pacientes o a visitas domiciliarias, con el servicio social, a pacientes que se encuentran en tratamiento.

El hospital puedo adquirir su primera ambulancia en el 2008, siempre tuvo ambulancias que eran descartes de otros lugares y se rompían rápidamente y salía caro arreglarlo, así que era una perdida. Cuando llego la doctora, le propusimos comprar una ambulancia nueva. Fue la primera vez que la partida bienes de capital, pudimos adquirir la ambulancia. La cual pagamos 156 mil pesos, siguiendo todos los pasos de las ley

Actualmente en esa partida tenemos 20 mil pesos para todo el año. Se puede comprar bienes duráremos en inventariados, computadoras, impresoras, muebles y se carga e la base de datos la cantidad de bienes que hay acá.

Esta partida es beneficiosa porque si bien no es amplia nosotros el cierre del ejercicio financiero lo hacemos el 10 de diciembre. Nosotros presupuestamos lo anual y lo mensual, y lo mandamos para la aprobación. Si

al 10 de diciembre no la gastamos no es acumulativa, si ven que te sobro van a pensar que te podes manejar con menos. Si nos damos cuenta antes que nos quedamos sin presupuesto, hacemos un listado de lo que tenemos que pagar y transferimos de una partida a otra.

Las partidas de servicio son las número 4, tiene 20 mil y se trabaja de igual forma. Se puede pagar mano de obra especializada, por ejemplo, cuando se necesita alguien especializada para mantenimiento. Se pueden pagar viáticos, cuando va gente de acá a otro lado, se pueden pagar viáticos y Mendoza. Se paga con un reintegro, tienen que presentar certificado de que fue a determinada lugar y se le devuelve, el 100 por ciento de pasajes y un monto preestablecido por la provincia para viático.

Podes contratar correspondencia, porque el hospital debía dar al juzgado informes u oficios sobre algunos pacientes y esos juzgados se manejaban con correspondencia.

También se pueden pagar capacitaciones que vienen de afuera.

Hacemos lo posible para que alcance y además se trabaja con el instituto que tienen otros presupuestos.

El hospital tienen 910 o 94 personas trabajando. De los cuales los sueldos salen de la partida número 1. También hay gente de planes sociales.

- ¿Cuánto hace que trabajas en el hospital?

- Yo hace 10 u 11 años que trabajo. Hoy por hoy tenemos las cuentas al día. Y además la directora tiene experiencia de manejo en instituciones grandes. El servicio también maneja la agenda de la dirección.

La directora es una persona con mucho conocimiento dinámica y de gestión, se puede trabajar muy bien, dando soluciones y con los tiempos actuales que maneja salud.

- ¿Qué me podes contar de la transformación, si estabas de acuerdo o no?

- Yo no tenía ni la menor idea cuando entre a trabajar. Para mí era un hospital psiquiátrico. Me gusta el trabajo.

Me encontré con el sistema de externación, con la transformación hecha. Yo no conozco demasiado como era anteriormente. Sé que antes había más de

140 internados.

A mi criterio el sistema es bueno, siempre y cuando tengamos la logística para hacer seguimiento de los pacientes que están fuera, así si funciona.

Entrevista 4. Profesional.

- ¿Dónde estudio? ¿Qué formación habías tenido sobre la salud mental y la salud pública?

- Yo me recibí de medico a fines del 66 en la facultad de medicina de buenos aires que era una facultad de excelencia académica y científica de fama mundial, y bien ganada porque cuando por ejemplo yo ingresé a la facultad el decano era un groso, padre de la pediatría social latinoamericana, fue el más grande pediatra que dio la Argentina, hoy ninguneado silenciado. Yo me acuerdo que cuando ingresé, mi profesor de anatomía decía “el que solo sabe medicina, ni medicina sabe”, esas cosas quedan grabadas, a mí por lo menos, había una preocupación por lo social. El decano tenía lo que era la isla Maciel en el riachuelo en Buenos Aires, eso era el lugar más pobre, ahora eso es un paraíso. La facultad tenía un centro de salud en la isla Maciel y nos peleábamos para ir. Nosotros fuimos formados en la noción del compromiso social. En esa época se debatía mucho, me acuerdo de un debate mundial en el que participaban muchos argentinos como Pichón Rivière, cual era el sentido de ser médico, el compromiso. Nosotros nos formamos con la idea de servir al pueblo. Eso se perdió, se perdió porque ese mundo ya no está más, ahora es servirse el pueblo, los viejos quizá ya no tengamos lugar o seamos poco escuchados pero igual seguimos pensando y actuando de la misma manera. Estoy publicando un trabajo sobre despenalización de la droga y otro hombre olvidado que se suicidó hace 10 años, no fue un gran médico, fue un gran humanista, decía, en noviembre del 93: “Todo académico por haber tenido el privilegio de llegar a ese nivel y doctorarse en lo que fuera, tienen la obligación de participar y de mejorar la sociedad de su tiempo, debe tener compromiso social”. Esto lo viví en carne propia cuando por esas cosas del destino fui a parar den determinado momento de mi vida a un pueblito del oeste pampeano,

ahí vi con mis propios ojos y toque con mis propias manos la tragedia de la pobreza. Me he dedicado a denunciar ante distintos foros del mundo el cinismo de este capitalismo atroz que pisotea la cabeza, los derechos y la dignidad de millones de pobres. Con el estado de pobreza que padece nuestro país es imposible que una amplia de argentinos tenga un estado sanitario como el que se pinta en las campañas electorales, la única manera de combatir la violencia es combatir la pobreza. No se puede vivir sin pensar que el mundo tiene que mejorar. Estoy convencido que esta avalancha materialista y consumista va a ir cambiando. La equidad, la justicia social, la educación, la solidaridad y la honestidad son valores supremos que deben ser rescatados ahora mismo, ya.

Si vos lees el libro de higiene el ultimo capitulo, él fue uno de los fundadores de la carrera de psicología de la facultad de Buens Aires, junto con Pichón, Armando Baleu, fuimos muy amigos con Armando, lo extraño. La idea de la fundación de la carrera no tiene nada que ver con la de hora. Los psicólogos ahora se reciben de psicopatólogos, miran signos y síntomas, tienen un casillero en la cabeza y están buscando las cosas enfermas, seguramente estarás viendo en mi cosas que no te parecen sanas, también puedes ver quien soy, entenderme.

En esa facultad de medicina yo me formé. Yo quería ser médico rural para volverme a Río Negro y cuando estaba en cuarto año, me pasaron dos cosas, yo iba a la Isla Maciel y después fui a un hospital que era una trinchera en el medio del corazón obrero, que era el hospital Fiorito y ahí aprendí el compromiso con los pobres, me enseñó la gente y ahí me di cuenta que esa era la biblioteca que tenía que escuchar. La segunda cosa es que hubo una charla en el aula magna, que era un hervidero de poetas y músicos, como Mercedes Sosa, y nos formamos en la idea de estudiar y luchar, teníamos que ser los mejores estudiantes y, el centro de estudiante que teníamos era el más combativo, a cada uno de nosotros nos tomaban un examen antes de rendir y no podíamos bajar de 7 porque los profesores eran muy conservadores y nosotros que teníamos ideas penetradas por el Che, teníamos que demostrar que íbamos a ser buenos medico porque no éramos bien visto, nos recibíamos cuando correspondía y con buenos promedios. Esa fue la escuela que tuve, y venían los dirigentes obreros que defendían a su clase, íbamos a las fábricas, nos daban charlas. Teníamos una idea de la medicina que no es la actual.

Ahora se los forma con aparatología médica, ahora no hablan, hablan con biblioteca, signos, símbolos, y son se dan cuenta que si transformas al otro en un objeto vos también sos un objeto. Piensan en ser exitosos en el mercado y no en servir a su pueblo. De esas ideas nos nutrimos dos generaciones por lo menos. Así como se privatizo la economía se privatizaron las ideas. Porque era necesario privatizar las ideas para malvender el patrimonio nacional. Cuando me preguntan por mi formación, yo me recibí en el 66 cuando fue el golpe de Onganía y se intervinieron las facultades. A muchos de nosotros nos tocó la carrera, algunos compañeros fueron suspendidos de por vida, pero lo que aprendimos ahí nos marcó la existencia. Yo me he encontrado con ellos y seguimos viendo el futuro con de la misma manera, son ojos de esperanza, cuando fue la dictadura la combatimos hubo desaparecidos, y otros nunca más volvieron, pero no nos vencieron, querían que cambiáramos nuestras ideas, nos resignáramos. Creo que a la juventud ahora los tratan de adormecer con la resignación.

Cuando dicen que se inspiran en grandes maestros como Lacan me da una pena tremenda, porque no se dan cuenta que en la argentina ha habido muchos maestros, maestros en el sentido de que transformaron situaciones de sufrimiento.

Creo que uno tiene que encontrar la felicidad en la lucha y no vivir la lucha como un castigo sino es insoportable, si vos te ubicas en que para lograr algo hay que luchar. En la argentina para saber hay que atreverse. Quiere decir preguntar lo que no se pregunta, atreverse a ver lo evidente, confrontar los hechos con las palabras y viceversa. La formación mía respeto algo aun con profesores políticamente muy conservadores, algo que se ha perdido que es la clínica. Yo amo la clínica, y los profesionales recién recibidos no tienen ni idea de la clínica, inmediatamente medican la clínica. Los psicólogos hacen test. Además de la resignación, va hermanada del autoengaño. Si uno quiere elegir eso para su vida, para eso no hay edad. Yo apuesto a los jóvenes, y apuesto a la vida, mirando para adelante. Pero creo que mi lugar en este momento no es solo transmitir sino seguir trabajando. Yo aprendí de un jefe de mantenimiento, cuando me dijo: “¿sabe por qué con usted avanzamos? porque la palabra convence, pero los hechos arrastran...” y yo no soy de hablar mucho. El tema es como se cambia la realidad y la realidad se cambia con hechos, uno tiene

que estar dispuesto a jugar en serio, uno puede tener la crítica más bonita pero si atrás no hay hechos.

- ¿Cómo surgió la idea de la transformación?

- Yo no te puedo decir que hace 40 años tenía las ideas que tengo ahora. Yo conocí una Argentina feliz, cuando estaba Perón, era un pueblo que trabajaba 8 horas tenían tiempo libre para la cultura, ir al cine a bailar tango, no había villas miserias, no había desocupación, los jóvenes podían estudiar y si no querían trabajar. Hoy los jóvenes están condenado a ver si pueden estudiar y a ver si pueden trabajar y ¿qué podemos hacer? Estimular la rebeldía, y también decirles no. Hoy todos son derechos no hay obligaciones, no conozco una sociedad que pueda funcionar solo con derechos, cada derecho tiene una obligación, tengo derecho a la educación pero tengo la obligación de estudiar., tengo derecho a una vivienda pero tengo la obligación de trabajar.

Yo veo en las universidades donde doy clases los jóvenes han sido criados con si a todos, son de muy bajo nivel académico, con profesores resignados, a los cuales les conviene que los estudiantes no pregunten, no sean inquietos. Por eso no les gusta que vengan, porque cuando los estudiantes ven esto y dicen ustedes me están jodiendo, entonces si se puede. Yo fui a un lugar que es una provincia chiquitita asir, donde se puedo y ya van casi 20 años, en el mismo paisa donde estamos nosotros.

Es hermoso confrontar lo que se dice con lo que se ve. Cuando yo fui a una provincia, donde habían transformado y había rejas y demás, me habían invitado y me pidieron mi opinión, y le dije yo no te iba a dar mi opinión porque vos me invitaste y yo soy de la época que los invitados tenían que ser discretos y cortés, pero vos me preguntaste y yo te tengo que contestar, esto es una porquería, porque vos decís esto, esto y esto y yo vi esto, esto, si algo nos falta dice, y le dije te falta aprender de tus palabra. Después me invitaron otra vez. Uno no debe ofender pero tampoco debe ocultar la verdad, yo no puedo ser cómplice del encierro, del maltrato, cómplice de la confusión. Hay una herramienta muy poderosa que es la confusión teórica. La palabra hoy sirve para confundir, no para resignar, hay una confusión teórica en la argentina en la salud pública y la salud mental impresionante, eso está plasmado en la ley nacional de salud mental, ves un discurso que encubre una realidad, no la

describe, y en eso tuvimos experiencia también porque fuimos la generación de la posguerra y estudiamos mucho el nazis. Estudiamos como puede haberse hecho del pueblo alemán un pueblo asesino y, caímos entre otras cosas en el estudio del discurso de la propaganda nazi que estaba dirigido por un psicólogo social que decía que la palabra sirve más para ocultar que para resignar y decía, si vas a mentir mentí grande, también decía miente miente que algo queda. Nosotros estudiamos mucho eso, porque no nos entraba eso. Yo era adolescente cuando la guerra terminó y creímos que la paz iba a ser eterna y lo que sucedió después fue peor.

Hay un autor, un psicólogo social norteamericano, que escribió el libro el efecto Lucifer, él contesta la pregunta de cómo sucede que gente buena hace cosas malas. Yo acá me preguntaba, como hago para que estos enfermos que maltratan, les pegan le hacen electro shock hagan todo lo contrario, los que hacían esto, son las mismas personas que están hoy acá. Esta atmósfera que ves hoy acá, que te tratan bien y respetuosamente no existía, acá era todo violencia.

Para mí cuando llegué acá fue un gran sufrimiento el primer año, porque estaba trabajando en una institución a la cual yo no le tenía respeto.

-¿Usted como vino acá? ¿Cómo recibieron el proyecto los trabajadores del viejo hospital?

- Yo viene como director. Pero nadie entendía lo que quería hacer. Los jóvenes fueron los únicos, los residentes, esos entrevistaron algo.

Y después lo fuimos haciendo, yo no perdía el tiempo con discurso. Había que reinsertar un paciente en La Pampa e iba. Y la gente fue viendo esto, yo no les decía lo que había que hacer, yo decía yo voy a hacer esto, quien me acompaña. Yo por el 90 de transformar una institución, duro 20 meses porque tenía que demostrar que era posible. Yo había hecho un intento en la provincia de Chubut gobierno provincial que era peronista, perdió las elecciones y entraron los radicales y reinstauraron el manicomio. Al único funcionario que dejaron del paso de un gobierno a otro fue a mí porque no querían pagar el costo político. En la provincia de Chubut se había logrado mucho consenso, mucho apoyo, la gente veía los resultados.

- ¿Y ahora sigue como manicomio?

- Lo reinstalaron, cuando subieron las nuevas autoridades me dejaron, mis compañeros se fueron porque entraron nuevas autoridades. Y el día de noche buena un regalo hermoso el 24 de diciembre del 91 el ministro de salud, me manda por escrito una orden que no puedo hacer más asambleas en el hospital. Yo sabía que tarde o temprano iba a pasar. Lo fui a ver al ministro le di la nota y le dije tomá y le dije otra cosa.

Esa experiencia para mí fue muy fuerte, sigue siéndolo. A ese hospital le pusimos Dr. Pellegrini. Yo venía con esa experiencia que era que no tenía que hacer política y acá la situación fue muy dura, creo que si Adolfo Rodríguez Saá no hubiese bancado esa experiencia nosotros no podríamos haberlo logrado.

Lo necesario para eso era abrir la cabeza, el ministro nos dejó sin presupuesto y la gran herramienta fue la que vos ves en este momento: agruparse, es lo que se llama la corriente de grupalidad institucional.

Entrevista 5. Profesional.

- ¿Dónde estudió? ¿Qué formación habías tenido sobre la salud mental y la salud pública?

- Estudie medicina en la Universidad Nacional de Córdoba. En toda la carrera no me gustaba ninguna materia que estuviera relacionada con el sistema nervioso, psicología, filosofía, neurología, y psiquiatra, no eran las que más me gustaban, hacia hasta divisiones para estudiar.

Antes de recibirme me fui a San Rafael, Mendoza. Me recibí allá y como no había residencia, se habla con un médico del hospital y entro en el hospital para ver cómo se trabajaba. No sé si son casualidades o causalidades porque había dos médicos, uno con una visión biológica y otro con visión social y yo me forme con el medico con visión social, en un hospital público. El primer acercamiento que tuve con la salud mental fue con paciente alcohólicos, enfermedad que son producidas por el excesivo consumo de alcohol y tratábamos su causa que era el alcoholismo. En ese momento los alcohólicos no aparecían en las estadísticas. Llegaban a los hospitales los tiraba en una camilla, dormían y al otro día se iban pero no quedaban registrados, y cuando

ingresaban por las otras patologías aparecían como cirrosis pero no aparecía la causa. Cuando empezamos a ver esto desde este servicio que se preocupaba por lo social empezamos a ver qué hacer con los alcohólicos. Antes en todos lados los hospitales generales los servicios de salud mental está alejado, en este era igual era difícil el acceso, había que tocar timbre y demás. Los psiquiatra nunca se interesaron por los alcohólicos, entonces nosotros los clínicos empezamos a tratarlo y especializarnos. Hasta ese momento existían organizaciones como alcohólicos anónimos que hacían sus reuniones en cualquier sitio, como una iglesia por ejemplo. Nosotros consideramos que el alcoholismo es una enfermedad biopsicosocial por lo que debe ser tratada en un hospital público.

No criticamos la historia y todo lo que logro esta agrupación pero no adherimos a la forma de trabajo. Esto fue lo que me fue acercando desde la clínica a la salud mental y esta visión de ver a un enfermo como un todo, un cuerpo que tiene parte psíquica y está dentro de una sociedad. Para tener más herramientas hice la formación de psicología social en la escuela de Pichón Rivière, que me ayudo a tener otra mirada. A partir de todo esto nos conocemos con el Dr. Pellegrini, y trabajamos de forma parecida, grupalmente con la familia, y nos unimos a él y comenzamos a integrar la red GIA (grupo institucional de alcoholismo).

Ahí empezamos a ir mejorando el servicio, hubo una psiquiatra, una psicóloga, pero los que siempre estuvimos somos médicos clínicos, fuimos formando gente como alcohólicos recuperado, los formamos como agentes sanitarios pero hacían un trabajo de hormiga en todo el hospital. Esto llevo mucho tiempo. La mentalidad de los médicos es que si te dedicas a eso, sos de segunda, no te da ni prestigio ni nada, como la mayoría es de pocos recursos no te dan nada, discriminan al paciente y a los que nos dedicamos a teso. En el 98 logramos tener distintas jornadas y me invita el Dr. Pellegrini a trabajar acá e ingrese por concurso.

- ¿Qué pensaste cuando te plantearon por primera vez lo de la transformación?

- Yo sinceramente no le entendía, porque nunca había estado en un manicomio, así que, un poco sabía pero no estaba muy imbuida en el tema. El

primer contacto que tuve fue en marzo del 94 que vine y vi la transformación que había empezado, ya no estaban las puertas cerradas, los enfermos, que todavía había muchos, deambulaban libremente. Había mejorado el comedor, estaba más lindo. Antes se le daba la comida por una ventanita. Las cocineras no tenían una puerta que comunicara al comedor, se armaban guerras donde se tiraban comida, no tenían cubiertos, comían en el piso, en platos de latas. Había una campana que siempre a la misma hora uno de estos pacientes a llamar para la hora de la comida, como sabía la hora no sé y así venían todos a comer.

En esta jornada había una persona con un retraso mental profundo que había nacido en un hogar de guiños y vivía acá, no hablaba y cuando termina la jornada le entregan el certificado y ahí fue una sorpresa para mí, porque para mí era una cosa y ahí me di cuenta que era un ser humano que se daba cuenta del reconocimiento que le estaban dando. Eso me marco y me hizo replantearme que se puede hacer mucho por estas personas.

Después pasaron los años, se fue transformando, yo vivía en san Rafael, y siempre estábamos comunicados y nos apoyábamos. Y apoyábamos la transformación, la cual no fue fácil porque siempre fue vapuleada, la política de turno lo apoyaba pero las radios era todo el tiempo criticando esta transformación, la universidad, la iglesia, la oposición política estuvieron en desacuerdo. Fue tanta la presión que se cambia el ministro de salud y el psiquiatra no estaba a favor de la transformación por lo que lo saca a Pellegrini y traen a una psiquiatra que estaba en contra. En ese momento había gente dentro del hospital que estaba de acuerdo, otra en desacuerdo y otra que iba para donde soplaba el viento. El grupo que estaba a favor, sacaba dinero de su bolsillo para poder continuar con la transformación, con los viajes a los hogares de los enfermos, etc. A los 6 meses renunció la directora y se va el ministro y vuelve el Dr. Pellegrini y continúa la transformación. Yo les cuento como si lo hubiese vivido pero en realidad llegue unos años después, pero la gente lo cuenta con tanta pasión que uno se lo hace suyo. Además la transformación sigue, no quedo solo en la externación. Lo peor que podría pasar es que quede así. Uno vive analizando para día a día mejorar. Así como los diagnóstico pensamos que no es de una vez y para siempre, esto tampoco.

Nosotros somos de los nuevos viejos, nosotros ingresamos a trabajar en

el hospital pero no estuvimos en el 93.

Cuando yo llegue en el 99 todavía aparecían cosas en la radio o le costaba al familiar entender. Por ejemplo, había familias que se hacían cargo cobraban la pensión, vivían en la casa del enfermo pero tenían que ir a buenos aires y te lo querían dejar como si fuese una guardería. A mí no se me ocurre ir a un policlínico y decir bueno me tengo que ir a Buenos Aires, mi papá tiene presión, lo dejo internado unos días y cuando vuelva lo vengo a buscar. Esas cosas pasaban seguido y costaba que la gente entienda que esto no es así y que el hospital es un hospital de agudo y la internación era cuando lo necesitaba para compensarlo y eran mínimos días porque lo mejor para el paciente es que este afuera.

Volviendo a la experiencia mía en el hospital anterior, los agentes sanitarios recorrían todo el hospital para ver si había alcohólicos en el hospital y hablaban con los familiares y pasaron años para que la enfermeras lo llamaran para que ayuden, los reconocieran.

De esa forma empecé a estar acá.

La asamblea comenzó con la transformación, en un primer momento era con los enfermos que estaban internados de larga data, porque de ellos también dependía la transformación, dejaron de participar cuando ya no quedaron pacientes.

Había miedos, las enfermeras tenían miedo de lo que iba a pasar cuando abrieran los calabozos y finalmente los abrieron y no pasó nada.

La violencia se genera dentro de las instituciones, no es enfermedad la violencia, se genera con el encierro, no es solo de los enfermos, sino también de los trabajadores, es lo que pasa en las cárceles y en cualquier institución cerrada. Ve pacientes acá y luego verlo después de unos años cuando los traen a control, los cambios son impresionantes.

- ¿Cuáles son los principales cambios que introdujo la transformación?

- Hubo 10, 11 pacientes que no tenían familia por lo que fueron a familias sustitutas, algunos ya han fallecidos. Hay uno de ellos que vive con una enfermera, era un paciente con esquizofrenia y esclerosis múltiple, se arrastraba en el piso y realmente hoy para mí no tiene esclerosis múltiple, se relaciona, camina por el barrio, canta hace bromas. El recuerda las cosas que

paso en el manicomio y dice yo también la ligue, cuando ves la película del manicomio, me gustaría saber a qué se refiere, es duro. Desde que se fue nunca más volvió a ser internado y según cuentan era bravo. Necesitan mucho menos medicación ahora los pacientes. Así que bueno estoy convencida de que esto es lo que hay que hacer y de que hay que estar permanentemente que pasa cuando un paciente se interna. Cuando hay que hacer alguna nota a la justicia o alguna otra institución la nota es para ayer no para mañana ni pasado. Esto pasaba antes, las cosas se dejaban para después y mientras tanto los pacientes estaban internados por años. Había personas que estuvieron 30 años y es lo que pasa en todos los manicomios. Acá traían al paciente la familia o la policía y los dejaban en la puerta que estaba a muchos metros y los dejaban y se iban.

Hemos visto transformaciones familiares estupendas. Hay una familia que cada vez que llegaban se enteraba todo el hospital por la violencia y el paciente obviamente descompensado y lo internábamos y se mudaban a otra ciudad, imagínate el abandono, como el padre tenía un plan social hicimos que lo obliguen a venir a las reuniones con su hijo. Y hoy en día no lo internaron más y está mucho mejor, la familia pudo participar del grupo, fue hasta que pudo entender, esto duro años, y ya nos parecía que no había salida y siempre hay alguna puertita. Esto pasa en todas la enfermedades, hay pacientes con cáncer que se sanan y otros que no pero no se le puede poner el rotulo de irrecuperable, con el alcohólico es lo mismo, quizá nunca se cure pero no hay que ponerle el cartel, hay que seguir buscando siempre opciones.

Lo mismo que cuando hay que darle pensiones al paciente, lo ayuda pero hay que tener cuidado porque el trabajo dignifica y por ahí con eso se lo rotula como discapacitado y se lo hace pensar que no puede hacer nada

- Quería preguntarle por la ley de desinstitucionalización....

- Nosotros no teníamos, en la primer época de la transformación, una ley que nos amparar, los oficios llegaban ordenándonos internaciones, cada paciente era una situación distinta. Íbamos un grupo del hospital a hablar con el juez y le explicábamos la situación. Cuando empezaron solos ellos a cambiar la obligación de la interacción. La ley vino después, vino a legalizar lo hecho, porque si nosotros hacemos una ley como la laye de salud mental nacional

pero en la práctica no se puede realizar. Nosotros hicimos las cosas y después legalizamos. Es una ley de desinstitutionalización de ancianos, niños y enfermos mentales. Cualquier cuestión de internación prolongada debe ser vista por un equipo de salud mental y ver si corresponde y tiene que ser por el menor periodo posible.

- ¿Qué proyecciones tenés vos para el futuro con respecto a la transformación?

- Uno siempre tiene miedo a que vuelva el manicomio, más que nada por los cambios de gobierno, pero creo que esta tan firme en la gente del hospital que en el momento en que pueda llegar a peligrar algo, ustedes pudieron ver que todos los integrantes del hospital firman todas las notas. Y la gente nueva no puede imaginarse el manicomio porque no lo vivieron y si bien han ido a otros lugares que son manicomios.

El miedo a que vuelva esta pero no me lo imagino, me parece imposible.

Cuando veo cosas que pueden ser de manicomio nos ponemos firmes y se modifica.

Todos tratamos de cuidar al hospital, hay una sensación de pertenencia. Yo no me lo puedo imaginar de otra forma.

Entrevista 6. Servicios.

Biblioteca.

- ¿Cuál es la función del servicio y cómo se organizan?

- Nos organizamos en el trabajo de organizar y clasificar los libros primeros que llegan, la primer función que tiene que cumplir esto, después se cargan en la computadora y después por determinado estante o mueble se va clasificando la determinada línea de libros. Nosotros tenemos una cuota mensual de \$3 o una cuota anual de \$30, la mayoría de los socios son empleados de este hospital, así funciona, no es mucho lo que se junta pero sí ayuda para determinadas cosas que se pueden hacer desde la biblioteca hacia los demás servicios. Por ejemplo, el año pasado se hizo, con la plata esa se

compró todo lo que es cds, cajas, carátulas y todo lo demás para poder traspasar lo de casete grande a DVD.

Funciona abierta para toda la población, es una biblioteca popular, no es pura y exclusivamente para los que trabajan acá, sino que es abierta para toda la sociedad, más que nada se trabaja hasta ahora con una escuela y con un barrio que está pegado a este hospital, entonces hay manuales, hay libros. Y también funciona para el internado, el que se interna, es un libro que se presta, se anota y se presta por una semana, si en una semana no lo pudo leer la persona que se lo llevó, se lo renueva una semana, más de dos semanas no, porque se pueden perder, hemos tenido la desgracia de haber prestado libros y que no nos hayan devuelto. Los libros que se prestan son aquellos que tienen que ver con novelas, medicina, cuentos para niños. La que hay hecho desde la transformación o escrito por el Dr. Pellegrini solo se presta al personal y a los rotantes que vienen de otros lados o alguien que quiera saber sobre la transformación, porque en esos libros te cuenta todo de la transformación, del comienzo de la transformación.

Acá somos 2, Cecilia entró primero y yo entré primero trabajando en atención al público, un día me llama la Directora y me pide que pertenezca a biblioteca, en principios me gustó pero no me gustó, porque estaba acostumbrado a otro tipo de trabajo, pero a medida que va pasando sí me gusta esto, todos los días aprendes algo nuevo, por lo menos viene un libro y tenés idea de que se trata el libro que está acá adentro.

- ¿Cómo llegas al hospital?

- Yo en el hospital antes que nada fui paciente, cuando yo llego de La Pampa, me voy a hacer ver a un hospital clínico por un tema de opresión o algo así en el pecho y me mandan así de una al hospital psiquiátrico, cuando me nombraron la palabra psiquiátrico, como todo el mundo piensa estaré loco, pero creo que tenía algo sano todavía porque accedía a venir ese mismo día a llegar a acá y vine. Yo siempre hablaba con mi médica y con mi psicóloga, con la nutricionista y decía ojalá entre aunque sea a pelar papas, yo quería agarrar acá veía cómo se formaba, cómo era el movimiento. Después quedé sin trabajo y me da la posibilidad por medio de gente conocida de una pasantía, me dan la pasantía y me dicen buscate un lugar, porque en ese tiempo teníamos que

buscar un sector, busqué pero sin estar convencido de lo que estaba buscando, en un instituto de menores, no me dieron y automáticamente me vine para acá con un papel que yo estaba otorgado por una pasantía, entonces el Dr. Pellegrini me pregunta dónde quiero trabajar y yo elijo atención al público, donde había gente que había estado en la transformación y si bien había diferencias me gustaba ese lugar. Yo siempre fui, no sé si es la palabra correcta, muy revolucionario, yo digo y siempre dije: primero el paciente, segundo el paciente y tercero el paciente, y esa fue mi consigna de trabajo ah y bueno ahí trabaje 10 años.

- ¿Cómo trabajan con los pacientes?

- Nosotros tenemos un taller de alfabetización, acá empezamos a trabajar desde los grupos, porque no tenemos mucho acceso digamos a lo que es, la palabra no me gusta, los enfermos o la gente que viene a consultar al psicólogo o al psiquiatra, vos no tenés la consigna directa con el paciente. Pero si tenemos directa o indirectamente con el paciente que viene al grupo y así surge para las persona que dejaron de escribir por alguna razón o dejaron de leer u otras personas que fueron mandadas a escuelas especiales por algún retraso mental y de ahí nace de alguna manera esta cuestión de enseñarles a que escriban su nombre, su DNI, un dibujo o darles tarea para que se lleven a la casa.

- ¿Cuándo surge la biblioteca?

- La biblioteca se funda un 15 de noviembre del 2001, empieza a funcionar arriba en la parte donde está el instituto, con una mesa grande y muy pocos libros, libros donados por los empleados. Creo que es uno de los pocos lugares que tiene una biblioteca que pertenece al hospital y que funciona así como un sector, como el de mantenimiento, el de lavandería, de atención al público, este es un sector.

- Si bien no estuviste en la transformación ¿qué me podés contar?

- Si bien no he estado en la transformación, siempre digo una cosa media repetida, yo creo que más allá de haberse cumplido la transformación cada uno de los que estamos acá hacemos día a día la transformación para

que el hospital siga. Yo creo que es una de las cosas más positivas que puede haber ocurrido en la provincia de San Luis, poder lograr que el paciente no sea un objeto, sea un ser humano, una persona, con nombre, apellido, dirección, familia, con todo lo que contiene un ser humano. Así como yo tengo madre, padre, tío, sobrino, yo creo que el paciente por más enfermo mental que esté tiene todo eso, viene de una familia, viene de un hogar. Creo que si se volvería a hacer esta transformación sería el primero que levante la bandera para que se hiciera, no dejaría que esto se viniera abajo y volviera a ser un psiquiátrico, no no me veo, lo definiendo a muerte, creo que lo más grande y positivo es que esto se pudo hacer y se tiene que seguir apoyando y se tiene que ir creando cosas para que siga esto, yo no veo con un enfermo mental postergado, yo creo que todos tenemos derecho a la vida, a la libertad. Acá les prohibieron la libertad, es como haber estado preso, sin haber cometido ningún error, porque nadie tiene la culpa de haber de tener un problema mental, pero cuando existió esto antes de la transformación estuvieron detenidos, estuvieron presos, como estar en una cárcel. Hoy por hoy ver el hospital transformado, el hospital con un parque, el hospital con hermosos colores, con luces, con montones de cosas, yo no me veo trabajando en un hospital psiquiátrico.

Los cambios se hacen día a día, yo cuando entré por ejemplo, se hizo el grupo encontrarte y fue un cambio, hubo gente que quiso hacer algo más después de la transformación, los grupos terapéuticos como el GIA (Grupo institucional contra el alcoholismo), el GIA fue el primer grupo terapéutico que fue fundado acá, porque el Dr. Pellegrini ya venía con esto que estaba fundando en Río Negro, pero después los grupos de ansiedad, de depresión, ahora el encontrarte y quien te dice con el tiempo puede haber otros grupos

- ¿Cuáles son las diferencias más marcadas entre la etapa previa al 93 y ahora?

- Yo por ejemplo, creo por lo que he leído y por lo que me han contado que antes de la transformación no había tanta comunicación directa, la historia clínica la manejaba un determinado sector, tengo entendido que ni siquiera la parte de enfermería accedía y hoy nosotros tenemos las historias clínicas de los chicos que vienen a aprender o lo que sea, porque tenemos una hoja anexada a la historia clínica que ponemos que viene, que concurre y como lo veo al

paciente, o sea que yo también hago un aporte para que el profesional que lo vea en determinado grupo pueda saber cómo se comportó.

Yo creo que han habido muchos cambios, y son positivos, más allá de que en algunas asambleas o reunión de atención al público o reuniones de jefe puede haber alguna diferencia de pensamiento, es bueno y es positivo también, se puede hablar, se puede dialogar libremente, esto es como vivir en democracia y eso es positivo. Que el hospital se mueva libremente sin sacarnos del contorno de quien nos dirija, que en este caso sería la Dra. Ponce, pero todos tenemos acceso a opinar, a decir, a no decir y eso es bueno, que en otras instituciones no existe. Y estoy convencido de que pueden haber más cambios, porque por algo se hacen las reuniones, por algo surgió hace un o dos años la reunión de atención al público, antes funcionaba la asamblea con pacientes, después funcionó con profesionales, cuando nace esto en la transformación la asamblea se hacía en el salón de actos con pacientes, con el personal y hoy la asamblea ya está más dirigida al personal general y son espacios muy buenos que hay gente que no sabe valorar, que son espacios libres, que tenes derecho a opinar, a dar un testimonio, a saber que hizo la otra persona, si fue a un congreso, cómo le fue. Muchos pueden decir que en las asambleas no pasa, pero si pasa, pasan cosas buenas y si pasan cosas malas se tratan, se discute, pero se promulga qué es lo que pesa más, qué es lo que pesa menos, y es un cambio.

A mí me gustaría que el día que se jubilen todos los que estuvieron en la transformación, sigamos nosotros los que quedamos haciendo eco, hablando de la transformación, que no se quede guardado como archivado lo que fue la transformación.

Entrevista 7. Profesional.

- ¿Dónde estudiaste?
- Estudie acá en San Luis, en la Universidad Nacional de San Luis, por el año 80 y pico, 1985...
- ¿Qué formación habías tenido sobre la salud mental y la salud pública?

- De Salud pública no tenía lo que es la más pálida idea... en la formación de farmacéutico clásica, para ser lo que yo llamo un expendedor de medicamentos, la formación clásica, universitaria, basada en lo que es el medicamento y nada más, como farmacéuticos que somos, especialista en los medicamentos, lo que es de salud pública no me enseñaron nada.

- ¿Qué pensaste cuando te plantearon por primera vez lo de la transformación?

-Sobre lo que era salud mental no tenía ni idea, cuando me plantean esto yo ya trabajaba en el hospital. Ingreso al hospital antes de lo que era la transformación, mucho antes, casi un año antes. Vengo a este hospital, como lo que era un hospital psiquiátrico, siempre lo comento, más por la comodidad de donde quedaba que era cerca de mi casa y por la intriga de manejar los psicofármacos, el mito que te cran en la universidad que los psicofármaco son peligrosos, son adictivos, toda esa nube de mitos y poderes que tiene el psicofármaco, que fue lo que más me llamaba la atención. Pero en realidad, por las dos cosas que vine a trabajar a este hospital en ese momento, es que quedaba a 10 cuadras de mi casa y el mito del psicofármaco.

Después cuando me plantean lo de salud mental y la transformación, fue como empezar a pensar en lo que era la salud mental. Cuando yo llegue acá y trabaje casi 9 meses en lo que fue un psiquiátrico, entré en la vorágine y te devora, el psiquiátrico te devora a vos, iatrogénico 100 por ciento. Entrás a producir y a entregar la medicación y nada más que la medicación, y podés manejar un espacio de poder y de tráfico y nada más. Pero tenías que estar atento porque los pacientes acá encima de que estaban sobremedicados tenían una patología más que era la adicción. Había medicamentos que eran adictivos, y que los pacientes se habían hechos adictos a través de tomar durante tanto tiempo el mismo medicamento, ejemplo el artane que es sumamente adictivo, hoy por hoy se ha sacado del mercado comercial, no se fabrica más. Vos te podrás acordar, la famosa jarra loca de los chicos, uno de los medicamentos que llevaba la jarra loca era el artane, que causa alucinaciones, que causa adicción, como que volas... es muy adictivo, ya no se fabrica más.

La historia empieza a pasar cuando me plantean esto de la

transformación, plantea el cambio de la reinserción social de los 103 pacientes que había internados acá en esos momentos y que no era entendida por mucha gente, había una efervescencia que una parte decía a este hospital lo cierran y otra parte creía en la transformación. Entonces como farmacéutico en ese momento, yo no veía como involucrarme desde el punto de vista profesional porque no estaba ni tenía los conceptos de salud mental incorporados en la carrera de farmacia, que evidentemente el eje de la enseñanza es el medicamento, vos podés salir muy bien formado en lo que es el medicamento, pero sin nada nada de salud mental, ni de clínica, que es el gran error que tiene hoy la universidad, por lo cual uno propugna el cambio radical en la carrera, así como los psicólogos que no tiene ni idea de lo que es un medicamento o la psicofarmacología, que sería necesario. Pero después con el tiempo y el trabajar en la transformación e ir entendiendo lo que es, yo lo vi más desde el punto de vista social, como ser humano que se preocupa por otro ser humano que está abandonado, mal tratado, porque yo lo vi, lo viví, el maltrato, el abandono, la suciedad, la mugre. Entonces si te mueve a trabajar por el otro y ahí empecé a hacer los primeros pasos y fue como empezar a tomar idea de lo que era la salud pública, a aprender un montón de cosas que si bien las conocía o las podrías haber sabido por políticas, por interés, por meterte más allá de tu carrera... fui empezando ya a moldear algunos pensamientos sobre salud mental.

Me tocó trabajar con varios pacientes, reconstruir la historia clínica, reconstruir la historia de ese paciente junto a psicólogos, junto a psiquiatras, junto a personal de cocina, de maestranza y también eso me fue dando una visión de lo que era trabajar en equipo, y yo siempre digo que la interdisciplina de este hospital nace ahí, trabajar cada uno desde lo que podía y como podía, la historia. Teníamos que ir, buscar esa historia y reconstruirla, y era preguntar a uno a otro y después en los momentos libres cuando uno decía cuál era el diagnóstico. Porque lo primero que trabajábamos los grupos profesionales, y todos... porque el Dr. Pellegrini no hizo una selección, él dijo trabajo con todos los que quieran trabajar conmigo, entonces él abrió tanto el juego que eso fue lo importante y creo que tiene validez porque no trajo a nadie de afuera, él vino solo, trabajó y reconvirtió. Lo primero que hizo fue la reconversión del mismo recurso humano que había, empezamos a formarnos, qué eran los

diagnósticos, cuál era el diagnóstico, porque en muchas historias clínicas el diagnóstico era el inicial que tenía 10, 15 o 20 años y después nunca más se había puesto nada o se ponía está bien, estuvo nervioso... pero nunca se rediagnosticó.

Entonces ahí sí, empezamos a jugar con algo que yo dominaba, que eran los medicamentos y para qué servían, o sea para que patología servían. Había gente que tenía 10 medicamentos, 8 medicamentos por día es como que no sabías... decías tiene un antipsicótico será una psicosis, tiene un ansiolítico será una psicosis ansiolítica ¿existe? Era empezar a preguntarse. Y era porque un paciente un día estaba ansioso, lo vieron ansioso y le dieron un ansiolítico, al día siguiente está deprimido, le dan un antidepresivo, pero no le sacaron el ansiolítico, el antipsicótico. Después le dolía la cabeza o tenía un problema de conducta, le dieron (carbomiocepina) y a medida que iban diciendo lo que tenía le iban dando un medicamento, pero no retiraban los otros, entonces había gente que tenía hasta 10 medicamentos. Entonces cuando tuvimos que ver esos diagnósticos cristalizados que eran, ahí aprendimos. Y a partir de los nuevos diagnósticos reformular la medicación, la medicación no fue sacada de golpe, fue bajada paulatinamente, de acuerdo a las patologías y de acuerdo a las adicciones, porque había muchas adicciones, a muchos medicamentos. Entonces hubo que curar eso, hubo que trabajar con eso. Acá me venían los pacientes crónicos y me decían dame un artancito y te regalo una flor. El negocio que existía siempre en un psiquiátrico, yo cuando llegué acá, había gente, pacientes que negociaba por una pila, por un mate, un medicamento, era moneda corriente... y hubo que corregir esas cosas.

Esos daños que se hicieron en ese momento, que se siguen haciendo, que es el gran tráfico que hay interno y externo, hubo que cortarlo, porque era tráfico de medicamento, tráfico de drogas. Entonces ahí empecé a aprender con los psicólogos, las líneas de pensamientos, qué significaba ser lacaniano, qué significaba Freud, qué significaba Jung, Pichón Riviére y empecé a conocerlos y a estudiarlos y a verlos y a aprender los cognitivos, conductuales, cosas que un farmacéutico no sabía y que hoy para mí eso es natural, porque tuve que estudiarlo. La universidad te prepara para algo, la universidad te crea los profesionales que el país necesita, pero no te hace un profesional de la salud, no te da las armas para pensar, la universidad si te da la amplitud de

pensamiento, que vos pueda el día de mañana decir yo agarro esto aunque no haya sido psicólogo, estudiar y entender. Porque tenés casualmente la capacidad de haber estudiado y recibido un título, entonces tenés la capacidad de estudiar cualquier cosa, no te digo para ser un farmacéutico o un médico, pero si para entender lo que habla el médico, lo que habla el farmacéutico, lo que habla el asistente social, hablar un mismo idioma. Entonces hoy vos ves que hay grupos terapéuticos en el hospital que por razones de salud, de licencia, no están los médicos y están conducidos por un farmacéutico y un estudiante de psicología, porque tenés obligación de aprender, de estudiar, de mejorar, de capacitarte.

La primera capacitación que tuve fue esa, yo me tuve que hacer un curso de diagnóstico que se armó en aquel entonces con los médicos y fuimos a ver qué era el diagnóstico y cuáles eran los posibles diagnósticos, que hoy se usa en admisión, cuando hay un psicólogo, un trabajador social, un farmacéutico, cualquier persona multidisciplinaria que hace un diagnóstico presuntivo. Vos podés poner entre signos de preguntas lo que te parece y después el psicólogo, el médico que lo atiende coincide o no, vos consideras tal cosa, presuntivamente... ahí aprendí lo que era salud mental.

Después bueno, fue toda una capacitación en el año 96/97 de adicciones lo que se llamó en GRU.P.A (grupo de prevención de adicciones) que era prevenir a la gente joven, a los niños de lo que eran las adicciones, lo que era el alcohol, lo que era cualquier sustancia pero no dándoles el valor como tal, sino corriéndola de la escena a la botella y viendo lo que era el alcoholismo, que eso es importante, es materia que en pocos lados lo hacen. Por ejemplo correrte de la jarra loca, hablar y entender qué es la previa, las previas yo digo hoy que es un lugar donde los jóvenes supieron ganar su lugar para que no se metan los adultos, y eso es la previa, es un lugar exclusivo de los jóvenes, porque los adultos coparon mucho lugares, las confiterías, los autos, entonces el joven no tiene donde tener su propio espacio. ¿Qué crearon? La previa, al lado del auto, con música, con la bebida, ahí no se meten los adultos. Entonces si vos comprendés eso podés hablar con los jóvenes del alcoholismo. Si vos no comprendés el espacio de la previa, difícilmente les puedas explicar lo que es alcoholismo. ¿Cómo aprendí eso como farmacéutico? Estudiando psicología, estudiando sociología, leyendo,

para poder comprender sino no puedo explicar... y para mí eso es salud mental, ver lo que le atraviesa a la sociedad, no desde el punto de vista de farmacéutico, del medicamento en sí, sino todo el conjunto que hace que una persona le diga al vecino tomá esto que hace bien, o escuchar en Tinelli tomate un Ribotril, que lo dicen públicamente con marca comercial, que a mí me llama mucho la atención que no sé si es publicidad paga y que lo ven 3 millones de personas que dicen lo dijo Tinelli, lo voy a hacer o si lo dijo Susana Giménez lo voy a hacer. Entonces eso, aprender a leer eso, es aprender sociología, es aprender psicología, es aprender un montón de cosas para poder trabajar, con todo eso aquí entiendo lo que es la Salud Mental, pero eso en la Facultad no te lo enseñan, te lo enseña el andar, eso me lo enseñó el reconstruir una historia de un paciente. Porque vos cuando reconstruiste la historia del paciente antes de llegar acá, entendés que cada persona tiene una historia y porque crean cada situación, entonces te es más fácil comprender después la Salud Mental. Cómo puedo yo entender que la sociedad está ansiosa o que toman demasiado ansiolítico como el Ribotril o el Clonazepan, sin preguntarme por qué está nerviosa la sociedad. Lo primero que me tengo que preguntar es por qué está ansiosa la gente, a partir de ahí hacer la construcción, si yo veo que el consumo de clonazepan desde el año 90 subió un 40 por ciento, y es uno de los compuestos que hoy por hoy más se consumen, la primera pregunta es por qué, si yo comprendo por qué puedo entender los números, las estadísticas, las estadísticas son números fríos pero con gente que habla y habla mucho, grita, pero no se siente. Cuando a vos te dicen que un 30 por ciento de la población padece trastornos de ansiedad, acá en San Luis en la Capital tenemos 400.000 personas, 120.000 personas padecen al menos un trastorno de ansiedad. Entonces vos podés hablar como un número frío si no entendés la historia y decir qué es lo que está pasando, qué puedo hacer, cómo lo puedo hacer y planificas mejor, todo eso te lo enseña la Salud Mental, a mí me lo enseñó la transformación.

- Con respecto a la transformación, ¿qué ves vos que posibilitó y dificultó que acá se hay podido dar y en otro lugares no? ¿Por qué crees que acá se pudo hacer y con qué cosas se enfrentaron?

- Acá se pudo hacer porque hubo voluntades de profesionales y no

profesionales jóvenes de querer cambiar, se dieron cuenta que el sistema del psiquiátrico no servía y que vieron que lo que se proponía valía la pena, primero eso. Segundo, que hubo un apoyo político, porque creo que el Dr. Pellegrini tuvo la suficiente visión de saber explicarlo a quien era el gobernador de la provincia en ese momento, y cuando vos sabes explicar y compartir la visión, que yo siempre sigo cuando vos compartís la visión, compartís el proyecto y lo podés llevar a cabo y con compromiso. Esas para mí, personalmente, fueron las condiciones más fecundas para que creciera y se pudiera hacer la transformación.

Y en contra, desde propios compañeros que no estaban de acuerdo y estaba cómodos con el sistema del manicomio, estaban de acuerdo con el encierro porque ellos estaban encerrados, porque venían estaban un ratito y nadie controlaba, porque se robaba (medicamentos, comida, teléfonos) vos podías venir acá y usar el teléfono de acá para hablar con tu padre en Bs. As. ¿Total quién paga? La carne que se les daba a los pacientes, cuando acá se faenaba, acá llegaba la media res y vos mirabas la comida que había en el plato y vos decías ¿dónde estaba el lomo, la costeleta? Y en algún lado estaba, en algún lado se vendía, porque los pacientes no comían eso. Las costillas, cuando vos veían que había un asado estaba la paleta, el cogote, pero no estaban las costillas, no estaba el vacío, entonces en algún lado estaba. Cómo te rinde a vos una media res, si decían los pacientes comen una media res por día. Evidentemente alguien se llevaba. Con el teléfono igual, con la ropa igual, la ropa que se usaba era ropa que donaba la gente ¿y la ropa que se compraba? ¿Las sábanas, los colchones? Si vos veías que dormían en las peores condiciones. Eso fue lo primero que tuvimos que pelear, esas comodidades y esos lujos que algunos tenían. Había presos acá que vendían ropa, porque es fácil matar a alguien y decir tuvo un ataque de locura, una emoción violenta y te recluían acá, y había un preso que vendía ropa a todo el personal.

Y bueno, empezás a cortar chacritas de poder, que cada uno tenía, y eso fue una de los peores. Cuando empezaron las reuniones, cuando empezamos a hablar, desacreditar al otro era moneda corriente, a vos te decían ¿qué hace el farmacéutico acá? Vos no tenes que hacer. Cuando hacíamos las rondas con los pacientes vos tenías que interpretar que decían los pacientes, había un

paciente que decía a mi me tienen que pagar una jubilación por los años que estoy acá adentro, y había que interpretar eso. El tipo te estaba diciendo, a mí me tienen que pagar por estar acá adentro y no estaba diciendo ninguna locura. Yo estoy aburrido, quiero ver a mi familia, quiero estar con mi familia, estar en mi campo, había gente que tenía campo, vacas y estaban acá encerrados porque los sobrinos se estaban comiendo la fortuna. ¿Y qué tenías que interpretar de eso? Y bueno, esas fueron grandes cosas, negocios que ibas cortando, porque antes había profesionales que permitían eso, que certificaban que la persona no era cuerda y que tenía un curador que era un sobrino que manejaba la gaita y ni lo venía a ver al tío. Eso es iatrogenia, eso es mala praxis, contra eso hubo que luchar y esos profesionales que cobraban su sueldo y cobraban extra, porque deben haber cobrado unos buenos mangos por acceder a firmar un certificado de insania, y eso hay que llamarlo por su nombre, y vos cuando empezas a cortar eso, cortas un montón de negocios.

Después la sociedad, la sociedad del San Luis del Año 93, era una sociedad mucho más pequeña de lo que es ahora y decían “los locos van a estar en la calle” “van a soltar los locos”. Porque eso se instaló, y luchar contra eso es luchar contra un estigma muy grande. Había mucha gente que le convenía que los locos estén encerrados, ellos mismo instalaron eso, la aristocracia de San Luis instaló eso... porque era la vergüenza los locos ¿cómo pueden compartir un helado un café en la confitería? Las viejas que tomaban el té, huían de los locos. La hipocresía... y hablaban de la cooperativa del hospital psiquiátrico, como pagando culpa, y eso lo digo con mucha bronca, mucha indignación, porque hay que ser muy hipócrita para formar una cooperativa y después andar diciendo en la calle que estamos soltando los locos. Había gente que decía yo colaboro con la cooperadora para vestir, para cuidar locos encerrados. Cuando vos lo pusiste y le mostraste que podía ir a tomar un café y un helado, se acabó la cooperativa, se acabó el yo ayudo y empezó la otra crítica y eso nadie lo decía. Y empezó la iglesia, la iglesia que también se metió en el barrio nuestro, porque no sé cuál era el argumento real, porque ¿abandonábamos de dios o dios los había abandonado? La iglesia tenía mucho que ver también hoy no dice nada, pero en aquel momento el púlpito se usaba para eso, y contra eso tuvimos que luchar...

y la prensa, hablar con los periodistas que te hablaban de salud mental,

de esquizofrenia, te hablaban de lo peligrosos que eran los locos en la calle, porque había una película como los yanquis que mostraba que los locos eran peligrosos, que mataban, cuando acá ninguno estaba para estar encerrado. Hoy casi 20 años después, se demuestra que no están tirados en la calle, que hubo si algún muerto en algún accidente ¿y cuántos accidentes tenés hoy vos en la calle? Ayer a la tarde, a las 4 de la tarde, un motociclista se mató en una moto. Y a un paciente que estaba perfectamente estabilizado, cruzando la calle no lo vio una auto y lo pisó y nos quisieron echar la culpa a nosotros porque lo habíamos dejado, y la persona se movía tranquilamente por la calle. La justicia se nos vino como abandono de persona, a mí me denunciaron por abandono de persona por no entregar la medicación, hicieron un documento los periodistas presentando a un chico que había estado internado y no le llevaban la medicación, y con eso me denunciaron a mí. Porque cortaron la segunda parte, del vaso medio lleno y el vaso medio vacío, el chico dijo: no me traen la medicación porque yo la voy a buscar. Y a mí me tocó dos denuncias penales y tuve que ir a defenderme y decirle al juez porque no escucha la segunda parte que no la grabaron, la mala intención existió, de muchos periodistas que recibieron seguro un incentivo monetario o ideológica contra el modelo. Cuando vos sos conocido en el medio como soy yo, nacido criado y San Luis, a mí me costó muchísimo explicar, y hoy casi 20 años después casi ninguno es capaz de cuestionarme nada y yo me encargo de decir (en joda porque ni siquiera lo hago por venganza) ¿y dónde están los locos en la calle? Y ahí se ve como comprenden todos que era todo un circo, porque se creó todo un circo y como en todos los circos se etiqueta, se rotula, el circo morboso y sanguinario de la prensa es increíble. Todos hablaban de la locura, todos... lo echaron a Pellegrini, lo volvieron a traer. Cuando lo echan a Pellegrini en el 95 por la presión política que había en la calle, de la iglesia, de los medios, de las personas, suspenden esto y vuelvo a encarar el manicomio y ponen a un ministro y una directora que empezaron a traer a los locos de nuevo adentro, el grupo que estaba convencido de que era la mejor solución lo que nosotros propusimos, nos abroquelamos y luchamos y logramos que se fueran, que volviera Pellegrini y volvimos y trabajamos con un proceso de transformación que hasta el día de hoy se tiene que seguir cumpliendo, porque no se acaba hoy, la transformación va más allá de haber transformado un hospital, de haber

transformado un estilo que está arraigado en la costumbre latinoamericana, americana y europea, del encierro y de la locura donde no existe.

Han usado la locura para cometer crímenes, pero si tomamos como base que alguien empiece a trabajar para decir no, esto no es así, es un delincuente y tiene que estar en la cárcel y ser juzgado como delincuente, ahí se va a acabar... porque el pobre es loco, el delincuente es loco, porque es más fácil, es más fácil sacarlo del medio y no descubrir que es lo que está fallando para poder corregirlo. Cuando vos corregís la locura, rompés un argumento que no puede usar más nadie, acá en San Luis nadie comete un crimen por locura.

De los 103 paciente que había, todos, hasta los que tenían rasgos esquizofrénicos, psicóticos están viviendo tranquilamente en sus casas, en un hogar sustituto, en el medio que les corresponde, porque lo que enferma está afuera y lo que cura también está afuera. Otro de los grandes argumentos que había en la sociedad era ¿quién los iba a cuidar mejor que nosotros? O sea, yo era carcelero no farmacéutico, el psicólogo era carcelero no psicólogo, el psiquiatra era carcelero no psiquiatra... porque si te dicen que vos lo vas a cuidar mejor ¿qué era lo mejor? Otro argumento era ¿dónde van a estar mejor ahí? Va a estar mejor ahí en la casa o en un hogar sustituto que en hospital, porque el hospital enferma, el hospital es de paso, es un hospicio viene de hospedaje la palabra hospital, o sea que es un tránsito corto donde el hospitalario, el profesional hospitalario es eso, ser hospitalario con quien viene a curar y decirle hasta luego, recibirlo con una sonrisa y sacarlo con una sonrisa. Cuando se comprenda eso, se van a comprender muchas cosas

-¿Cuál es tu proyección a futuro?

- Yo veo la transformación como una constante, un péndulo que no tiene que parar, como un cambio continuo y un movimiento continuo y para eso tenés que estar alerta todos los días, porque si no te vas a cronificar en un sitio cómodo, tranquilo y de buenos amigos y eso es peligroso, eso es institucionalizarte y eso es una iatrogenia, no tan difícil como la de un psiquiátrico, pero sí vos tenés que estar atento, tenes que ir variando, porque por ejemplo los grupos institucionales que hay en este hospital hay que ir corrigiéndolos día a día, porque se te pueden transformar en un grupo de

amigos como le digo yo. Yo estoy en contra de que el Fobia Club, se llame Fobia Club, el de Buenos Aires, es un club lo dice la palabra, es un club de fóbicos, y esto te lo explico tranquilamente. Cuando nosotros el año pasado decíamos somos el grupo de ansiedad, los mismos pacientes nos hicieron ver, ¿a dónde vas? Al grupo de ansiedad, ¿qué te enseñan, a trabajar la ansiedad? Suena como si fueras a aprender a ser ansioso, como si fueras a estudiar o a ver la ansiedad, a ser más ansioso, entonces los pacientes le cambiaron el nombre por voluntad, o sea que el nombre ya dice mucho. Y nosotros estuvimos desde el 99 hasta el 2011, más de 10 años llamándonos de un nombre que era: grupo de tratamiento del trastorno de ansiedad psicoeducativo, fijate vos lo que puede un nombre, se había institucionalizado el nombre y hoy se llama grupo voluntad, porque hay que tener la voluntad de cambiar, la voluntad de aprender cosas para no ser ansioso. Mirá lo que puede un nombre, ahora al GITDE le vamos a cambiar el nombre, porque sigue siendo grupo institucional para el tratamiento de la depresión, el grupo de los depresivos, suena horrible, hay que cambiarlo. Porque vos transmitís que no es algo donde vienen a hacer amigos, que tiene una entrada y una salida, cuando se cura se tiene que ir. Entonces si vos prestas atención a eso, eso es transformar.

Otra de las cosas que veo, que para el hospital en la calle, en aquel primer momento, el hospital en la calle fue la reinserción social, hoy es ver qué le pasa a la sociedad, qué pasa, qué cruza a la sociedad. Por ejemplo acá el año pasado hubo un accidente muy grande, del tren de zanjitas, 11 niñitas fallecieron, a nosotros nadie nos llamó, fuimos nosotros a ver qué podíamos ayudar, eso fue una cosa de la transformación, que no te llamen, que vos sepas que hacer. Estuvimos al pie del cañón y tratábamos a los pacientes, chicos, fuimos todos, farmacéuticos, psicólogos, médicos, gente de atención al público, el que podía ir, iba. Entonces eso hay que remarcarlo, eso hay que fomentarlo.

Por ejemplo a mí que me fascina la ansiedad, pero no como enfermedad, sino el poder curarlo que es difícil, y que es una enfermedad que está entre 3 meses y 5 años en la persona antes de saber que es un trastorno de ansiedad, porque primero piensa que es un ataque al corazón, un cáncer de estómago, entonces comunicar a las personas cuáles son los síntomas por

medio de televisión, en un programa radial, eso para mí es fundamental porque el hospital está en la calle, es decir hay un grupo que atiende acá y se preocupa por los de acá del día a día y hay otro grupo, como yo por ejemplo que me encargo de ver lo de afuera. El estrés por examen al estudiar por ejemplo, que fue hace 2 años cuando leí un artículo que decía que el 25 % de los estudiantes padecen estrés por examen. 25% acá en San Luis, 10.000 estudiantes, estamos hablando de 2.500 estudiantes que están sufriendo ansiedad, o el síntoma o la enfermedad. Si la facultad o la universidad no se preocupan por eso, para mí la transformación es eso, establecer los contactos o las líneas con el centro de estudiantes para empezar a trabajar eso, que son los primeros que se tienen que interesar.

La gente no es tonta, si vos subestimás a la gente no servís como profesional y eso es transformación, la gente tiene que participar de su propio diagnóstico y decisión, para mí se cabó cuando vas a un médico y te dice usted tiene esto, tome esto y chau, no no, pará.... hay que cambiar eso y eso no lo vas a cambiar desde un médico o desde el consultorio, lo tenés que cambiar desde la universidad, eso para mí es parte de la transformación del hospital, de seguir insertándolo en la sociedad, en los estudiantes, tener la cátedra en cada universidad, ir creando nuevos espacios, la rotación...

Más adelante no sé, es el emergente como le llamo, a ver el emergente como lo vas a solucionar, como lo vas a captar, como lo vas a capitalizar, pero tenés que estar atento para poder seguir transformando, en cuanto te descuidas, en cuanto cerrás los ojos se te instaló el manicomio adentro. Escupir por ejemplo esto de que querían que seamos un centro de adicciones y no, pero no porque no, sino los argumentos saludables, de salud, humanos para un tratamiento como corresponde.

La transformación empezó con 3 rotantes, allá año 2000/ 99 y hoy andamos en los 5 o 6 rotantes por 3 semanas, fijate el número que te estoy hablando, y eso para mí tiene un valor increíble, increíble porque has transferido mucha información, mucho conocimiento y que tiene que ser explotado, y eso para mí es transformación... porque algo vas a hacer en tu lugar, donde vos vivas, porque las transformaciones empiezan así, yo los llamo virus de contagio, contagiar, contagiar, contagiar a mucha gente a ver qué pasa, cómo lo haces, para qué te sirve. El ejemplo de San Luis sirve para San

Luis, se pudo hacer acá por la idiosincrasia, por el grupo, yo no sé qué podrán hacer en otros lugares, lo que si estoy seguro es que se puede hacer si hay compromiso, si hay una visión, si se comparte la visión, son las dos primeras semillas que hay que plantar. Si vos me decís yo en mi pueblo no tengo psiquiátrico, pero tenes muchas cosas que tienen que ver con la salud mental y la salud mental es compromiso. Vos en tu pueblo no tendrás psiquiátrico pero tenes personas que sufren ansiedad, personas que sufren depresión y a esas personas tenes que darles una solución porque hay veces que no las encuentra, porque no tienen recursos.

Y muchas más podemos seguir hablando, desde el consultorio privado podes hacer lo mismo, formar lazos con los médicos, armar un grupo, yo creo que todos los rotantes se van de acá y tienen un clic en sus cabezas, cuando explota no sé, pero que tiene que explotar va a explotar. Han quedado marcados, esta rotación es una marca que no se la sacan de encima, porque muchas cosas de las que van a aprender acá en los libros no están y si están no es lo mismo.

Entrevista 8. Servicios.

Enfermería.

- ¿Cuánto hace que trabaja acá y cómo vivió la transformación?

- Yo hace 34 años que trabajo acá así que nosotros hemos estado en el tiempo del cronicario y hemos pasado por la transformación, porque nosotros en enfermería también pasamos por una transformación, porque también nos tocó a nosotros, de estar con 100 pacientes a unificarse las camas que hoy son 11, no fue fácil para nosotros, tuvimos que adaptarnos también. ¿Qué iba a pasar con nuestra fuente de trabajo? ¿A dónde iban los pacientes? Fueron preguntas que nos íbamos haciendo, porque no sabíamos, porque como todo desconocimiento te genera temor, nosotros estábamos un poco atemorizadas con ese miedo de qué va a pasar, a dónde íbamos a ir, si esto se cerraba o no, entonces enfermería también sufrió una transformación, hay compañeras que no lo pudieron superar, yo no me quedé en el recuerdo manicomial, yo seguí adelante, o sea a mí no me afectó. En este caso el decir bueno se fueron

todos, si bien es cierto cuando tenías 100 pacientes no era la misma actividad de hoy, hoy es mucho más de lo que trabajábamos antes porque al ser pacientes crónicos teníamos un policía en esta institución y la enfermería era como un robot, la enfermera hacía el bienestar del paciente o sea la higiene, la comida, todo lo que concierne al individuo, pero el resto nosotros no teníamos nada que hacer sólo cuidarlos que no se vayan a fugar, entre ellos porque había mucha gente que estaba bien y estaba por problemas sociales nos ayudaban a cuidar, entonces nosotros teníamos muchas horas de ocio, a pesar de que nos tocaba hacer la guardia, la higiene y todo lo que concierne al paciente hasta que quede en condiciones de por decirte jugar a las cartas, tomar mate, al fútbol, algunos caminaban por alrededor, entonces nosotros al pasar todo eso también sufrimos la transformación porque después u hoy tenemos mucho más trabajo que antes, a pesar de que son 11 pacientes pero es mucho más la obligación o sea la responsabilidad, si bien es cierto crecemos como personas y profesionalmente, nos fue costando esto hasta que llegamos a la adaptación, decir bueno los pacientes ya no están y nosotros seguimos adelante, nos costó mucho.

Entrevista 9. Servicios.

Enfermería.

- ¿Cuánto hace que trabaja acá y cómo vivió la transformación?

- Yo hablo por mí, lo que yo siento, lo que yo viví, lo que yo pasé, lo que yo sufrí, yo hace 37 años que estoy acá yo pasé por el manicomio, yo soy del loquero con mayúsculas y si bien antes había mucho trabajo porque la enfermería de antes era bañarlos y cambiarlos, bañarlos y cambiarlos. Antes había muchos diagnósticos, ahora ustedes habrán visto que entran drogadictos y por alcohol. Yo lo reconozco yo soy una de las que no estuvo muy de acuerdo, porque yo acá a este hospital entré cuando tenía 8 años porque mi mamá trabajaba acá, y como ella trabajaba acá yo me venía a estar con ella, desgraciadamente ella falleció y me tocó quedar en su lugar de trabajo, entonces yo estoy desde los 8 años y tengo 62, hace 54 años que yo camino por acá, entonces yo lo conozco, yo lo viví y cuantas transformaciones han

pasado por acá. Yo siempre pensé que un paciente mental que un enfermo mental es como un chico, ustedes saben que hay paciente y pacientes, hay pacientes que tenes que bañarlos, darle la comida en la boca, darle la medicación, entonces con este tema de la reforma yo decía ¿y a estos pacientes quien los va a atender ahora? Yo decía se van los pacientes y qué vamos a hacer nosotros, porque era muy lindo se fueron unos 10, otra vuelta otros 10, otra vuelta otros 15 y otros 5 y ya cuando quedaron 4 pacientes y vinimos a trabajar, me presenté acá y dije ¿y ahora qué nos espera a nosotros? pensábamos nosotros dónde íbamos a ir a parar. Nosotros acá sabíamos tener una supervisora que nos decía ustedes defiendan los suyos, porque había un miedo porque el Dr. Pellegrini ya venía cerrando hospitales en otras partes, entonces como que se pensaba que acá iba a pasar lo mismo... a mí me costó mucho chicas, hasta que por ahí...

Yo en parte me quedo con la parte de psiquiátrico, pero por qué, porque hay pacientes que tienen que ser atendidos y acá los sábados, los domingos, no hay nadie, esto es tierra de nadie y nosotros nos tenemos que bancar lo que venga y como es un hospital a puertas abiertas los pacientes se te escapan y no sabes por dónde salieron y tenes que salir corriendo a la comisaría. Pero hay pacientes y pacientes, hay pacientes que están bien y es una injusticia estar acá adentro, los pacientes que están bien vos decís ¿cómo van a estar acá?

Entrevista 10. Servicios.

Lavandería.

- ¿Cuál es la función del servicio y cómo se organiza?

- Bueno antes que nada me presento, mi nombre es David y hace 12 años que trabajo en esta institución. He trabajado en mucho sectores del Hospital, prácticamente los conozco a todos. He estado en el grupo de alcoholismo y ahí empieza mi historia. Yo vine a conocer este Hospital en el 99, el 16 de febrero del 99, por mi problema de alcoholismo y bueno me quedé acá, empecé a trabajar en el grupo y por medio del Dr. Jorge Luis Pellegrini conseguí una pasantía por un plan social y bueno empezamos a trabajar y a

trabajar. La señora Nury Quinteros me enseñó mucho, aprendí mucho, aprendí a trabajar en grupo, cosas que yo no sabía hacer, no me gustaba hacer, no conocía, era totalmente desconocido para mí. Y bueno fue aprendiendo a trabajar en grupo, a hacer cosas para poder viajar, hemos viajado y conocido mucho. De la mano de Nury empezó un cambio en mi vida, porque yo estaba en otra cosa por mi adicción al alcohol, gracias a dios ya estoy bien ahora. Nury me enseñó a bailar danzas y fue un cambio total para mí, ir a escenario, fuimos a Capital Federal, estuvimos en el aula magna de la facultad de medicina, en Mar del Plata en la biblioteca Gral. Pueyrredon, en Puerto Madryn y otro viaje hicimos por San Julián, y bueno así quedé como empleado, de ser paciente pasé a ser empleado y bueno recorrí diferentes sectores del Hospital y quedé donde estoy actualmente.

Es un grupo de 3 personas que estamos acá, y está el sector lavado, planchado y costurería, está Noemí e Isabel que es la coordinadora. Bueno acá hay un control, la del sector va contando lo que entra, lo que sale y allá cuentan lo que dejan, todos los días, todos los días, para ver lo que falta y así. También está el ropero con ropa que donan y las chicas se encargan de arreglarlas, hay pacientes que vienen muy deteriorados, sucios, muchos vienen con ropa que ya no sirve más y se les da eso. Después la chica de costurería confecciona cortinas, sábanas, repasadores, cubrecamas, todas esas cosas para las cuales hay un depósito. En lavandería se lava la ropa de los pacientes y la ropa de servicio que se dice, de los distintos sectores, lo de kinesiología, enfermería, biblioteca, farmacia, por lo general traen repasadores y manteles. La ropa de los pacientes se lava y se plancha, y también va anotado todo eso, se anota sala (tanta cantidad de ropa, sábanas, fundas, cubrecamas), lo de los sectores como kinesiología y particulares donde va la ropa de los pacientes.

Antes del 93 había muchísimos más pacientes, había máquinas distintas, se trabajaba muchísimo.

- ¿De la transformación que me puedes contar de lo vos sepas?

- De la transformación, a la transformación la sociedad la rechazó mucho porque decían sacaban los locos a la calle. El Dr. Pellegrini empezó a sacarlos, a hacerlos conocer, a sacarlos del encierro, darles más libertad, buscar sus familiares, sus orígenes y bueno que se hicieran cargo. Porque había gente

que estaban enfermos pero había otros que ingresaron acá y se olvidaba el familiar y los dejaba y no volvía más.

Hasta ahora en la sociedad mucho hay, le dicen loquero, porque no saben dónde se encuentran y con qué se van a encontrar. Yo conocí en el hospital de Mendoza y vi pacientes encerrados, tras las rejas; he conocido gente del Borda también... y esos son loqueros.

y bueno la transformación empezó sacando a los pacientes, los llevaban a la calle, a las plazas y después hay familias sustitutas que el gobierno aporta cierta cantidad de dinero para esa gente y los tiene ahí con la responsabilidad de hacerse cargo del tratamiento.

- ¿Qué opinas vos de la transformación, cómo la valoras?

- Para mí fue bueno, fue un cambio, un cambio que costó mucho. Cuando yo vine ya hacían varios años que venían luchando, yo antes lo escuchaba por los medios y yo no sabía nada, pensaba como la sociedad, pero después entré acá y comprobé otra cosa, que no era tanto como decían. Yo antes, antes lo conocí, cuando era manicomio. Era horrible, gente por acá, gente por allá, tirada, descalza, pidiendo azúcar, cigarrillos... y eso fue cambiando, cambiando de ser un lugar de encierro pasó a ser un Hospital de puertas abiertas como dice el doctor. Y bueno esto funciona así, viste la cantidad de gente que viene, que tiene un tratamiento ambulatorio, todo eso, y para mí es un aporte bueno, porque debe ser muy feo estar encerrado, estar privado de la libertad, a nadie le gustaría estar encerrado.

- De lo que te han contado o has visto, ¿cuáles son las mayores diferencias entre la etapa anterior a la transformación y esta?

- Los cambios son muchos, por ejemplo ahora vienen pacientes agresivos, pero están internados una semana, lo estabilizan y le dan el alta. En casos extremos hay pacientes que están 18 días, 20 días, quizás un mes. Todo eso fue cambiando.

En el manicomio, había cosas muy feas acá, se tiraban con cosas, con excremento, a los empleados (me han contado) tenían que andar cuidándose de los pacientes y todo eso fue cambiando.

Entrevista 11. Profesional.

- ¿Qué me podés contar acerca de tu formación y que pensabas vos acerca de estos temas de salud mental?

- Yo primero vengo al hospital a hacer una residencia en Salud Mental, en el año 88, yo había trabajado en el ANSES muchos años y me recibí en la Universidad Nacional de San Luis, acá.

No tenía ni idea del tema, porque yo la experiencia mía clínica como estaba cerrado el Hospital, lo tuve que hacer en El Sauce en Mendoza, o sea yo al Hospital acá, había venido en varias oportunidades pero no había trabajado.

Entonces hice la residencia, residencia interdisciplinaria en salud mental, y estuve del 88 al 91, luego me vuelvo a mi lugar de origen que es el ANSES, y el 9 de julio del 91 empiezo la carrera sanitaria. O sea que viví el manicomio, pero nosotros desde la residencia trabajábamos en equipo, nos habían enseñado a trabajar en equipo y nosotros ya teníamos la idea de que queríamos hacer algo. Yo en el año 91, con unos compañeros míos, José Luis, Graciela Bustos, Loli Macías y otros psicólogos trabajábamos acá en la institución y nos empezamos a formar en salud mental, con unos de los capos que es quien crea la residencia en los años 85. Yo seguía trabajando acá y me iba a los cursos en Córdoba, y ahí empecé a trabajar en los centros de Salud, nosotros hacíamos mitad de jornada acá y mitad de jornada en los centros. Éramos muchos haciendo la residencia, éramos 20 psicólogos, 2 asistentes sociales y un médico.

Yo no sabía nada de salud mental, me empecé a formar y conocer cuando empecé a trabajar acá.

-¿Cómo recibiste la idea de Pellegrini?

- Mira, yo fui una de los que le dijo a Pellegrini si había una decisión política, porque vamos a partir de la base que esto se podía lograr, que la transformación se podía lograr si había una decisión política, porque muchos planes y proyectos de salud mental habían claudicado justamente por eso,

porque no había una decisión política del gobierno de la provincia. Ya había habido en su momento, hace muchos años atrás, la comunidad terapéutica que habían hecho todos los pasos que nosotros hicimos, salvo el último que es la reinserción social. Habían trabajado con talleres, habían trabajado con muchos aspectos que tenían que ver con la reinserción social, pero en ningún momento se habían externado los pacientes. En su momento cuando yo entré a la institución había más de 100 camas, en el momento que viene el Dr. Pellegrini había 93 camas, la mayoría de los pacientes eran crónicos, de larga data, tal es así que el 70 % provenían del interior de la provincia y el 30 % eran de acá. Hubo que hacer un trabajo muy fuerte a partir de ahí con las distintas instituciones del medio, viajar al interior, hacer un recorrido y fue todo lo que fuimos haciendo, mientras trabajamos afuera trabajábamos adentro de la institución, armando proyectos, metas a largo y corto plazo. De ese 70 % una mayoría muy grande había sido judicializados, entonces fue necesario hacer un trabajo con la justicia, que fue un trabajo bastante arduo, porque uno lo veo hoy, pero fue muy fuerte en su momento la idea del hospital psiquiátrico era fuerte. Cuando yo bien acá era el hospital y el resto campo, la ruta y campo. Viste como son las instituciones, la cárcel y el hospital psiquiátrico están siempre alejados del mundo real. Acá se venía y se depositaba al paciente y se olvidaban que existía, a veces venían un ratito, pero ni siquiera había una perdura.

A partir de noviembre del 93, que es el punto de inicio de la transformación ahí ya se empieza a trabajar con los pacientes.

- ¿Qué me puedes contar de las diferencias más marcadas entre la etapa anterior al 93 y después de la transformación?

- Era terrible, antes era terrible, esta ventana que está acá, esa parte que se ve ahí le decían villa cariño, porque acá venían todos los pacientes a tener relaciones sexuales, en el patio, en la ruta eran los lugares donde se escondían los pacientes para tener relaciones. La mayoría de los pacientes tenían hijos porque no tomaban anticonceptivos, una de las tantas transformaciones que se hicieron en el hospital, fueron derivados a otros lugares en Córdoba, donde varios pacientes se quedaron allí y la justicia les quitó sus hijos.

Donde está kinesiología ahora, estaba el hueco negro como le

decíamos, era donde estaban los casos más agudos y más crónicos y más neurológicos, porque acá era un depósito de seres humanos, era un depositario, acá no importaba si el paciente era epiléptico se lo ponía con un paciente Down con otro paciente. Había casos que no tenía ningún sentido que estuvieran acá y los habían depositado hacia 20, 30 y 40 años, más vivieron acá que en sus casas.

Con el proceso de la transformación, de lo que por primera vez se habla es de la salud mental, eso provocó situaciones de mucha angustia ¿qué va a hacer el loco en la calle? ¿El loco va a matar gente? No sucedió eso, ningún loco mató a nadie, no pasó nada...

A medida que se fue abriendo el Hospital, porque partimos de la idea de que los seres humanos tienen partes sanas y partes enfermas, nosotros precisamente con lo que trabajamos en con las partes sanas del paciente. Lo primero que hicimos fue poner calendarios y relojes, en las dos alas de la institución, que eso nos abrió la puerta para que el paciente estuviera orientado en tiempo y espacio. A medida que se iba trabajando con la transformación hubo distintos espacios ocupándonos de la salud de los empleados del hospital. Se fue trabajando lo de salir a la calle, previamente se fue trabajando sobre la vestimenta del paciente, sacarles el HP, que era significativo porque era Hospital Psiquiátrico, así que se trabajaba para que ellos pudieran elegir su propia ropa. En un momento depilábamos a las pacientes. Había una paciente acá que era profesora de música y acá adentro perdió la visión, antes de darle la externación se operó en el complejo a la paciente y volvió a ver, los familiares vivían en Santa Fe, así que la derivamos allá, la llevamos, la acompañamos con un resumen de historia clínica, para ser asistida y atendida allá, es su lugar de origen.

Fue un trabajo muy bonito y muy fuerte, porque a medida que nosotros íbamos saliendo con los pacientes nosotros también teníamos nuestra preocupación cómo estarán, quién los va a querer mejor que nosotros, esa protección que uno hace del paciente y no le da la oportunidad de vivir dignamente y en su casa. En algunos casos se inició pensión, a través de acción social, del servicio social del hospital, algunos ya tenían la pensión y se les activó esa pensión para que fuera a su casa. Algunos que vivían en el campo, armaron una habitación para incorporarlo a la casa, todo eso se fue

consiguiendo desde acá, comestibles también, a través de la caja PAN, cada vez que íbamos al interior llevábamos mercaderías por lo menos para que les ayudara.

- ¿Cuánto tiempo les llevó todo el proceso de externación?

- Por lo menos 4 años, porque estamos hablando de que culminó en el año 96/ 97 los últimos pacientes externados. Pero eso se sigue haciendo, porque hay casos que aparecen, casos nuevos, casos difíciles y se sigue trabajando, porque no es que la transformación se acabó, no se acabó nada, se continúa el proceso.

- ¿Cuáles fueron las principales dificultades a las que se enfrentaron?

- Con el medio, con las familias en muchas ocasiones, pero a medida que íbamos trabajando con las familias porque no es que íbamos y les dejábamos el paciente en la casa, lo hacíamos ver, lo llevábamos a la salita, lo conectábamos con el hospital de cabecera, los hospitales se conectaban con nosotros, por ejemplo, en la zona se hizo alrededor de 50.000/ 60.000 kilómetros por año, para llevar a cabo la externación, sin contar las veces que nosotros íbamos en nuestros autos particular., porque teníamos tráfico e íbamos con el equipo del hospital.

A su vez, se arma el servicio de Salud Mental de Villa Mercedes en un hospital general, eso fue muy interesante porque el médico que había en ese momento, el psiquiatra de ese momento, había renunciado, así que hacía 8 meses que el hospital general no tenía psiquiatra. Hoy en día hay 2 psiquiatras en Villa Mercedes, pudimos armar como una red. Nosotros laburamos durante 8 años, todos los miércoles íbamos, el primer miércoles iba el Dr. Pellegrini, el resto íbamos los 3 psicólogos, durante 8 años, verano, invierno, sin parar. Nombro a Villa Mercedes porque es el lugar donde más pacientes externados había, primero se trabajó con las familias en los hogares, en los domicilios, y después nos pide el ministerio si podíamos trabajar en el hospital, entonces en lugar de ir a ver a los paciente a los domicilios, iban ellos al hospital. Ahí en el hospital cada vez que íbamos había una necesidad de interconsulta, todos se enfermaban los días miércoles, era una cosa sistemática, entonces pedían muchas interconsultas a los distintos servicios. Nosotros atendimos tanta

cantidad de pacientes como atendimos acá.

A su vez se crea el servicio de área externa, donde estoy a cargo por mucho años, y yo siempre digo que parecíamos el CIPEV ¿? porque andábamos apagando fuegos constantemente, no solamente era los externados, sino aquellos pacientes que salían de la internación y que era difícil la salida, porque la verdad que no se hacían cargo las familias, nos decían “no quiere tomar la medicación con nosotros”, así que a veces íbamos hasta 4 veces al domicilio.

- ¿Cuáles fueron los pilares básicos para que se pueda llevar a cabo la transformación acá?

- Primero que todo el hospital se comprometió a hacer un trabajo, porque no es que porque nosotros íbamos a hacer el domicilio ya está, no no, todo el hospital estaba enmarcado hacia la transformación.

Uno de los pilares de la transformación se inicia en marzo del 93 cuando viene el Dr. Pellegrini, lo enmarco así porque en marzo del 93 el viene a hablar de alcoholismo e invita a los distintos profesionales a que se adhieran a trabajar en equipo, entonces el primer grupo terapéutico que hay y que es el pilar de la institución es el grupo de alcohólicos, que es en el año 93. Después en noviembre vuelve Pellegrini y en enero del 94 como director, porque había otro director que no adhería al proceso de transformación, fue muy difícil, porque había que trabajar con la gente de adentro y con la gente de afuera.

Entonces Pellegrini pregunta que hospital queríamos, un hospital diferente, pero para eso lo primero que teníamos que hacer era cerrar todas las admisiones de casos sociales. Lo primero que se hace, se cierran las admisiones por casos sociales. Todas las mañanas a las 8 de la mañana nosotros nos juntábamos en el comedor con cada uno de los pacientes, pero para eso teníamos que armar estrategias de solución, la mayoría de los pacientes, un 70 % provenían del interior de la provincia y venían todos judicializados, los habían judicializado en una época y después quedaron, los dimos de alta y nadie se preocupó y quedaron de por vida, pasaron 30 años, pasaron 40 años, 15 y fueron quedando.

Nosotros tuvimos denuncias penales a 3 profesionales y al Dr. Pellegrini que era el director en ese momento, al licenciado Guzmán, a la licenciada

Bustos y a mí, porque hicieron aplicar el código de ética profesional, quisieron sacarnos el título porque adheríamos al procesos de transformación, lo expusieron frente al colegio al que nosotros pertenecíamos y nos salvamos por el Ante la duda a favor del reo, yo no mate a nadie, pero me aplicaron el artículo penal que ni siquiera es un artículo, ante la duda no salvamos. Era una barbaridad, incluso nosotros estuvimos lejos del colegio por mucho tiempo, después pagamos la deuda que teníamos con el colegio y volvimos, tal es así que desde que me recibí he pasado por todas las comisiones directivas, me faltó ser presidente nomás.

Me parece algo importante cuando nosotros internamos con familiares, esto surge en el año 97, porque el paciente venía solo y se lo depositaba, entonces ¿qué implementamos? Los beneficios tanto para el paciente como para la familia, sobretodo para el paciente no tanto para la familia que se tenía que quedar a vivir acá, estaban todo el tiempo acá, pero servía porque uno podía hacer interconsultas con ellos, podíamos hablar con ellos, mantener un vínculo con el familiar y que el familiar no pierda el vínculo con el paciente.

Este hospital fue hospital psiquiátrico, después fue hospital de agudos y desde hace unos años hospital escuela, porque forma, capacita y orienta en salud mental.

Otros de los pilares fueron la reinserción social, trabajar con la justicia, trabajar dentro y fuera de la institución, fueron varios pilares, pero fundamentalmente la reinserción social para lograr de ahí en adelante el vínculo del paciente con su familia trabajando interdisciplinariamente. Y lo que nos costó trabajar interdisciplinariamente, durante muchos años la revista de sala se hacía sólo con el médico, el psicólogo no intervenía. Eran todas islas, en esta institución había islas, donde el psicólogo era una cosa, el médico otra y él mandaba y comandaba la red y todo era absolutamente el médico psiquiatra, manejaba todo el hospital, daba altas, si no la daba el médico psiquiatra no servía. Nosotros hemos internado muchas veces durante este proceso, cuando veíamos que el paciente no funcionaba o que había dificultades en la casa, lo internábamos para descomprimir la situación y que ajusten medicación, que es un elemento muy importante a tener en cuenta. O cuando el paciente no tomaba la medicación se tomaba la alternativa de que estuviera 2 o 3 días acá y volviera a su casa, entonces evitábamos el

desarraigo y el choque permanente con la familia, descomprimir una situación era importante.

Hubo varios casos, 11 casos donde no se encontró ningún familiar y lo poco que se encontró no era continente, entonces se arma, como hay para los chicos familias sustitutas, hoy familias solidarias, pero en ese momento familias sustitutas. Lo importante de todo esto es que no hubo tantos inconvenientes porque en una casa. una de las enfermeras compañera nuestra iba y cubría, en vez de hacer las 8 horas acá iba y las hacía en la casa durante 8 meses, entonces evitábamos el desarraigo y evitábamos que el paciente se descompensara y todo, porque ella permanentemente se comunicaba con nosotros, no obstante eso, nosotros íbamos igual.

Fue un trabajo muy grande, hoy uno lo puede contar, lo puede decir pero hubo momentos que volvíamos, nos costaba, volvíamos a las casas, había casos que eran difíciles socialmente y casos judiciales, hubo casos que se tuvo que trabajar con la justicia. Hubo un caso de uno que estuvo internado 20 años acá y él entraba y salía del hospital como "juan por su casa" y con él hicimos todo un trabajo por fuera, me presenté yo con él a la justicia, la misma justicia que lo condena a reclusión perpetua, es la misma justicia que le da la oportunidad de irse a vivir con su hija. Pero duró poco, 1 año y 7 meses porque se descompensó y volvió a la institución así que se volvió a trabajar para el alta, porque tenía un cuadro muy grave que era una esquizofrenia paranoide.

-¿Cuál es tu proyección a futuro?

- Lo que hoy estas internando son casos de adicciones, porque para lo que nosotros estamos formados es para casos de alcoholismo, para trabajar con alcoholismo, pero adicciones no. Hoy si ves las estadísticas del hospital, tenés casos de pacientes psiquiátricos que nunca más se internaron, hoy estaba viendo una paciente que se internó en el año 97 y nunca más tuvo una recaída y sigue al pie de la letra el tratamiento, la medicación.

Si vos hoy me dirías, ¿volverías a hacer la transformación? Si, sí. A mí me encantó trabajar, conocí la provincia, lugares que nunca en mi vida pensé que existían, pero guarda en la época en que nosotros íbamos hasta el año 2001 que hacíamos toda la provincia, había lugares que no se podían transitar, hoy hay rutas, no había teléfonos celulares para comunicarse.

Fue un trabajo muy movilizante para los pacientes también, cuando veían que se iba uno, ellos también querían salir. Al comienzo les costó, porque fue muy fuerte, empezaron a salir 7 personas, al comienzo se hacía de a poquito, se iba hasta la esquina, de ahí se cruzaba la ruta, con todos los que querían, íbamos todo el equipo...

Me encantó trabajar, yo prácticamente acá no estaba, yo había 3 días a la semana que viajaba y 2 veces hacia consultorio nomás. Fue una cuestión muy profunda, porque uno lo ve hoy y dice esto lo logramos acá, y los vemos bien y con sus familias. Yo adherí a mi familia a esto, ellos estaban comprometidos con esto también.

En donde hoy está kinesiología estaba como te decía lo que llamábamos el hueco negro, nadie entraba porque eran los casos más graves, más agudos y más neurológicos, había depósito ahí, era un desastre, los casos que no hablaban, que estaban mudos, que no se podían conectar con la familia, que no sabían de donde habían salido.

En el manicomio lo que existe es el poner sobrenombres, le decíamos Pedrito, se llama Sergio, como no teníamos el nombre le poníamos otro.

Entrevista 5. Profesional.

Servicio de niñez y adolescencia.

- ¿Cómo funciona el servicio con los niños y adolescentes?

- Como con el resto de los pacientes, todo paciente ingresa por admisión, nosotros recibimos ahí la consulta que llega al hospital, la consulta que llega de manera espontánea, a veces derivación, pueden derivar otros centros asistenciales, pediatras, neurólogos, las escuelas, la escuela deriva mucho es la principal derivadora. Se hace una entrevista de admisión, después viene el paciente y ahí comienza el tratamiento, generalmente las primeras entrevistas son entrevistas familiares, siempre tenemos la visión muy del contexto, del chico, con quién vive, cómo esta, lo mismo para el adolescente digamos.

No siempre hubo un servicio de niños, cuando empezamos el proceso de transformación una de las cosas que hicimos fue fundar el servicio de niños, fue muy resistido, fue muy resistido porque decían que algún loco iba a matar un niño. Ahora ustedes ven circulan chicos, grandes, todos, pero en ese tiempo no, decían que era una mala idea, mucha gente se opuso, asique había que demostrar que se podía hacer.

Por ejemplo, el titular de la cátedra de psicología clínica de la Universidad Nacional de San Luis, era uno de los principales opositores, decía que esta institución era peligrosa para los chicos, un médico psiquiatra, un tipo prestigioso pero él se había educado en esa idea, dice que en el manicomio está la gente peligrosa, encerrados y que por ahí había daños de internación. Entonces romper con esa práctica fue difícil y demostrar que nunca pasó nada, ni con un chico ni con nadie. Es como un fantasma, el loco, el peligroso, entonces hubo que transitar un camino para demostrar que era posible atender en salud mental, y era también atender una franja etérea que son los niños, adolescentes, familias. Uno de los temas era qué es atender en salud mental, es un campo grande donde hay de todo, si hablamos de franjas etéreas hay niños, adolescentes, adultos, adultos jóvenes, adultos viejos, está toda la población.

De repente la salud mental es eso, atender a toda una población por varias causas, cuáles son los factores que más inciden, quizás las crisis que va pasando la comunidad, se habla de trastornos de ansiedad, depresión, pacientes psicóticos, pacientes neuróticos, todo ese conjunto es. Los hospitales psiquiátricos, los manicomios están reducidos para atender a una pequeña población de locos que son los signados como los peligrosos de la comunidad y que cuando se los encierra se acabó la locura, y no es así, circula por la población como cualquier otra enfermedad. Entonces el hospital debía abrir nuevos servicios, no era solamente cerrar, la experiencia no era solamente cerrar el manicomio, sino abrir un servicio de salud, entonces había que hacer las dos cosas a la vez. A medida que se desmantelaban las salas, por lo pacientes de la externación, había que abrir nuevos sectores, entonces en ese movimiento es que nace el servicio de niños y adolescentes, como un sector del hospital que se abría.

Mucha gente de la que laboraba acá decía y bueno cuando se vayan los

pacientes nos quedamos sin laburo, una cosa lógica, entonces había que entender que el hospital iba a atender de otra manera, que no había que medirlo por cuántos pacientes había internados. A diferencia de cualquier manicomio que se le pregunta cuántos pacientes tienen internados y sólo tienen servicio de internación, nosotros es cuántos pacientes atienden como un hospital, no preguntas sólo cuántos pacientes tienen internados sino cuántas personas se han atendido, y es así que el hospital tiene 30.000 o 34.000 más o menos consultas anuales o prestaciones. La parte de internación es una parte importante, pero es una parte más.

Había que rediseñar el hospital, en esos programas entra lo que es el servicio de niños y adolescentes.

En el tratamiento uno siempre procura contextualizar, abrir el trabajo con la familia, con su grupo y revisar cuál es el tema realmente de la consulta, en la consulta donde el problema es el adolescente, es la familia, es la escuela. La escuela tiene un problema con el chico, pero a lo mejor el problema no es del chico, es de la escuela, porque hay que mirar los dos lados del mostrador, no solamente mirar a quien estoy atendiendo, sino también que me miren a mí. Lo mismo con el niño, mirá la escuela, la escuela tiene dificultades para atenderlo, las dificultades muchas veces son más de la escuela que del chico. Entonces no hay que cazar el problema así, sino abrir una pregunta para poder entender.

- ¿Cuáles son los motivos de consulta más frecuentes?

- El adolescente tiene muchas conductas de acting, de rebeldía, ellos producen más conducta que otra cosa, se cortan, se alcoholizan, se van de la casa, tiene que ver con esa actividad de los adolescentes, conductas molestas. También tenés los otros que pueden ser por retraimiento, no se adaptan y eso lo capta mucho la escuela, lo ve la escuela y a veces pide la consulta. También se ve una franja importante de consultas cuando el chico ingresa la escuela, digamos cuando entre en su vida otra institución que es la escuela, antes estaba solo la casa, ahí se ven también dificultades de adaptación, de adaptación del niño, de los padres. También se ven conflictos cuando se dan los procesos de separación del matrimonio, eso también es un motivo de consulta, como cosa que irrumpe en el núcleo familiar y todo eso cambios,

como factores que ponen en crisis a las personas, a las instituciones. Todas esas crisis que a veces traen por diferentes razones políticas, económicas, se meten en el consultorio, vos tenés que tener una visión de contexto porque no podés psicopatologizar todo.

Un tratamiento es un lineamiento, es una dirección que uno va a hacer sobre algo y esa dirección del tratamiento tiene que ser acompañado por la familia, por la escuela, porque si no entrás en una pelea de fuerzas que nunca se ponen de acuerdo. Cuando hay un sufrimiento está en un conjunto, entonces poder ver eso y en base a eso poder intervenir. Cuando tenés que apuntalar una intervención, lo habrán visto en revista de sala, cuando tenés que apuntalar algo tenés que ver quien te va a ayudar, quien te va a impedir... El tratamiento uno tiene que intentar que sea un cambio, que la gente pueda armar en su casa.

- ¿Con qué tipo de técnicas se trabaja?

- Y trabajamos con juegos, con entrevistas, con grupos, trabajamos bastante lo artístico, ir al cine, lectura, música, elaboración propia y grupal.

- ¿Cuánto que trabaja acá?

- Y yo fui fundador del servicio, y en el hospital más o menos 25 años. Yo participe en el proceso de transformación, el proceso no termina.

- ¿Cómo surge la idea de la transformación?

- Mirá acá había una residencia y los residentes eran una generación joven que buscaban otra cosa. Después se dieron las cosas que vino Pellegrini y el grupo se suma a esa idea... pero está idea estaba instalada en el mundo. En el mundo entero, estaba en esa época el Dr. Franco Basaglia haciendo una experiencia importante en Italia, y fue una experiencia así como que todos miraron en una época, porque había sido una de las primeras experiencias de desmanicomialización. Nosotros que éramos jóvenes habíamos leído todo eso y nos llamaba la atención poder avanzar sobre estas instituciones. Pero lo que se necesita es una parte política, alguien tiene que tomar la determinación, esto es política sanitaria y se necesita un gerenciamiento. También se necesita gente que esté comprometida. Porque tiene varias patas esto para que se lleve

a cabo, una pata es indudablemente política y de política sanitaria, que alguien direcciona en ese sentido, pero también necesitas gente para eso y alguien que lidere que diga esto se va a hacer sobre esta línea de trabajo, es un tema complejo y las resistencias que hay son gigantescas. Acá el colegio de psicólogos fue uno de los primeros que se opuso, se opuso firmemente, incluso te hacer reposicionar a vos, vos pensás que tus colegas te van a apoyar y cuando salía se ve que no. pero nosotros no dudábamos porque ves que el trabajo es mejor, que a las personas las tratás con mayor dignidad, que vengan a ver lo que había acá porque si no está el discurso este de protección que en realidad no protegen a nadie, al contrario.

Acá se recorrió un camino diferente, en mucho lugares se empezó por la ley, acá la Ley de desinstitucionalización se hace mucho después, no hay un camino, se va haciendo. Porque vos por ahí tenés la fantasía que se pueda hacer por ley o por decreto y no, es necesario tener una base en las instituciones y hacerlo desde adentro. Porque vos ves la ley de Salud Mental y es magnífica, estuvo el Dr. Krauff, muchos legisladores, mucha gente que sabe sobre el tema, la ley es perfecta, pero es una declaración de principios porque las instituciones siguen igual, una letra preciosa pero no tiene asiento en la realidad.