

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Psicología

Trabajo de Investigación de Pregrado

**ABORDAJES TERAPÉUTICOS
ALTERNATIVOS A LA
HOSPITALIZACIÓN CRÓNICA**



Por

Mariana Julieta Aguilar

Carolina Frontini



N° CLASIFICACION :	ADQUISICION :
+28	N° INVENTARIO :
	R-494

Muchas gracias...

Fundamentalmente a nuestra directora de tesis la Dra. Patricia Weissmann, quien nos guió para sistematizar la información, pacientemente corrigió nuestros errores, nos mostró diversas perspectivas de análisis y nos desafió a que confiáramos en nuestro estilo y escritura. Gracias por su tiempo, dedicación, generosidad, predisposición y por responder a cada inquietud formulada.

Al Lic. Jorge Horni por habernos escuchado y orientado en las ideas iniciales de este proyecto, demostrando interés en participar.

A los directores de las instituciones por su atención y por permitirnos el ingreso a los hospitales; a los profesionales que accedieron a las entrevistas, a aquellos que nos brindaron un espacio para participar en diversas actividades y a quienes compartieron su experiencia clínica; y principalmente a los pacientes, este trabajo es para ellos, para contribuir dentro de lo posible a mejorar su calidad de vida.

A nuestras familias por el apoyo y el sostén durante este proceso de meses. También a nuestros amigos, por preguntar, interesarse y estar presentes.

Este trayecto de la carrera fue transitado de a dos, por eso agradecemos la mutua tolerancia, el compromiso en la tarea y la contención en los momentos de tensión y alegría para realizar esta tesis.



Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata

**Abordajes terapéuticos alternativos a la
hospitalización crónica**

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O. C. S. 143/89

Apellido y Nombre: Aguilar, Mariana Julieta. Mat. 4559/98. DNI
27417728

Frontini, Carolina. Mat. 4435/98.
DNI 27641439

Supervisor: Dra. Weissmann, Patricia


Cátedra: - (Escuela de Becarios)

Fecha de Presentación: 21 de diciembre de 2007

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Aguilar, Mariana Julieta y Frontini, Carolina, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores.”

Aprobación del Supervisor

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Aguilar, Mariana Julieta. Mat. 4559/98 y Frontini, Carolina. Mat. 4435/98, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los¹⁹..... días del mes de dic. del año 2007”.



PATRICIA WEISSMANN
DHA. EN PSICOLOGIA
M. P. 45.970

Firma, aclaración y sello del supervisor

Informe de Evolución del Supervisor

Investigación: Abordajes terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica.

Autores: Aguilar, Mariana Julieta y Frontini, Carolina

La presente investigación toma como punto de partida un análisis histórico y social que da cuenta de la conformación y desarrollo del campo de Salud Mental. Por este motivo se describe el surgimiento de la psiquiatría clásica del siglo XIX, que legitima un nuevo discurso y nuevas prácticas. Desde su interior emergen cuestionamientos a sus premisas psicopatológicas, conformándose el movimiento antipsiquiátrico del siglo XX. Las prácticas institucionales públicas y actuales en nuestro país, dentro de la denominada “desmanicomialización” y que interesan en esta tesis, se han sustentado en el espíritu de tal movimiento.

El trabajo llevado a cabo, como podrá apreciar el lector, ha sido exhaustivo, pues las autoras no solo han recorrido la bibliografía pertinente a la temática, sino que también han integrado la teoría con experiencias realizadas en distintas instituciones del país y con entrevistas a los informantes claves. Además, han desarrollado el recorrido histórico de Europa y Estados Unidos en paralelo al de Argentina a través de ejes temáticos propuestos. Éstos abarcan aspectos conceptuales al definir locura, enfermedad y salud mental, prácticos al desarrollar los tratamientos y el rol del psicólogo y finalmente, de elaboración personal al formular reflexiones, críticas y conclusiones.



PATRICIA WEISSMANN
DHA. EN PSICOLOGÍA
M. P. 45.970

1. "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 los alumnos Aguilar, Mariana Julieta. Mat. 4559/98 y Frontini, Carolina. Mat. 4435/98.

2. Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

3. Fecha de aprobación:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Facultad De Psicología

Proyecto de Investigación

Requisito Curricular del Plan de Estudio O.C.S. N° 143/89

Apellido y Nombre / Mat. y año: Aguilar, Mariana Julieta - Mat.
4559/98

Frontini, Carolina - Mat. 4435/98

Cátedra: - (Escuela de Becarios)

Supervisor: Dra. Patricia Weissmann

Consignar si el proyecto forma parte de uno mayor en desarrollo:

Sí..... No..X ...

Título del Proyecto:

**Abordajes terapéuticos alternativos a la
hospitalización crónica en Argentina**

Descripción Resumida

A partir de desarrollar el dispositivo disciplinar de la psiquiatría moderna del siglo XIX y las concepciones del movimiento antipsiquiátrico en las décadas del 60 y 70 del siglo XX, se describirán las prácticas actuales en Salud Mental que se fundamentan en conceptos de este movimiento, implementadas en San Luis, Río Negro y Mar del Plata dentro del marco de la "desmanicomialización".

Se formularán ejes temáticos y comparativos, para describir el dispositivo disciplinar de la psiquiatría moderna del siglo XIX y el movimiento antipsiquiátrico del siglo XX.

El carácter exploratorio de la tesis reside en informar y proporcionar una visión general de los abordajes terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica, implementados por las instituciones que se analizan en este trabajo de investigación.

Palabras Claves

Psiquiatría – antipsiquiatría – desmanicomilización - abordajes terapéuticos alternativos

Motivos y Antecedentes

La temática de la tesis surge a partir del interés por conocer e indagar las prácticas institucionales públicas y actuales en el campo de Salud Mental en nuestro país. A partir de la asistencia al Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos de las Madres de Plaza de Mayo, nos aproximamos a conceptos tales como: desmanicomilización, antipsiquiatría, abordajes terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica.

Nos contactamos con el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis y realizamos la Rotación Interdisciplinaria en Salud Mental con Orientación en Procesos de Transformación Institucional, durante el período del 01 al 18 de Agosto de 2006. La búsqueda continuó realizando un viaje a la provincia de Río Negro, conociendo y recolectando información del Hospital de Área El Bolsón, el Hospital de Área de Viedma y la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la provincia, en el mes de Septiembre de 2006.

A partir de este recorrido nos resultó interesante explorar las prácticas enmarcadas dentro de las alternativas a la hospitalización crónica en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende" (H.I.G.A.) y del Centro de Promoción Social en la ciudad de Mar del Plata y en el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Taraborelli" de Necochea.

Para la realización de este trabajo de investigación, nos basamos fundamentalmente en el análisis de las relaciones de poder disciplinar de la psiquiatría realizado por Foucault; el recorrido sobre el desarrollo del movimiento antipsiquiátrico que propone Galende; el estudio de las políticas en Salud Mental en la Argentina de Alberdi; las teorizaciones sobre la transformación institucional de Pellegrini y los desarrollos de Cohen sobre el movimiento de "desmanicomilización" en Río Negro.

Objetivo General

Describir abordajes terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica, implementados en San Luis, Río Negro y Mar del Plata dentro del marco de la “desmanicomialización”.

Objetivos particulares

- . Describir el dispositivo disciplinar de la psiquiatría moderna del siglo XIX, caracterizándolo a través de los siguientes ejes temáticos: I. Concepción de locura, II. Tratamientos y cura, III. Rol del psiquiatra, IV. Críticas y reflexiones.
- . Describir el movimiento antipsiquiátrico, caracterizándolo a través de los siguientes ejes temáticos: I. Concepción de enfermedad y salud mental, II. Tratamientos y terapéutica, III. Rol del psicólogo, IV. Críticas y reflexiones.
- . Describir el proceso de Transformación Institucional del Hospital Escuela de Salud Mental en San Luis, puntualizando las características generales del Hospital Psiquiátrico previo a la reforma, los abordajes terapéuticos alternativos a la institucionalización de pacientes psiquiátricos crónicos, el rol del psicólogo.
- . Caracterizar el proceso de Desmanicomialización en la provincia de Río Negro, puntualizando las características generales de los servicios de Salud Mental previos a la reforma, los abordajes terapéuticos alternativos a la institucionalización en pacientes psiquiátricos crónicos, el rol del psicólogo.
- . Describir las características generales de las prácticas en el servicio de Salud Mental en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (H.I.G.A.) y del Centro de Promoción Social en Mar del Plata, y en el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico “Dr. Domingo Taraborelli” de Necochea, dentro del marco de la “desmanicomialización”.

Métodos y Técnicas

La metodología de trabajo desarrollada, se caracteriza por el análisis de fuentes bibliográficas primarias y secundarias pertenecientes a autores del campo de la Salud Mental en relación a la psiquiatría moderna y al movimiento antipsiquiátrico, así como también de la epistemología de la ciencia; y por la recolección de informes, documentos y revistas de circulación interna de las instituciones dentro del marco de desmanicomialización.

A partir de esta revisión bibliográfica se formulan ejes temáticos y comparativos para describir el dispositivo disciplinar de la psiquiatría moderna del siglo XIX y el movimiento antipsiquiátrico.

Se realizan entrevistas en profundidad a informantes claves en cada una de las instituciones abordadas y se analiza la información cualitativamente considerando los ejes temáticos propuestos.

El carácter exploratorio de la tesis reside en informar y proporcionar una visión general de los abordajes terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica, que implementan las instituciones que se analizan en este trabajo de investigación.

Lugar de Realización del Trabajo: Mar del Plata

Cronograma de Actividades

	1	2	3	4	5
Búsqueda de la bibliografía específica					
Recolección de informes, documentos y revistas de circulación interna de las instituciones de San Luis y Río Negro *					
Recolección de información en instituciones de Mar del Plata					
Análisis y elaboración de los ejes temáticos					
Descripción y análisis de las características de					

las instituciones de San Luis y Río Negro					
Descripción de las características generales de las prácticas del servicio de Salud Mental en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende" (H.I.G.A.) y del Centro de Promoción Social en Mar del Plata					
	1	2	3	4	5
Reflexión y elaboración de las conclusiones					
Consulta y revisión con el Supervisor	▪	▪	▪	▪	▪
Elaboración y entrega del Plan de Trabajo	▪				
Elaboración y entrega de la Tesis				▪	▪

* Esta actividad fue realizada durante los meses de Agosto y Septiembre de 2006

Bibliografía Básica de Referencia

- ALBERDI, J.M. (2003) *Reformas y Contrarreformas, Políticas de Salud Mental en la Argentina*. (1° ed.) Rosario. UNR Editora.
- BASAGLIA, F. (1970) *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona. Barral Editores.
- COHEN H. & NATELLA G. (1995). *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires. Lugar Editorial S.A.
- FERNANDEZ BRUNO M. & GABAY P.M. (2003). *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves*. (1° ed.). Buenos Aires. Polemos S.A.
- FOUCAULT, M. (2005) *El poder psiquiátrico*. (1° ed.) Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. (1998) *Historia de la Locura en la Época Clásica*. México. Fondo de Cultura Económica.
- GALENDE, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. (3° ed.). Buenos Aires. Paidós

GOFFMAN, E. (1984) *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu editores.

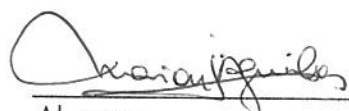
OTA de LEONARDIS, ROTELLI, F. & MAURI, D. (1995). *La empresa social*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.

PELLEGRINI, J. (2005). *Cuando el manicomio ya no está...* (1º ed). San Luis. Gráfica Pellegrino.

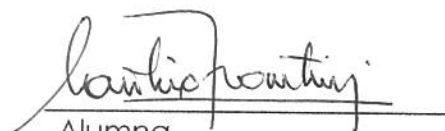
La supervisora Dra. Patricia Weissmann aprueba los contenidos del presente Plan de Trabajo, pertenecientes a los alumnos Aguilar, Mariana Julieta (mat. 4559/98) y Frontini, Carolina (mat. 4435/98).



Firma del Supervisor
Dra. Patricia Weissmann

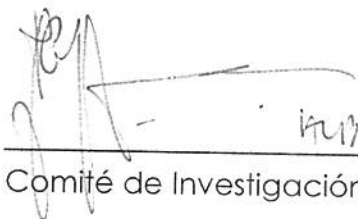


Alumna
Aguilar Mariana Julieta



Alumna
Frontini Carolina

El Comité de Investigación aprueba los aspectos metodológicos del presente Plan de Trabajo


HUMBERTO E. JEREZ
Comité de Investigación

Fecha de conformidad: 27/06/07

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

pág. 1

CAPITULO I:

pág. 8

Dispositivo disciplinar de la psiquiatría del siglo XIX

- Concepción de la locura pág. 10
 - El desarrollo del pensamiento psiquiátrico en Argentina pág. 20
- Tratamientos y cura pág. 23
 - Tratamientos en la Argentina pág. 29
- Rol del Psiquiatra pág. 32
 - Rol del Psiquiatra en Argentina pág. 34
- Críticas y reflexiones pág. 34

CAPITULO II:

pág. 40

Movimiento Antipsiquiátrico del siglo XX

- Concepción de Enfermedad y Salud Mental pág. 48
 - Concepción de Enfermedad y Salud Mental en Argentina (1960 – 1970) pág. 50
- Tratamientos y terapéutica pág. 57
 - Tratamientos y terapéutica en la Argentina pág. 64
- Rol del Psicólogo pág. 69
 - Rol del Psicólogo en Argentina pág. 71
- Críticas y reflexiones pág. 72
 - Críticas y reflexiones de las reformas en Argentina pág. 76

CAPITULO III:

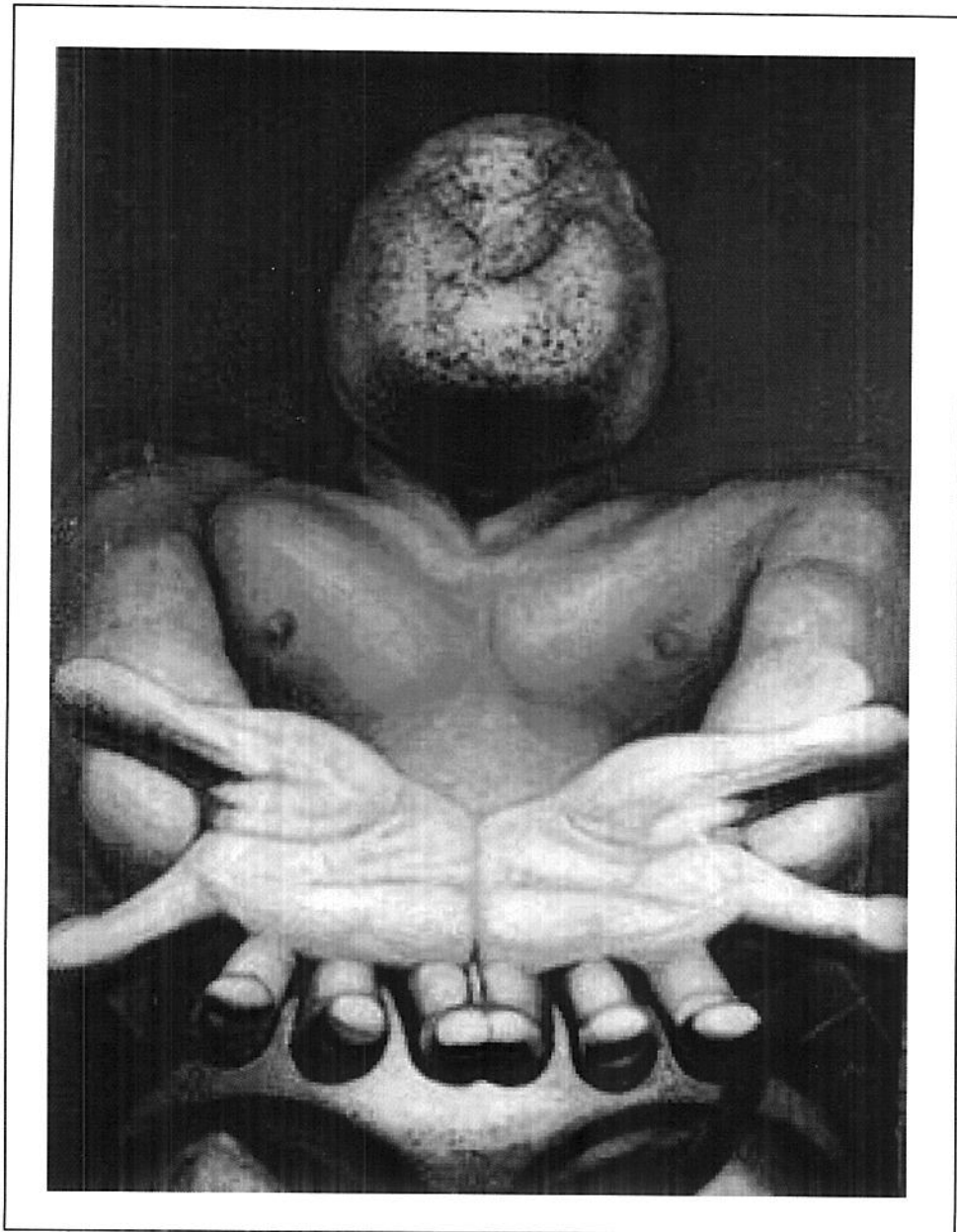
pág. 81

Transformación Institucional del Hospital Escuela de Salud Mental en San Luis

- Concepción de Salud Mental pág. 89
- Tratamientos pág. 91
- Rol del Psicólogo pág. 96
- Críticas y reflexiones pág. 96

CAPITULO IV:	pág. 103
Proceso de Desmanicomialización en Río Negro	
▪ Concepción de Salud Mental	pág. 109
▪ Tratamientos	pág. 114
▪ Rol del Psicólogo	pág. 125
▪ Críticas y reflexiones	pág. 128
CAPITULO V:	pág. 133
Hospital de Día del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende" y Centro de Promoción Social - Mar del Plata	
Hospital de Día del HIGA	pág. 134
▪ Concepción de Salud Mental	pág. 139
▪ Tratamientos	pág. 140
▪ Rol del Psicólogo	pág. 144
▪ Críticas y reflexiones	pág. 145
Centro de Promoción Social	pág. 151
▪ Concepción de Salud Mental	pág. 153
▪ Tratamientos	pág. 154
▪ Rol del Psicólogo	pág. 168
▪ Críticas y reflexiones	pág. 170
CAPITULO VI:	pág. 175
Hospital de Día y Hospital Intermedio del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Taraborelli" - Necochea	
▪ Concepción de Salud Mental	pág. 178
▪ Tratamientos	pág. 179
▪ Rol del Psicólogo	pág. 191
▪ Críticas y reflexiones	pág. 192
CONCLUSIONES	pág. 195
BIBLIOGRAFIA	pág. 208

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

El campo de la Salud Mental presenta abordajes terapéuticos que requieren de un análisis histórico y social que de cuenta de su conformación y desarrollo. Por este motivo se considera importante la descripción del dispositivo disciplinar de la psiquiatría del siglo XIX, del movimiento antipsiquiátrico del siglo XX y de las prácticas institucionales públicas y actuales en nuestro país. Esta perspectiva se basa en la concepción de Salud Mental de Emiliano Galende (1990, pp.79-82) en la cual tanto los valores de salud y enfermedad mental como los modos técnicos en que éstos son abordados, están en relación con la construcción del imaginario que cada sociedad en cada momento histórico establece.

Actualmente, los abordajes terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica se enmarcan en una definición de salud mental integral. En palabras de Galende (1990):

“...La Salud Mental forma parte de las condiciones generales del bienestar, se ocupa específicamente del bienestar psíquico y el sufrimiento mental, por lo que está estrechamente unida a las condiciones sociales de vida. La pareja, la familia, la vida comunitaria, la participación en la vida política, etc., no es que condicionen o sean contexto del bienestar psicológico, sino que son el ámbito mismo de producción de valores de felicidad o sufrimiento, conocimientos enriquecedores de la personalidad o empobrecimiento intelectual...” (p. 81)

En este trabajo de investigación se privilegia el estudio de las prácticas institucionales públicas de Salud Mental, dentro del marco de la “desmanicomialización”, debido a que como plantea Alberdi (2003, pp.105-106), las políticas públicas en salud mental revelan los saberes y prácticas de la psiquiatría y psicología que se instituyen en cada momento histórico.

Resulta importante señalar que no hay un consenso definitivo sobre el concepto de “desmanicomialización”, debido a que distintos autores remiten a diversos aspectos del término.

Mónica Fernández Bruno y Pablo M. Gabay en su libro *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves* (2003), formulan lo siguiente:

“...La así llamada *desmanicomialización* implica rehabilitar y resocializar a los pacientes aquejados de enfermedades mentales encerrados en los viejos hospitales psiquiátricos custodiales, de manera que puedan reintegrarse a su comunidad y que la misma pueda tolerar y acompañar las eventuales limitaciones que ellos presentan, evitando así que permanezcan aislados en instituciones asilares de por vida o por largos períodos. Esto implica tanto el trabajo con los pacientes como uno mucha más difícil con la comunidad. (...) Por lo tanto, *desmanicomializar* no consiste en cerrar intempestivamente los hospitales psiquiátricos y obligar impunemente a los pacientes a sobrevivir en la comunidad sin los medios necesarios...” (p. 20-22)

Pedro Lipcovich en su artículo *El debate sobre los institutos porteños de salud mental. No hay manicomios en la ciudad* sintetiza:

“...El investigador Hugo Vezzetti, autor de *La locura en la Argentina*, afirmó que “reducir la desinstitucionalización al mero propósito de acortar los tiempos de internación equivale a decir que no hay que transformar nada: desde el comienzo mismo de los manicomios se sostuvo que la internación no debía prolongarse más que lo necesario”. Para Vezzetti, “está bien usar la palabra ‘manicomio’, que destaca la existencia de un espacio particularmente grave de marginación y segregación. Es un problema que excede el debate técnico psiquiátrico o psicoterapéutico porque constituye un lugar de violación de derechos fundamentales. El camino, según Vezzetti, es “una transformación que culmine con el cierre de los manicomios, reemplazados por formas de asistencia más eficaces, igualmente públicas y provistas por el Estado...” (http://www.radiocolifata.com.ar/pagina_12.htm)

Desde el punto de vista de Galende (1992) la desmanicomialización implica no solo la creación previa de un sistema asistencial alternativo, sino también la reubicación de las personas que actualmente se encuentran

internadas, buscando soluciones específicas para cada caso. Armando Bauleo (1999) por su parte, destaca la idea de una red de espacios terapéuticos distribuidos en un territorio, a través de los cuales los pacientes puedan transitar, rompiendo así con la centralización de la atención mental en una única "institución total" (Goffman, 1984).

A partir de las conceptualizaciones mencionadas hasta aquí, en esta tesis se define el término "desmanicomialización" como un cambio en la concepción de la enfermedad y salud mental y del tipo de tratamiento que se implementa. No consiste en cerrar el edificio del hospital psiquiátrico y obligar a los pacientes a que sobrevivan por sus propios medios en la sociedad. Es un proceso más amplio que involucra la transformación de: 1) la ideología asilar que encierra y custodia al enfermo mental, 2) la conciencia y el comportamiento social que la sostiene y 3) las políticas públicas en Salud Mental que la regulan. Implica la articulación de recursos para una red de atención conformada por hospitales de día, comunidades terapéuticas, casas de medio camino, consultorios externos, salas de internación en hospitales generales de agudos, atención domiciliaria, talleres protegidos, laborterapia, emprendimientos sociales, entre otros. Esto supone rehabilitar y resocializar a los pacientes aquejados de enfermedades mentales, recuperando así vínculos sociales (familiares, laborales y amistades).

Los abordajes terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica se fundamentan en esta conceptualización e intentan desplegar nuevos caminos para la atención de personas con sufrimiento mental. Estos abordajes implican un corte a la cronificación y al hospitalismo de pacientes que permanecen internados en instituciones psiquiátricas durante períodos de tiempo

prolongados. De esta manera, se pretende evitar los efectos de la hospitalización crónica: aislamiento y encierro, pérdida del marco social habitual (especialmente de la familia y de la vida laboral), pérdida de la intimidad y autonomía, pérdida del control de sus actividades cotidianas y de sus decisiones habituales, sometimiento a una dependencia forzosa, desarrollo de una actitud y comportamiento pasivo, despersonalización y estigmatización social. Por lo tanto, se apunta a la reinserción social, familiar y laboral del paciente, recreando los vínculos entre institución y comunidad.

Otra característica fundamental de este tipo de abordajes es el trabajo interdisciplinario, ya que la salud mental requiere de la concurrencia de distintas especialidades y campos teóricos.

Definidos los conceptos básicos que guiarán este trabajo de investigación, a continuación se enumerarán los capítulos que conforman el mismo:

- CAPITULO I. Dispositivo disciplinar de la psiquiatría del siglo XIX: Es una introducción teórica a la concepción de la locura, del tratamiento, de la cura y del rol del psiquiatra, característicos de dicho dispositivo. Este capítulo funciona como contexto descriptivo y analítico a los desarrollos conceptuales posteriores del movimiento antipsiquiátrico, planteado en el capítulo siguiente.
- CAPITULO II. Movimiento Antipsiquiátrico del siglo XX: Es una aproximación a la concepción de enfermedad y salud mental, a los tratamientos y terapéutica y al rol del psicólogo, característicos de este movimiento. Este capítulo contiene los fundamentos a partir de los cuales

se elaboran posteriormente abordajes terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica.

- CAPITULO III. Transformación Institucional del Hospital Escuela de Salud Mental en San Luis: Se desarrollan las características generales del Hospital Psiquiátrico de esta provincia previo a la reforma, los abordajes terapéuticos alternativos a la institucionalización de pacientes psiquiátricos crónicos implementados actualmente y el rol del psicólogo.
- CAPITULO IV. Proceso de Desmanicomialización en Río Negro: Se desarrollan las características generales de los servicios de Salud Mental anteriores a la reforma, los abordajes terapéuticos alternativos a la institucionalización de pacientes psiquiátricos crónicos implementados actualmente y el rol del psicólogo.
- CAPITULO V. Experiencias en Mar del Plata: Hospital de Día del Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.) y Centro de Promoción Social. Se describe el modo de funcionamiento de ambos espacios y algunas de las dificultades que deben enfrentar.
- CAPITULO VI: Experiencias en Necochea: Hospital de Día y Hospital Intermedio del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Taraborelli". Al igual que el capítulo anterior, se realiza una descripción del modo de funcionamiento de estos dispositivos alternativos a la hospitalización crónica.

La metodología de trabajo desarrollada es de carácter esencialmente exploratorio y compilatorio, ya que consiste en el análisis de fuentes bibliográficas primarias y secundarias pertenecientes a autores del campo de la Salud Mental en relación a la psiquiatría moderna y al movimiento

antipsiquiátrico, así como también de la epistemología de la ciencia; y en la recolección y análisis de informes, documentos y revistas de circulación interna de las instituciones investigadas.

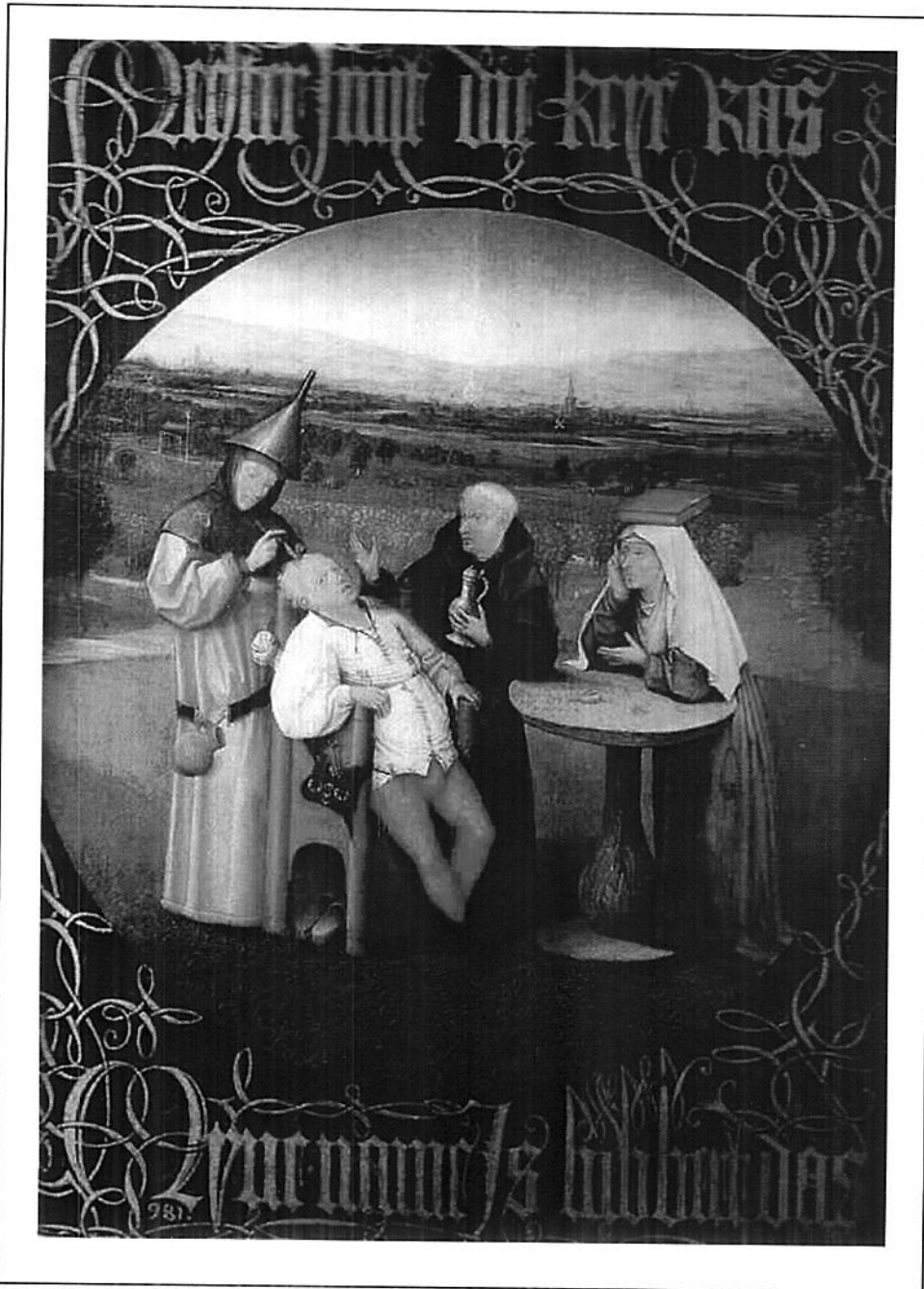
A partir de esta revisión bibliográfica, en los capítulos I y II se formulan ejes temáticos y comparativos para describir el dispositivo disciplinar de la psiquiatría moderna del siglo XIX y el movimiento antipsiquiátrico del siglo XX.

Para la elaboración de los capítulos III, IV, V y VI se realizan entrevistas en profundidad a informantes claves en cada una de las instituciones abordadas y se analiza la información cualitativamente considerando los ejes temáticos propuestos.

El carácter exploratorio de la tesis reside en informar y proporcionar una visión general de los abordajes terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica, que implementan las instituciones que se analizan en esta tesis.

CAPITULO I

Dispositivo disciplinar de la psiquiatría del siglo XIX



CAPITULO I: Dispositivo disciplinar de la psiquiatría del siglo XIX

La psiquiatría del siglo XIX, considerada para esa época moderna, surgió como un conjunto organizado de prácticas médicas, como una nueva disciplina, especialidad dentro de la medicina. Se constituyó a partir de una determinada concepción de la locura propia de la época y del tratamiento de la misma.

A partir del análisis de Michel Foucault (2005, pp.56-59), se comprende al mecanismo de la psiquiatría sobre la base del funcionamiento del poder disciplinario. Consistió en un dispositivo de poder en el cual se anudan elementos tan heterogéneos como discursos, modos de tratamiento, medidas administrativas, leyes, disposiciones reglamentarias, ordenamientos arquitectónicos, etc.

El dispositivo disciplinar de la psiquiatría se caracterizó por:

- a) La captura total del cuerpo, los gestos, el tiempo y el comportamiento del individuo.
- b) Los procedimientos de control constante: por su carácter panóptico que permite la visibilidad absoluta y continua que rodea el cuerpo de los individuos y produce individualización esquemática y centralizada, cuyo soporte e instrumento es la escritura.
- c) Contener en su estructura distributiva y clasificatoria el residuo – el loco- aquel que dentro de una sociedad, es inasimilable a los modos de disciplinamiento escolar, militar, policial, etc.
- d) Producir una serie de enunciados que se presentan como enunciados legítimos y un tipo de discurso que se instituye como verdadero.



Se aborda, entonces, el dispositivo disciplinar de la psiquiatría a través de los siguientes ejes temáticos que resumen los aspectos centrales del mismo: concepción de la locura, tratamientos y cura, rol del psiquiatra, críticas y reflexiones.

Concepción de la locura

A fines del siglo XVIII, surgió en Europa un pensamiento de crítica y reforma de los viejos e inhumanos Hospitales Generales, en el que se sitúa el mito pineliano de “la liberación de los locos de sus cadenas”. A partir de esto, se constituyó el nacimiento del asilo, el cual implicó la separación del loco con respecto a las personas internadas por beneficencia, asistencia, castigo o represión. De esta manera, el naciente alienismo impuso el estatuto de enfermo al loco, que la psiquiatría en tanto ciencia médica, revistió de legalidad.

En el contexto del capitalismo naciente, que en su normativización de la vida, impuso sus condiciones de normalidad y anormalidad, al loco no se le permitió el acceso al estatuto de burgués, ya que se lo consideró incapacitado para establecer el contrato social instituido: no trabaja, no produce, no respeta las normas, no comprende las sanciones. Por esto se buscó sujetarlo con normas y modos distintos que al resto de los miembros de la sociedad (Castel, 1980. p. 25).

A lo largo del Siglo XIX y primera parte del siglo XX, la institución y las prácticas de la psiquiatría no evidenciaron una transformación profunda. La figura emblemática del asilo de alienados, permaneció prácticamente igual. Además, a través de la observación y análisis sistemático de los fenómenos

perceptibles de la locura, los alienistas se dedicaron a la construcción de la nosografía clásica, clasificando y describiendo los cuadros clínicos desprovistos de recursos terapéuticos efectivos. No obstante, dentro del dispositivo disciplinar de la psiquiatría, se produjeron cambios en la concepción de locura, desplegados en diferentes paradigmas psiquiátricos. Georges Lanteri-Laura (1999), distingue los siguientes paradigmas que se caracterizarán brevemente:

Paradigma de la Alienación Mental: fines del siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX. Los autores representativos de este paradigma son: Philippe Pinel, Jean- Étienne-Dominique Esquirol, Etienne-Jean Georget, Jules-Gabriel Francois Baillarger, Wilhem Griesinger entre otros. Para estos teóricos la alienación mental fue considerada como una enfermedad única, es decir, una unidad homogénea de fenómenos claramente diferente de otras enfermedades médicas. La nosografía de este paradigma, clasificó a la locura en grandes categorías, basándose en los síntomas (signos) más notorios y distinguiendo así variedades como la manía, la melancolía, la demencia, el idiotismo, etc. A partir de una concepción organicista, la alienación mental es una perturbación de las funciones superiores del sistema nervioso, sin que se constate daño o lesión material del cerebro. La mente, entonces, como manifestación del funcionamiento del cerebro, está alterada. Por ejemplo, Esquirol definía a la locura como una afección cerebral ordinariamente crónica, sin fiebre, caracterizada precisamente por desórdenes de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad, entendidas estas como las facultades superiores propias del ser humano.

En relación a la causalidad de la alienación mental, se estableció una concepción dualista:

1. Por causas físicas, que son directamente cerebrales (golpes, malformaciones del cráneo) o simpáticas (lesión de un órgano que por su vinculación alcanza al cerebro).

2. Por causas morales, definidas como pasiones intensas y fuertemente contrariadas y prolongadas, junto con irregularidades de las costumbres y del modo de vida, como excesos de todo tipo e intoxicaciones.

Georget, siguiendo los esbozos de Pinel y Esquirol, formuló la siguiente distinción característica de este paradigma: perturbaciones mentales por una causa orgánica conocida y las perturbaciones idiopáticas, que resultan de alteraciones puramente funcionales, cuya causa precisa es desconocida. Se trata de una enfermedad originaria, no derivada de ninguna otra y constituye la locura propiamente dicha.

Con respecto al pensamiento de Pinel, Galende (1990) explica:

“... Sus clasificaciones y descripciones se corresponden con las fuentes filosóficas, médicas y políticas de su época; el papel de la herencia como causa de enfermedad mental surge de los estudios botánicos, las causas cerebrales se piensan desde la medicina (estudios cerebrales), las pasiones intensas y fuertemente contrariadas, los excesos de las costumbres y de los modos de vida provienen de la ideología política de la época...” (p.131)

Se considera importante destacar el pensamiento de Griesinger, que si bien pertenece a este paradigma, introdujo algunas premisas diferentes. La enfermedad única en su evolución va adquiriendo diversas formas de acuerdo a las funciones perturbadas. Dividió el proceso patológico en tres momentos:

1. Frenalgia inicial: al inicio de la afección cerebral aparecen sensaciones e ideas interiores, totalmente nuevas que el individuo desconoce hasta el momento.

2. Reacciones primarias: producción mórbidas de estados emocionales que dominan al individuo y se fijan de manera permanente (ejemplo: melancolía, manía, monomanía exaltada).

3. Reacciones secundarias: estado calmo y sin excitación de los sentimientos en el cual el pensamiento y la voluntad se encuentran falseados (ejemplo: locura sistematizada, demencia parcial y total).

Esta división en reacciones primarias y secundarias, dará lugar a la oposición de enfermedades agudas y crónicas que actualmente persiste en el pensamiento psicopatológico.

Paradigma de las Enfermedades Mentales: segunda mitad del siglo XIX hasta principios del siglo XX. Los autores que inauguran este período son Jean-Pierre Falret y Benedict Augustin Morel. El primero criticó la unidad de la alienación mental del paradigma anterior, postulando que la locura no es una enfermedad única. Se consideró, entonces, a las enfermedades mentales en plural, como especies mórbidas naturales irreductibles unas a otras. Se impuso un estudio detallado, de observación clínica, para construir verdaderas “entidades naturales” y, progresivamente, lo central para el ordenamiento de las mismas fue su etiología.

Morel inició una clasificación basada esencialmente en el elemento etiológico. La nosografía, entonces, se organizó según las causas y no por caracteres externos o síndromes. Estas se dividieron en: causas ocasionales (las más importantes eran las morales) y causas determinantes. Estas últimas

podían ser: locuras por intoxicación (alcoholismo), consecutivas a las neurosis (histeria, hipocondría), simpáticas, idiopáticas o por degeneración hereditaria.

Morel teorizó a la degeneración hereditaria como el prototipo de aquello que mora en el interior del individuo y hace su aparición desencadenando la locura. Es una desviación enfermiza del tipo humano normal, definido este desde una concepción religiosa. Se trata del hombre creado por Dios, en el cual lo esencial es la dominación de lo moral sobre lo físico, de la razón por sobre la pasión. Las enfermedades mentales son el resultado de esta debilidad o degeneración hereditaria. A medida que el germen patológico se transmite, sus efectos se agravan y la estirpe desciende los grados de la decadencia física y moral, llegando a la imbecilidad, la idiotez y la degeneración cretínica.

Durante décadas, la noción de degeneración mental fue fundamental en relación a las etiologías, ya que se trataba de separar las enfermedades mentales de tipo hereditario de las otras.

De esta manera, se sucedieron nosografías de diversos autores, las cuales fueron cobrando mayor importancia, aumentando la publicación de tratados. Tal es así que, Emil Kraepelin, a principio del 1900, organizó su nosografía sintetizando el pensamiento psicopatológico del medio siglo precedente, reemplazando a las antiguas descripciones de inicios del siglo XIX. Formó parte de la escuela organicista y neuropatológica, y desde esta mirada consideró que las enfermedades psiquiátricas son causadas principalmente por desórdenes biológicos y genéticos. Kraepelin, a partir de la 8ª edición de su tratado de psiquiatría, desplegó las nociones de endógeno – exógeno como ejes para la construcción de su nosografía. Las enfermedades mentales son clasificadas según sus causas sean exógenas (se originan en el exterior del

cuerpo como intoxicaciones, infecciones, heridas del cerebro) o endógenas (aquello originario dentro del organismo: la predisposición - herencia de la degeneración moreliana). El sesgo ético-religioso que surgió del pensamiento de Morel quedó oculto por la objetividad científica y aparentemente neutra denominación de endogeneidad. A su vez, Kraepelin diferenció un grupo intermedio de enfermedades mentales exógenas con componente endógeno, a las que concebía como de etiología oscura (enfermedades probablemente auto-toxicas). Uno de los aportes fundamentales de Kraepelin fue la denominación de la demencia precoz. Esta enfermedad presentada como exógena con componente auto-tóxico, aparece ya en la 6ª edición de su nosografía, junto con la paranoia alucinatoria y la demencia paranoide. La demencia precoz se caracteriza por la destrucción de las conexiones internas de la personalidad psíquica, provocando dos grupos de desórdenes: el debilitamiento de las actividades emocionales, que constituyen los resortes de la voluntad, y la pérdida de la unidad interna de las actividades del intelecto, la emoción y la voluntad.

Si bien, los distintos tratados introdujeron interesantes innovaciones, se trata todavía de "entidades mórbidas", no de mecanismos psicopatológicos y esta metodología produce formas con límites confusos e insuficientemente extensivos.

De este modo, desde Esquirol a Kraepelin, las teorías organicistas cubrieron la psiquiatría del siglo XIX. El período del paradigma de las enfermedades mentales hasta aquí desarrollado, insistió en distinguir con claridad las causas de la enfermedad y su esencia misma, desde la determinación orgánica conciliándola con las lesiones de orden moral.

Surgieron diversos autores que realizaron críticas importantes al pensamiento psiquiátrico clásico, ubicando sus ideas en un límite entre este paradigma y el próximo. Por este motivo, resulta importante desarrollar las concepciones de Karl Theodor Jaspers y Sigmund Freud.

El psiquiatra alemán Jaspers con sus postulados, dio lugar a una disputa teórica con Kraepelin, ya que el primero sostuvo que la psiquiatría no podría distinguir efectivamente más que síndromes, en tanto que el segundo afirmó que se hallaría constituida por una cantidad enumerable y finita de enfermedades propiamente dichas.

Desde comienzos del siglo XX se fue desarrollando la corriente denominada psicodinámica, la cual otorgó un lugar importante a la vida afectiva y su capacidad para perturbar el psiquismo en general, planteando la psicogénesis de las enfermedades mentales. Esto puede entenderse como variación en el paradigma etiológico de la época que tiene a lo orgánico como causa fundamental.

Jaspers formó parte de esta corriente psicodinámica, aportando un criterio de clasificación de las enfermedades mentales basado en las nociones de proceso y desarrollo. El proceso implica un cambio patológico profundo, destructivo y crónico de la capacidad psíquica del individuo, hasta ese momento mentalmente sano. La evolución del cuadro resulta incomprensible, ya que es una ruptura irreversible. Su origen puede ser tanto orgánico como psíquico y caracteriza lo que se llamará esquizofrenia. Por otro lado, el desarrollo es una patología que se despliega de un núcleo disposicional, acorde con la personalidad pre-mórbida. Su contenido está en relación comprensible con el acontecimiento original. Jaspers incluyó dentro de esta

categoría las reacciones que tienen una base predispuesta y un estímulo externo que dispara la enfermedad mental. Un ejemplo es la paranoia, en tanto se la concibe como la evolución de un tipo de personalidad denominado “paranoide”.

Freud proviene del campo de la neurología, tuvo una sólida formación científica, estando su práctica y clínica experimental apoyadas en el saber y la exploración de la fisiología cerebral. Comenzó a interesarse por los padecimientos de la histeria, sin encontrar respuestas desde las perspectivas de la época. Su obra atraviesa diversos momentos teóricos. En este trabajo de investigación se destacará la evolución nosográfica y se enumeraran algunos conceptos fundamentales. Tales como representación, afecto, inconsciente, pulsión, represión, que conformaron su primera y segunda tópicos del aparato psíquico: la primera diferencia inconsciente – consciente – preconsciente y la segunda ello – yo – superyó. Además, desarrolló tres modelos pulsionales: en el primero distinguió pulsión de autoconservación y pulsión sexual; en el segundo dividió la pulsión sexual en libido objetal y libido yoica con la introducción del concepto de narcisismo; en la tercera, pulsión de vida y pulsión de muerte.

Para conceptualizar las enfermedades mentales utilizó un nuevo criterio etiológico: la sexualidad, que sostuvo a lo largo de su obra. De esta manera, estableció categorías psicopatológicas que sufrirán modificaciones según los distintos momentos del pensamiento freudiano.

En 1894 Freud publicó *Las neuropsicosis de defensa*, en la cual la caracterización “de defensa” para esta enfermedad mental, fue un intento de Freud de establecer una explicación acerca de su causa. Elaboró su nosografía

basándose en la clasificación de Krafft Ebing. Para este último, la locura obsesionante y la histeria eran consideradas como degeneraciones (constitucionales), en cambio, Freud las ubicó como neuropsicosis de defensa, adquiridas, cuyo punto en común está dado por el mecanismo de defensa que las origina. Este mecanismo consiste en una operación de rechazo de una representación que resulta intolerable al yo. La enfermedad mental psíquica es el producto de una dinámica basada en el conflicto entre tendencias antagónicas, que provocan una disociación de la conciencia, generando con ello la creación de dos grupos psíquicos. Uno de ellos, alejado de la conciencia, intentará acceder a ella adquiriendo dos formas, dentro de las psiconeurosis de defensa: neurosis o psicosis. En la neurosis, la defensa genera la disociación del afecto de la representación, y ésta permanece en la conciencia aislada y debilitada. Incluye a la histeria adquirida, fobias y representaciones obsesivas. En la psicosis, el yo rechaza la representación intolerable junto con su afecto y se conduce como si esta no hubiese llegado a él. Entonces, esta representación intolerable se halla unida a un trozo de la realidad, así el yo no sólo se desliga de la representación si no también de la realidad. Incluye psicosis alucinatoria aguda, y en 1896 en *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*, agregó la categoría paranoia crónica.

En 1906 en *Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis*, Freud plantó la causación sexual de la neurosis. A partir de esto diferenció dos grupos dentro de las neurosis: las neurosis actuales y las psiconeurosis. Las primeras consisten en una perturbación en la vida sexual actual que genera síntomas. No hay un mecanismo psíquico que intervenga, es decir es sin represión. Incluye neurastenia y neurosis de angustia

(posteriormente agrega la hipocondría). Las psiconeurosis son el resultado de la perturbación de la vida sexual durante la infancia, hay un mecanismo psíquico, la represión, que impide el acceso a la conciencia de una representación. Según la vía de formación de síntomas incluye histeria (vía conversiva y vía de angustia) y neurosis obsesiva.

En 1911 en *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementes paranoides) descrito autobiográficamente* Freud desarrolló la tesis del origen sexual de la paronia. A través del estudio del caso Schreber entendió a la paronia como una reacción defensiva ante una tendencia libidinal homosexual. La vía de formación de síntoma es la proyección sin derivación somática o crisis de angustia, pero sí aparecen delirios. Además, para la formación del síntoma tomó el modelo de regresión de Karl Abraham, explicando la parafrenia y paranoia como regresión al estadio de autoerotismo y narcisismo respectivamente. De esta manera, dentro del grupo de las psiconeurosis diferenció neurosis de transferencia (histeria y neurosis obsesiva) y neurosis narcisistas (parafrenia y paranoia).

En 1924 Freud escribió *Neurosis y Psicosis* y *La pérdida de la realidad en neurosis y psicosis*, formulando que en ambas hay frustración, ruptura con la realidad y búsqueda de satisfacciones sustitutivas. La diferencia fundamental es que en las neurosis se conserva la relación con la realidad a través de la fantasía, mientras que en las psicosis se impone una realidad diferente a la compartida a través del delirio.

Paradigma de las Estructuras Psicopatológicas: principios de siglo XX hasta década del 60. La referencia a las enfermedades mentales cedió su paso a la noción de estructuras psicopatológica como paradigma. Su comienzo

puede situarse en torno a 1926, cuando Paul Eugen Bleuler presentó el término esquizofrenia en Ginebra y Lausana, con un nuevo enfoque dinámico del trastorno. Durante este período la teoría de la Gestalt y el Conductismo, constituyeron respuestas críticas a la psicología experimental clásica. Los desarrollos de la Gestalt inspiraron otros campos del saber científico, en particular la lingüística estructural, la neurología globalista y la antropología social, donde la noción de estructura fue el interés central e influyó sobre la psiquiatría dinámica y sobre las concepciones freudianas, retomadas por Jacques Lacan. De esta manera, como ya lo había enunciado el psicoanálisis, el campo de la psiquiatría dinámica estableció definitivamente la oposición de las estructuras neuróticas y estructuras psicóticas, fundando una clínica psiquiátrica más sensible a los dinamismos inconscientes en la causación de la enfermedad.

El desarrollo del pensamiento psiquiátrico en Argentina

La emergencia del orden psiquiátrico en Argentina se afirmó en la segunda mitad del siglo XIX, como consecuencia del gesto liberador de Pinel y con la progresiva normatización de la locura. A partir de 1850 se construyeron los primeros manicomios en la ciudad de Buenos Aires y en 1860 el alienismo afirmó su monopolio en el tratamiento de la locura. Los autores representativos de este período son Lucio Meléndez, Emilio Coni y José Ramos Mejía, entre otros.

La tecnología alienista se convirtió en la lectura hegemónica de los primeros psiquiatras argentinos para sus concepciones sobre la locura; y los preceptos físicos morales se asociaron con las primeras intervenciones dentro

del manicomio. Se conjugaron la etiología natural con el componente moral y se instaló una "verdad científica" sobre la locura-peligrosidad sostenida en una percepción socio-moral que se extendió a toda la sociedad. La locura ocupaba un lugar junto al alcoholismo, la prostitución, las enfermedades venéreas, delincuencia, etc. Lanfranco Ciampi, uno de los alienistas más clásicos opinaba:

"...las enfermedades mentales pueden evitarse: el alcohol, la morfina y la cocaína favorecen, predisponen las enfermedades mentales, (...) ataca la salud del individuo pervirtiendo su carácter, trastornando su inteligencia, conspira contra la tranquilidad y el bienestar del hogar (...) y fomentando crímenes en pobreza y degenera la raza engendrando hijos idiotas, anormales y epilépticos..." (citado por Alberdi, 2003. p.123)

La doctrina de la degeneración de Morel, anteriormente desarrollada, que formula la transmisión hereditaria de los estigmas producto de la decadencia moral, el alcoholismo y la criminalidad, tuvo amplia recepción en nuestro país. Esto obligaba a la preservación de la población de ese proceso racial degenerativo. La sociedad buscó defenderse de ciertos individuos peligrosos y considerando tanto al loco como al delincuente "peligrosos para sí y para terceros" se legitimó su exclusión, en nombre de la seguridad pública.

Hacia principios de siglo XX, se observaba la dominancia formativa de la neuropsiquiatría como por ejemplo, Christofredo Jacob, quien realizó investigaciones neuro-biológicas. Continuaron esta línea anatomopatológica Jose T. Borda y Braulio A. Moyano, trasladando los avances de la anatomía, en el estudio de la fisiología patológica de la locura. Ambos autores consideraban a la locura como enfermedades del cerebro, Moyano transmitía a sus discípulos lo siguiente:

"...Es ridículo pensar que las distintas formas de esquizofrenia sean una misma enfermedad. Entre la esquizofrenia catatónica

y la paranoide hay un abismo. Como no conocemos el substrato anatómico de ellas, nos confundimos y las agrupamos en una sola entidad". (Disponible en: http://electroneubio.secyt.gov.ar/Salomon_Chichilnisky_Historia_Psicologia_Psiq_PARTE_1.htm)

En 1936, Arturo Ameghino puso el acento en una política de profilaxis en el mejoramiento de la raza, afirmando como hipótesis etiológica la degeneración producto de la inmigración y de la no segregación de los incapacitados. Ameghino justificó sus propias ideas socialmente conservadoras, atribuyendo muchos "desórdenes sociales" a causas biológicas más activas en ciertos grupos humanos que en otros. Desde tal creencia, promovió las políticas estatales de exclusión de los inmigrantes provenientes de grupos con mayor prevalencia de rasgos indeseados y la oferta diferencial de las oportunidades y recursos, como defensa "higiénica" para contener el crecimiento demográfico de aquellos rasgos en la sociedad. Este pensamiento se puede considerar como uno de los presupuestos de la genealogía del racismo en Argentina.

En la década del 40 con el peronismo, Ramón Carrillo quien fue nombrado Ministro de Salud, consideró al enfermo mental recuperable como individuo y como ente social. Incluyó no solo las causas médicas y biológicas de la enfermedad, sino las causas sociales. Esto fundamentó una medicina social y una psiquiatría preventiva, la cual consistió en el control de los riesgos y males sociales para detectar la enfermedad mental en sus estados iniciales. Si bien, estas ideas fueron una novedad para la época, la figura de Carrillo resulta controversial, ya que continuó en muchos aspectos con la lógica de los antiguos asilos.

Tratamientos y cura

El estatuto de alienado que recibía el loco permitió la reclusión de la locura en el asilo, por razones estrictamente médicas y se procedió a la minorización de su ciudadanía, ya que se lo declaró en la necesidad de ser tutelado.

Según Foucault (2005), el marco de la cura psiquiátrica de la época, era el resultado de la combinación de una serie de elementos sin proponer una explicación ni una teoría:

1. el aislamiento en el asilo,
2. medicamentos de orden químico o fisiológico: opiáceos, láudano.
3. coerciones propias de la vida asilar: la disciplina, la obediencia a un reglamento, una alimentación determinada, horas de sueño y trabajo,
4. instrumentos físicos de coerción, y por último,
5. una medicación psicofísica, a la vez punitiva y terapéutica, como la ducha, el sillón rotatorio, etc.

1. En relación al aislamiento, la práctica de internación a principios del siglo XIX se fundamentó para Pinel y luego más sistemáticamente para Esquirol y sucesores, en los beneficios terapéuticos del mismo. El tratamiento moral consistió en retirar al loco de sus percepciones habituales que eran causa de su enfermedad para poder controlar completamente sus condiciones de vida y someterlo a la dependencia del médico psiquiatra para su cura. Se consideraba que la mente alterada puede ser nuevamente conducida a la razón con ayuda de la institución curativa. Se sometió al loco a una disciplina rigurosa, progresivamente a la tutela médica y a la ley colectiva del asilo.

El asilo formó desde sus orígenes un dispositivo terapéutico en el cual su disposición edilicia (las paredes, las salas) y su estructura organizativa (los enfermeros, los vigilantes y el médico) fueron elementos que desempeñan papeles diferentes, pero cuya función esencial era producir un efecto de conjunto.

El hospital según Foucault (2005), cura por su carácter de aparato panóptico que se caracterizó por:

a) la visibilidad permanente sobre el loco. Se consideró que el loco debe ser vigilado, y fundamentalmente que, el hecho de saber que siempre lo vigilan, tiene para la locura un valor terapéutico en sí mismo. Es decir, la locura estaba controlada y contenida por la continua observación; en esto residió el principio de la organización arquitectónica de los asilos.

“...el principio de la arquitectura pabellonaria, es decir, pequeños pabellones que según explica Esquirol, deben estar dispuestos sobre tres lados, con el cuarto lado abierto hacia el campo; en la medida de lo posible, esos pabellones así organizados deben tener una sola planta, a fin de que el médico pueda llegar de puntillas, sin ser escuchado por nadie, ni los enfermos, ni los guardianes, ni los vigilantes, y comprobar qué pasa de un solo vistazo...” (p.125)

b) la vigilancia piramidal de las miradas, que consistió en una jerarquía constituida por guardianes, enfermeros, vigilantes y médicos.

“...todos los psiquiatras de la época insisten en ello. Y, en definitiva, todos los relevos de la vigilancia deben converger en esa suerte de saber-poder unitario y absoluto constituido por el médico-jefe...” (p. 126)

c) el principio del aislamiento, que tiene valor terapéutico. Esquirol resumió en 5 condiciones la necesidad de la internación, condiciones por otro lado, que no se reducen a las propiamente médicas:

“... Para justificar el aislamiento de los locos, Esquirol mencionaba 5 razones principales: 1) garantizar su seguridad personal y la de su familia; 2) liberarlos de las influencias externas; 3) vencer sus resistencias personales; 4) someterlos

a un régimen médico y 5) imponerles nuevos hábitos intelectuales y morales..." (p. 393)

d) el asilo actúa en virtud del castigo permanente. Éste consistió en la presencia constante del personal junto a cada loco, o mediante la aplicación de una serie de instrumentos de coerción.

2. Los medicamentos como los opiáceos y el láudano se utilizaron en el siglo XVIII Y XIX para el tratamiento de la locura, considerados unos excelentes medios para calmar la agitación habitual, por ejemplo de los maníacos y los arrebatos pasajeros de los monomaníacos.

3. Con respecto a las características propias de la organización del asilo, como por ejemplo, el reglamento, las horas de sueño y trabajo, Falret describe:

"...¿Qué vemos en los asilos de nuestros días?. Vemos un reglamento positivo, estrictamente respetado, que fija el uso de todas las horas del día y fuerza a cada enfermo a reaccionar contra la irregularidad de sus inclinaciones, para someterse a la ley general (...) El enfermo está obligado a abdicar en manos de una voluntad ajena y a esforzarse constantemente para no incurrir en los castigos asociados a la infracción del reglamento..." (Foucault, 2005. p.168)

El trabajo se consideraba desde una doble perspectiva: terapéutica y disciplinaria (aislamiento y orden respectivamente). Pinel argumentó:

"... Un trabajo constante cambia la cadena viciosa de ideas, fija las facultades del entendimiento al hacerlas ejercitarse, alimenta por sí solo el orden en un agrupamiento cualquiera de alienados y dispensa de una multitud de reglas minuciosas y a menudo vanas para mantener la vigilancia interna..." (Foucault, 2005. p.169)

4. A principios del siglo XIX, en los asilos, aparecieron instrumentos denominados ortopédicos, cuya función era el enderezamiento y el adiestramiento del cuerpo:

"... hubo toda una serie maravillosa de instrumentos: la silla fija, es decir, fijada a la pared y a la cual se ataba al enfermo; la silla móvil, que se movía al compás de la agitación del enfermo; las esposas; los manguitos; la camisa de fuerza; el traje con forma de guante, que apretaba el cuello del individuo y lo ceñía

a fin de que mantuviera las manos contra los muslos; los fétetros de mimbre en los cuales se encerraba a los individuos y los collares de perro con puntas bajo el mentón..." (Foucault, 2005, pp. 129/130)

Estos aparatos corporales se caracterizaron por ser de acción continúa; por tener efecto de autoanulación, es decir, cuando se retira el aparato el efecto está inscripto en el cuerpo, por lo tanto después de una aplicación progresiva resultan inútiles; y por último, debían ser aparatos homeostáticos: cuanto menos resistencia se les opone menos se los siente; a la inversa cuanto más se les intenta escapar mayor es el sufrimiento. Por ejemplo, la camisa de fuerza consistió en que cuanto más se resiste el loco más se estrangula.

5. Por último, la medicación psicofísica se consideraba como instrumento de tratamiento y condicionamiento a la vez. Por ejemplo, el sillón rotatorio es aplicado al tratamiento de la locura por Mason Cox:

"... Considero que se lo puede utilizar tanto en el plano oral como en el plano físico, y emplearlo con éxito, no solo como un medio de alivio sino como un medio de disciplina, para poner al enfermo en un estado más flexible y dócil..."(Foucault, 2005, p.169)

En general psiquiatras como Pinel, Esquirol, Falret, Morel, Kraepelin, entre otros, tendieron a aplicar para la cura de la alienación mental tanto tratamientos físicos como morales. Para Griesinger, como ya se mencionó anteriormente, resultaba importante diferenciar las formas primarias de la locura curables por medio del tratamiento moral, de sus formas secundarias incurables. Para Kraepelin las enfermedades mentales con causación interna eran incurables y el tratamiento solamente estaba orientado a calmar los síntomas y la agitación, y a evitar por medio de la reclusión asilar, los eventuales perjuicios de la locura.



De esta manera, las técnicas y procedimientos que se aplicaron en la estructura asilar como el aislamiento, el interrogatorio privado o público, las duchas, las conversaciones morales, la disciplina rigurosa, el trabajo obligatorio, las recompensas preferenciales entre el médico y algunos enfermos, se fundamentaron en una concepción médica de la locura vinculada con las percepciones de normalidad y anormalidad de la época; de las cuales los distintos paradigmas psiquiátricos eran representantes.

Tanto el pensamiento de Jaspers como el de Freud se diferenciaban de los postulados psiquiátricos de la época en relación al tratamiento, ya que consideraban que el conocimiento de las enfermedades mentales es accesible a través de la palabra del paciente. Así, se dio lugar a la comprensión fenomenológica de lo patológico, relacionando la vivencia y la historia del enfermo con el síntoma psíquico.

Además, Freud, si bien convivió con los tratamientos propios de la estructura asilar, creó una terapéutica diferente. Diversos autores señalan que la escucha freudiana reconoció en el discurso del loco su verdad y en la producción de ese discurso la posibilidad de una cura. Es decir, Freud intentó ir más allá de la psiquiatría al preguntarse por el sentido del síntoma, entendido como signo de la enfermedad y adquiriendo la forma de un enigma a descifrar. Esto implicó realizar un trabajo que Freud (1916-1917) designó tratamiento analítico, el cual posibilita la emergencia de ese sentido oculto que se encuentra en el inconciente (instancia psíquica), y que opera en la causación del síntoma:

“... aquello de lo cual nos valemos no puede ser sino la sustitución de lo inconciente por lo consciente, la traducción de lo inconciente a lo consciente. Justo, eso es. Al hacer que lo inconciente prosiga hasta lo consciente, cancelamos las represiones, eliminamos las condiciones para la formación de

síntoma y mudamos el conflicto patógeno en un conflicto normal que tiene que hallar de alguna manera su solución. No otra cosa que esta transformación psíquica provocamos en el enfermo: hasta donde ella alcanza, hasta ahí llega nuestro auxilio...” (p. 395)

El tratamiento psicoanalítico se caracteriza en líneas generales, por la utilización del diván, el cual implica una posición espacial que impide el contacto cara a cara entre paciente y analista. Esto favorece las siguientes reglas del método: asociación libre del paciente y atención flotante del analista. La primera consiste en que el paciente comunique sus pensamientos sin censura (sin crítica y selección previa) y la segunda se trata de que el analista mantenga una atención parejamente flotante, escuchando el relato sin fijarse en ideas o en un fragmento particular. De esta forma, el analista debe volver hacia el inconciente emisor del enfermo su propio inconciente, como órgano receptor. Así el médico se sirve de su inconciente como instrumento del análisis. Desde el comienzo del tratamiento, el paciente transfiere sentimientos y deseos inconscientes que actualiza sobre la figura del analista. Se trata de una repetición de prototipos infantiles vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Puede presentarse como una transferencia positiva (inclinación tierna) o negativa (mociones hostiles). En ambos casos, se intenta demostrarle al paciente que tales sentimientos son una repetición y no valen para el médico. Se muda esta repetición en recuerdo y la transferencia resulta así un instrumento para la cura.

El desarrollo de la teoría y técnica psicoanalítica podría considerarse como un tiempo de “des-psiquiatrización”, aunque no implicó una crítica y ruptura con la institución asilar de la época, como lo demostrará posteriormente el movimiento de reformas antipsiquiátricas.

Con la aparición del psicoanálisis y el descubrimiento de los psicofármacos (primer neuroléptico, la clorpromazina, a mediados de 1950), se generaron en poco tiempo nuevos cambios paradigmáticos en los tratamientos psiquiátricos. Diversas cuestiones ideológicas y económicas crearon un clima de debate y confrontación con respecto a los tratamientos, como por ejemplo: psicoterapia versus psicofármacos; internación versus tratamiento ambulatorio.

Tratamientos en la Argentina

En Argentina, se constituyó un movimiento de higienistas y alienistas, que fueron los primeros en argumentar a favor de la ampliación del concepto de salud pública, para el tratamiento de problemas sociales como los efectos no deseados del proceso inmigratorio, la delincuencia, la locura, el anarquismo, entre otros. Para dar respuestas se construyeron hospitales y patronatos con el objetivo de control y reforma social. Se reconoce en el surgimiento de estas instituciones específicas la convergencia entre dispositivos jurídicos, educativos y políticos siendo que cada disciplina reconoce un objeto particular de su intervención: el alienismo para el loco y el manicomio; la criminología para el delincuente, etc.

A partir de esto, se inauguraron el Hospicio de las Mercedes para mujeres en 1854 y el Hospicio para Hombres en 1863. La psiquiatría naciente representada por Meléndez, Coni y Ventura Boch compartió hasta larga data la administración y el gobierno del asilo con la llamada Sociedad de Beneficencia y Filantrópica. Esta conjunción se refleja en las características de los tratamientos aplicados en los hospicios.

Hugo Vezzetti (1985) describe que en nuestro país se adoptó el tratamiento moral como medio de cura. La regulación moral de la conducta consideraba al trabajo como una condición de la cordura, pero en un marco unido al papel de la religión y la presencia protagónica de las monjas. De este modo, se integraban los hábitos morales de laboriosidad con prácticas religiosas. Entonces, en esta etapa inicial de los hospicios, prevalecía una concepción de raíz religiosa sobre la locura, entendiéndola como una suerte de pecado del cual sería posible sustraerse con la fuerza de voluntad, el trabajo y la oración. Durante esos años quedó relegada la función médica, ya que por un lado, realizaban visitas breves a los internados y por otro lado, la administración de los hospicios carecía de médico director (primeros años del Hospicio de las Mujeres).

En 1876 Meléndez se hizo cargo de la dirección del Hospicio de Hombres y con él la doctrina y la tecnología del alienismo inspirado en Pinel y Esquirol, se consolidó en el espacio manicomial.

El tratamiento moral era considerado un dispositivo sugestivo, es decir, una técnica que incluye compasión y rigor, comprensión y castigo, persuasión y represión física. Por ejemplo, un caso diagnosticado por Meléndez de manía aguda fue tratado por medio de baños de duchas frías para, según el psiquiatra, "robar un poco de calor a ese cerebro en completa ebullición nerviosa y sanguínea" (Vezzetti, 1985, p.61). El objetivo del tratamiento era la interiorización de un orden racional por medio de un programa de educación y obediencia. La buena conducta se estimulaba por un sistema de recompensas como salidas fuera de la casa, vestimenta nueva, mate, cigarrillos, etc.

El asilo permitía infundir orden en la separación y aislamiento de los distintos cuadros que hasta entonces se mezclaban y confundían sus caracteres. Esto exige el aislamiento recíproco de los internados según criterios psiquiátricos (crónicos-agudos, tranquilos-agitados), económicos (pensionistas y no pudientes) y morales (colaboradores y rebeldes). También se impuso el aislamiento respecto del mundo exterior, sobre todo de la familia. La secuestación era un requisito y el espacio manicomial no solo reemplaza a la familia sino que se postuló como el paradigma de la familia virtuosa y verdadera.

Se destacó la virtud terapéutica del trabajo sistematizado, ya que se lo consideraba el remedio adecuado para la exaltación de las pasiones porque las fija a una actividad socialmente valorada. Así, los locos realizaban labores de construcción y ampliación de secciones propias de cada hospicio, se los distribuía para trabajar en plantaciones de árboles, jardinería, limpieza, entre otros. Además, se fundaron talleres de carpintería, herrería, escobería, colchonería, etc.

Se considera importante destacar que tanto los desarrollos de Domingo Cabred, quien fundó en 1899 la Colonia Nacional de Alienados "Open Door", como de Gonzalo Bosch, quien en 1931 realizó una crítica de las condiciones y asistencia del asilo como institución, se profundizarán en el capítulo siguiente como antecedentes del movimiento antipsiquiátrico en Argentina. Por su parte, Cabred reemplazó y continuó la obra de Meléndez, realizando variaciones en el tratamiento de la locura: trabajo agrícola, énfasis en el papel terapéutico del medio ambiente, interrogatorio de exploración, beneficios morales sin aplicar métodos represivos y de vigilancia.

Por otro lado, partiendo del esquema de Carrillo, las Colonias y los Hospitales pasaron a presentarse a la sociedad como Hospitales Psiquiátricos. En su gestión resolvió los principales problemas de la asistencia psiquiátrica: aumento de la capacidad hospitalaria, construcción de nuevas instituciones, coordinación de las distintas jurisdicciones. De esta manera, los distintos sectores sociales accedieron a la salud pública y gratuita. Sin embargo, en lo concerniente a los tratamientos se mantuvo la tecnología asilar, corporizando un sector "aliancista" dentro de cada neuropsiquiátrico. Se cerraba con Carrillo la etapa de institucionalización del orden psiquiátrico en la Argentina.

Rol del Psiquiatra

El saber psiquiátrico se inscribió dentro del campo médico, tomó su forma, su figura en el cuerpo mismo del psiquiatra. Las tareas del médico del asilo eran el diagnóstico y la clasificación, y fundamentalmente enunció la verdad de la enfermedad por el saber que tiene sobre ella. De esta manera, Foucault (2005) advierte que es el psiquiatra quien puede producir la enfermedad mental y someterla a la realidad en función del poder que ejerce sobre el enfermo.

“... del personaje médico el “amo de la locura”: quien la hace aparecer en su verdad (cuando ella se oculta, cuando está enterrada o silenciosa) y quien la domina, la apacigua y la reabsorbe luego de haberla desatado con su ciencia...” (p. 388)

Según Galende (1990), el psiquiatra no desarrolló un rol principalmente terapéutico, sino que su función esencial en el asilo era la de ejercer el control y la custodia de los enfermos internados, los ingresos, las condiciones y reglamentos del internamiento, los egresos, etc. La profesión psiquiátrica tuvo una estructura de jerarquías, ya que alrededor del médico había una serie de

auxiliares como por ejemplo los vigilantes, los enfermeros, entre otros que aseguraban el sistema de poder asilar.

El rol del psiquiatra en el tratamiento moral resultaba esencial para la cura del alienado, ya que éste se encontraba aislado de su medio ambiente perjudicial y sólo bajo la influencia del psiquiatra (quien representaba el modelo a seguir por sus cualidades morales y físicas). Además, según Esquirol el psiquiatra generaba confianza y afecto en el alienado con el objetivo de cambiar el encadenamiento vicioso de sus ideas. Foucault (2005) describe las características de la figura del médico psiquiatra requerido para la época:

“...un hermoso físico, es decir, un físico noble y varonil, es a caso, en general, una de las primeras condiciones para tener éxito en nuestra profesión: es indispensable, sobre todo frente a los locos, para imponérseles. Cabellos castaños o encanecidos por la edad, ojos vivaces, un continente orgulloso, miembros y pechos demostrativos de fuerza y salud, rasgos destacados, una voz fuerte y expresiva: tales son las formas que en general, surten un gran efecto sobre los individuos que se creen por encima de todos los demás...” (p. 18/19)

Según Pinel, para el tratamiento moral es indispensable la presencia del médico:

“... el tratamiento moral es el arte de subyugar y domesticar por así decirlo, al alienado poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas...” (Foucault, 2005, p.24)

Por lo tanto, y siguiendo a Foucault, el asilo era un dispositivo para curar en el cual el accionar del médico se confunde por completo con la acción de la institución, los reglamentos y los edificios.

Rol del Psiquiatra en Argentina

En Argentina, se reiteraron las características del rol del psiquiatra anteriormente desarrolladas. Así, la conformación del espacio manicomial encarada por Meléndez, y basada en los valores del alienismo, requirió al psiquiatra como figura de autoridad, quien va a influenciar al enfermo mostrándose como modelo de buena conducta y cordura a seguir. En líneas generales el psiquiatra era considerado como padre, juez y familia, produciendo la afirmación instrumental de su gobierno en el interior del asilo.

Críticas y reflexiones

Las críticas al dispositivo disciplinar propio de la psiquiatría al funcionamiento y estructura manicomial, se pueden sintetizar por medio de diversos aspectos: las implicancias éticas en relación a los derechos humanos, las consecuencias de la institucionalización asilar, ciertas limitaciones en los tratamientos y consideraciones epistemológicas.

Una primera reflexión refiere a la violación de los derechos del hombre en el hospital psiquiátrico. En el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹, en su artículo 3 se establece que *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*; este derecho se encuentra vulnerado, por ejemplo, en las internaciones sin plazos ni objetivos definidos. El artículo 5 *“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”* está afectado por determinadas prácticas del asilo como castigos corporales, maltrato psíquico, humillaciones y

¹ ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos. [En línea] [Consultado 1 de Agosto de 2007] 1948-1998. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

amenazas, encierro en habitaciones aisladas en condiciones indeseables, asignación de tareas de limpieza y trabajo obligatorio.

A su vez, la Resolución 46/119-91 de las Naciones Unidas², desarrolla principios para la protección de los enfermos mentales y declara 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 y resguardar su intimidad”*. En la vida asilar el enfermo mental pierde su intimidad y autonomía, ya que por ejemplo, su vestimenta, alimentación, horarios, salidas o entradas, sexualidad dependen de otros.

Una segunda reflexión, se relaciona con las características inherentes a la estructura asilar. A partir de los desarrollos de Goffman (1984), se argumenta que la internación prolongada de los locos o enfermos mentales en el hospital psiquiátrico, genera determinadas consecuencias psicosociales:

- Aislamiento y encierro: separación del marco social habitual, especialmente de la familia y de la vida laboral, lo cual implica pérdida de lazos con los grupos de pertenencia e identificación. De esta manera, el enfermo mental al ingresar al asilo se encuentra con distintas pautas culturales a las cuales debe adaptarse.
- Imposición del marco institucional asilar: sistema de normas, reglas, privilegios y castigos a los cuales el enfermo mental debe obedecer.
- Despersonalización: el alienado es sometido a una serie de procesos que impactan en su identidad subjetiva, es decir, anulación del rol social, degradaciones, humillaciones en el trato con los superiores, desposeimiento de

² Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Resolución 46/119. [En línea] [Consultado 1 de Agosto de 2007] 1991.

Disponible en: http://www.geocities.com/leydiscaperu/protec_enfer_ment.htm

objetos personales, uniformización, imperativos de confesar la vida privada en público, control de movimientos, violaciones de la intimidad, castigos y amenazas, etc. Por ejemplo, en relación al sistema de salas, la asignación a la misma implica la expresión de su nivel general de socialización y de su status como persona. Es decir, permanecer en las peores salas, impacta en la imagen de sí mismo ya que consiste en una desacreditación continua.

- Pérdida de autonomía: consiste en la pérdida de control de sus actividades cotidianas y de sus decisiones habituales (vestimenta, horarios de alimentación, etc.), sometimiento a una dependencia forzosa, desarrollo de una actitud y comportamiento pasivo.

- Estigma social: es el conjunto de actitudes y prejuicios que genera la enfermedad mental. Se puede ejemplificar con la habitual idea de que los locos no sirven para trabajar y producir, resultando una carga para la sociedad, que son desordenados e imprevisibles, problemáticos en su relación con otros y peligrosos, capaces de transgresiones sexuales y robo.

- Desculturación: se trata de un desentrenamiento que incapacita al alienado temporariamente, para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a él y en el momento que lo haga. Es decir, es la pérdida para adquirir los hábitos que corrientemente se requieren en la sociedad en general.

Una tercera reflexión refiere a los límites del tratamiento y terapéutica asilar durante este período. El tratamiento que se implementa en el asilo manifiesta sus limitaciones cuando las internaciones prolongadas, como terapéutica fundamental, generan cronificación y hospitalismo. Entonces, se agrega a la patología alteraciones a nivel de relaciones afectivas, laborales y

sociales. La cronificación produce abulia, pérdida de autonomía, monotonía, automatización, empobrecimiento de los recursos y creatividad, estereotipia, marginación y aislamiento. Por lo tanto, contribuiría a la estigmatización social y fortalecería la idea de incurabilidad.

Además, según Foucault (2005), la terapéutica asilar se caracteriza por la ausencia de fundamentación teórica, en el siguiente sentido:

“...ninguno de esos discursos, ni el nosográfico ni el anatomopatológico sirvió de guía en la formación misma de la práctica psiquiátrica. (...) No hubo verdades teóricas de la curación y ni siquiera tentativas de explicación de éstas; no hubo sino un corpus de maniobras tácticas, gestos por hacer, acciones y reacciones por desencadenar, cuya tradición se perpetuó a través de la visa asilar. (...) Corpus de tácticas, conjuntos estratégico: eso es todo lo que puede decirse de la manera misma de tratar a los locos...” (p.195-196)

Por lo tanto, en las nosografías psiquiátricas elaboradas, la causalidad supuesta y nunca demostrada de las enfermedades mentales, invistió de científicidad a la medicina mental. Galende (1990) explica que esto ha servido para legitimar y encubrir la función social de la psiquiatría: vigilar la norma social, excluir al enfermo, custodiar a los segregados, etc.

“...la responsable de estas instituciones, los fundamentos del encierro de los enfermos, de los tratamientos represivos, no es la teoría psiquiátrica; ésta solo legitima una práctica social de segregación y custodia de los sujetos considerados enfermos. Es esta práctica a la que podemos considerar como una política, la que se encubre con los supuestos saberes de la medicina o de la filosofía...” (p.93)

Por último, el dispositivo disciplinar psiquiátrico del siglo XIX, presenta puntos críticos en su posición positivista. Galende (1990) advierte los límites de tal perspectiva epistemológica:

- Las teorías psiquiátricas no definen un objeto formal, no construyen un lenguaje propio y preciso, ni producen su método de investigación, lo cual

implica mantener un nivel de descripción y clasificación de los fenómenos, sin una conceptualización o formalización de los mismos;

- Las teorías psiquiátricas de la enfermedad mental partieron de los saberes médicos y filosóficos de la época, es decir, no se construyeron desde la experiencia e investigación con los enfermos de la cual surgieran los conocimientos necesarios para abordarlas. La única práctica que la psiquiatría fundamentó en sus teorías fue el diagnóstico, la clasificación exhaustiva y renovada de las enfermedades mentales. Esto refleja la distancia entre teoría y práctica de este período;

- La psiquiatría positivista del siglo XIX (y del XX) es objetivista ya que considera que las enfermedades mentales, como las “cosas”, están desde siempre en el mundo exterior. Es necesario, entonces, el progreso del conocimiento para lograr su comprensión definitiva. De esta forma, no se contempla la dimensión histórica tanto de la enfermedad como de las teorías sobre la misma;

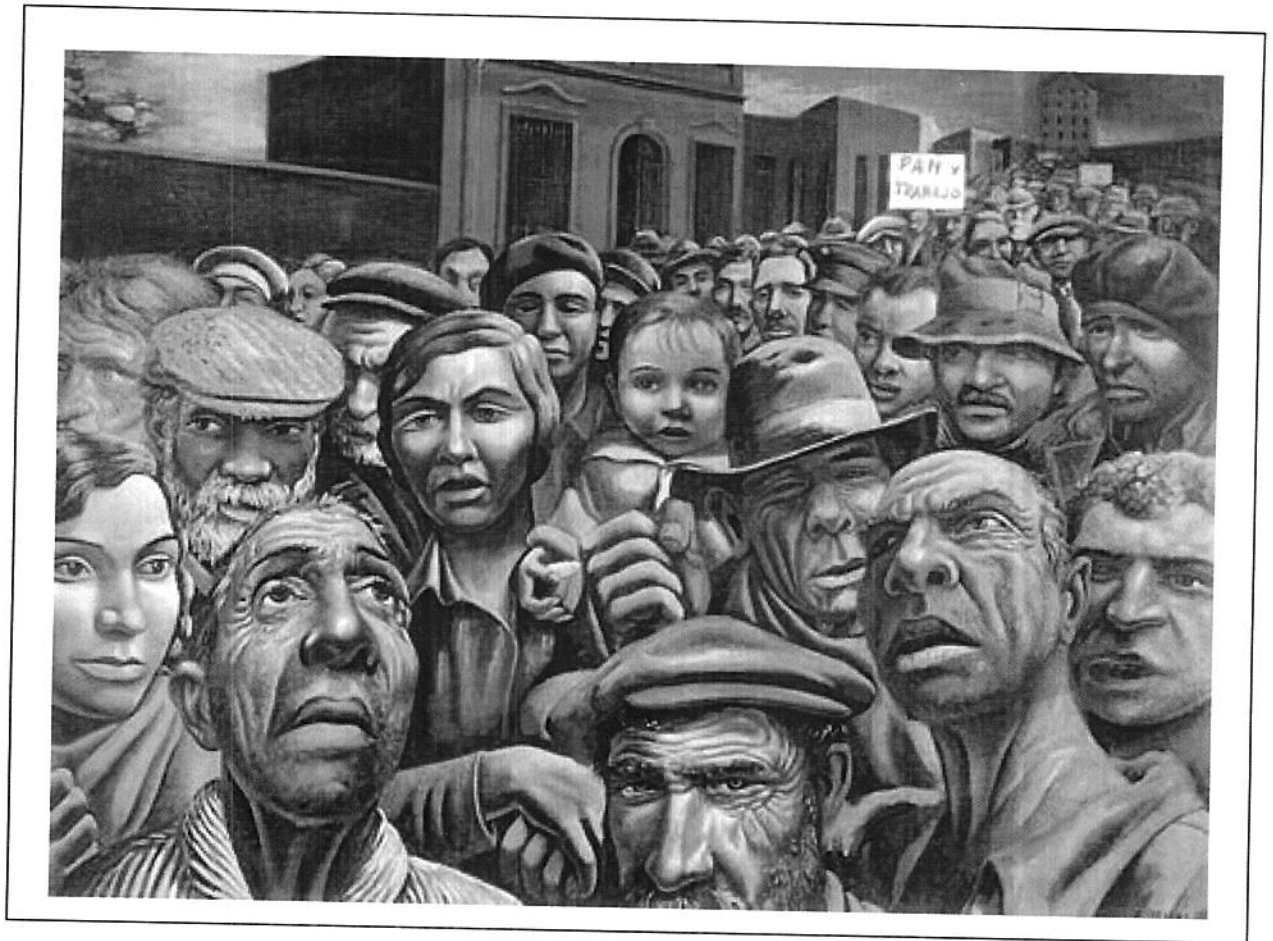
- Las inconsistencias teóricas se compensaron con los intentos de crear una ciencia natural para la enfermedad mental, que unificara las nosografías (Kraepelin con sus ocho tratados). Esta síntesis se realizó por vía acumulativa, basada en la ilusión empirista que supone que la suma de observaciones minuciosas y descripciones precisas, las clasificaciones más exactas y exhaustivas, permiten construir el edificio teórico acabado de la psiquiatría moderna.

- Se pensó a la causalidad desde teorías físicas porque pretendían hallar en los procesos mentales las mismas leyes que rigen los procesos de la

naturaleza. Por ejemplo, el pensamiento organicista y genético de Kraepelin previamente enunciado.

CAPITULO II

Movimiento Antipsiquiátrico del siglo XX



CAPITULO II: Movimiento Antipsiquiátrico del siglo XX

Durante el desarrollo de la psiquiatría de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, se advierten alternativas aisladas al modelo asilar, que conformaron los antecedentes del movimiento antipsiquiátrico de mitad del siglo XX.

a) A finales del siglo XIX surgió en Inglaterra un nuevo modelo de colonia Open Door creado por Conelly. Se propuso como dispositivo alternativo al asilo pineliano, ya que priorizaba el trabajo en un régimen de puertas abiertas de mayor libertad. Se basaba en el “método de no restricción” que suprimía la coerción física como una de las prácticas centrales del tratamiento asilar. La idea principal era el reencuentro con la naturaleza como medio terapéutico, generando un ambiente paternalista y filantrópico. Esta experiencia se extendió a Alemania con Wilhelm Griesinger y Warendorf y a Francia con Toulouse y Serieux. No obstante, estas reformas presentaron limitaciones, ya que las prolongadas internaciones en instituciones situadas lejos de los centros urbanos de las personas que padecían sufrimiento psíquico y su alejamiento de los vínculos familiares y sociales, contribuían al aislamiento haciendo más difícil la posibilidad de reinserción.

b) A principios del siglo XX apareció el movimiento de “Ligas de Higiene Mental” desarrollándose principalmente en Estados Unidos y creado por el psiquiatra Adolf Meyer junto a un ex paciente, Clifford Beer. Denunciaban los tratamientos inhumanos que sufrían los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos, a partir de estudios sobre los principales problemas en la administración de los mismos. Propusieron cambios radicales en la asistencia

tales como: la promoción de valores psíquicos positivos y no mera ausencia de enfermedad, mayor énfasis en la prevención de re-internaciones y en el cuidado de los niños, una ideología social sobre las condiciones del bienestar y campañas de concientización en la opinión pública sobre los factores sociales y ambientales que determinaban la aparición de las enfermedades mentales. Este movimiento llevó a la descentralización de la asistencia psiquiátrica y a la creación de nuevas instituciones, las Ligas, que pasaron a reemplazar a las Sociedades de Beneficencia en la defensa y asistencia de los enfermos mentales.

c) Las experiencias de las colonias más el pensamiento de Herbert Simon, se fusionaron en una especialidad denominada ergoterapia. Esta consistió en retomar la idea de sociabilidad por medio de recursos labor-terapéuticos. Además, el trabajo servía para el mantenimiento y refacción del asilo, regulando el trabajo diario del paciente. Sin embargo, estas actividades no crearon una situación de trabajo real, ya que contribuían a la reproducción institucional y determinaban una relación de dependencia y objetivación.

En Argentina, como antecedente del movimiento antipsiquiátrico, se encontraba el pensamiento de Domingo Cabred, quien fundó varias de las actuales colonias de rehabilitación en diferentes puntos del país. Basadas en el modelo de Conelly, se consideraron como alternativas a la función cronificante del hospicio y a través del trabajo una posibilidad de brindar rehabilitación. Cabred creó la llamada Colonia Nacional de Alienados Open Door en 1899 según el sistema inglés de puertas abiertas. Los ideales de la institución quedaron expuestos en el discurso inaugural:

“...Esa población vivirá en pequeñas y risueñas villas de puertas abiertas, sin muros y sin rejas, sencillas, confortables,

de reducido costo, adaptadas al clima de nuestro país, diseminadas en parques y jardines y en las que nada recordará el inútil y perjudicial secuestro a que están sometidos hasta hoy, en nuestros asilos, los alienados sin excepción de sexo ni de clase de locura...." (citado por Alberdi, 2003. p.129)

Las colonias se caracterizaban por el siguiente funcionamiento:

- Organización de la vida cotidiana, que comprendía dos partes fundamentales: la vida asilar de aquellos que necesitaban de vigilancia continua, aislamiento pasajero o un tratamiento médico especial; y el trabajo agrícola propio de las puertas abiertas, que era destinado a la mayoría de los alienados y que permitía utilizar las aptitudes de los enfermos.
- Papel central del trabajo como instrumento terapéutico. Se procuró realizar trabajos agrícolas, ya que el cultivo de la tierra era considerado la tarea más higiénica, ofrecía ocupaciones variadas (división de tareas) y era una fuente importante de recursos. Además, constituía una parte esencial del tratamiento moral.
- Papel del medio ambiente como sinónimo de amplitud y espacio abierto, que conjugaba libertad con vigilancia. Se estableció el principio de vida en comunidad, disminuyendo el número de celdas y aumentando actividades de entretenimiento que favorecían al ánimo de los enfermos.

En 1931, Gonzalo Bosch fue considerado como el informador del estado de los manicomios, ya que formuló críticas importantes sobre el funcionamiento del Hospicio de las Mercedes y del Hospital Psiquiátrico de Rosario y adoptó medidas para modernizar este último. Algunas de las críticas que elaboró se referían a: el hacinamiento de los enfermos, la insuficiencia de la asistencia médica, de enfermeros y ayudantes, la falta de higiene en general, centralización de la asistencia psiquiátrica, entre otras. Por otro lado, creó

nuevos dispositivos (influenciado por el movimiento de higiene mental norteamericano) con el objetivo de proteger al enfermo que salió curado e impedir que cayera en la re-internación y también para el tratamiento preventivo de los problemas mentales que evitaría la internación de muchas personas. Por ejemplo, consultorios, dispensarios, preventorios y patronatos psiquiátricos.

En 1943 se creó en la provincia de Santa Fe, una de las primeras colonias dependientes del gobierno provincial, llamada Colonia Psiquiátrica de Oliveros. Esta fue iniciada por el médico sanitarista Irigoyen Freyre para el tratamiento de los enfermos crónicos y su rehabilitación mediante la laborterapia, con tratamiento familiar a cargo del servicio social.

La emergencia de los movimientos de reforma psiquiátrica en Europa y Estados Unidos fue posible a partir de diversos acontecimientos, que autores como Galende (1990) y Alberdi (2003) describen. El marco socio-histórico del cual surgió la antipsiquiatría se caracterizó, fundamentalmente, por las consecuencias que trajo la 2ª guerra mundial (1945):

a) La reformulación del contrato social, el cuál debía asegurar la provisión de seguridad social y económica para los ciudadanos y particularmente para las víctimas de la guerra. Esto se manifestó en las reformas estatales influidas por las ideas del economista Keynes, quien propuso para el Estado un rol económico y socialmente activo. Se trataba de conjugar el consumo popular, posible en una coyuntura de pleno empleo y la inversión estatal en servicios sociales, entendida ésta como un mecanismo para lograr mayor equidad social.

b) La destrucción de las organizaciones de salud en los países de Europa (reducción de recursos humanos, cobertura y financiamiento) y el

aumento de la demanda de atención psiquiátrica, implicaron la necesidad acelerada de reconstruir los sistemas institucionales de asistencia a pacientes psiquiátricos, generando reformas en los mismos.

c) El crecimiento de posturas y pensamientos humanistas incidió en una revalorización de los procesos sociales y las problemáticas de la subjetividad. Se promovió un re-descubrimiento de lo humano.

d) El ascenso de sectores populares, progresistas y democráticos a los gobiernos de Europa, que involucraron a nivel estatal las cuestiones de innovación en salud.

A partir de la rehabilitación de las víctimas de la guerra, el paciente psiquiátrico también era reconocido como pasible de re-inserción social e inclusive laboral. Así, este nuevo contexto, que priorizó la recuperación e integración social, contrastaba con el orden asilar de aislamiento y exclusión. Se generó un clima social que exigía la toma de conciencia y denuncia de la situación manicomial, posibilitando la elaboración de objetivos alternativos. De esta manera, comenzaron a desarrollarse con mayor énfasis diversas experiencias institucionales como las comunidades terapéuticas, la psicoterapia institucional, la psiquiatría social, con legitimación administrativa y dentro del ámbito de la salud pública.

Las corrientes de reforma psiquiátrica fueron diferenciándose básicamente por: a) las modalidades estatales de protección social para la asistencia sanitaria y su vínculo con la atención psiquiátrica que desplegó cada país. Es decir, formas de financiamiento, nivel de cobertura, programas de salud que fueron más o menos inclusivos, con circuitos que favorecían procesos de autonomía y rehabilitación y b) las distintas búsquedas de

alternativas al manicomio, otorgando prioridad a la transformación asistencial de la institución asilar o planteando directamente el cierre del manicomio como requisito para la reforma.

De esta manera, la década del '50 se caracterizó por apuntar a la modernización de la medicina psiquiátrica, devenida salud mental pública y su reestructuración asistencial, con perspectivas de integración social de los enfermos mentales. Mientras que en la década del '60, se expresaron las críticas más radicales al dispositivo asilar de la psiquiatría clásica, generándose el período más contra-institucional.

El movimiento antipsiquiátrico, entonces, cuestionó la noción misma de enfermedad mental y a la propia psiquiatría, considerando sus intervenciones como iatrogénicas y alienantes. La antipsiquiatría instaló la crítica contra la institución asilar como lugar que despliega mecanismos de poder, los cuales determinan la relación psiquiatra- enfermo mental. Foucault (1990, p.80) explica que “las relaciones de poder constituyen el *a priori* de las práctica psiquiatrica: condicionan el funcionamiento de la institución manicomial, distribuyen en su interior las relaciones entre los individuos, rigen las formas médicas de intervención” Desde esta perspectiva, la reflexión antipsiquiátrica puso en evidencia las relaciones de dominación institucional del manicomio problematizándolas y cuestionándolas.

El movimiento antipsiquiátrico tuvo diversos representantes:

- la psiquiatría comunitaria en Estados Unidos y las repercusiones de la Ley Kennedy (1963);
- la creación de la política del sector en Francia y el psicoanálisis institucional francés;

- las comunidades terapéuticas de Maxwell Jones y Wilfred Bion en Inglaterra;
- el pensamiento de los ingleses David Cooper y Ronald Laing;
- la política de desintitucionalización en Italia con Franco Basaglia;
- los desarrollos de Erving Goffman, Foucault y Robert Castel.

En Argentina, el movimiento antipsiquiátrico estuvo representado por diversas experiencias y pensadores:

- Contexto institucional: pasaje del higienismo al sanitarismo y la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1957. Creación del Programa Nacional de Salud Mental en 1967. Ruptura de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y creación del grupo Plataforma y Documento entre los años 1968 y 1974. Cambios en la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP) en 1970.
- Psiquiatría reformista representada por las críticas de Gregorio Berman, Mauricio Goldenberg, Ángel Garma, León Grinberg.
- Psicología reformista, con la especial contribución del psicoanálisis y las prácticas grupales de Enrique Pichón Riviére, Marie Langer, Emilio Rodrigué, José Bleger, Fernando Ulloa y autores posteriores como Armando Bauleo, Hernán Kesselman, Eduardo Pavlovsky, Emiliano Galende.
- Experiencias de reforma realizadas por Wilbur Ricardo Grimson en el Hospital Estevez de Lomas de Zamora y Mauricio Goldenberg en el Hospital de Lanús.

En el presente trabajo de investigación, se desarrollarán los aspectos principales de estas corrientes en los diferentes ejes que caracterizan a la antipsiquiatría. Galende (1990, p.99) reflexiona sobre este movimiento y



advierte que “estas corrientes no deben pensarse sólo en los valores de negación de la psiquiatría clásica que expresan, sino en la fundamentación de valores positivos que aportan a una nueva comprensión de los problemas de salud mental.”

Concepción de Enfermedad y Salud Mental

En las décadas del '60 y '70 se constituyó un nuevo ámbito disciplinario denominado "Salud Mental". Se postuló como un conjunto de saberes y técnicas diversas, ligado a lo sociopolítico, que incluyó a la psiquiatría, psicología, sociología, antropología, trabajo social, terapia ocupacional, etc. De esta manera, las políticas en Salud Mental comenzaron a resaltar el protagonismo de la comunidad en el tratamiento de sus problemas de salud y enfermedad, ya que los factores sociales eran considerados relevantes para la producción de los mismos.

Dentro de esta nueva perspectiva, la salud se definió de un modo positivo por las condiciones mínimas necesarias para un bienestar físico, psíquico y social, y no por la mera ausencia de enfermedad física. Además, se consideró que la salud forma parte de un proceso continuo de salud-enfermedad. No se trata de un estado de equilibrio estático que se pretende alcanzar, por el contrario, coexisten y se interrelacionan simultáneamente aspectos sanos y enfermos en el ser humano, siempre en relación a su medio social.

Se produjo una ideología general sobre el bienestar, que iba más allá del tratamiento de la enfermedad, previniendo los riesgos de padecerla y promocionando valores de salud mental.

El movimiento antipsiquiátrico consideró a la enfermedad mental desde las siguientes concepciones:

1. La enfermedad mental tiene una génesis fundamentalmente social. No era una realidad objetiva de comportamiento o biológica sino una categorización negativa y estigmatizadora. Basaglia (1970) opinaba:

“... la vieja psiquiatría haya relegado, aprisionado y excluido al enfermo, considerando que no había para él ningún medio o instrumento de curación. Por ello es necesario aproximarse al enfermo poniendo la enfermedad entre paréntesis, porque la definición de síndrome ha alcanzado ya el peso de un juicio de valor, de una etiqueta, que sobrepasa la significación real de la enfermedad en sí misma. El diagnóstico tiene el valor de un juicio discriminatorio, sin que por ello se niegue que el paciente esté, de algún modo enfermo.” (p.45)

Cooper (1971) definió a la esquizofrenia como:

“la esquizofrenia es una situación de crisis microsociales en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y macroculturales (por lo general familiares), inteligibles, hasta el punto de que aquella es elegida e identificada de algún modo como enfermo mental y su identidad de “paciente esquizofrénico” es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario) por agentes médicos o cuasimédicos.” (p.14)

2. La enfermedad mental no se reducía al espacio psiquiátrico convencional únicamente. Un aspecto clave de la psiquiatría del Sector en Francia fue considerar a las cuestiones de la salud y la enfermedad mental como no internas exclusivamente al ámbito de la psiquiatría, sino atravesadas por múltiples disciplinas, teorías y prácticas. Alberdi (2003) ejemplifica:

“...el movimiento reformista que conduce a la definición de la “política del sector” asocia psiquiatras de obediencia teóricas diferentes: fenomenólogos adeptos K. Jaspers, “partisans” del organodinamismo de Henry Ey; marxistas a procura de una etiología social, los primeros psicoanalistas interesados por los problemas psiquiátricos. A despecho de sus divergencias, ellos hacen alianzas para imponer una concepción renovada del hecho psiquiátrico, al mismo tiempo contra los tradicionalistas que quieren reproducir la tradición asilar y contra la corriente neurofisiológica implantada en Francia, en los hospitales generales y en las facultades de medicina...” (p. 72)

3. La enfermedad mental era pensada como esencialmente social y familiar. Laing realizó investigaciones sobre el medio familiar de personas que sufrían de esquizofrenia, los cuales permitieron entender la sintomatología del enfermo mental como la adaptación dramática de un individuo a las condiciones familiares. Laing (1964) describe:

“...nos ocupamos de personas, de las relaciones entre las personas y de las características de la familia como un sistema compuesto de una multiplicidad de personas (...) cada persona no es sólo un objeto en el mundo de los otros, sino que es también una posición en el espacio y en el tiempo a partir de los cuales tiene experiencias, forma parte y actúa en su mundo...” (p. 13)

“... y sus acciones, especialmente las consideradas como más esquizofrénicas, se hacen comprensibles si se les ve a la luz de su situación familiar. Esta “situación” no es sólo la familia vista por nosotros desde fuera, sino la “familia” experimentada o sentida por cada uno de sus miembros, desde dentro...” (p. 22)

Concepción de Enfermedad y Salud Mental en Argentina (1960 – 1970)

A fines de la década del '50 y principios de los '60, surgieron en nuestro país, nuevos cambios en el plano político-económico para superar el atraso de las estructuras productivas y pasar de la sociedad tradicional a la sociedad moderna. Para ello fue necesario una política de industrialización y modernización del aparato estatal, donde se priorizó la racionalidad técnica y el planeamiento. Las políticas de salud pública tendieron a la descentralización, desburocratización y formación, intentando revertir el deterioro de la situación hospitalaria. Así, desde el ámbito de la política, se conformó un contexto favorable para la aparición de actores como agentes de reforma y modernización en el campo de la salud mental.

En este período se consolidó el sanitarismo que, por un lado, ocupó el lugar del viejo higienismo y por otro, planteó la implementación dentro de la salud



pública de técnicas de administración y de planificación para la modernización del hospital psiquiátrico, basadas en un enfoque social. La profesionalización e institucionalización de este sector fue paralela a la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en 1957. Este instituto estaba comprometido con nuevas concepciones de la salud y favorecía la difusión de las políticas de salud mental al conjunto de la población. Los objetivos eran los siguientes: prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, promover la investigación científica en la materia, prestar asistencia integral a los enfermos psiquiátricos, contribuir a la recuperación y rehabilitación social de los mismos, prestar asesoramiento técnico y financiero. El INSM favoreció la institucionalización de la psiquiatría dinámica y la psicología comunitaria, influenciado por las reformas inglesas y norteamericanas.

En 1967, con la aprobación del Programa Nacional de Salud Mental, el panorama institucional estaba configurado por: hospitales psiquiátricos, colonias psiquiátricas, hogares para oligofrénicos, hogares especiales para gerontopsiquiatría, talleres protegidos, hostales, aldeas de rehabilitación, centros de salud mental y servicios psiquiátricos en hospitales generales (Galende, 1990).

Surgieron psiquiatras reformistas como Berman, Goldenberg, Garma, Grinberg, entre otros. Ellos sostuvieron por un lado, la necesidad de recomponer el espacio asilar como verdaderamente médico, ya que el asilo volvía a ser percibido como lo era el hospital para los primeros alienistas: como un gran sitio de encarcelamiento. Por el otro lado, los psiquiatras se interesaron en formular estrategias de planificación y detección precoz de las enfermedades mentales en la comunidad. Berman fue uno de los médicos más representativos de este espíritu psiquiátrico. Consideró que la enfermedad mental requiere de una

rehabilitación a través de combinar la psicoterapia, la laborterapia, los psicofármacos y la terapéutica recreativa y social, con el objetivo de integrar a los enfermos mentales. Se opuso a todo tipo de aislamiento y reclusión del enfermo mental. Él afirmaba:

“...estamos marchando de la psiquiatría custodial, casi policial, a una psiquiatría de campo abierto, de enfermedades clandestinas y vergonzosas, a la franca dilucidación, sin disfraces de su naturaleza dinámica, para su tratamiento y profilaxis de una higiene mental mítica al cuidado racional de la salud mental, hacia una ciencia de la vida humana en su más vasta acepción...” (citado por Alberdi, 2003, p.170)

En el campo del psicoanálisis, hasta entonces hegemónico en nuestro país en el tratamiento ambulatorio, se desarrolló una tradición grupalista con tendencia a la ruptura de la institución psicoanalítica oficial y la creación de prácticas grupales basadas en el pensamiento de autores como Pichón Riviére, Langer, Bleger, Ulloa.

Pichón Riviére desarrolló su teoría acercando conceptos de salud - enfermedad, en conexión con la psicología de los grupos y los procesos sociales. El paciente no podía ser considerado en forma aislada de su familia, sino que su enfermedad era un emergente de una conflictiva familiar, relacionada con un problema de adjudicación, depositación y asunción de roles.

Postuló la Psicología Social utilizando la lectura kleniana del psicoanálisis para producir el pasaje de la teoría de las relaciones objetales a la teoría de los vínculos. En palabras de Pichón Riviére (1971):

“...Toda mi teoría de la salud y la enfermedad mental se centra en el estudio del vínculo como estructura. La adaptación activa a la realidad, criterio básico de salud, será evaluada según la operatividad de las técnicas del yo (mecanismos de defensa) (...) El sujeto sano en la medida que aprende el objeto y lo transforma se modifica a sí mismo, entrando en un interjuego dialéctico (...) que deberá ser resuelto en este continuo proceso en espiral. La salud mental consiste en este proceso en el que se realiza un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos...” (1971, p. 337)

Bleger se basó en una concepción socializante de la salud, revalorizando los aspectos orgánicos, psíquicos, emocionales, sociales fundamentales para el desarrollo y bienestar del ser humano. Introdujo el término de psiquiatria como parte de la higiene mental, que implicó el reconocimiento y la humanización del tratamiento del enfermo mental. Por lo tanto, proclamaba “no podemos, ni debemos desentendernos de las condiciones económicas y sociales de una comunidad, porque hay situaciones por debajo de las cuales la higiene mental, consiste en atender dichos problemas sociales” (Bleger; 1969, p.34).

Su pensamiento sobre la higiene mental se refirió, esencialmente, a la prevención de la enfermedad y a la rehabilitación del paciente para que pudiera reubicarse en la comunidad y reintegrarse a su familia. Bleger (1969) expresaba:

“...El objetivo históricamente más reciente en la higiene mental ya no se refiere tan solo a su enfermedad o a su profilaxis, sino también a la promoción de un mayor equilibrio, de un mejor nivel de salud mental... el arma más poderosa es de carácter inespecífico, la protección de la salud y la promoción de mejores condiciones de vida...” (p. 32)

Ulloa es considerado como uno de los psicoanalistas críticos que más apoyó la introducción del área de salud mental en el hospital público; tuvo una presencia fundamental en la conformación de equipos interdisciplinarios y en el desarrollo de metodologías clínicas en el campo social.

Fue uno de los primeros analistas institucionales que estudió los organismos públicos de asistencia, salud y educación, denunciando que en ellos existía una forma de violencia permanente que generaba dolor psíquico y sufrimiento a las personas que las integraban.

Langer adhirió a la idea de complementar el psicoanálisis y el marxismo con la intención de buscar nuevas propuestas y nuevas formas de abordajes.

Criticó la configuración del criterio de salud establecido y la institucionalización del psicoanálisis, cuestionando su pacto con la clase dominante, su aislamiento, su estructura vertical de poder y el elitismo de sus prácticas.

El pensamiento de los años '60 y '70 marcó una ruptura respecto de la dirección del psicoanálisis oficial en Argentina. Se trató de psicoanalistas, psicólogos, psicodramatistas y psiquiatras dinámicos que participaron de la crítica de esa institución y pensaron los vínculos entre las prácticas "psi" y la ideología, la política, las instituciones de Estado y la sociedad. Uno de los sucesos centrales de este momento fue la ruptura con la APA por parte de dos grupos en 1971: el primero denominado Plataforma, conformado por Langer, Bauleo, Kesselman, Rodrigué, Pavlovsky, quienes generaron ámbitos de discusión y crítica, talleres, prácticas innovadoras en espacios públicos; y el segundo llamado Documento. En los libros "Cuestionamos" (1971-1973), Langer y Bauleo en el prólogo a la segunda edición en 1987, expusieron retrospectivamente los alcances que había tenido en ese momento, previo a la dictadura militar, el manifiesto de este grupo de militantes profesionales:

"...como clínicos psicoanalíticos no podíamos dejar de lado la inserción en el contexto social de la práctica que realizábamos. Además fuimos los primeros en llevar a cabo una escisión con la Asociación Psicoanalítica Internacional y Nacional, basados en consideraciones de orden ideológico."(citado por Alberdi, 2003, p.205)

Se cuestionaron las relaciones de poder en la situación clínica, en el campo de lo formativo y en el registro institucional; en los modos de concebir la autonomía y las articulaciones del inconsciente en el campo de lo social y en las prácticas específicas, se buscaron experiencias que rompieran con el modelo de instituciones cerradas, simbolizado en la APA. Otro nivel de cuestionamiento se

situó en el marco de la producción de nuevas articulaciones entre el psicoanálisis y otras teorías (por ejemplo, relaciones entre Freud y Marx, Althusser y Mao).

Esta ruptura tenía su traducción en otros registros institucionales importantes para la Salud Mental y sus reformas, como es el caso de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP). Los cambios fueron: por primera vez la izquierda psiquiátrica-psicoanalítica resultó hegemónica, se renovó la dirección por parte de Galende y Silvia Bermann, se radicalizó la crítica al orden manicomial y la tendencia a la transformación institucional de la psiquiatría nacional.

Se realizaron dos experiencias innovadoras a nivel institucional, que estuvieron influenciadas por el movimiento antipsiquiátrico desarrollado en Inglaterra y Estados Unidos.

A partir de una fuerte crítica al modelo psiquiátrico dominante, se propuso la transformación del Hospital Estevez de Lomas de Zamora, llevada a cabo por Grimson. Él consideró que las instituciones psiquiátricas públicas aplicaban una política de represión, custodia y aislamiento. El producto de tal sistema de cuidado era el agregado a la enfermedad que motivó la internación de una enfermedad secundaria: la institucionalización. Dicho estado, afirmaba Grimson, tiene mayor peso en la no externación y consecuente deterioro de pacientes que la enfermedad de origen. Desde esta concepción propuso una política psiquiátrica que debería tender a integrarse a una política nacional de salud, a dar respuestas al problema de la psiquiatría en zonas rurales y urbanas, privilegiar los requerimientos de los sectores populares, dar respuesta inmediata a las psicosis y retardo mental, implementar formas de fiscalización popular de la asistencia tanto en la planificación como en la ejecución. En la práctica fundó una comunidad

terapéutica que formó parte de los cambios en la asistencia psiquiátrica del país, la cual se describirá en el apartado de tratamientos y terapéutica.

Goldenberg, de formación dinámica y preventista, implementó una experiencia alternativa al asilo basada en la psiquiatría comunitaria norteamericana. En el Hospital Gregorio Alfaro en Lanús, se fundó el primer servicio de psicopatología en un hospital general en Latinoamérica. Se implementó un modelo de hospital general con servicios comunitarios, propio de las reformas modernizadoras, que apostaba a la posibilidad de la descentralización gradual de la asistencia psiquiátrica para los sectores populares.

La docencia e investigación fueron consideradas como las tareas fundamentales para la aplicación de esta experiencia. Goldemberg estuvo acompañado de un equipo muy sólido, con el aporte de recursos humanos provenientes de la Facultad de Psicología, fundamentalmente de la cátedra de Bleger, pero también de otras. En el servicio de Goldemberg, se realizaron los primeros avances en la formación de profesionales de la salud mental, brindando una residencia interdisciplinaria de formación en servicio, que llegó a reunir en el transcurso de la época más de 300 residentes entre médicos, psiquiatras y psicólogos del interior y capital.

La apertura de esas experiencias a una residencia vanguardista produjo una nueva mirada respecto a la imagen de la enfermedad mental que tenían los médicos, pacientes y público en general. Surgió una psiquiatría comprensiva plasmada a través de la acción.

En conclusión, en este contexto nacional descrito, prevaleció una concepción de salud mental que incluía la dimensión social y familiar como determinantes que se imponen al sujeto.

Tratamientos y terapéutica

Las políticas de salud mental pretendían operar sobre conjuntos sociales con intervenciones tendentes a reforzar el compromiso comunitario y la solidaridad grupal.

Los tratamientos y terapéutica desarrollados por el movimiento antipsiquiátrico, se caracterizaban, fundamentalmente, por:

- Rechazar toda forma de segregación de los enfermos mentales, oponiéndose a prácticas de aislamiento y exclusión;
- Tender a la integración del enfermo mental en el conjunto social del que emerge, promoviendo la reinserción social y laboral;
- Desplazar el eje de la asistencia desde el hospital psiquiátrico al trabajo con la población afectada, fomentando tratamientos en y por la comunidad.

El tratamiento de las personas con sufrimiento mental requirió la creación de una red de dispositivos alternativos a la institución asilar como por ejemplo 1) comunidades terapéuticas, 2) tratamientos grupales, 3) centros comunitarios de Salud Mental, 4) prevención y promoción comunitaria, 5) psicoterapia institucional, 6) aportes del psicoanálisis, 7) política de desinstitucionalización. A continuación se describirán de forma generalizada dichos dispositivos terapéuticos.

1) Las comunidades terapéuticas se oficializaron con Maxwell Jones en Inglaterra, siendo uno de los primeros en teorizar la propuesta. En 1949 desarrolló el concepto de Comunidad Terapéutica partiendo de los principios sociológicos interventivos de Rapaport y de las categorías de la psicología social de Kurt Lewin. Desarrolló sus actividades en la Unidad de Rehabilitación Social (más tarde llamada Hospital Henderson), basadas en el aprovechamiento de los

recursos de la institución, la cual era considerada como un conjunto orgánico de médicos, pacientes y personal. Se pretendió con este modelo socioterapéutico, diluir las formas represivas y autoritarias institucionalizadas de asistencia que agravaban las enfermedades. Las características básicas de las distintas modalidades de aplicación de la comunidad terapéutica eran: a) la libertad de comunicación en todos los niveles, evitando la jerarquización propia de las instituciones tradicionales, b) el análisis de los intercambios en términos de dinámicas grupales e interpersonales, c) la creación de espacios terapéuticos grupales y no bipersonales, como por ejemplo, la reunión en asamblea comunitaria y e) el fomentar la sociabilidad de grupo en espacios de reconocimiento recíproco. Desde el punto de vista de la organización y el funcionamiento de la comunidad terapéutica, determinados aspectos resultaron importantes: la democratización, que implica considerar de forma igualitaria las opiniones, la tendencia a un ambiente permisivo y tolerante en relación a la sintomatología del paciente, la conformación de una comunidad de intereses y objetivos que consolidaran al grupo en las tareas propuestas y una relación permanente entre la comunidad terapéutica y la realidad social.

En los Estados Unidos también surgieron comunidades terapéuticas, algunas en clínicas privadas, otras como parte de estructuras psiquiátricas universitarias, o bien en los servicios psiquiátricos de hospitales generales. Así, se expandieron las socioterapias y numerosas comunidades terapéuticas.

2) Tratamientos grupales. Con Wilfred Bion se inició la corriente del psicoanálisis grupal. En 1943 trabajó en Northfield Hospital con soldados afectados mentalmente y organizó grupos de enfermeros para realizar discusiones colectivas sobre sus problemas.

Por otro lado, Laing y Cooper, trabajaron con la modalidad de terapias grupales en el tratamiento de patologías graves. El objetivo de las mismas era comprender la conducta presente del paciente "esquizofrénico", a partir de dos dimensiones la vertical y horizontal. La primera se refirió al desarrollo del paciente en la familia remontándose hasta los orígenes familiares de sus padres, para determinar las formas de invalidación por las que éste había atravesado. La dimensión horizontal se la relacionó con las reacciones del aquí y ahora, con respecto a pacientes y al personal de la institución.

Cooper describió los principios del método familiar y grupal para el tratamiento de esquizofrénicos que intentaban implementar él y Laing: a) clarificación y desmontaje sistemáticos de las pautas de comunicación que se consideraban como "esquizofrenógenas" tanto dentro de la familia, como entre pacientes y entre pacientes y personal, b) continuidad del trabajo personal con la familia durante y después de la estadía del paciente en el hospital, c) sin empleo de tratamientos mediante shock ni lobotomía, d) creación de un contexto humano asegurando relaciones significativas para el paciente.

Estas terapias grupales se llevaron a cabo en comunidades de entre treinta y cuarenta personas, conformadas sin prejuicios clínicos, estableciendo relaciones de horizontalidad, sin verticalidad ni rigidez. Esto permitió incluir en forma total y activa a los familiares de los integrantes de la comunidad terapéutica.

3) En 1963 la política estatal estadounidense, privilegió la atención de problemas sociales como la pobreza, marginalidad, delincuencia, enfermedades mentales, etc. La Ley Kennedy y la aplicación del Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria, permitieron la creación de Centros Comunitarios de Salud Mental. Estos fueron considerados como nuevos dispositivos institucionales que

implicaron el desplazamiento de la psiquiatría al campo de lo social. Los postulados básicos de los mismos eran:

- Accesibilidad y apertura a la comunidad con información adecuada a la población sobre la existencia y características de los diferentes programas;
- Gratuidad;
- Disponibilidad, énfasis en la prevención de la enfermedad y búsqueda de las necesidades reales de toda la población con un enfoque ecléctico;

Además, los Centros de Salud Mental contaron con los siguientes servicios de asistencia: a) consultorios externos para la atención ambulatoria de pacientes y seguimiento de ex-pacientes de hospitales psiquiátricos, b) servicios de urgencia psiquiátrica para intervenciones en crisis, c) servicios de admisión, d) servicios de consulta y educación, e) servicios de internación total o parcial (hospital de día y hospital de noche).

4) La prevención y promoción de la salud mental, formó parte del movimiento de la psiquiatría comunitaria. Se promovió un modelo preventivo antes que un modelo curativo, es decir, la preocupación central pasaba de las disfunciones patológicas al desarrollo de las potencialidades del individuo y su funcionamiento adaptativo. Los niveles de prevención sanitaria, basados en las ideas de Gerald Caplan, fueron los siguientes: a) prevención primaria que implicó reducir paulatinamente en una comunidad (grupos, barrio, institución escolar) la aparición de enfermedades mentales, promocionando la salud mental mediante programas específicos; b) prevención secundaria, que apuntó a evitar que se prolongara el agravamiento de los trastornos mentales, a través de intervenciones sobre el enfermo, el grupo familiar y la comunidad. La asistencia debía tener inicio en el medio social para reforzar la adaptación del individuo enfermo a su medio y

para no aislarlo; c) prevención terciaria que consistió en desarrollar acciones sobre las consecuencias de la enfermedad, las instituciones de internación y las condiciones de rehabilitación. Todas estas medidas ayudaron a asegurar la continuidad de los tratamientos y a preservar la inserción familiar, social y comunitaria de los pacientes. Así, se evitó las reinternaciones, recaídas y empeoramientos.

5) En Francia, la reforma del sector (que promovió la psicoterapia institucional), fue asumida e impulsada por el propio gobierno, cuyos representantes intelectuales fueron Tosqueles, Oury y Henry Ey.

Esta reforma consistió en la conversión de los grandes centros hospitalarios neuropsiquiátricos en un sistema médico de atención mental de la comunidad, estatizando los servicios privados y postulando el Sector como unidad de salud. Cada sector (conjunto de barrios) debía contar con un Centro de Salud Mental. En relación a la terapéutica se intentó: a) integrar en una sola red o cadena a todos los equipos del Sector, b) responsabilizar a cada equipo de la totalidad de las fases del tratamiento o intervención preventiva, c) asegurar la unificación y coherencia por el equipo de salud mental de todas las operaciones terapéuticas implicadas desde la consulta, de manera de tener control homogéneo de todo el plan terapéutico.

A su vez, la psicoterapia institucional, significó una alianza entre la psiquiatría y el psicoanálisis. Su punto de partida, era promover una terapéutica que transformó las tradicionales relaciones del hospicio. La premisa de base era liberar la palabra en el manicomio, a través de las técnicas de mediación para rescatar el potencial terapéutico de la institución. Las técnicas fueron: la libertad de circulación, lugares estructurales para la comunicación, talleres, contratos de

asistencia, dispositivos diarios como las asambleas. Esto permitió una participación activa del paciente, reconceptualizando el asilo en un lugar de encuentro terapéutico.

6) Aportes del psicoanálisis. En Francia, a partir de la década del 60 y en el seno de la psiquiatría pública hubo una fuerte presencia del psicoanálisis. A partir del pensamiento de Jacques Lacan, se intentó adaptar el psicoanálisis a la práctica hospitalaria. Conceptos como transferencia – contratransferencia institucional, el descubrimiento de la verdad en el inconsciente del sujeto entre otros, cambiaron el sentido de la práctica psiquiátrica. Hubo dos tendencias: una tecnicista acentuada por los adeptos a la Sociedad Francesa del Psicoanálisis, partidarios del modelo del Sector y comprometida con la experiencia comunitaria; y otra formada por los adeptos de la Escuela Freudiana de París (lacanianos), que enunciaban cambios institucionales, reticentes al Sector. En este sentido, Maud Mannoni fundó una institución de características revolucionarias en 1969 denominada Escuela Experimental de Bonneuil. Se presentó como una “institución estallada”, es decir un hospital de día, que rompió con las estructuras institucionales existentes ya que constituyó un espacio de creación y de apertura al exterior. Además proponía transformar el discurso instituido en torno a la locura con un encuadre libre y contenedor generando lazos con el exterior.

7) Política de desinstitucionalización. En Italia se planteó un cuestionamiento radical al orden psiquiátrico, que fue más allá de las críticas de la época hacia la institución y terapéutica asilar. Desde su posición de Director del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Franco Basaglia impulsó un movimiento social y político que logró en pocos años el cierre definitivo de un número importante de asilos.

La reforma italiana se desarrolló en tres momentos. En el primero se convirtió al Psiquiátrico de Gorizia en un hospital abierto, en el cual se implementó el modelo de comunidad terapéutica de Jones y Tosqueles y la psicoterapia institucional. Sin embargo, a partir de las observaciones sobre los Centros Comunitarios de Estados Unidos entre 1969 y 1971, Basaglia confirmó su ruptura con la línea preventivista y la psiquiatría comunitaria, ya que consideró que persistía el poder psiquiátrico en el funcionamiento de éstas. El segundo momento de la reforma se inició con el cierre del Hospital Psiquiátrico de Trieste. Se implementó una política de salud mental que transformó las internaciones en voluntarias; se resignificaron los roles de los profesionales, técnicos y pacientes, a través de un trabajo conjunto y se promovieron las capacidades de los enfermos para que participaran en grupos, cooperativas, centros de estudio, pensiones, etc. compartiendo las tareas y la vida cotidiana con otras personas. Se fue clausurando el Hospital a medida que se fue desocupando y no se admitieron nuevas internaciones ni re-internaciones de quienes habían sido externados. Se trabajó para ubicar fuera del Hospital a los enfermos mentales en casas del Estado, centros de salud mental, hospitales de día, servicio médico ambulatorio y socio-asistencial, asambleas familiar, vecinal, etc. El tercer momento se caracterizó por la implementación en 1978 de la Ley Basaglia N°180, la cual estableció por ejemplo, la prohibición de construir nuevos manicomios y admitir nuevos pacientes en los hospitales psiquiátricos de toda Italia; decretando como tope máximo un período de internación de diez días.

Tratamientos y terapéutica en la Argentina

Los tratamientos y terapéutica desarrollados en las décadas del '60 y 70 en nuestro país, se basaron en la concepción de Salud Mental característica del período. A continuación se describirá en forma generalizada la creación de una red de dispositivos alternativos a la institución asilar como, por ejemplo, 1) tratamientos grupales, 2) prevención y promoción comunitaria, 3) Psiquiatría comunitaria, 4) comunidades terapéuticas y 5) centros comunitarios de Salud Mental.

1) Los dispositivos grupales surgieron como una propuesta contra-institucional a las prácticas consolidadas y hegemónicas de los hospitales y como respuestas a las demandas sociales. Se abrió un nuevo campo de teorizaciones que ligaban lo grupal como posibilitador de acceso a la salud mental.

La psicología social de Enrique Pichón Riviére fue una psicología social clínica, ya que consideró a la cura como la transformación del propio sujeto y de su medio. Sus aportes prácticos colocaban al campo de lo grupal como herramienta central para la promoción de los valores de la Salud Mental.

Postuló la técnica de los grupos operativos, definidos como "un conjunto restringido de personas, ligadas por constantes de tiempo y espacio, articuladas por una mutua representación interna con la finalidad de desarrollar una tarea implícita y explícita e interactuando a través de complejos mecanismos de adjudicación de roles" (Pichón-Riviére, 1985, p.30). La tarea explícita del grupo operativo era el abordaje de un tema teórico pautado y la implícita consistía en resolver ansiedades (depresiva, paranoide) que generaban resistencias a la tarea. El trabajo implicaba aprender a pensar en grupo, lo que era entendido como la construcción de un E.C.R.O. (Esquema Conceptual Referencial Operativo). Así, el

trabajo grupal era la construcción y de-construcción sobre los esquemas referenciales para resolver los obstáculos y conducir a la modificación de los mismos. La cura se realizaba a través de un proceso de re-aprendizaje, por medio del vínculo transferencial con el terapeuta.

Marie Langer fue miembro de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, introduciendo la clínica psicoanalítica grupal en instituciones sanitarias y hospitalarias. Junto con analistas como León Grinberg y Emilio Rodrigué promovió la técnica interpretativa de grupo. Se toma al grupo como fenómeno central y punto de partida de toda interpretación, considerando al mismo como una "totalidad en la que la conducta de sus integrantes es influida por su participación en ese seno colectivo" (Grinberg, Langer, Rodrigué; pp.32; 1971). Se parte de la premisa de que la totalidad de las comunicaciones expresadas por los participantes permite inferir mecanismos inconscientes de interacción en el grupo. Según Langer:

"Consideramos que nuestro énfasis en enfocar la fantasía inconsciente colectiva, más allá de supuestos prefijados, nos permite captar e interpretar mejor las riquezas de la vida interior del grupo" (...) "Si, con todo, nos animamos a hablar de una "escuela de Buenos Aires" de psicoterapia del grupo, la definimos por los siguientes puntos: a) interpretamos al grupo como un todo al señalar el clima emocional con sus oscilaciones y las fantasías subyacentes, b) interpretamos en función de roles, por considerar que éstos están en función de una situación o de un sentimiento común al grupo (Grinberg, Langer, Rodrigué; p.215; 1971)

En su práctica, Langer desarrolló diversos dispositivos grupales con fines terapéuticos como por ejemplo, grupos psicósomáticos, grupos de psicóticos, grupos de niños, grupo de madres, grupo familiar, entre otros.

2) Bleger en su texto *Psicohigiene y Psicología Institucional* revelaba el papel de la psicología en la división socio-técnica del trabajo de la salud mental, remarcando su funcionalidad en el campo de lo grupal, institucional y

comunitario. La psicología debía intervenir en todos los aspectos concernientes a la psicohigiene sin esperar a que la población enfermara. Por el contrario, promovió estrategias de prevención de enfermedades y promoción de la salud mental.

En relación al campo de la psiquiatría y psicología infantil, resulta interesante destacar el trabajo de Telma Reca.

Reca consideraba que en Argentina la psiquiatría infantil se basaba en la perspectiva anatomopatológica, dedicándose especialmente a la deficiencia mental. Después de un período de especialización en EEUU, introdujo en el país la versión americana de la psiquiatría infantil, iniciando su actividad en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires. Desde la década del '40, se dedicó a la asistencia de niños en el área de deficiencias del desarrollo, psicomotricidad y patologías graves como psicosis infantil. Su metodología de intervención sostenía el modelo de las Clínicas de Orientación Infantil norteamericanas, donde trabajaban conjuntamente psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales. Se creó el Centro de Psicología y Psiquiatría Infantil, en el cual Reca desarrollaba un abordaje de los trastornos infantiles priorizando la prevención y el tratamiento de los factores externos al niño (familia, escuela y medio ambiente en general). Se otorgaba importancia al establecimiento de un diagnóstico completo que incluyera al niño y a su medio familiar y social para la formulación de un plan de tratamiento adecuado al caso. Los procedimientos terapéuticos utilizados en el Centro eran, fundamentalmente, la psicoterapia de niños, psicoterapia grupal, utilización de técnica de juego y pruebas psicológicas psicométricas y proyectivas, cuando la índole del problema exigía la determinación del nivel mental (por ejemplo, Test de Bender, Raven, Wexler,

TAT, Rorschach). Por último, Reca conjugaba este modelo clínico con un modelo psicopedagógico, ya que promovía tanto la creación de establecimientos educativos especiales como la existencia de “clases diferenciales” en la misma escuela para atender los requerimientos niños con déficit de la inteligencia, anormalidad sensoriales o de la palabra y aquellos que se hallaban en “condiciones de inferioridad”. Se buscaba formar a padres y maestros en pos de un mejoramiento de la salud mental de la población.

3) Concomitantemente a las comunidades terapéuticas se sucedían las experiencias de la psiquiatría comunitaria. Los servicios hospitalarios se extendían a la comunidad y dentro de este marco, se destacaron algunas experiencias. Mauricio Goldenberg, médico de formación dinámica y preventiva, implementó una experiencia alternativa al asilo en el Hospital de Lanús, basada en la psiquiatría comunitaria norteamericana. Desarrolló un modelo de tratamiento apoyado en la línea grupal operativa y dinámica de aplicación del psicoanálisis en la institución hospitalaria. Este modelo presentó las siguientes características: internaciones de pacientes en salas abiertas junto a clínica médica, experiencias grupales de asistencia a pacientes y familiares, consultorios externos individuales, psicoterapias, uso de psicofármacos y dispositivos que actualmente se denominan hospital de día. La tarea psiquiátrica social estaba orientada a la comunidad con programas preventistas y asistencialistas, se implementaron técnicas innovadoras y la acción terapéutica tuvo carácter interdisciplinario, ya que participaban: psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y estudiante, entre otros.

4) Las comunidades terapéuticas en nuestro país se desarrollaron tardíamente en relación a los países europeos. Uno de los fundamentos básicos del Plan de Salud Mental de 1966, fue la creación de las comunidades

terapéuticas en los hospitales psiquiátricos. Las experiencias más representativas fueron:

a) Grimson en el Hospital Estevez de Lomas de Zamora implementó una comunidad terapéutica definida como un conjunto de técnicas integradas que promovían la participación de los pacientes. Se concibió como un sistema constante pero flexible, cuyas características eran conocidas por los participantes y discutidas periódicamente por los mismos, lo cual permitía rectificar aspectos del funcionamiento grupal en base a la deliberación común. De esta forma, la distribución del poder tendió a la igualación común de todos los participantes. La comunidad se sirvió de roles terapéuticos diversos y operó principalmente en base a grupos. Este modelo integró el conjunto de las actividades en un marco socioterapéutico y su dirección estuvo definida por la externación. Se desarrollaron prácticas como terapia ocupacional, expresión corporal, musicoterapia, grupo terapéutico, asamblea, etc.

b) En la ciudad Federal, Provincia de Entre Ríos, Raúl Camino creó una comunidad terapéutica, trasladando pacientes del Hospital Borda, del Hospital Moyano y de otros psiquiátricos del interior del país. Esta experiencia estaba basada en una apropiación del modelo inglés y consistió en una socioterapia para la rehabilitación de enfermos mentales.

c) En el Hospital Dr. T. Borda se desarrolló una comunidad terapéutica popular dirigida por Alfredo Moffat y supervisada por Pichón Riviére. Las principales consignas que diferenciaban esta experiencia de otras, eran la recuperación de la antropología social y la importancia de incorporar la cultura popular en las terapias. Se realizó la denominada "Peña Carlos Gardel", entre los años 1971 y 1974 sobre la base del rescate de la cultura folklórica.

Moffat se interesó por fomentar una psiquiatría popular, cuyas características eran: evitación del lenguaje abstracto, ya que la conceptualización técnica y rígida separaba a los profesionales de los pacientes; incorporación de las contradicciones del sistema tanto en la comunidad como en el hospital; aceptación de las distintas formas culturales y rurales; rescate de la identidad nacional como primer paso para toda independencia y actitud creadora, rompiendo con estereotipos; promoción de los derechos a la imaginación, progreso, cura y posibilidad de cambio.

5) En 1969 del Plan de Salud mental de la Capital Federal, con el asesoramiento de Goldermberg, postuló la creación de servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y los centros periféricos comunitarios de Salud Mental (modelo de los centros norteamericanos). Se pretendió generar nuevas bases asistenciales, teóricas e institucionales para el tratamiento de las enfermedades mentales en el ámbito de lo comunitario.

Rol del Psicólogo

A partir de la mitad del siglo XX, se sucedieron múltiples cambios culturales y sociales respecto de la concepción sobre la enfermedad mental. La importancia de los aportes del psicoanálisis y fundamentalmente el desarrollo de las ciencias humanas, generaron una variedad de especialistas y técnicos que modificaron el panorama de la misma, incluyéndola en el más amplio campo de la Salud Mental. Desde este marco, el psicólogo, en el ejercicio de su rol, formó parte de un equipo de profesionales de distintas disciplinas integrado por sociólogos, trabajadores sociales, antropólogos, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, médicos, enfermeros. Este trabajo en equipo interdisciplinario fue

un intento de proporcionar una multiplicidad de enfoques y un abordaje apropiado para los problemas desde variados ángulos, con diversos recursos y ligado a la comunidad.

Resulta interesante mencionar el pensamiento de Basaglia, ya que realizó una crítica radical no solo al hospital psiquiátrico sino también a la psiquiatría como disciplina. Su tesis era que, a pesar de que surgiera un equipo con nuevos agentes de la salud mental de distintas disciplinas, éstos se convirtieron en administradores de la violencia del poder. En la medida en que se limitaron, mediante su acción técnica aparentemente reparadora y no violenta, a preparar a los individuos para que aceptaran sus condiciones de objetos de violencia. La sociedad les otorgó el rol pasivo de controlar la organización hospitalaria destinada a guardar y cuidar al enfermo mental. Así, el acto terapéutico conllevó que el enfermo se enfrentara a la arbitrariedad del técnico: vigilancia, exclusión, objetivación, degradación, aniquilación total.

Por ello, en relación al rol, propuso que la única solución válida era tomar conciencia de la situación global en la que se vivía, dando cuenta de los papeles de excluidos y excluyentes. Basaglia (1968) formuló la importancia del enfermo y la relativización del equipo. Por ejemplo, el enfermo, en el espacio de la asamblea tenía el poder para negar ciertas decisiones del equipo encargado de su curación, mediante un rechazo individual de su colaboración. Para las decisiones terapéuticas, que por sí mismas, son una prerrogativa del médico, el enfermo podía disponer de cierto margen de discusión.

Rol de Psicólogo en Argentina

En nuestro país el rol del psicólogo siguió los lineamientos de las experiencias europeas, en el sentido de formar parte de los profesionales del campo de la Salud Mental. Pero al contrario de lo que sostenía Basaglia, los psicólogos asumieron el papel de agentes de cambio vinculando su práctica con la realidad político social del momento. Su acción profesional se caracterizó por una capacidad crítica, vocación pública por trabajo el institucional, compromiso político.

Dentro de las nuevas modalidades de tratamiento, que privilegiaban las terapias grupales y las comunidades terapéuticas, los psicólogos se ocupaban de diversas tareas, desde la admisión y el diagnóstico hasta la coordinación de grupos de pacientes, psicoterapia familiar y participación en las asambleas de la comunidad.

Manténían, además, contactos informales con todos los pacientes en muchas situaciones, como por ejemplo tareas recreativas, conversaciones de pasillo, almuerzos y meriendas, etc.

En relación a su posicionamiento, el psicólogo debía actuar comprensivamente evitando una actitud paternalista. Es decir, se pretendía que: a) operara terapéuticamente sobre la enfermedad, b) estimulara el proceso de resocialización del paciente, activando sus aspectos sanos a través de lo cotidiano y tareas realizadas conjuntamente y c) colaborara en la conformación del plan indicando el tratamiento a seguir, el permiso de salida y la externación y los tratamiento posteriores.

Críticas y reflexiones

Finalizando este recorrido del movimiento antipsiquiátrico y a modo de balance, se detallarán las críticas y limitaciones del mismo.

Robert Castel (1981), identificó como obstáculos centrales, que este movimiento se limitó a la contestación, crítica y denuncia del sistema psiquiátrico, quedando sin fuerza para llevar adelante un programa positivo de reformas sobre bases reales.

En Francia, las reformas no fueron pacíficas, debido a la difícil convivencia con las marchas y contramarchas de los funcionarios de salud en su implementación y las confrontaciones de los sectores más contestatarios. Uno de los fracasos de esta experiencia, se evidenció en los principios que habían sido distorsionados, la burocracia administrativa continuaba colocando dentro del centro de su financiamiento los hospitales psiquiátricos, es decir, los recursos seguían destinándose a las tareas hospitalarias, quedando muy poco para las actividades de transformación institucional y las propiamente comunitarias.

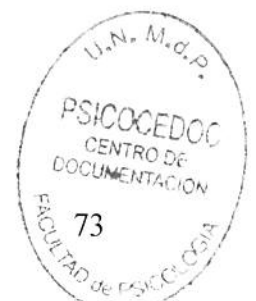
Otra alternativa fue la formación e inclusión de movimientos como el psicoanálisis. Primeramente, el psicoanálisis francés entró en un diálogo confuso con la antipsiquiatría, para después retirarse, quedando figuras aisladas en el debate como Guattari o Mannoni. Éstos, en lugar de continuar con la búsqueda de la síntesis freudo-marxista, que era el interés en un principio, denunciaron las funciones adaptadoras de la psicología del yo norteamericano y radicalizaron las posturas de abstinencia crítica junto con la falta de compromiso con cualquier práctica instituyente.

Luego de la derrota del Mayo Francés se consolidaron las ideas neoliberales y neoconservadoras que provocaron la emergencia de un nuevo plan de Estado y un afianzamiento de las corporaciones disciplinares, las cuales volvieron a llevar la direccionalidad de las reformas por canales institucionalizados.

La lucha contra los monopolios de profesionales requería de la alianza de fuerzas sociales exteriores. Por el contrario, los sindicatos y políticos mostraron indiferencia y el movimiento crítico tampoco convenció de su capacidad para proponer técnicas alternativas, capaces y superadoras del tecnicismo abstracto, que atacaran a las dimensiones sociales y políticas de la enfermedad.

Otra de las críticas, estuvo centrada en la intención frustrada de una psiquiatría comunitaria de tipo universal, ya que el sistema asistencial francés se caracterizó por una sociedad salarial. Es decir, según la escala salarial del ciudadano se le reconocía determinado padrón de asistencia en salud, esto favoreció inercias en la continuidad de un sistema curativo, hospitalocéntrico y fragmentario.

Además, la fuerza del orden psiquiátrico asilar, contrariamente a otras experiencias, mantuvo su prevalencia, logrando estabilizarse en sucesivas crisis, reformulando sus funciones, al conservar un papel relevante en el dispositivo del sector, para las internaciones y los crónicos. Para los casos más problemáticos, el dispositivo manicomial seguía siendo parte del circuito de seguridad pública. Asociado a esto, el manicomio se transinstitucionalizó en nuevas instituciones manteniendo la clásica división agudos – crónicos en centros de día, hospitales de noche, entre otros.



En relación a la experiencia norteamericana de psiquiatría comunitaria Castel (1981), denunció que fracasó debido a múltiples razones:

a) Abandono de los pacientes, ya que la deshospitalización, con su falta de gradualidad en el proceso de alta de los pacientes, terminó dejando a la deriva a los mismos. A su vez, los servicios comunitarios creados evitaban la atención de los pacientes más conflictivos y los numerosos escándalos relacionados con los ex hospitalizados dejados sin recursos, evidenciaron las falencias y favorecieron al retorno a la institucionalización.

b) Falta de superación en la lógica de asistencia del modelo médico tradicional. El esquema de la rehabilitación propio de la medicina clásica, dominaba la extensión comunitaria. Se presentaron dificultades para conciliar los postulados de la psiquiatría con los postulados preventivos.

c) Labilidad del momento preventivo en el esquema de los centros comunitarios y de las prestaciones que aseguraban los mismos. La mayoría respondía a un esquema flexible de la práctica médica. En consecuencia, la prevención quedó subsumida a programas educativos para la salud, perdiendo su objetivo esencial.

d) Dado que estas políticas de reforma se desarrollaron dentro del sistema de asistencia sanitario, los conflictos presentes en su estructura especialmente la segmentación y la fragmentación, se trasladaron al área de Salud Mental, (por ejemplo: la forma de financiamiento no acompañaba cronológicamente la reforma).

Contemporáneamente a la experiencia de las comunidades terapéuticas de Cooper y Laing en Inglaterra, Basaglia (1968) desarrolló fuertes críticas a

este modelo, ya que puso en duda la eficacia de la situación comunitaria como instrumento terapéutico.

Para este autor, el paciente en la comunidad terapéutica continuaba privado de ciertas libertades, los profesionales seguían actuando como agentes habilitados por la sociedad para ejercer poder sobre ellos y los directores continuaban privando a los pacientes de derechos y privilegios.

Basaglia describía que en las comunidades terapéuticas se reprodujeron las formas de exclusión social características del asilo. En general, no habían mantenido una modificación profunda de la situación institucional. Lo novedoso y revolucionario de las comunidades terapéuticas y las técnicas grupales, serían una tardía adaptación de las modalidades de control social del comportamiento patológico a los métodos de producción perfeccionados por sociólogos y psicólogos.

Entre las dificultades más recurrentes que Basaglia debió enfrentar para implementar su propuesta de reforma, se encontraban aquellas que limitaron los alcances del cambio: a) ausencia de un plan nacional de coordinación y reglamentación de las reformas, conjuntamente con el congelamiento de personal y la falta de financiamiento específico, para asegurar a nivel regional la creación de servicios alternativos. Además, faltó adecuación de los servicios primarios para las necesidades de un centro de salud mental fuerte; b) iniciativa y compromiso relativo de las autoridades provinciales y locales, dejando vencer los plazos de implementación y favoreciendo procesos de deshospitalización sin alternativas concretas. La constitución de servicios precarios, la falta de recalificación de los recursos y la ausencia de seguridades para sus condiciones concretas de trabajo, aumentó la resistencia de los trabajadores; c)

determinación más amplia de las políticas sociales en una coyuntura de avance neoliberal; d) la falta de diálogo entre los adeptos a Basaglia y el psicoanálisis de extrema izquierda, debilitaba el movimiento de reforma. Las diferencias entre ambos se relacionaban con la centralidad que le otorgaba este último a la evaluación de los procesos inconscientes y a la interpretación simbólica de los procesos grupales de asistencia y cuidado. Quedó así, en un segundo plano, la reflexión sobre las condiciones sociales que sustentaban la producción subjetiva y el registro de lo singular de la historia de vida de cada paciente; e) las dificultades en el desarrollo y los resultados del proceso de responsabilización de los enfermos mentales. Es decir, el debate sobre esta temática, consideró como posibilidad que el salto progresista de eliminar la práctica de inimputabilidad de los códigos penales y la internación crónica, pudiera desembocar en la implementación de un modelo responsabilizante en un sentido estrictamente represivo. Todos estos factores limitaron los alcances del cambio

Críticas y reflexiones de las reformas en Argentina

Del proyecto reformador a su implementación, había un importante despliegue de relaciones entre las fuerzas históricas, sociales, políticas e institucionales. Durante el período de las décadas 60 y 70, nuestro país se caracterizó por sucesivas interrupciones de gobiernos democráticos, políticas de apertura económica que respondían a condiciones exteriores y fragmentación y polarización social. Este contexto condicionaba que la praxis psiquiátrica y psicológica presentara dificultades para vehicular los cambios y que el nuevo funcionamiento de las prácticas institucionales se desviara de las

intenciones iniciales. Esto se debió a que muchas veces disentían con el corporativismo y la burocracia de las instituciones públicas.

La evolución de las políticas de reformas dentro del contexto y lógica desarrollista de la época marcaba sus avances y retrocesos. Se observaba la falta de compromiso real de los sectores oficiales del sanitarismo, los cuales se mostraron preocupados por la despolitización de los enfrentamientos que comenzaban a acontecer en las instituciones.

El Instituto Nacional de Salud Mental a pesar de su papel de control público de las instituciones psiquiátricas, no consiguió intervenir políticamente en los manicomios para su reconversión dentro de las nuevas políticas de modernización de la psiquiatría. Con su tecnocracia en ascenso, quedó relegado a la realización de estadísticas sobre las condiciones de hacinamiento y violencia institucional, pero resultó inoperante para promover cambios en el sistema.

Hasta la mitad de la década del 60, el INSM apoyó las iniciativas de laborterapia y los talleres protegidos en las colonias, así como la construcción de asociaciones cooperadoras con objetivos de participación comunitaria. Sin embargo, estas intervenciones eran las acostumbradas por la psiquiatría, ya que el cambio en estas prácticas solo se limitaba a su nombre: ergoterapia, laborterapia. Por otro lado, con el avance de los psicofármacos, algunas colonias se constituían en un campo de experimentación de nuevos fármacos y medicamentos.

De esta manera, se operaba la reactualización conservadora de la psiquiatría, que había decidido recluirse en la administración de los grandes hospitales, recuperando su cualidad filantrópica y persistiendo en su aspecto

autoritario. En especial para apoyar a los gobiernos de turno en la desactivación y clausura de programas impulsados (como el de las comunidades terapéuticas) incluso por el propio INSM.

Los postulados de la psiquiatría encontraron una vía de recomposición por medio del sistema de seguridad social y específicamente del subsector de obras sociales. Hasta el año 65 aumentó gradualmente su oferta de servicios, con nuevas clínicas y sanatorios psiquiátricos. El modo de producción de los servicios de salud en las obras sociales, conjugaba los aspectos más negativos de dos tipos de tradiciones: de la tradición estatal se conservó la gestión burocratizada y centralizada, notablemente influenciada por el paternalismo sindical y sus relaciones clientelísticas. Y de la tradición liberal tomó las premisas más mercantilizadas y especializadas en la prestación de la asistencia médica.

Así, la psiquiatría se beneficiaba recuperando su papel de administradora de servicios y mejorando sustancialmente su posición dentro del mercado de salud. Esto configuró un movimiento de privatización de la psiquiatría, ajena a cualquier control público, exceptuando el cumplimiento del nomenclador de prestaciones. Dentro de los sectores más progresistas, esto era visto con reservas. Por ejemplo, Kesselman opinaba que este movimiento era un desvío de las premisas socializantes de la salud mental, ya que financiar los tratamientos en sindicatos para la clase trabajadora implicaba no considerar que los hospitales eran parte de su patrimonio y dicha clase ya había pagado la asistencia.

Este modelo de asistencia privatizada que se instaló para quedarse y su omisión como parte de las discusiones globales sobre las políticas de salud mental, perjudicó el sostén económico de nuevas políticas comunitarias.

A fines de la década del '70, el sistema sanitario argentino comenzó a consolidar una organización caracterizada por su excesiva fragmentación. Se fue dividiendo en el sector público (reservado básicamente a la atención de la población más cadenciada), el sector de seguridad social (compuesto por numerosas obras sociales heterogéneas) y el sector privado.

En relación a los dispositivos terapéuticos se observaron varias limitaciones y obstáculos para implementarlos. Las comunidades terapéuticas actuaron sobre los márgenes del manicomio, es decir no realizaron una reforma profunda, ni adoptaron una autonomía respecto del mismo. En última instancia, repitieron las dificultades intrínsecas de los modelos de comunidad terapéutica inglesa.

Con respecto a la prevención y promoción de la salud mental, las estrategias aplicadas reprodujeron formas hospitalocéntricas de asistencia, debido a su grado de normatividad, que no respondía a los intereses comunitarios. También se evidenció la falta de integración con la población y la insuficiencia de otros profesionales como antropólogos, sociólogos, etc.

Los centros comunitarios de salud mental presentaron diversos problemas como por ejemplo, la falta de puesta en práctica de criterios de regionalización, la falta de respuesta de estos servicios a los pacientes más problemáticos y la implicancia en la iatrogenia institucional y los conflictos políticos, reproduciendo modelos de servicios fragmentados.

A pesar de las críticas y reflexiones desarrolladas, se considera que el movimiento antipsiquiátrico representó un avance en comparación a la concepción de enfermedad, a los tratamientos y al rol del médico de la psiquiatría clásica.

CAPITULO III

Transformación Institucional del Hospital Escuela de Salud Mental en San Luis



CAPITULO III: Transformación Institucional del Hospital Escuela de Salud Mental en San Luis

El 23 de noviembre de 1993, dio comienzo en el entonces Hospital Psiquiátrico de San Luis un proceso de transformación institucional. Este pasaje implicó abandonar un modelo asilar que cumplía la función de depósito social del enfermo mental, caracterizado por diagnósticos estancos, personal dedicado a la custodia, servicios centrados en regular la estadia de los reclusos, sin objetivos de tratamiento, psicofarmacología dirigida a la patología del encierro, etc., para reemplazarlo por un hospital abierto, eficiente, capaz de enfrentar sus conflictos, comunicado con el medio social, con status terapéutico, defensor de los derechos humanos, y abocada a la rehabilitación y reinserción social.

Las autoras de esta tesis hemos tenido la oportunidad de realizar en el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis una “Rotación Interdisciplinaria en Salud Mental con Orientación en Procesos de Transformación Institucional” durante el período 01/08/06 - 18/08/06. Resulta interesante describir tal experiencia en relación a los tratamientos que se ofrecen en la institución, pensar el rol del psicólogo dentro de este campo y por último, reflexionar y analizar críticamente las fortalezas y los límites del modelo.

Con el fin de contextualizar la transformación institucional, se describirán las características del Hospital Psiquiátrico de San Luis, previo a la reforma:

- Institución Monovalente con 86% de personas depositadas rotuladas como “*crónicas*”. Promedio de internación de once años.

- Historias clínicas de pacientes internados casi uniformemente “sin novedad”, con escasa actualización y diagnósticos inamovibles, con datos esenciales no consignados o confusos, y un ordenamiento que dificultaba su aprovechamiento como herramienta terapéutica y documento público.
- Tratamiento. La psicofarmacología era el principal tratamiento, dirigida a manejar los conflictos propios de la patología del encierro. Solo un grupo reducido de pacientes concurrían a laborterapia, mientras que un número alto de internados pasivizados, no tenían actividades normativizadas, se encontraban desconectados de la comunidad y dependientes de la visita irregular de sus familiares. El contacto de mayor frecuencia y proximidad estaba establecido con el sector de enfermería, servicios auxiliares, cocina, lavadero y ropería.
 - Ausencia de planes de externación y reinserción social.
 - Cuatro calabozos de escasas dimensiones y pobres de luz y ventilación (llamados “salas de aislamiento”).
 - Hacinamiento, suciedad y falta de aseo en personas y/o ambientes físicos.
 - Aceptación del rumor como manera de comunicación.
 - Aceptación resignada por parte de los profesionales del rol de “custodios” fijado por otras instituciones y por el imaginario social.
 - Violencia, maltrato, abandono, insultos, violación de derechos humanos.
 - Patología del encierro: repetición, monotonía, automatización, empobrecimiento de la creatividad, estereotipia, prohibición de elegir lo más elemental (como horarios, comida, ropa y actividades), imposición de normas

como ejercicio abusivo del poder, doble discurso, miedo al cambio; es decir, sujetos institucionalizados.

El Proceso de Transformación Institucional que comenzó el 23 de noviembre de 1993, se propuso dos objetivos básicos:

1) Normativización de las admisiones. Esto implicó cerrar la admisión de pacientes crónicos, cuyo motivo de derivación era predominantemente social, alojados por carencia de vivienda o alimentación. Solo se internarían personas cuya condición psiquiátrica aguda o de crisis justificara su ingreso para una estadía breve.

2) Plan de externación de los pacientes alojados. Este plan debía ir articulado a la admisión exclusivamente de pacientes agudos, en crisis. Para llevar adelante este plan se implementó:

- Atención domiciliaria. Se buscó recrear los vínculos entre la institución y la comunidad restableciendo los canales de comunicación, encuentro e información. Implicó que la red de salud del hospital asistiera al lugar de residencia, permitiendo la atención de aquellos pacientes que se veían imposibilitados de concurrir a la ciudad por la distancia involucrada y por falta de medios económicos. Así, la atención domiciliaria debió llegar al punto de proveniencia del paciente. Esto significó la extensión de la tarea al interior de la provincia, lo cual fue asentando el Programa Provincial de Salud Mental, dado que la conexión con esos pueblos y ciudades tuvo no solo a las familias como interlocutores, sino también a las distintas instituciones de los diversos lugares, con las que fue necesario ligarse en la tarea común.

Este trabajo apuntó a resolver los conflictos que podían suscitarse, como, por ejemplo, la inclusión de un miembro de la familia rotulado como

enfermo, o sostener al paciente compensado y controlar que mantuviera el tratamiento psicofarmacológico y en caso de descompensación tramitar el rápido reingreso del paciente al hospital.

- Capacitación del recurso humano para la nueva modalidad de trabajo, que implicó la salida simultánea tanto del paciente depositado legalmente como del personal del hospital. Se formaron grupos de reflexión y capacitación, donde se abordaron temas como la movilidad de salas de internación, acuerdos para pautar actividades, cuadros críticos, etc.

- Movilización de las salas de internación a través de actividades diarias, pautadas en horarios fijos de los internos. Se trabajaron sus temores, se ejercitaron los cuerpos, se incorporó el hábito del aseo diario y se modificaron las vestimentas.

Para estos objetivos, se realizaron varias actividades:

- a) Revisión de las historias clínicas. Estas solían registrar diagnósticos de ingreso, muy escasamente actualizados o confirmados. El paciente quedaba adherido y rotulado a un diagnóstico inmutable, que definía su nueva identidad y reemplazaba a su historia personal, familiar y social. Esto significó observar que el principal cuadro de diagnóstico prevalente era la institucionalización, y el abandono familiar, tendiendo a encubrir y modificar las conceptualizaciones diagnósticas de ingreso.

A partir de los datos obtenidos, surgió como necesidad diseñar una estrategia terapéutica para cada paciente, individualizando a cada una de las personas internadas, reordenando su historia clínica, reconstruyendo la historia de sus vínculos, dentro y fuera de la institución, incorporando datos que eran

conocidos por el personal del hospital pero que no estaban registrados en dichas historias.

b) Revisión clínica actualizada de los tratamientos psicofarmacológicos para facilitar la movilización de los pacientes y evitar efectos indeseables. También revisión clínica de todos los internos.

c) Formulación de la historia familiar y social. A través de la comunicación diaria con los pacientes, éstos comenzaron a relatar los hechos de los días anteriores, y progresivamente en la medida que se afianzaron los vínculos se continuó con el relato del lugar de origen, de la geografía, de las costumbres de la familia. Con esto se obtuvieron datos para localizar a parientes de los pacientes.

De esta manera, se fueron diluyendo los mitos y falsas historias, cada persona fue adquiriendo su perfil propio, se fue individualizando y diferenciando. Es decir, se personalizó ante una institución que anteriormente había tendido a masificarse. Este reencuentro con la verdad histórica de cada internado tuvo un valor terapéutico importante, no solo para el paciente sino para la institución. Para el hospital esta tarea implicó dejar de lado una práctica encerrada entre muros con la que se había falseado la vinculación con la realidad. Así, se comprendió al paciente, ya que se supo de él, se empezó a conocerlo como persona.

d) Actividad física, se realizaron caminatas con el objetivo de movilizar las masas musculares y que comenzaran a tener contacto con el afuera. En un primer momento los paseos eran cortos, y posteriormente por barrios vecinos. Esto implicó revisar la medicación y el estado clínico de cada paciente, con el objeto de mejorar las condiciones físicas para poder realizar estos paseos. A la

vez esto generó cierto movimiento institucional, ya que involucró a varios servicios del hospital que debían cooperar y coordinar las acciones conjuntas, como enfermería, cocina, ropería, choferes, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, creatividad, kinesiología y terapia ocupacional.

e) Cierre de los cuatro calabozos y colocación de picaportes. La institución tenía serias dificultades para la conexión fluida de sus distintos sectores, tendiéndose al aislamiento de grupos que quedaban físicamente separados. Al reducirse y rutinarizarse los espacios en los que se movían dentro de la institución, se había ido inmovilizando y pasivizando a los pacientes. Por lo tanto, para impulsar la integración, se eliminaron los llavines que cerraban las puertas de los espacios comunes de circulación (a los que hasta entonces solo los profesionales podían acceder). El hospital no sólo se abrió hacia el exterior sino también hacia el interior.

f) Inicio de las asambleas y de las revistas de sala. Se resolvió retomar las interrumpidas asambleas del hospital. Se las pensó como un arma contra el anonimato y un espacio para compartir la información, para conocerse e identificarse entre los profesionales y como un referente de tiempo y espacio. En la asamblea se fue decidiendo la apertura de otros espacios institucionales. Con las revistas de sala, se abandonó el aislamiento entre el área de internación y el área externa.

g) Modificación de los planes de laborterapia, para concretarlos fuera del hospital.

h) Trabajo con el Poder Judicial. Se trabajó intensamente con los jueces cada caso particular, sobre la base de que la continuidad de la reclusión era iatrogénica. Se realizó informes que no solo contemplaban el diagnóstico

psicopatológico, sino las capacidades y habilidades de los pacientes, además de un diagnóstico familiar y del entorno social en el que se desenvolvían. Esto permitió a los jueces tener una visión integral de la situación. De esta manera, varios dictámenes fueron ampliamente fundamentados ordenando la externación en los casos que correspondía. Además, se revisaron expedientes de pacientes con largos años de internación cuyas causas, en algunos casos, ni siquiera habían llegado a juicio, ordenándose la externación de los mismos.

i) Tareas en el interior de la provincia. Se organizaron cinco recorridos semanales para atención comunitaria en toda la provincia, apoyando el proceso de reinserción. Ellos son 1) San Luis, Fraga, Villa Mercedes, Justo Daract; 2) San Luis, La Toma, Naschel, Tilisarao, Concaran, Santa Rosa, Merlo; 3) San Luis, Buena Esperanza, Unión, Arizona; 4) San Luis, Trapiche, Carolina; 5) San Luis, San Francisco, Luján, Candelaria, Quines. Además, se organizó la ayuda social necesaria para la reinserción social.

j) Creación de nuevos servicios hospitalarios. Se fundó el Servicio de Niñez y Adolescencia, se habilitó un espacio adecuado para el personal de servicios auxiliares y un office amplio para enfermería, se organizó el Departamento Provincial de Alcoholismo, sobre la base del modelo de G.I.A. (Grupo Institucional de Alcohólicos)

De esta manera, el antiguo Hospital Psiquiátrico se transformó en el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis. Este proceso convergió en la Reforma del Código de Procedimiento en lo Civil, Comercial y Penal de la provincia que actualmente legaliza la experiencia. Una las modificaciones más innovadores es que se relativiza la internación para priorizar la aplicación de tratamientos adecuados.

En una charla con nosotras, el director del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, Dr. Jorge Luis Pellegrini, hizo mención a esta reforma legal:

“...En Argentina, hay hermosas leyes, que son muertas, letras muertas. Porque no hay una práctica social, científicas, políticas, que hayan dado lugar a la sanción de la ley. Entonces las leyes son un saludo a la bandera, Santa fe, Río Negro, Córdoba, Buenos Aires tienen leyes. Creo que lo esencial es tener un plan sanitario que tenga como eje la transformación de las instituciones, que le ponga fin al manicomio, pero no cerrándolo, sino convirtiéndolo en hospital. No conozco ningún manicomio que haya cerrado en Argentina. Entonces yo puse en acento como eje de la política sanitaria, en el plan de Salud Mental y en la transformación...”

“...El objetivo muy importante dentro de ese marco, fue la reforma del código de procedimiento en lo civil y en lo comercial, y en lo penal. Que introdujo un concepto totalmente nuevo y revolucionario, en Argentina. Y es que la internación de pacientes o personas con padecimiento mental es de incumbencia de los profesionales y del hospital especializado y no de los jueces. Se acabó la judicialización...”

“...Esta reforma del código de procedimiento, podría haber sido una letra muerta sino hubiera habido, como ya existe en San Luis, una experiencia, un recurso formado, alternativas de tratamiento, ampliación de la oferta que hace de la internación, lo que realmente es la internación...” (Entrevista realizada el 16/08/06)

Concepción de Salud Mental

En el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, se parte de pensar la salud y la enfermedad como elementos de un mismo proceso, como términos de una ecuación, como polos antagónicos de una contradicción, como fenómenos opuestos, implicando uno la existencia del otro. Es una visión dialéctica en la cual, los seres humanos definidos como sanos (propietarios de salud) poseen algo de enfermos y también las personas definidas como enfermas siempre preservan aspectos sanos. Según el aspecto que predomine se definirá la situación de conducta. Se trata de fenómenos cambiantes, contingentes en tiempo según las condiciones de existencia. En este sentido,

ningún diagnóstico es de una vez para siempre y en el enfermo que padece también existen elementos de salud.

Es frecuente que personas enfermas preserven aptitudes para el trabajo, la creación artística, la producción estética, la capacidad de amar o de cuidar a personas. Es sobre estas capacidades que se puede apoyar la labor terapéutica, favoreciendo el despliegue y fortalecimiento de lo sano presente en el enfermo.

La salud y la enfermedad son pensadas como construcciones sociales, lo que implica analizar la vida cotidiana y las condiciones objetivas de existencia para planificar un tratamiento posible. No resultan iguales las condiciones de salud de un individuo que carece de casa apropiada, alimentación, vestimenta, descanso, trabajo bien remunerado, educación, etc. que los individuos que tienen todas esas cuestiones resueltas satisfactoriamente. Se considera que las personas son parte de una red de vínculos humanos y sobre esa trama se enferma o se repone.

El trabajo en el hospital está orientado por la idea de que cada individuo enfermo es emergente de una situación productora de enfermedad, de desajustes y conflictos irresueltos. Cada sujeto denuncia un problema de él con otros, de otros con él, de otros con otros. Estos otros son seres humanos cuya existencia se ha hecho interna en la persona misma, es decir se ha internalizado.

Resulta fundamental trabajar con el individuo y sus vínculos, con las familias y los grupos de pertenencia del sujeto consultante. Esto lleva a asumir necesariamente un tipo o modelo de hospital que no acepta hacerse cargo del

paciente que asumió el “rol del loco”, sino proyectar su actividad hacia el medio del que proviene el individuo, que sustenta su identidad de “paciente”.

Tratamientos

Se detallarán los tratamientos y el funcionamiento institucional, con los servicios respectivos del actual Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis. A su vez, se describirá la experiencia de “Rotación Interdisciplinaria en Salud Mental con Orientación en Procesos de Transformación Institucional” que, como ya se ha mencionado, realizamos durante el período 01/08/06 al 18/08/06.

El marco de la rotación fue el siguiente: el hospital brindó lugar para hospedarse, (concretamente un chalet ubicado dentro del predio del hospital, pero alejado del mismo por un gran parque) en el cual convivimos con otros rotantes, en este caso estudiantes provenientes de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza. Además, brindó media pensión, que incluyó desayuno y almuerzo. A cada rotante se le asignó un “referente” encargado de planificar el recorrido en cada servicio.

La rotación implicó conocer todos los servicios del hospital:

- Admisión: participa un psiquiatra, un psicólogo y otro profesional de los diferentes servicios. El equipo va rotando y variando sus integrantes. La admisión consiste en un relevamiento de datos y un diagnóstico presuntivo.

- Revista de Sala: Se lleva a cabo diariamente durante una hora, es coordinada por la jefa de enfermería. Se informa sobre los casos nuevos, y se realiza un seguimiento del tratamiento y evolución de los pacientes internados. Se plantean los problemas y se buscan soluciones.

- Asamblea del hospital: se realiza una vez por semana durante una hora, participan profesionales, no profesionales y pacientes. Se tratan los problemas que van surgiendo. Tuvimos la oportunidad de participar de tres asambleas, en ese momento se estaba organizando un congreso en el hospital y coordinando las actividades.

- Consultorios externos: presenciamos entrevistas de psiquiatría y psicología, tuvimos acceso a las historias clínicas y a una breve descripción de cada caso.

- Guardia: es pasiva, los profesionales van rotando, siempre están asignados un psiquiatra y un psicólogo, y los voluntarios que conforman el “apoyo de guardia”. Los rotantes pueden permanecer en la enfermería o son llamados por teléfono al chalet.

- Kinesiología: en este servicio trabaja un kinesiólogo, realiza fisioterapia (ultrasonido, lámpara) y trabajos de gimnasio. Además, interviene en dos grupos (“Ansiedad” y “Esperanza”) destacando la importancia del conocimiento del propio cuerpo y de la relajación de un cuerpo tensionado. Pudimos acceder a las historias clínicas que contienen fotos que muestran la evolución del paciente. En cada caso la rutina de actividad va enlazada con la problemática particular.

- Servicio de Farmacia: El hospital entrega los medicamentos de manera gratuita. Durante la rotación se accedió al vademécum y a la dinámica de trabajo: se controla que el paciente no tenga obra social, cada siete días se da la medicación, de esta manera se realiza el control del tratamiento, por último se hace entrega del medicamento.

- Visita Domiciliaria: por falta de ambulancia los traslados se realizaron en el auto de una psicóloga acompañada por una psiquiatra y dos rotantes. Cuando nos tocó a nosotras, se visitó a una persona en crisis, de la zona, que había sido asistida el día anterior. Trabajaron de la siguiente manera: la psiquiatra le modificó la medicación y la psicóloga intervino con la paciente y los familiares.

- Servicio de Niñez y Adolescencia: a cargo de dos psicólogos y una fonaudióloga, se trabaja con dispositivos de creatividad (música, dibujos, poesías) Durante la rotación se realizó una visita a una muestra del pintor Dalí.

- Servicios no profesionales: como biblioteca, oficina de personal, cocina, lavandería y costurería, entre otros.

- Grupos Institucionales, dispositivo grupal en Salud Mental que funciona como una red de contención, en permanente disposición para los pacientes. Se lo considera fundamental para la continuidad del tratamiento y un complemento del tratamiento psicoterapéutico individual y psicofarmacológico. Pueden participar los familiares de los pacientes. Durante la rotación, se participó en estos espacios grupales realizando las actividades propuestas. En cada uno de ellos, la presencia del rotante era habitual, siempre hubo una bienvenida y un momento de presentación. Los profesionales que conforman los equipos se mostraron predispuestos y ofrecieron toda la información solicitada.

-“Grupo G.I.A.”: para personas con problemas de alcoholismo y a cargo de una especialista en adicciones y un terapeuta ocupacional. No es anónimo, se hace terapia grupal donde el paciente cumple un rol activo en su

recuperación. En este grupo los profesionales mencionaron la necesidad de un psicólogo que ayude en la coordinación.

- “Grupo Psicoeducativo para los Trastornos de Ansiedad”: conformado por personas con diversos diagnósticos (fobias, ataques de pánico), a cargo de una psicóloga, un psiquiatra, un kinesiólogo y un farmacéutico. Se abrió el encuentro con una rueda de presentaciones donde cada uno expuso una situación que le genera ansiedad. La psicóloga, desde el modelo cognitivo, explicó el mecanismo de la ansiedad y conceptos como profecía autocumplida, autodiálogo, etc. Se cerró el encuentro con un ejercicio de relajación.

- “Grupo G.I.T.D.E.” (Grupo Institucional Terapéutico de Depresión): la coordinación estaba a cargo de dos psiquiatras. Cuando se participó en este grupo, se aplicaron técnicas de relajación y de visualización. Posteriormente, se realizó una rueda de presentaciones con un comentario de cada paciente sobre las actividades del fin de semana. Las intervenciones de los profesionales fueron directivas y las técnicas cognitivo-comportamentales. Se cerró el encuentro compartiendo mate cocido.

- “Grupo Vivir Mejor”: conformado por personas diabéticas y un equipo que contaba con una nutricionista y una asistente social. La dinámica fue la siguiente: una ronda de presentación, incluyendo a los rotantes, y posteriormente cada paciente compartió con el grupo las actividades realizadas, los problemas que debieron sobrellevar en la semana, se formularon inquietudes y conflictos. El encuentro se cerró compartiendo mate cocido. Cuando participamos, se observó que sería necesaria la participación de un psicólogo en el grupo, para orientar la reunión, ya que sus integrantes y

la coordinación estaban posicionados en un lugar informativo (ejemplo: valores nutricionales de los alimentos).

- “Grupo Terapéutico Esperanza”: conformado por personas con esquizofrenia o psicosis y familiares, a cargo de una psicóloga, un psiquiatra y un kinesiólogo. El encuentro se estructura de la siguiente manera: lectura del acta del encuentro anterior, presentación de cada integrante del grupo con comentarios sobre inquietudes que fueron surgiendo en la semana, conclusión y cierre con una actividad relajación. La coordinación es variable, como también el profesional que lleva el acta.

- Capacitación: todos los días a las 11:30hs, se dictan clases teóricas a rotantes y a profesionales jóvenes del hospital.

- Servicio Social: Trabaja conjuntamente con área externa y atención domiciliaria. Se encarga de buscar soluciones a problemas como alimentos, ropa, vivienda, contactándose con instituciones que abordan esas demandas.

- Familias sustitutas: este es un dispositivo que propone el hospital en convenio con la gobernación, para aquellas pacientes que no tienen familiares o vínculos en los cuales sostenerse para lograr su externación. Por ello se implementó este sistema que consiste en integrar al paciente en una familia sustituta. La Resolución 106/96, emitida por Dirección Provincial de Salud Mental de San Luis, establece que la implementación del programa de familia sustituta está orientada a asistir a discapacitados menores y los pacientes a externar. Las personas a incorporarse al sistema deben contar con requisitos tales como carencia de padres y/o familiares; peligro moral o material para la salud psicofísica; situaciones de enfermedad de familiares que no hagan aconsejable la permanencia en el hogar; entre otros. La familia sustituta

percibe una suma mensual fijada en carácter de subsidio y los eventuales aportes que pudieran existir para la atención de los gastos que le demandaran las personas a su cargo. Además, recibe orientación y asesoramiento en relación al tratamiento.

Rol del Psicólogo

A partir de la breve descripción de la rotación en el hospital, se puede observar que el psicólogo se encuentra presente en los diversos dispositivos institucionales: revista de sala, asambleas, visitas domiciliarias, grupos institucionales, guardia, espacios de formación, consultorios externos, etc. integrando un equipo interdisciplinario.

El psicólogo tiene libertad para intervenir desde el marco teórico de su elección y desde allí determina el tratamiento terapéutico (esto principalmente en los consultorios externos). La modalidad de trabajo en equipo interdisciplinario permite una visión holística de cada caso y una actitud desafiante orientada a la actualización de su saber.

Críticas y reflexiones

Para el desarrollo de las críticas y las reflexiones se procesaron los datos obtenidos de las entrevistas realizadas durante la experiencia de "Rotación Interdisciplinaria en Salud Mental con Orientación en Procesos de Transformación Institucional" en el 2006. Además, se considerará las propias conclusiones sobre la experiencia, éstas fueron volcadas en una devolución escrita al hospital, que fue leída en la revista de sala del último día.

Se entrevistaron varios informantes claves de cada servicio. Entre ellos; el director del hospital, psiquiatras, psicólogos, farmacéuticos, kinesiólogo, asistente social, enfermeras, nutricionista, bibliotecaria, empleados administrativos, cocinera, etc.

Las fortalezas y ventajas que atribuyeron los entrevistados al modelo de transformación institucional son las siguientes:

- Trabajo interdisciplinario. Muchos entrevistados coincidieron en enfatizar la importancia del trabajo en grupo y el contacto permanente entre los profesionales de la institución. Algunos expresaron:

“...Se trabaja en bloque, en grupo, eso nos hace sentir más contenidos, esto es muy diferente al trabajo en otras instituciones...”

“...El trabajo en equipo facilita la visión del paciente de manera integradora: cuerpo y mente todo junto...”

“...Una de las ventajas, sin duda, es el trabajo en equipo, interdisciplinario, con una visión holística ya que incluye terapeuta ocupacional, hay técnicas corporales, etc...”

“...No hay aislamiento entre los profesionales, continuamente hay contacto con el equipo...”

- Visión integral del paciente. El personal coincide en que el trabajo junto a otros profesionales permite una perspectiva más amplia de la problemática del paciente, situación que favorece el abordaje terapéutico:

“...Acá tenemos una visión integradora del paciente entre lo biológico, lo mental y el cuerpo...”

“...Yo coordino en el Grupo Terapéutico Ansiedad la primera parte que es la relajación. Es muy importante que se haga esto, mi trabajo en general permite una visión completa del paciente ya que no se descuida el cuerpo como pasaba antes...”

- Libertad para trabajar en consultorio externo. Algunos entrevistados mencionaron lo siguiente:

“...El trabajo en el consultorio es muy variado y libre. Tomás los casos para psicoterapia que resultan de tu interés, el resto los derivás...”

“...En cuanto al rol del psicólogo, tenés la libertad de trabajar con la modalidad que querés y con el marco teórico al que adherís, en este caso yo trabajo con el cognitivo-racional-emotivo...”

- Decisiones institucionales. Con respecto a esto se expresó:

“...Los criterios de internaciones son institucionales y éstos guían, dirigen la práctica, aunque a veces la limitan, entonces se intenta llegar a un acuerdo...”

- Amplia participación de los profesionales en los ámbitos institucionales:

“...El psicólogo trabaja en consultorio externo, admisión, guardia una vez semanal o como apoyo, participa de los espacios institucionales, formación...”

“...Los espacios de participación son amplios por ejemplo en admisión, revista de sala, y asamblea...”

- Modalidad sistemática y organizada de trabajo:

“...la dinámica de trabajo es más organizada, se planifican las tareas, antes no había integración de los servicios y el compromiso era la asistencia, cumplir con el horario...”

- Otras ventajas mencionadas son: formación profesional, compañerismo, tratamiento ambulatorio, internaciones breves, transformación de la institución como sistema abierto y no como modelo acabado, etc.

Entre los puntos problemáticos, debilidades o cuestiones a resolver, los entrevistados manifestaron lo siguiente:

- Criterios de internación. Algunos profesionales psiquiatras mencionaron sentir presión al trabajar con tales criterios, debido a que consideran que a veces esto es prematuro en relación a las condiciones del paciente:

“...Lo normativo a veces obstaculiza por ejemplo los criterios de internación...”

“... A veces no trabajo cómoda, nosotros los médicos, dados los criterios de externación, a veces estamos presionados para externar. La decisión última es del director, pero yo soy la que firmo. (...) Si bien el criterio de internación es del médico y de la institución, pero estos a veces se contraponen...”

- Figura del director. Se mencionó que las decisiones están centralizadas en la figura del director:

“... El conflicto es que hay mucha centralización en la figura del director. Se necesita un sucesor. Las decisiones están centralizadas en la figura de autoridad, esto yo lo volqué en mi informe cuando hice la rotación...”

- Ausencia de un área de recursos humanos:

“...Tampoco hay atención al cliente interno, es decir se pierde la mirada organizacional. Hay temas de liderazgo, autogestión y compromiso que habría que reevaluar en el hospital...”

“...faltaría un área de recurso humano...”

“...Todo se plantea en la asamblea porque no hay un departamento de recursos humanos...”

- Falta de recursos materiales como la ambulancia, crédito para los llamados telefónicos, falta de medicación, caldera rota, etc. Se manifestó lo siguiente:

“...Todavía hay problemas con el transporte, estamos sin ambulancia...”

“...Los médicos trabajan incómodos, por la falta de ambulancia, sin medicamentos a veces y sin plata para llamadas telefónicas...”

- Contratación del personal: Algunos enfermeros, la ayudante de biblioteca, cocinera y personal de limpieza son contratados por medio de planes sociales provinciales y nacionales. Los sueldos y beneficios son limitados en relación a los empleados del hospital. Se expresó lo siguiente:

“... Acá hay tres empleados con plan trabajar, otros con plan de inclusión y los de limpieza trabajan como pasantes...”

- Otras críticas mencionadas: No hay recepción de determinados pedidos o reclamos, carencia de una red institucional, por ejemplo con los G.I.A. sería necesario la instalación de estos grupos en distintos barrios, fuera de la institución.

Estos comentarios anteriormente desarrollados, fueron mencionados en una devolución escrita al hospital, que fue leída en la revista de sala del último día³. Además, resulta interesante mencionar otros aspectos que se observaron en el hospital.

El personal manifestó cansancio y monotonía en el relato de “la transformación institucional”, a periodistas, rotantes, residentes, etc. Muchos de ellos explicitaron y expresaron la necesidad de pensar programas futuros, de realizar un balance crítico de la situación actual y de plantear el interrogante por la continuidad del modelo de hospital cuando por ejemplo, el director ya no esté en el ejercicio de sus funciones.

Otro punto dilemático fueron los criterios de internación. Si bien el director los consideraba como terapéuticos:

“...El criterio de admisión es que haya fundamentación científica, médica, psiquiátrica, psicológica, etc. que la conducta médica diga que lo que hay que adoptar es la internación (...) El criterio de internación es que su estadía breve esté dictada por la crisis. Anoche por ejemplo, que la jueza quería internar, no tenía pauta de internación, se tuvo que ir. Ahora si hubiese estado en crisis, nosotros le hubiésemos dicho a la jueza lo que le dijimos hace tres meses: lo internamos no porque usted quiere sino porque nosotros consideramos que debe estar internado.”

Para los profesionales del hospital los criterios de internación estaban definidos por lo negativo, es decir, por los pacientes que no se admiten como por ejemplo, los casos sociales, las personas no identificadas (NN), los casos judiciales, pacientes por cuestiones personales o de “amiguismo”, entre otros. Sin embargo, durante la rotación se presenciaron casos en los cuales la internación tuvo que ver con la influencia de personas del poder judicial. Por otro lado, con el objetivo de mantener la media de internación (siete días), se

³ Ver Anexo.

manifestaron en los profesionales temores ligados a una externación prematura y a sus consecuencias, tal como quedó expresado por ellos en las debilidades del modelo.

Respecto a las condiciones de contratación a través de los planes sociales, es un tema preocupante para los empleados directamente involucrados y para los compañeros cercanos del servicio. Sin embargo, no se observó que esta problemática haya sido discutida en las asambleas o denunciada de forma explícita hacia las autoridades del hospital.

Durante la rotación, en el Hospital se realizó un seminario, abierto a todo público, sobre "Paradigmas en psiquiatría y Salud Mental del siglo XX en Argentina y el mundo". Motivo por el cual, las semanas previas, persistieron en las asambleas como temática las actividades de difusión. Así, se recibieron medios periodísticos de televisión, radio o gráfica. También profesionales invitados de otras provincias. Se observó que este evento postergó temas internos y la dilatación de resoluciones a conflictos.

Otras de las cuestiones que merecen destacarse, se relacionan con lo que los entrevistados denominan "las tres patas de la transformación". Estas son: la decisión y voluntad política para realizar el cambio, los profesionales para llevarlo a cabo y el conductor de la idea. Si bien el apoyo político provincial favoreció la implementación del actual modelo, se considera que estos aspectos por momentos obturan la crítica al mismo.

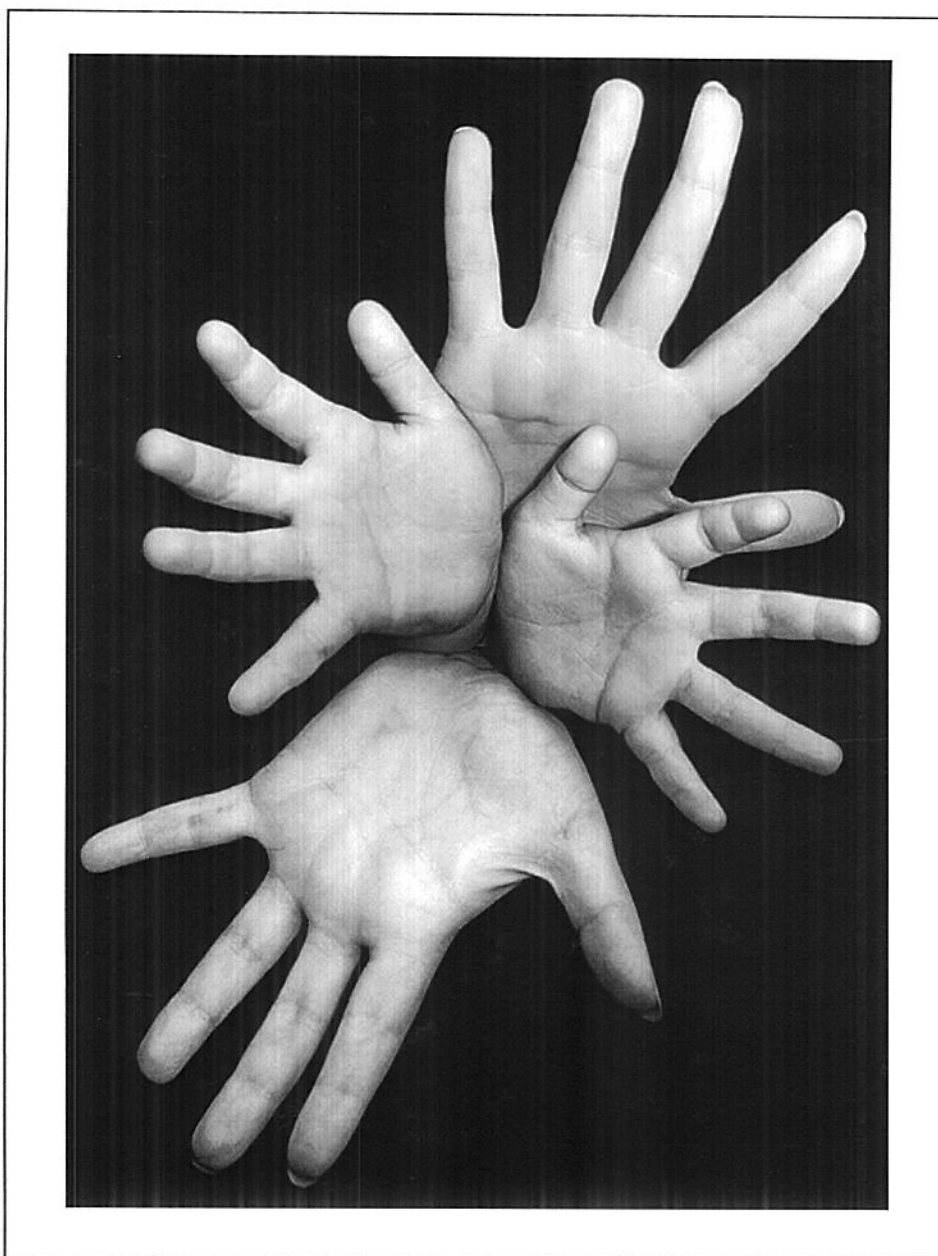
Por último, se observó que los espacios institucionales como la asamblea o revista de sala funcionan con dinámicas y niveles de participación diferentes según se encuentre o no el director. Si bien estos espacios fueron creados para el debate, la reflexión y la búsqueda conjunta de soluciones, se presenciaron

situaciones de tensión y malestar en el personal, en las cuales finalmente las decisiones se centraban en la figura del director.

Estas críticas y reflexiones resultan significativas para no quedar adheridas a la “imagen ideal” de la transformación. Es decir, el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis muestra problemas a resolver y críticas constructivas desplegadas por parte de los integrantes del mismo. Poder detectarlas, pensarlas, analizarlas e intentar resolverlas resultará crucial para la continuidad del modelo. De manera que el desafío principal, es avanzar transformando su propia “transformación”.

CAPITULO IV

Proceso de Desmanicomialización en Río Negro



CAPITULO IV. Proceso de Desmanicomialización en Río Negro

A fines de 1983, con la llegada de la democracia, comenzó un proceso de cambio dentro de los lineamientos para el trabajo en Salud Mental en la provincia de Río Negro. Esto implicó implementar modificaciones del manicomio tratando de humanizarlo y de mejorar la situación de abandono en que se encontraban los internados. Río Negro fue elegido por los planificadores en Salud Mental como la nueva zona de demostración que cumpliría un papel parecido y sucesor al que cumplió en la década del '60 la experiencia Goldenberg. Si bien se basó en conceptos de Gerald Caplan y fundamentalmente en la Reforma Italiana de Trieste, esta experiencia rionegrina desarrolló aspectos singulares y característicos.

En mayo de 1985 se trasladó a la provincia y se hizo cargo del Programa de Salud Mental de Río Negro el Dr. Hugo Cohen, quien fue médico del Hospital Alfaro de Lanús entre los años 1979 y 1983. En junio del mismo año se celebró el Primer Encuentro Patagónico de Salud Mental, y a partir de las conclusiones del mismo, se comenzó a construir la modalidad del trabajo en equipo, impulsado por la nueva gestión.

Se dio paso a la externación de los pacientes, a pensar en salud mental comunitaria y finalmente a legalizar este proceso en la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de Personas que padecen Sufrimiento Mental, aprobada el 11 de septiembre de 1991. Esto generó la emergencia del concepto de desmanicomialización en los debates de la década del 90.

Nosotras tuvimos la oportunidad de realizar un viaje a la provincia de Río Negro, conociendo y recolectando información del Hospital de Área El Bolsón,



el Hospital de Área de Viedma y la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la provincia, en el mes de Septiembre de 2006. Resulta interesante mencionar la experiencia de Río Negro describiendo algunas de las opiniones de los protagonistas que implementaron este modelo.

Con el fin de contextualizar la transformación institucional, se describirán las características del sistema sanitario de la provincia de Río Negro previo a desmanicomialización e implementación de la ley, tal como lo hicimos en el caso de San Luis:

- Existen en la provincia cinco zonas sanitarias de desarrollo natural y diferencial: Alto Valle, Valle Medio, Valle Inferior o Región Atlántica, Región Cordillerana y Meseta Central Patagónica. Los niveles de asistencia de mayor complejidad históricamente eran derivados a otras provincias, en tanto los niveles primarios y de mediana complejidad eran responsabilidad de los 27 hospitales que funcionaban en la provincia, distinguiéndose los hospitales rurales de complejidad primaria, de los hospitales polivalentes.

- El Neuropsiquiátrico de Allen recibía el 90% de la derivación de pacientes con alteraciones mentales, ya que era el único hospital dedicado a este tipo de padecimientos en toda la provincia. Algunos pacientes (los más problemáticos) se derivaban a Carmen de Patagones (Pcia. de Buenos Aires) y en menor medida al Borda, Montes de Oca, Melchor Romero, Moyano, etc.

- En el momento de la asunción de Cohen había 120 internados en el Neuropsiquiátrico de Allen. Éste perteneció a la segunda generación de estructuras totales o asilares. Su creación fue en la década del '40, bajo el gobierno de Carrillo.

- Los pacientes que gozaban de una importante situación económica eran internados en habitaciones disponibles en clínicas generales o eran derivados a Buenos Aires o Bahía Blanca para su tratamiento en instituciones privadas.

- El total de trabajadores de salud mental era de 64 en toda la provincia, y 54 se desempeñaban en el Neuropsiquiátrico de Allen. El resto estaba distribuido en los Hospitales de Bariloche, Cipoletti, Roca, Regina, Viedma o Huergo. La atención era individual y no funcionaba como equipo.

- Predominaba el modelo tradicional de asistencia institucional. Este implicaba: un enfoque asistencial e individual, (se trabajaba sobre y para el paciente), atención en ámbito cerrado, psiquiatrización o psicologización de la práctica y de la problemática, exclusión del paciente de las discusiones y decisiones para su curación, internación prolongada, rehabilitación basada en terapia ocupacional o laborterapia en talleres protegidos y noción de peligrosidad en torno al paciente.

La desmanicomialización comenzó a partir de 1985, algunos de los cambios implementados fueron los siguientes:

- Apertura de alternativas comunitarias, institucionales y sanitarias para sostener y profundizar el proceso.
- Decisión política de abrir camas en todos los hospitales generales de la provincia para internación de las personas con sufrimiento mental.
- Reconocimiento de la Salud Mental como la quinta clínica básica.
- Revalidación del derecho del psicólogo a concursar para la jefatura de los servicios de salud mental y también a realizar guardias de la especialidad (ante estas solo podían hacerlas los psiquiatras)

- Contención de las crisis en el lugar de residencia habitual de las personas con sufrimiento mental.
- Disminución de derivaciones al Neuropsiquiátrico de Allen y al exterior de la provincia.
- Creación del primer equipo de intervención en crisis a cargo de una asistente social, Lic. Luisa Agnoletti y dos psicólogos Lic. Liliana Ingold y Lic. José Schiappa Pietra.
- Nombramiento del primer alcohólico recuperado para la coordinación del Grupo de Alcoholismo Sr. Ricardo Antolí.
- Vaciamiento del Neuropsiquiátrico de Allen. En 1983 contaba con 120 internados, mientras que en 1985 se redujo a 80, número que fue disminuyendo en los años sucesivos. Las autoridades en salud empezaron a visualizar la posibilidad de reciclarlo en Hospital General.
- Clausura del Neuropsiquiátrico de Allen en el año 1988, y remodelación y reconversión en Hospital General con un servicio de SM junto a pediatría, cirugía, clínica y tocoginecología, entre otros.
- Implementación del modelo de Salud Mental Comunitaria. Este consiste en: enfoque promocional, comunitario y de trabajo en equipo, abordaje socio-familiar de la problemática del paciente, valoración de los aspectos sanos, trabajo con el paciente y el ambiente que lo rodea, papel activo e integración del sujeto en estrategias que apuntan a la resolución de la crisis y a su reinserción social, internación preferentemente domiciliaria, potencialización de habilidades y capacidades, confluencia de diversos saberes para la resolución de la crisis, responsabilización de la persona, horizontalización de los vínculos y trabajo sobre los derechos y necesidades de las mismas.

Para sustituir el manicomio por alternativas de atención, promoción y rehabilitación efectivas y concretas, se trabajó en varias estrategias: a) internación en hospitales generales; b) formación de agentes y equipos multiplicadores de la tarea; c) designación de personas recuperadas para integrarse a los equipos; d) trabajo interinstitucional y comunitario; e) creación de guardias pasivas; f) organización de actividades pre-cooperativas con los pacientes.

Si bien a nivel nacional todavía regía la ley sancionada sobre el fin del proceso militar en 1983, que regulaba la ciudadanía de los pacientes según los padrones de la psiquiatría clásica, la Ley 2440 tenía otro contexto. Ella significaba un nuevo momento para el ejercicio de los derechos civiles por parte de los pacientes psiquiátricos y entraba en consonancia con las líneas elaboradas por la Conferencia de la OPS reunida en Caracas en 1990 sobre el capítulo referido a los Derechos Humanos y asistencia psiquiátrica y también con la versión de las recomendaciones de 1991 de la ONU sobre la protección de los portadores de trastornos mentales y la mejoría de la asistencia en salud mental.

Entre los aspectos más innovadores de la presente ley merecen destacarse: a) la prohibición de la habilitación de nuevos manicomios ya sean públicos o privados o cualquier otro equivalente; b) la reafirmación al derecho a la asistencia pública en salud mental; c) la consideración de la internación como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las alternativas previas, tendiendo permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio, con su pronta recuperación y resocialización; d) la promoción laboral y el mantenimiento de los vínculos

sociales, familiares y de amistades; e) el reconocimiento de los derechos del paciente a participar de los procesos para decidir respecto de su asistencia, inclusive cuando los mismos estén alcanzados por una medida de confinamiento judicial (medida de seguridad; f) el recorte de los poderes de los peritos forenses y los propios jueces sobre el paciente judicial; g) la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental es expresada en términos de reinserción comunitaria, constituyendo el fin último de la ley y de todas las acciones que de ellas se desprenden, h) la responsabilidad del proceso de recuperación no es solo de los profesionales sino de todas las personas integrantes de la comunidad familia, vecinos, amigos, familias sustitutas, etc.

Concepción de Salud Mental

Para conceptualizar la Salud Mental, tanto Cohen como Schiapa Pietra, representantes del movimiento de desmanicomialización en Río Negro, siguieron algunos pensamientos de José Bleger. A partir de su lectura, la salud mental es entendida como una manera de estar, de ser, de relativo equilibrio e integración de los elementos constitutivos de las personas, siendo sujetos de la cultura y de los grupos, instituciones y comunidades; con crisis previsibles e imprevisibles en las cuales esas personas o agrupaciones participan activamente de sus propios cambios y en los de su entorno social, a través de una adaptación activa a la realidad.”

A modo de análisis de tal definición, de detallará cada fragmento:

a) “Manera de estar, de ser”; esta expresión remite al hombre situado, ya que siempre se encuentra en una posición vital y no es posible conocerlo sin

ubicarlo en su contexto. Solo entonces se hacen comprensibles sus manifestaciones, acciones, pensamientos, emociones para poder aprehenderlo intelectualmente. De esta manera, salud y enfermedad no aparecen como categorías absolutas sino dependientes de la situación en que se encuentre una persona. Sujetas y variando, en cuanto estados del ser, a los circunscritos contextos en que los sujetos se desenvuelven.

Aquello que se infiere como salud o enfermedad, solo podrá tener validez situando a la persona concreta, ya que solo existen “enfermos” y no “La enfermedad”. Por ello, en este modelo se muestra que los instrumentos psicosociales, la tecnología para producir la desmanicomialización, es construida en cada caso y para resolver la situación puntual de cada sufriente.

b) “Relativo equilibrio e integración de los elementos constitutivos de las personas”, esto hace referencia al ser humano como bio-psico-social.

Lo bio, lo psico y lo social son manifestaciones de un ser integro, ya que en cada acto o expresión humana pueden vislumbrarse esas tres formas de manifestaciones. La enfermedad se expresará, consecuentemente, por un desorden general. En los tres modos señalados se revelará una afección, aunque la manifestación dolorosa predomine en uno solo de ellos. Los hombres evolucionan siempre y permanentemente superando momentos de desestructuración. Al desorden de los elementos constitutivos del ser humano y su situación se denominan crisis. Se trata de seres de y en crisis, a su vez de seres dolientes, (ya que invariablemente las crisis provocan dolor).

La enfermedad, desequilibrio no resuelto, se revela por la inoperancia o fracaso para producir transformaciones en sí y en el mundo. Las crisis mentales expresan un desorden que inhabilita parcial o totalmente para transitar

la cotidianeidad, se pierde la capacidad de producir y crear, función del hombre como ser grupal. La capacidad personal de producir-crear e intercambiar en lo social, depende de lo eficaz que haya sido el sujeto en superar las sucesivas crisis que padece.

Todo lo que afecta exige esfuerzos personales para equilibrarse y ayuda de los otros. De todos modos, superada una crisis, si se ha internalizado y aprehendido el camino para eludir o superar el obstáculo traumático, el individuo sale fortalecido y con mejores probabilidades de enfrentar exitosamente futuros escollos.

En el modo rionegrino de trabajo en salud mental, claramente se prefiere hablar de crisis y no de conflictos. Partiendo del análisis de las situaciones, se elude quedar reducidos a tratar limitadas problemáticas de contraposiciones, de polos enfrentados tendientes a una visión de dualidades.

c) “Esas personas o grupos, participan activamente de sus propios cambios y en el de su entorno social”, este fragmento hace referencia a un ser humano agente y protagonista de sus propios cambios. La situación, conjunto de elementos presentes en cada existencia, es creada por cada individuo, ya que desde un punto de vista psicológico la realidad es siempre significada. Además, la capacidad creadora del hombre, de dar nuevos sentidos a las cosas y por ende a su situación, le produce transformaciones que directamente implican no solo una recreación de sí mismo sino la recreación de su realidad. Desde estas ideas, se plantea la otra propiedad que posee el ser humano en buen estado de salud: su capacidad de autorrestablecer un equilibrio perdido.

La Salud Mental no implica solamente mantener el equilibrio en situaciones favorables, sino, además, tener la capacidad de restablecerlo a

partir de una crisis. El protagonismo para restablecer ocasionales desajustes situacionales, es elemento substancial a considerar cuando se evalúa la salud o enfermedad de un ser y no solamente el aparente equilibrio que pudiera presentar. Esto se debe a que una situación de orden puede contener enfermedad y una de desorden salud.

Lo que sea salud o enfermedad, para cada persona y en cada caso, no son polos antagónicos, posibles en nuestra naturaleza, sino disposiciones diferentes ante las situaciones. Y estos polos ideales nunca podrán ser concretos ya que alguien totalmente marginado sería también alguien fuera de toda comunidad.

Se entiende la locura como marginalidad, en el amplio sentido que puede abarcar ese término como: la disolución de lo orgánico, la disolución de la conciencia, la pérdida o incapacidad de dar sentido a sí y al mundo y la disolución del ser social. Así, la exclusión y la participación social, facetas de la salud y enfermedad, son por lo tanto conceptos siempre relativos y en interrelación.

Como la participación es el polo antagónico de la marginación, las acciones que fomentan compartir e intercambiar, fundamentalmente afectos e ideas, promueven la salud mental.

En todos los casos, ser protagonista, partícipe, es condición necesaria de salud mental, de vida. Fomentar protagonismo en lo social y cultural es la manera más simple y directa de hacer promoción de la salud. Y esto último puede reducirse, en último término, a promover encuentros.

Así como la completa exclusión social es una cara de la muerte, la locura, como anormal y absoluto fenómeno psíquico, también lo es. Por lo tanto nadie estando vivo puede estar totalmente loco (ni totalmente cuerdo).

Con este razonamiento, desde los “trozos de cordura” que siempre se encuentran en las personas sufrientes mentales, es de donde los rionegrinos tratan de operar diariamente sus estrategias terapéuticas.

Resumiendo, la salud mental es entendida en términos de conflicto y de lucha, no como estado ni como uno de los polos antagónicos de salud - enfermedad. Todos los seres humanos, en alguna etapa de la vida, están sujetos a padecer crisis que afectan profundamente la estructura vital, y que producen una serie de alteraciones en el psiquismo y en el comportamiento social.

En este modelo no se habla de enfermedades irrecuperables, crónicas o irremediables, diagnóstico que condena a quien se le asigna, a quedarse eternamente en la enfermedad, sin posibilidades de cura y por lo tanto sujeto a la marginalidad. Por el contrario, se hace referencia a la crisis, entendida como una alteración pasajera que puede superarse. Es decir, este enfoque estructura la tarea a seguir por medio de la confianza en las capacidades de recuperación del ser humano. Capacidades que sólo pueden desarrollarse en un medio en el que la persona se sienta respetada, apoyada, cuidada y querida. Así se apunta a una verdadera superación de las crisis que afectan a las personas con sufrimiento mental.

La marginación, reclusión y aislamiento son considerados como formas de agravar el estado de la persona y alejarla de sus posibilidades de recuperación. Por el contrario, en la medida en que la sociedad se hace cargo

del sufriente mental, confía en su recuperación y se compromete con su reinserción dentro del cuerpo social, este se revelará como más fuerte, libre y rico en sus potencialidades.

El trabajo en el ámbito de la salud mental en la provincia de Río Negro se basa en estos principios fundados en los derechos humanos, marcados por el respeto a la persona, a su dignidad y a su identidad.

Tratamientos

En líneas generales los tratamientos están direccionados por el pasaje de la asistencia en salud mental del hospital a la comunidad. Cohen (1987) explicó que la propuesta desde un inicio consistió en contener al paciente en su propio ámbito y con los recursos que cuenta su propia comunidad, siendo el rol del equipo el de actuar como facilitadores de ese aprendizaje. Según Schiappa Pietra (1992) se trataría de la delegación mediada a la comunidad de sus pacientes psiquiátricos sostenida por medio de los equipos patrullas, evitando así fenómenos de abandono del sujeto.

Las estrategias de trabajo de la modalidad de salud mental comunitaria se estructuran en cuatro ejes:

1) Descentralización, se concibe que el proceso terapéutico puede desarrollarse desde muy diversos lugares y con múltiples efectores, que trascienden el ámbito del hospital. Esto no implica perder el hospital que garantiza la salud pública, ya que éste debe sostener el rol de referente social para el trabajo. Es decir, descentralizar no es desjerarquizar. Para ello:

- Internación domiciliaria, implica la evaluación del equipo de crisis como estrategia adecuada en cada caso, considerando que si bien en el

contexto familiar puede haber elementos que contribuyeron al desencadenamiento de la crisis, también puede haber elementos que promuevan su recuperación. Este dispositivo ofrece varias ventajas como la permanencia en su entorno socio-familiar, evitando el abandono y la marginación; favorece la promoción de una adecuada contención familiar; promueve la confianza y comunicación entre la familia y el equipo terapéutico que interviene, acercándose a quien sufre e involucrándose en su cotidianidad y sus costumbres; facilita que la familia reconozca las “partes locas” del sufriente mental y las propias, permitiendo operar directamente sobre el entorno habitual del individuo.

- Internación hospitalaria, requiere de varias condiciones como la carencia de familiares o de referentes cercanos, o bien que los mismos estén contraindicados por no ofrecer contención y/o ser refractarios a cualquier aproximación terapéutica y finalmente descompensaciones clínicas concomitantes a la crisis. Entre los objetivos de la internación hospitalaria se encuentran la brevedad para continuar el proceso de recuperación dentro de su entorno y que la medida se lleve a cabo en una sala general para evitar la estigmatización, cronificación y marginación del paciente. Esto ha despertado resistencias, sin embargo, se ha comprobado que si el personal se encuentra debidamente capacitado y mentalizado puede realizar una adecuada contención, sin que se altere la dinámica habitual de la sala general. A su vez, los demás pacientes aprenden a relacionarse con el compañero que presenta sufrimiento mental.

2) Trabajo comunitario e interdisciplinario. Al abrir la tarea de la cura del enfermo mental a otros espacios diferentes al manicomio, se descentraliza la

responsabilidad sanitaria, ya que cada uno de los integrantes desde la comunidad, desde su saber y compromiso contribuye a la labor terapéutica. Desde distintos roles: profesionales, no profesionales y técnicos, se realiza la intervención terapéutica. En un primer momento resultará primordial la especificidad, luego cada saber enriquecerá y permitirá aumentar el nivel de información y conocimientos del equipo, para que cada integrante tenga la mayor cantidad de recursos para intervenir en crisis.

3) Mantenimiento de los vínculos del sufriente mental con su medio. Se privilegia, dentro de lo posible, mantener al paciente en crisis dentro de su ámbito, en relación con sus familiares, amigos, vecinos. Para ello resulta necesario realizar un trabajo grupal, donde se concientiza a la comunidad sobre la realidad que vive el sufriente. Se trata de explicar, de responder las dudas y preguntas de los vecinos, amigos o familiares. Se ayuda a cada uno a que descubra qué puede hacer para ayudar a la persona en crisis. Los pasos a seguir en un programa terapéutico son los siguientes: comprometer a los otros sujetos en la interpretación y gestión de la crisis, restablecer en el paciente y sus familiares la cultura de la diversidad, ofrecer un ejemplo decisivo de la reanudación de una relación de confianza, provocar una carga afectiva en los familiares y en la comunidad, elaboración por parte del equipo de un proyecto de cambio con etapas progresivas y concretas, asumir la responsabilidad de la situación.

4) Reinserción del sufriente en su medio. Implica que el sufriente vuelva a estar plenamente ubicado dentro de su medio social. Se intenta que la persona vuelva ser visualizada como un sujeto que pueda ejercer una vida plena, que pueda desarrollar sus capacidades como vivir con su familia,

mantener un hogar, desempeñar un trabajo, ser sujeto de crédito, etc. A su vez, el sufriente tiene la posibilidad de integrar uno de los equipos para colaborar en la recuperación de otros sujetos con crisis similares a las suyas, como por ejemplo los Grupos Institucionales de Alcoholismo, o los grupos de familiares de personas con sufrimiento mental.

Para la realización de tales ejes, se implementan diferentes modalidades de tratamiento según lo requiera la estrategia recomendada para cada caso en particular. Estas actividades cubren diversas etapas que recorre el sufriente mental en el proceso que lo lleva desde la manifestación de su crisis hasta su progresiva reinserción dentro de su medio social. Pueden ser:

- Trabajo en patrullas. Ante el requerimiento de ayuda terapéutica en lugares donde no existen servicios de salud mental, se presentan las patrullas para la atención del paciente en crisis. Están conformadas por un pequeño equipo (en un principio contaba con un equipo directivo de 2 psiquiatras, 2 psicólogos y una asistente social) con capacidad de contención al paciente en crisis, y para brindar al entorno las pautas necesarias para su comprensión, apoyo y seguimiento. La atención se orienta a lo individual y al grupo de referencia.

La tarea del equipo muchas veces es la de realizar una actividad promocional, asistencial y/o preventiva junto a los residentes sanitarios locales. Además implica volver a dinamizar las estructuras existentes de salud mental y promover el cambio en las modalidades de asistencia, en base a los principales ejes programáticos: articular Salud Mental con las demás áreas salud y con otros sectores de la comunidad para apoyar las tareas intersectoriales de

asistencia y trabajar las principales necesidades de los servicios y de las comunidades.

Las patrullas, luego llamadas cuadrillas, tienen una dinámica particular. Llega hasta un equipo de Salud Mental un pedido de la Justicia o del Hospital General ante una persona en crisis. Se coordina con la Dirección del Hospital una fecha próxima para acudir al lugar y se convoca al conjunto de las personas que de una manera u otra tienen relación con el caso, pudiendo asistir familiares, docentes, vecinos, intendente, choferes, profesionales, enfermeros, etc. Los técnicos en Salud Mental, junto a algún operador o enfermero se trasladan a la localidad. Su tarea es múltiple: en primer lugar, coordinar la asamblea comunitaria permitiendo que todos puedan expresar su opinión en torno a la situación que plantea el paciente. Se trata de descubrir entre todos la situación que subyace como causa de la crisis de esta persona, para luego poder pensar comunitariamente qué sería necesario hacer para su atención y recuperación y qué puede hacer cada uno en esta compleja tarea. Así se evidencia un hecho que se repite sistemáticamente, el paciente para el que se pidió la internación deja de ser el centro del problema y empiezan a surgir las verdaderas dificultades del pueblo, como la falta de trabajo, el alcoholismo, el aislamiento, entre otros. Se visualiza la situación de carencias compartidas y se analiza para encontrar en conjunto las soluciones posibles.

- Internación hospitalaria. En ocasiones se requiere de este dispositivo. Así, las actividades del equipo se desarrollan en coordinación con el personal sanitario de las salas generales. Se trata de solventar los obstáculos ante la estadía de estos usuarios entre los demás enfermos “normales”; es decir se trabaja para eliminar el estigma del “loco peligroso”.

Para ello, se realizan reuniones semanales o quincenales donde se trabaja sobre las dudas ante determinadas situaciones planteadas por pacientes, se intenta comprender el motivo de la reacción del paciente. También pueden surgir necesidades de capacitación, entre otras.

- Internación domiciliaria. Consiste en la solución óptima, según indica la ley. En primer lugar se le brinda un marco de contención, confianza, respeto y afecto. Para ello se necesita de la colaboración de todos los que conviven con el sufriente en los cuales también debe producirse una cura, una transformación, ya que es el medio el que muchas veces es responsable del desencadenamiento de la crisis. La tarea del equipo se vuelca a las reuniones con personas (familiares, vecinos, amigos) o grupos que rodean al sufriente, a la búsqueda de actividades que contribuyan a devolverle su autonomía.

- Rehabilitación social del sufriente mental. Esto es lo más difícil de todo el proceso terapéutico, y el que demanda mayor colaboración de la comunidad. La inserción laboral, el trabajo es entendido como un derecho (legalizado por la ley 2440, artículo 6), pero también como una herramienta de salud. Éste permite a la persona aprender, ejercitar y perfeccionar habilidades, además, la inserción en un equipo de trabajo determina una necesaria responsabilización ante sus pares.

La característica de esta experiencia rionegrina, es que la realización del trabajo no cumple la función de ser una tarea protegida, de laborterapia, para adentro. Por el contrario, se promueve la creación de empleo en el mercado laboral, ya que potencia las responsabilidades y habilidades, refuerza la autoestima, permite volcar un producto reconocido por el entorno social, favorece a la valoración social y permite contar con un recurso económico.

Con estas premisas se construyeron las denominadas “empresas sociales”. Surgen como estrategia que permite implementar acciones a favor de la reinserción social y laboral de las personas que padecen de sufrimiento mental. Este proyecto se inserta en el Programa de Promoción Laboral y Reinserción Social.

La empresa social significa realizar emprendimientos que generen valor social agregado, invirtiendo el único capital que se posee: las personas. Por ello, es fundamental reconocer en las personas sus capacidades y crear las condiciones necesarias para que estas capacidades se puedan implementar, utilizar y transformar en algo coherente y real.

Cohen (1995) informa la creación hasta diciembre de 1993 de las siguientes empresas sociales: a) mantenimiento de edificios (pintura, albañilería, plomería, carpintería, etc.) en el hospital El Bolsón; b) por un lado, limpieza, desmalezamiento y parquización y por el otro lavado y planchado en General Roca, a cargo del Instituto Nuestra Casa; c) invernáculo floral – hortícola en Viedma; d) Cooperativa de usuarios y familiares para limpieza “Manos Laboriosas” en Cinco Saltos. También funciona un grupo que elabora pastas.

Zelarayán (2005) licenciado en psicología, quien realizó una pasantía por el hospital Artemides Zatti, informa que el servicio de salud mental en Viedma cuenta con una larga historia de microemprendimientos. Dentro de este servicio se ha conformado la empresa social “La Unión” que cuenta con dos emprendimientos productivos: 1) Vivero: funciona en la parte de atrás (patio) de la Casa de Medio Camino, con producción de floricultura, horticultura bajo invernáculo. Se realizan cultivos de flores y plantas aromáticas llevando a cabo

la preparación de tierra con abono orgánico y almácigos. Además se compra las semillas, se preparan plantas individuales y la venta de la producción por los usuarios. 2) Chacra: está asentada en la zona rural aproximadamente a 30km de la ciudad de Viedma. Se realiza limpieza (de acequias), deuyado, cortado de leña y armado de un galpón para el mantenimiento general. Al momento no tienen cría de animales de granja y tienen previsto traer plantas del vivero. Con la producción se realiza el almuerzo comunitario y la venta (zapallo, ajo, etc).

- Casa de Medio Camino: consiste en un espacio sociocomunitario cuyo objetivo fundamental es la promoción de las personas y su reinserción social, permitiendo un sostén en la transición entre las crisis agudas y dicha reinserción. A este dispositivo asisten quienes se encuentren bajo internación hospitalaria, que presentan una evolución favorable para concurrir a las casitas durante el día. Nosotras visitamos el Hospital "Artemides Zatti" en Viedma que cuenta con este dispositivo intermedio llamado "Las Casitas" y observamos las diversas actividades: tareas comunitarias como el vivero (anteriormente descrito); reuniones intersectoriales y de equipo, capacitaciones y supervisiones; almuerzo comunitario. Este último espacio tiene la finalidad de lograr la integración, la autonomía, el respeto mutuo, y la participación. Se lleva a cabo todos los días con algunos de los usuarios, quienes preparan las comidas de ese día. Está organizado y supervisado por un operador, el cual se encarga de proveer los insumos necesarios. Otras actividades que pudimos observar fueron talleres y distintas modalidades de grupos terapéuticos.

- Talleres. En Viedma se desarrollan talleres de carpintería, literatura, recreación, deporte y radio (funciona en una radio local denominada "Radio 121").



“Encuentro”). En el Hospital "Dr. Osvaldo Bianchi" del Servicio de Salud Mental Comunitaria de Sierra Grande, desde el 2002 funciona un taller de recreación y artesanías. Este surge a partir de la conformación estable del grupo de usuarios, quienes desarrollan lazos de contención por fuera del ámbito hospitalario. Está coordinado por una maestra de inicial, profesora de plástica y dos docentes jubiladas, encargadas de proponer y enseñar actividades. Participan en exposiciones donde los usuarios venden algunos productos y se realizan algunas salidas especiales, tales como picnics, turismo minero, etc. En el Hospital de Área de El Bolsón, se desarrolla un taller creativo coordinado por una residente y una psicóloga de planta con preparación teatral, tres profesores de teatro y una compositora de música. El trabajo consiste en la creación grupal, a partir de los aportes individuales, evitando recurrir a los profesores como portadores del saber. Las técnicas e ideas se trabajan de manera libre e improvisada. Además, se convoca a otros grupos similares como “El Brote” para intercambios teatrales y capacitación. Otro taller que se realiza es el de deporte, coordinado por uno de los residentes, el cual reúne a los usuarios en el marco de juegos deportivos, donde las reglas son iguales para todos los participantes.

- Grupos. En la casa de medio camino de Viedma, se encuentran diversos grupos terapéuticos semi-cerrados, de dos horas de duración y de frecuencia semanal:

- Grupo de jóvenes “Sonreír es la salida”: destinado a adolescentes o jóvenes adultos, con o sin causa judicial, con problemáticas adictivas y riesgo psicosocial. Se trabaja lo vincular, la integración de temas como autonomía, miedos, aislamiento, las imposibilidades e inmovilización que produce la

problemática. El equipo está conformado por una trabajadora social, psicopedagoga, y médica.

- Grupo "Amanecer": destinado a usuarios que hayan transitado una crisis de descompensación con características psicóticas y se encuentran compensados mínimamente para comenzar un proceso grupal. Se trabaja con dramatizaciones y señalamientos.

- Grupo "Multifamiliar": concurren padres, abuelos, hermanos, etc. de usuarios en situaciones de alto riesgo. Se trabajan los miedos de los padres, la discriminación de funciones de roles parentales y familiares, crisis de desestructuración, tolerancia a la frustración, etc.

- Grupo de orientación a padres, destinado a padres de niños o adolescentes de 0 a 16 años, con problemáticas diversas como por ejemplo dificultades en la asunción de roles paternos, faltas de límites, trastornos de conductas, etc.

- Grupo de contención, concurren quienes atraviesan crisis vitales con problemáticas neuróticas. El objetivo es trabajar la conflictiva presente (la urgencia) para que la situación pueda resolverse de manera inmediata. La modalidad de trabajo es psicoterapia breve.

- "Grupo Institucionalizado de Alcoholismo" (G.I.A.): entre las actividades terapéuticas del programa de salud mental ocupa un lugar destacado la reinserción de los usuarios alcohólicos en los G.I.A., grupos de autoayuda. En ellos, se comparten vivencias personales, conflictos, historias de sus integrantes y se conversa sobre las problemáticas personales. La presencia de otras personas con conflictos similares favorece la creación de vínculos y evita las recaídas (muy frecuentes en esta problemática).

Se reúnen en forma periódica propiciando la participación de familiares como la mejor manera de restablecer los vínculos de confianza y afecto que por lo general se han deteriorado como consecuencia de este tipo de problemas.

Participan de estos encuentros: enfermeros, profesionales, agentes de salud, integrantes de diversas instituciones (Universidades, Policía, Clero, Justicia, Educación, Municipios, etc.) y el coordinador es un alcoholico en recuperación (con nombramiento y salario de Salud Pública).

- “El Brote”: Es una asociación que nació a partir del trabajo del grupo de teatro El Brote, que desarrolla sus actividades desde 1997. Desde sus inicios trabaja con pacientes de Salud Mental en una labor artística y formativa que les ha permitido generar cambios en sus vidas asumiéndose como sujetos activos, desarrollando capacidades y autonomía, y revirtiendo la impotencia a la que los condenaba la enfermedad y la pobreza.

El Brote constituye hoy en día un referente para muchos jóvenes que han participado de las actividades comunitarias que el grupo lleva adelante. En cuatro años El Brote ha llegado a más de 3.500 jóvenes de barrios periféricos de la ciudad de Bariloche, lo que representa el 13.5% de la población entre 15 y 29 años de esta ciudad.

Los proyectos se enfocan a poblaciones con menos oportunidades, en especial personas con padecimiento mental y jóvenes en situación de pobreza. Se desempeñan como actores y animadores socio-culturales buscando multiplicar proyectos de integración social a través del arte, para facilitar la participación y promover el desarrollo comunitario, entendiendo la cultura como la creación de un destino personal y colectivo.

Los objetivos generales son: brindar herramientas a los actores sociales para que puedan operar sobre su realidad, transformándola; promover la elaboración y puesta en marcha de proyectos grupales que desarrollen actividades de animación socio cultural, contribuir al fortalecimiento de redes sociales impulsando el arte como herramienta de transformación social, generando espacios de diálogo y cooperación.

Para los actores-pacientes los objetivos son: a) asumir un rol activo, transformando el rol de pacientes-pasivos al de actores-productores de discurso en lo social construido desde la práctica cotidiana; b) valorizar su labor y trayectoria en el Grupo "El Brote" que se presenta como un ejemplo de autogestión y continuidad; c) reforzar por medio de la capacitación específica, los recursos que ya han internalizado en relación a la promoción sanitaria; d) generar un apoyo específico en la reinserción laboral de quienes están en un proceso de rehabilitación y capacitación sostenido; e) asegurar la continuidad del proyecto vinculada directamente con la consolidación de logros en función de un recorrido histórico grupal e interinstitucional.

Rol del Psicólogo

En este modelo de salud mental comunitaria, dar cuenta de las funciones que desempeña el psicólogo implica pensar bajo las coordenadas del trabajo en equipo.

El psicólogo es parte integrante de un equipo comunitario. Éste cuenta además, con operadores de salud mental, médicos psiquiatras, coordinador de G.I.A., enfermeros, mucamas y asistentes sociales. Siempre que sea posible se incluyen a otras personas en la toma y/o ejecución de decisiones, pasando a

integrar el equipo circunstancialmente, miembros de las familias de los afectados, amigos, vecinos, docentes, abogados, etc.

Las perspectivas técnicas e individuales se aportan diariamente en el momento en que se programan las acciones. Todo el equipo participa en las discusiones sobre las estrategias terapéuticas a utilizarse para cada caso. En general, el consenso determina los acuerdos que fundan tales estrategias; si predominan posturas inconciliables, el jefe del equipo debe y/o puede decidir. De esa manera, abre caminos a un protagonismo grupal que incluye a los sufrientes. Estas inserciones, defienden las prácticas sanitarias contra los "hegemonismos".

En la planificación de estas actividades comunitarias se puede ver la presencia de roles profesionales específicos, pero en la ejecución de la mayoría de las tareas programadas, las comunitarias y de promoción, las acciones devienen característicamente inespecíficas, en el sentido de que ya no hay actos médicos o psicológicos ni de alguna otra especialidad. Solo actos humanos con objetivos sanitarios.

Los encuentros programados contienen las vicisitudes propias de un fenómeno grupal: cuestionamientos y críticas, tolerancia a todo tipo de proposiciones, alianzas y hasta coaliciones. Como en todo sistema en crecimiento suceden crisis.

Un grupo terapéutico, aplicado al modo cooperativo promocional, es un organismo que intenta sintetizar saberes de diferentes disciplinas para producir propuestas de acción sanitaria. En el momento de llevarlas a cabo, suelen ser ejecutadas por algunos de sus miembros designados a tal fin. El equipo respalda siempre a sus delegados cuando estos realizan acciones en la

comunidad, en casas de familia, en las salas de los hospitales, etc. Las actividades curativas se programan mediante la metodología de reflexión-acción. A partir de una exposición de sucesos del proceso salud-enfermedad, se evalúa y organizan desarrollos posteriores como las estrategias terapéuticas. Periódicamente se examinan los acontecimientos para reformular y rectificar, si fuera necesario, los planes curativos, de acuerdo a los resultados que se vayan obteniendo.

En suma, se trabaja con una modalidad que no refiere a un modelo probado, por ello no se cuentan con expertos, en tanto no hay acreedores de experiencia. Tener un momento donde poder rectificar, en consecuencia, es la única garantía de avanzar acertadamente por un camino desconocido que se va descubriendo. En consecuencia la forma de supervisar las prácticas es por medio de la continua evaluación de los resultados.

Finalmente, resulta importante destacar que en Río Negro aparece otro personaje llamado Operador de Salud Mental. Es una figura nueva y en formación, con un posicionamiento técnico, auxiliar y no-profesional. Se constituye en un lugar previamente insistente pero con una práctica propia y particular. Desde ese lugar asiste, protege, interviene en crisis, reinserta, promociona, realiza diversidad de gestiones institucionales, políticas y comunitarias.

Ellos representan el saber popular y aportando el universal conocimiento no profesional, se ubican en el espacio grupal interdisciplinario de las reuniones de servicios de salud mental como integradores de saberes. Con su presencia, obligan a una síntesis, evitando que se parcele o encasille a las

diversos lugares que trascienden el ámbito del hospital; la internación domiciliaria donde se reconocen elementos en el medio que promuevan la recuperación de la crisis; hasta la internación hospitalaria breve, consisten en acciones que tienden a continuar el proceso de recuperación en el entorno de la persona para evitar la estigmatización, cronificación y marginación del paciente.

En esta experiencia se despliegan planes, empresas sociales, talleres concretos para que el sufriente vuelva a estar plenamente ubicado dentro de su medio social. Así, resulta llamativo observar a los pacientes transitando por las ciudades, saludando a los vecinos e integrados al medio. Consideramos que en la provincia de Río Negro las personas en crisis son aceptadas por la comunidad ya que se observa su participación activa, compromiso y acompañamiento en el proceso terapéutico del mismo.

Deben notarse ciertos vacíos en la letra de la Ley 2440, sobre todo en su reglamentación, que pueden ser altamente problemáticos para la institucionalización y permanencia de la estrategia desmanicomializadora. El anteproyecto de la ley fue justificado desde la dimensión económica. Es decir, se presentó la propuesta de salud mental comunitaria como una solución más económica frente a los gastos inutilizados en el circuito manicomial. Sin embargo, el proceso de reconversión supone ajustes, gastos, ya que requiere de una importante inversión para la promoción de la asistencia comunitaria y el ejercicio de los derechos sociales de los usuarios, casi igual al circuito de dependencia manicomial. Este ajuste que presupone la nueva política de salud mental rionegrina, puede terminar siendo un obstáculo central a la radicalización de las reformas.

Respecto a la constitución de los equipos terapéuticos y promocionales, aunque se haya respetado la estrategia de atención domiciliaria por medio de las patrullas y el derecho a los cuidados comunitarios de los usuarios de los servicios, esto presenta algunos desafíos. Entre ellos, no se ha institucionalizado una regionalización de la asistencia en Centros de Salud Mental que permita la institucionalización de los equipos como referentes comunitarios según las necesidades específicas de cada región. La descentralización de la asistencia queda demasiado expuesta a la asistencia a distancia de las patrullas, quedando estos equipos en un estatuto de provisionalidad.

Otro de los puntos a resolver es el control público sobre la creación de nuevos establecimientos privados, y de las prestaciones de las obras sociales. Así, una de las estrategias de los sectores conservadores que se resistieron a la desmanicomialización es la privatización de la salud mental. En este sentido, los rionegrinos deberán evitar nuevas manicomializaciones, trabajar activamente para que las obras sociales financien la formación de nuevos servicios, evaluar la calidad de la asistencia de los mismos.

Los residentes de Viedma, manifestaron como una de las problemáticas que persiste en la actualidad, las relaciones entre el modelo de salud mental comunitaria y el Poder Judicial. Un porcentaje importante de las internaciones responden a órdenes judiciales. El dilema se plantea cuando los jueces ordenan como tratamiento prioritariamente la internación que asegure el control de los "casos peligrosos", mientras que desde el servicio se proponen terapias basadas en cuidados sanitarios promocionales en la vida comunitaria. De esta

manera, aún se debe aceptar tales derivaciones basadas en criterios ajenos a los terapéuticos y las limitaciones en el tratamiento de estos casos.

Además, plantearon la divergencia entre lo establecido por escrito en la Ley 2440 en relación a las funciones de la red institucional de asistencia y la implementación concreta de la misma. Si bien estas instituciones fueron creadas persisten las resistencias abandonar un modelo de control, de puertas cerradas, por un modelo participativo, comunitario y autogestivo. El Dr. Pellegrini critica al modelo rionegrino que consiste en el trabajo en equipo entre profesionales, no profesionales, técnicos y operadores de salud. Afirma que uno de los riesgos es caer en la desprofesionalización de los equipos terapéuticos, con la consecuencia de perder por ejemplo, enfermeros especializados, salas y recursos técnicos necesarios para una práctica sanitaria progresista, científica y resocializante. Además, advierte que esta experiencia de desmanicomialización puede resultar en la manicomialización de los hospitales generales públicos.

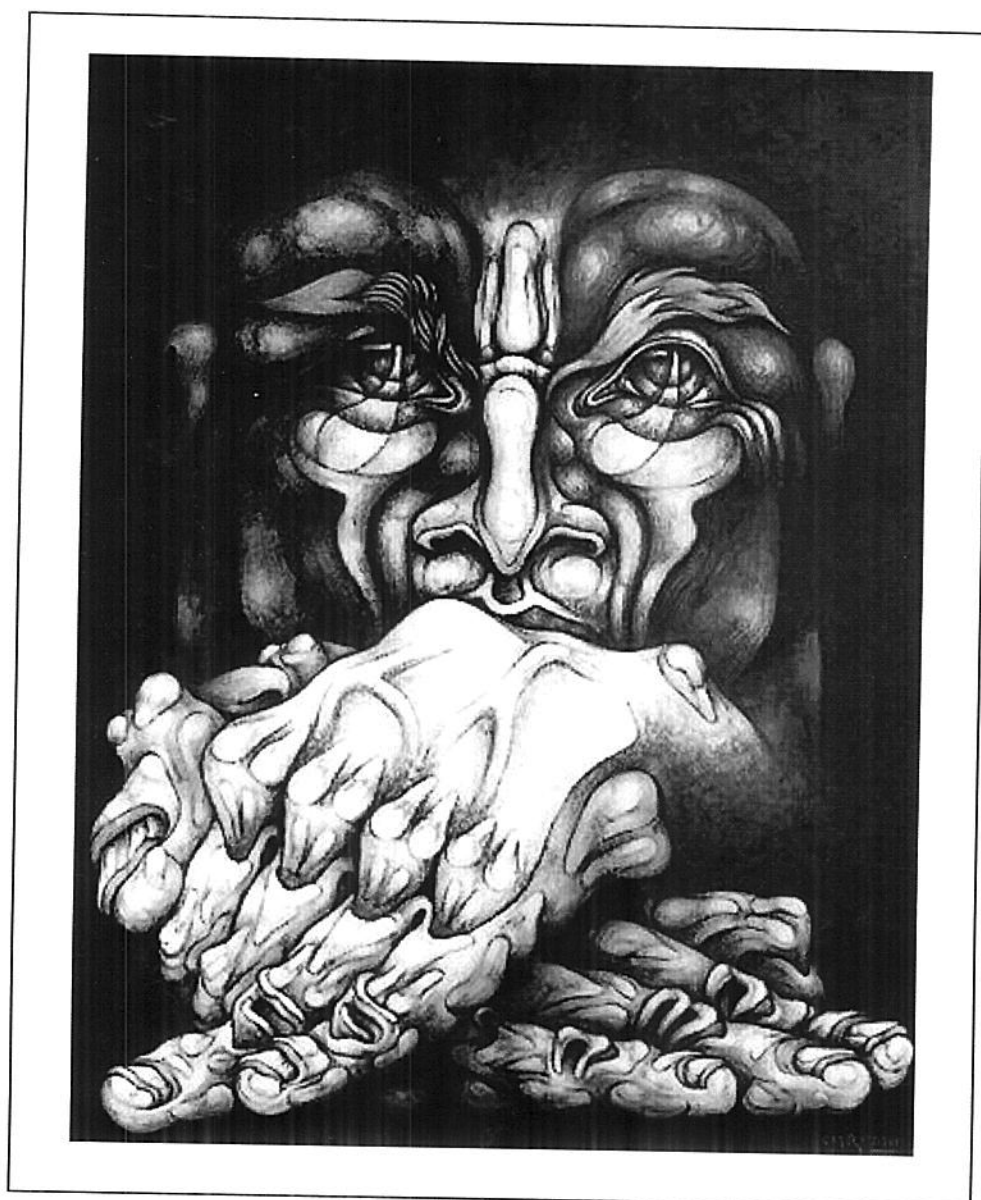
Cohen en 1995 señalaba que uno de los obstáculos era la falta de presupuesto oficial para salud y otras áreas involucradas en la misma temática. Esto genera que en ocasiones se cuente solamente con aportes personales, de la comunidad y el trabajo voluntario de la gente. También denunció la deficiente priorización, administración y organización de los recursos. Por ejemplo, en el Hospital "Dr. Osvaldo Bianchi" del Servicio de Salud Mental Comunitaria de Sierra Grande, una de las dificultades es la falta de fondos para la compra de materiales para los talleres, los cuales son solventados muchas veces por los profesionales, en algunos casos por usuarios y por lo recaudado de la venta de artesanías.

Como se mencionaron las dificultades son varias, presupuestarias, organizativas, relaciones conflictivas con el Poder Judicial, falta de controles públicos del avance privatizador, etc. De la resolución de estas problemáticas dependerá el futuro de las reformas y la continuidad del modelo, en una coyuntura neoliberal en avance.

Con la experiencia rionegrina, el debate sobre la desmanicomialización comenzó a circular en nuestro país en la década del '90 y continua haciéndolo, presentándose como alternativa innovadora en el campo de la Salud Mental.

CAPITULO V

*Hospital de Día del Hospital Interzonal General de Agudos
"Dr. Oscar Alende" y Centro de Promoción Social
Mar del Plata*



CAPITULO V. Experiencias en Mar del Plata: Hospital de Día del HIGA y Centro de Promoción Social

Hospital de Día del HIGA

A modo introductorio se describe la historia del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (HIGA) y del Servicio de Salud Mental (SM), que brindan un marco al dispositivo del Hospital de Día.

El 25 de abril del año 1948 fue colocada la piedra fundamental del HIGA. En los primeros meses de ese mismo año el entonces secretario de Salud Pública de la Nación, Dr. Ramón Carrillo, decidió la ubicación geográfica estratégica del edificio para el fácil acceso de la población carenciada de la región.

En septiembre de 1955, al producirse el golpe de estado contra el gobierno del presidente Perón, las obras del edificio, estaban muy adelantadas y en condiciones de habilitación a corto plazo. Podría situarse la creación del hospital en este año. Sin embargo, pese a que la población marplatense no dejó de efectuar los correspondientes reclamos a las autoridades para que se pusiera en marcha el nuevo hospital, éste permaneció con sus puertas cerradas hasta el año 1961.

El HIGA fue nombrado “Dr. Oscar Eduardo Alende” el 17 de enero de 1997, en memoria a la trayectoria del político fallecido por esa época. Esto se debió a que el hospital fue cerrado por la dictadura y fue el Dr. Alende quien tomó la medida de abrirlo, cuando asumió la gobernación de la provincia de Buenos Aires.

Actualmente el HIGA cuenta con 400 camas y una planta de 500 profesionales, 800 enfermeros y un número importante de personal administrativo, de mantenimiento y otras áreas. Cuenta con un director y tres directivos asociados, las especialidades que éstos coordinan son las siguientes: alergia, cardiología, clínica médica, dermatología, endocrinología, infectología, gastroenterología, ginecología, hematología, neurología, medicina nuclear, ortopedia, odontologías, otorrinolaringología, cabeza y cuello, proctología, salud mental, radioterapia, reumatología y urología.

En relación al SM, hasta el año 1975 existió un consultorio externo de Psicología, que también trabajaba con interconsultas. Estaba integrado por seis psicólogas que se desempeñaban *ad honorem*. En ese año, el Hospital Mar del Plata se transformó en Hospital Materno Infantil y su Servicio de Psiquiatría fue trasladado al 5º piso del HIGA, funcionando con: cinco psiquiatras, un psicólogo de planta, cuatro médicos concurrentes sin especialidad y cinco psicólogos concurrentes. En 1978 se otorgó al servicio de psiquiatría, un ala completa en el 3º piso, incorporándose nuevos profesionales, entre ellos dos terapistas ocupacionales, y disponiéndose de un espacio con 24 camas para la internación. En cuanto a los consultorios externos, continuaban sin un espacio propio, en algunos casos funcionaban en el área de internación y otras veces fuera del edificio principal.

En 1983 se instauraron las primeras residencias para médicos en el Servicio de Psiquiatría. Tres años después, este pasó a denominarse "Servicio de Salud Mental" (momento en que se produjo la colegiación de los psicólogos en la provincia y su integración a la Carrera Profesional Hospitalaria).

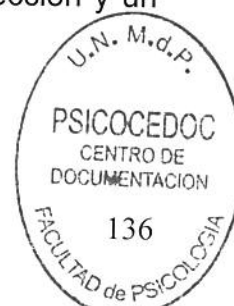


En ese mismo año se creó el Hospital de Día, que funcionaba en el primer piso del edificio del hospital general. Utilizaban un salón en el que se realizaban todas las actividades, algunas de ellas eran compartidas con pacientes internados.

Recién en 1989 se abrieron las residencias para psicólogos con la incorporación, por concurso, de dos psicólogos por año. Estas residencias llegaron a ser muy codiciadas, llegando a presentarse anualmente más de 100 postulantes provenientes de toda la provincia de Buenos Aires para competir por los dos únicos cargos.

Posteriormente, se construyó un edificio enfrente del Hospital, el cual sería destinado al Servicio de SM, contando así con un espacio diferenciado para esta área. Sin embargo, cuando estaba por ser entregada la obra, el jefe de ese momento el Dr. Lorenzo se negó a la mudanza, por considerar que la nueva construcción tenía fallas groseras, en relación a las necesidades de los pacientes psiquiátricos. Por lo tanto, ubicaron al servicio de SM en el tercer piso, y durante un tiempo se suspendió la actividad del Hospital de Día.

En 1998 se inauguró el actual edificio del servicio de SM, separado del edificio principal (a su derecha y frente al servicio de guardia del hospital general). Se trata de una construcción simétrica, copia de un geriátrico y habilitado con todas las normas que exige PAMI. Cuenta con una sala de espera, una hilera de seis consultorios externos y dos alas de internación, para hombres y para mujeres, que incluyen: 4 habitaciones con 4 camas cada una, 3 habitaciones individuales para internados aislados y 1 office de enfermería. También cuenta con baños para los profesionales, una sala de dirección y un espacio de recreación para los residentes.



En ese mismo año el Ministerio de Salud emitió una ordenanza que establecía que en un lapso de 45 a 60 días, debía instalarse un Hospital de Día dentro del servicio de SM. Se solicitaba que funcionara de 8 a 20hs y que se utilizara el recurso físico y humano ya contratado. A partir de ese momento se asignó, el espacio verde y el comedor del área de internación del sector de mujeres para las actividades del Hospital de Día.

En la actualidad el servicio de SM del HIGA, ofrece asistencia para pacientes con patologías agudas. Cuenta con dispositivos de internación, guardia, hospital de día, consultorio externo e interconsulta:

a) Servicio de Guardia: es sostenido por personal de la planta permanente y por residentes de psiquiatría y psicología, cubriendo la atención de derivaciones judiciales, demanda espontánea, internación e interconsulta.

b) Internación: es un dispositivo que recibe la demanda de la guardia, consultorios externos del servicio, interconsulta, Poder Judicial, dependencias policiales, otras dependencias de la Zona Sanitaria VIII e instituciones de Mar del Plata y de la región.

c) Interconsulta: es un dispositivo propio del Hospital General mediante el cual se reciben las demandas de internación, consultorio externo u otros servicios. La interconsulta es solicitada formalmente, en forma escrita, por un profesional.

d) Consultorio externo: el ingreso se realiza a través de la demanda espontánea de la comunidad, derivaciones del mismo servicio o de otros servicios del HIGA, de la guardia o del Poder Judicial (en sus instancias federal, penal y civil).

e) Hospital de día. El dispositivo cuenta con un encuadre: roles del equipo y de los pacientes, lugar, día y horario.

Funciona para pacientes en su mayoría con diagnóstico de psicosis y en tratamientos ambulatorios. También se ofrece este régimen a: a) pacientes de consultorio externo que ante una descompensación, su inclusión en el hospital de día evita la reinternación, b) pacientes de internación con el alta, pero hasta el momento, sin posibilidades para valerse por sí mismos, c) pacientes internados en condiciones de alta sin recursos económicos y familiares, entre otros, denominados “casos sociales”.

La conformación del equipo de profesionales, es la siguiente:

- Enfermeras: concurren todos los días, inclusive sábados, domingos y feriados. Su tarea consiste en acompañar a los pacientes en todas las actividades.
- Psiquiatra Dra. Calderaro, jefa del servicio de SM, quien concurre diariamente para el control de medicación de los pacientes.
- Terapeuta ocupacional: Lic. Mónica Diestch, quien concurre todas las mañanas.
- Psicólogo: Lic. Torres, quien actualmente concurre tres veces por semana para realizar un taller de expresión corporal.
- Psicóloga: Lic. Edith Marinelli, en principio estuvo durante 4 años diariamente y ahora concurre los miércoles, (porque los lunes está en la guardia de 24hs).

El Hospital de Día funciona desde las 8hs hasta las 14.30hs, aproximadamente, de lunes a viernes en el servicio de SM.

A partir de las entrevistas administradas a la psicóloga, terapeuta ocupacional y enfermera, se describirá el dispositivo en relación al fundamento teórico de las actividades, los talleres que implementan, el rol del psicólogo y finalmente críticas y reflexiones.

Concepción de Salud Mental

El equipo del Hospital de Día del HIGA concibe a la salud mental como un aspecto del ser humano en íntima relación con la vida cotidiana, ya que está presente en la forma de vincularse de los sujetos. Comprende la manera en que cada individuo logra armonizar los requerimientos para enfrentar las demandas de la vida, como por ejemplo, responsabilidades, un trabajo con sus propios recursos como anhelos, habilidades, independencia, sentimientos, entre otros.

En palabras del equipo:

“...Se trata de esto, de lograr una autonomía, si es posible un trabajo...”

“...Es realmente importante para ellos, muchas veces el tema de la abulia es tan marcado que la cosa tonta de venir y poner una mesa para ellos esto un tema, es decir, ordenar, limpiar (...) La vida cotidiana de un ser humano cualquiera, se levanta, ordena, va a trabajar...”

“...Yo creo que aquella persona que logra un equilibrio, un cierto nivel de independencia, si se lograra lo laboral, aunque sea un laburo protegido (...) Y que logre un nivel de socialización aceptable... yo creo que por ahí pasa el ABC (...) Me parece que no es el camino sepultar gente viva, que muchas veces, uno nunca sabe cuando aparece un click...”

Se piensa al sujeto con patología mental como emergente de una situación productora de enfermedad y conflictos sin resolver. Por ello se considera importante el trabajo conjunto con los familiares o referentes del paciente.

“...También hay que ver el tablero familiar, si la locura que está puesto en uno, en el paciente, se la distribuye... Qué pasa con el resto cuando la persona empieza a tener hábitos sanos, cómo es el comportamiento del resto. Si se acomoda mal, y no

puede cargarse en la mochila lo propio, automáticamente surge el loquito con diagnóstico...”

Y desde esta perspectiva se apunta a un trabajo de prevención y promoción de la salud en general:

“...Las tareas que se hacen en el hospital de día son promoción y prevención de la salud. Porque hay cuestiones que tienen que ver con todo lo que no es lo psi, surgen temas de su sexualidad, de vacunación, hasta para las que son mamás, surgen temas de otras afecciones clínicas...”

La enfermedad no es pensada como irrecuperable e irremediable, donde el único tratamiento posible es la internación. Por el contrario, se hace referencia a la posibilidad de estabilización, a la confianza en las capacidades de recuperación del ser humano. Se prioriza trabajar con el potencial sano de cada paciente.

“...Un psicótico, va a seguir siendo un psicótico, desde la teoría que uno sostiene, el tema es que puede llegar a estabilizarse...”

“...Hay pacientes que hace tres años que están internados, y no tienen a dónde ir, están haciendo hospital de día pero está en perfectas condiciones de salir, sino le tocas su punto delirante, perfectamente se maneja...”

“...Qué sorpresa te puede dar un paciente, el universo está abierto. Por eso yo siempre apunto a buscar, a exigir y a estimular al máximo todas las posibilidades, hasta donde pueden llegar. A veces se van de alta y no le encontramos el techo, y a veces al revés. El techo está muy claro y si uno sigue estimula las frustraciones. A veces abandonan porque se frustran por la exigencia. Se trata de esto, de lograr una autonomía, si es posible un trabajo...”

Tratamientos

Los criterios de admisión al Hospital de Día están establecidos, principalmente, en relación a la patología, ya que se aceptan pacientes psicóticos y débiles mentales. Sin embargo, no se admiten psicópatas,

dogradependientes, ni pacientes internados. Los profesionales aclararon que estos criterios son modelos ideales, difíciles de acatar en la práctica.

Cuando se entrevista por primera vez a los pacientes, se solicita hablar primero con los familiares, vecinos y/o amigos. Se les pide que firmen un compromiso para formalizar el ingreso al dispositivo.

Las actividades que los pacientes realizan son variadas. Entre los talleres se encuentran:

- a) Taller de costura a cargo de la Lic. Mónica Diestch.
- b) Taller de expresión gráfica a cargo de la Lic. Mónica Diestch.
- c) Taller de expresión corporal a cargo del Lic. Torres, tres veces por semana. Las actividades son realizadas en el edificio de enfrente en el 4º piso.
- d) Taller de cocina: los pacientes elaboran los alimentos en base a lo cosechado en la huerta. Además, aquellos pacientes más evolucionados elaboran tortas para la venta, conservando un porcentaje de lo recaudado.
- e) Caminatas a cargo de la Lic. Mónica Diestch
- f) "Huerta del tomate". Con la cosecha los pacientes cocinan.
- g) Jardín. Actualmente se está haciendo la poda para plantar.

Además, los profesionales orientan y guían a los pacientes en la realización de otras actividades como:

a) Acompañamiento en proyectos personales tales como tejido, dibujo, pintura, etc. Si bien son actividades que no forman parte de los talleres, los profesionales apoyan y guían a los pacientes en estas tareas.

b) Limpieza y aseo del espacio del Hospital de Día. El servicio de limpieza no ingresa en el área del hospital de día, por lo tanto los pacientes deben mantener aseado el jardín, un patio, una galería, un salón de usos

múltiples, un baño completo y una cocina pequeña. Además, limpian todos los elementos que utilizan como la heladera, la cocina, las bandejas y la vajilla, etc.

La psicóloga mencionó el sentido terapéutico de esta tarea:

“...Muchas veces la familia se queja, es que está durmiendo todo el día en la cama, o que no hacen nada. Sin embargo, acá ellos logran tener una rutina: a las 8 tienen que levantarse, trasladarse hasta acá, tratar de venir solos, que eso también es todo un tema, a veces al principio no pueden y lo tienen que acompañar la familia, después ya empiezan a venir solos, desayunar, tomar su medicación (...) La vida cotidiana de un ser humano cualquiera, se levanta, ordena, va a trabajar...”

“...A veces viven solos, o viven con familias que lo dejan solos, entonces es importante que puedan incorporar por ejemplo hábitos de higiene, cuando a veces esto empieza a flaquear en la casa, porque no tienen agua caliente, etc. acá se les da shampoo, jabón, ropa y se los hace bañar. Todo esto ayuda a que ellos puedan tener, de acuerdo al techo de cada uno, una aproximación al afuera...”

c) Asambleas. Se reúnen los profesionales con todos los pacientes los lunes y viernes. En la asamblea de los lunes cada participante manifiesta un comentario sobre su fin de semana. Mientras que en los viernes se realiza el cierre de la semana; cada integrante comparte y expresa cómo fue su semana, su estado de ánimo, menciona las actividades en las que participó y en las que se estuvo ausente, etc.

d) Asignación de compras al mercado comunitario, manejo del dinero y responsabilidad por la compra. Se destaca la importancia de estas actividades, ya que promueven la autonomía, independencia y responsabilidad de cada uno de los pacientes.

“...Hacen todas las compras, tanto para las tortas como para el día que cocinan, ayer hicieron para ellos, panqueques con dulce de leche y van rotando todos por estas situaciones. (...) Hay que tener en cuenta que esto en la casa no lo hacen, porque no tienen posibilidades o no lo hacen porque dadas las características de lentitud e inseguridad, las familias los anulan, entonces prefieren ir los convivientes, y no perder un poco más de tiempo e irlos socializando y poniéndolos en el mundo...”

“...Después empiezan a mirar, donde les conviene más comprar, esas pequeñas cosas el hecho de venir y poner una

mesa. Cada uno es responsable de algo... para ellos no son pequeñas, es insertarlos en lo posible a la sociedad. Eso es importantísimo. Evitar internaciones...”

e) Recreación. Luego del almuerzo diario, utilizan un tiempo para el ocio, en el que miran televisión, conversan y toman mate. La psicóloga mencionó la importancia de este momento:

“...Socializan entre ellos, porque en el afuera no es fácil que puedan tener amigos y todo eso. Digamos que es como una familia almohadillada...”

Para otorgar las altas a los pacientes se evalúa el nivel de independencia, autonomía y el desempeño general. También se contempla que cuenten con una red social de contención. Es un proceso que se despliega por si solo, ya que generalmente el paciente solicita acudir menos días al hospital o bien ha sido empleado en algún trabajo.

Por el contrario, en ocasiones el paciente comienza a faltar a las actividades. Esto resulta no solo perjudicial para el sujeto sino también para sus compañeros, ya que se mantiene cierto compromiso con todas las actividades. En estas situaciones se convoca a la familia y se conversa con el paciente para evaluar los motivos del cambio de comportamiento. A partir de esto se reordena una rutina y se “alargan” los días según el caso.

El trabajo conjunto con los familiares de los pacientes resulta fundamental para el mantenimiento del tratamiento. Muchas veces, se cita a la familia para realizar algún señalamiento concreto, principalmente cuando se observa que la dinámica de funcionamiento en el hogar resulta opuesta al trabajo efectuado en el hospital de día, cuando se niega o no se comprende la enfermedad del sujeto, cuando no se involucran en el tratamiento, cuando maltratan al paciente, etc. Por ejemplo:

“...A veces trabajamos en oposición. Acá lo mandamos al Comunitario, al Toledo, y en la casa lo invalidan. Entonces estamos trabajando en contraposición. Intentamos que haya una unidad de criterio, entre lo que apuntamos acá y lo que se le ofrece en la casa...”

“...A veces uno tiene bronca porque decís: pucha la familia, pero entendemos que no es fácil tener un familiar psicótico. Muchas veces ellos no entienden la enfermedad, lo toman como vago. No pueden entender muy bien de que se trata. Hay familias que colaboran que lo contienen. A veces, no...”

Rol del Psicólogo

En el Hospital de Día del HIGA, el psicólogo es un profesional que integra un equipo interdisciplinario. Este reconoce los aportes y la perspectiva de otros profesionales (T.O., enfermeras, psiquiatras) como facilitadores de la comprensión de la problemática del paciente. Se entiende que el trabajo grupal, la riqueza de otros abordajes teóricos y la ampliación de la visión desde la cual se trata al paciente, aportarán beneficios para el enfermo mental:

“...A lo que voy es al trabajo del equipo, cuando uno puede desposeerse del paciente, y entender el beneficio que se lleva ese paciente al estar con varios profesionales, es mucho más rico y más rápido...”

“... A veces los psicólogos, nos vamos mucho al tema de la palabra, de la escucha, y yo creo que es muy válido las tareas de las TO, que a veces no se reconoce tanto de este valor. A veces hay pacientes que con la palabra no vas a poder llegar. Es importantísimo trabajar desde otro lugar, desde el cuerpo, de lo que hacen las terapistas...”

El psicólogo en el ejercicio de sus funciones, participa de varias de las actividades grupales como las asambleas, coordina grupos e interviene con los familiares para orientarlos, brindar información o realizar señalamientos. Además, realiza psicoterapia individual.

Críticas y reflexiones

En relación a las ventajas que el dispositivo ofrece se mencionó:

- Dispositivo intermedio. Se le brinda al paciente una situación intermedia que lo entrena para adquirir cierta autonomía e independencia para enfrentar el mundo exterior.

- Evitación de la reinternación. Este dispositivo permite la detección precoz de aquellos sujetos que empiezan a descompensarse. Generalmente esto ocurre por un abandono de medicación, en el momento se le rectifica la medicación y se cambian los horarios para que la ingesta de la misma sea en el hospital de día. De esta manera se evita la internación.

- Recursos. Se mencionó que los paciente poseen el pase de colectivo para todas las líneas de transporte, durante todo el año y que actualmente se agregó un pase de colectivo provincial. Esto permite paseos y actividades que promueven independencia y socialización con los otros:

“...Tienen todos sus pases de colectivo diario. Después logramos, por ejemplo en verano, que se encuentran en el casino, se lleva el termo, poder disfrutar y que puedan socializarse. La mayoría ya tienen el pase para los 365 días del año, cualquier línea de colectivo...”

Los profesionales y pacientes en el marco del dispositivo de Hospital de Día del HIGA, deben afrontar múltiples obstáculos para desarrollar las actividades diarias. Entre ellas:

- Problemas edilicios. En relación a la ubicación, el Hospital de Día se encuentra dentro del servicio de SM, motivo por el cual resulta habitual la circulación de personas, la múltiple concurrencia de pacientes de consultorio externo, policías que custodian detenidos para que se los evalúe, internados que deambulan, gritan o ingresan al Hospital de Día.

Con respecto a la capacidad física, presenta fallas estructurales y un espacio reducido para las actividades. Por ello uno de los talleres se realiza en el edificio de enfrente. En relación a estas dificultades se mencionó lo siguiente:

“...Es muy difícil encontrar un espacio, donde circulen ellos, solamente, con autonomía...”

“...Hace unos años se intentó sacar el hospital de día y trataron de llevarlo a otro lugar, presentaron un proyecto, para poder trasladarlo y eso todavía está en veremos. Hicieron un trabajo las terapistas, para dejarle a la gente de internación esta parte, que es lo que le corresponde. Sacar el hospital de día de este lugar, sacarlo del sector de internación, poder separarlo, todavía está en veremos...”

“...También cuando vinieron del Ministerio, hablaron de las casas de medio camino, con todo el furor de desmanicomialización, pero quedó absolutamente reducido, a esto que es terrible. Porque acá uno podría hacer un montón de otras actividades pero no hay espacio...”

“...Pero así y todo no podemos funcionar como corresponde. Querés lijar, cortar, y haces una nube de polvo...que es molesto. Equiparon como si esto estuviese aireado, ventilado, como si estuviese al aire libre. Si no tenés mesas de trabajo, no podés hacer trabajos de cerámica, etc...”

“...Si querés hacer proyectos de pinturas grades, valiosísimo, trabajar todos en sobre un mismo proyecto... prever que pasa con cada uno y que pasa con la invasión: no lo podés hacer. El tiempo que queda útil es muy poco desde las 9 de la mañana hasta las 11.30hs. Imagínate en un lugar donde está dispuesto para trabajar de 8 a 20hs...”

- Falta de recursos humanos. El equipo está asignado con un cargo de tiempo parcial. Motivo por el cual la jornada de actividad se reduce a seis horas aproximadamente.

“...Claro, a la tarde por ejemplo no asignaron gente. En su momento dijeron, bueno háganlo, pero con lo que hay...”

- Insuficiencia de materiales. El hospital provee materiales únicamente de librería, mientras que otras necesidades como, por ejemplo, maderas y telas son obtenidas por medio de donaciones. Además, los ventiladores, bordadoras, televisores y videocassetas fueron comprados con el dinero obtenido de la venta de costura, tortas y rifas.

“...Todos los que están en los emprendimientos, con todo lo que se va recaudando: una rifa, lo que se produce en costura, que parte va para los que la producen y parte para el que vende y un porcentaje para el hospital de día. Esto sirve para comprar materiales, para comprar determinados elementos que ellos necesitan, así se compraron ventiladores, bordadoras, televisores, videocassetas, armarios, muchas cosas que el hospital no da, imposible...”

“...Lo edilicio, el recurso humano y los materiales. Aunque la realidad es que el hospital no provee materiales para esta área. Un poco de lo que logramos nosotros para T.O., va para allá y otro poco.... Lo único que sí provee es librería, pero en realidad por ejemplo no nos proveen de madera. Trabajamos mucho con donaciones, con fábricas de tela, de carteras y con eso tratamos de hacer milagros...”

Los pacientes que acuden a este dispositivo además de enfrentarse a las dificultades inherentes a la propia estructura psicótica, deben afrontar otras, relacionadas con sus vínculos familiares o con la comunidad. Entre ellas:

- Estigmatización social. La comunidad manifiesta actitud de rechazo, falta de aceptación y ocultamiento del enfermo mental. Así, el sujeto permanece en un estado de marginalidad, con pérdida de referentes, de sus vínculos y sus roles. Con una red social cerrada, se suma a su patología alteraciones a nivel de sus relaciones afectivas, ocupacionales y con el medio ambiente.

“...A nivel sociedad el loco, tampoco tiene las coberturas. A la sociedad le cuesta mucho aceptar la locura, lo rechaza. Hay gente que podría estar a fuera, esto es un hospital de agudos.... Dentro de la idea de hospital de día es como el espíritu de que sean dentro de sus posibilidades, lo más independiente posible...”

“...El problema es que algunos están con una pensión que es mínima, están viviendo en lugares deplorables donde no le dan de comer, hay maltrato...”

- Problemática familiar. En muchos casos los familiares no comprenden la enfermedad y atribuyen las actitudes de abulia de los pacientes a la “falta de voluntad” o “vagancia”. Además, en ocasiones pueden negar la problemática obturando el tratamiento, o por el contrario adoptar una posición sobreprotectora anulando la posibilidad de autonomía del enfermo.

“...Acá lo mandamos al comunitario, al Toledo, y en la casa lo invalidan. Entonces estamos trabajando en contraposición. Intentamos que haya una unidad de criterio, entre lo que apuntamos acá y lo que se le ofrece en la casa...”

“...A veces niegan la enfermedad, o son sobreprotectoras, a veces imposibilitan que puedan involucrarse en un tratamiento, porque es muy difícil. Hay otras cuestiones, a veces llegan lastimados mal, hemos tenido en algunos casos que denunciarlos...”

Otras de las dificultades que encontraron los profesionales para la práctica se refieren al no cumplimiento de los criterios de admisión. Muchas veces las premisas del dispositivo son quebrantadas ya sea por la derivación judicial o por la participación de pacientes internados en el servicio de SM:

“...Los criterios de admisión muchas veces no se cumplen, más que nada por la judicialización, (...) psicópatas no, drogodependientes no, y no siempre se puede, porque a veces los jueces dan el alta siempre y cuando continúen en el hospital de día...”

“...Te digo que el 90% está judicializado, tienen curadores, todo. Y para las altas cuando son por presiones judiciales hay que hacer informes que el paciente ya está en condiciones de alta y se autoriza, empieza a bajar día. Cuando no tenemos el peso de la justicia encima, y de acuerdo a la evolución, el mismo paciente va pidiendo venir un día menos. Entonces nosotros nos reunimos, hablamos con él, para cambiarlo y por qué...”

“...El otro requisito que a veces no se cumple es que no deben estar internados. Ahora tenemos cuatro que están internados y participan...”

Una de las problemáticas mencionadas involucra la relación de los integrantes del hospital de día con el resto de los profesionales que se desempeñan en el servicio de SM. Se explicitó lo siguiente:

“...La relación ahí, yo creo que hay muchas profesionales acá que no le dan el valor que deberían al área del hospital de día. De hecho tenemos una sola médica dedicada acá. Porque viene de otro hospital, en donde sabe y entiende los beneficios para el paciente de estar en el hospital de día...”

“...Hay una cuestión de humildad que uno no puede solo. Si el paciente no te habla, te sonó. Viene a T.O. y empieza tejer y te cuenta su angustia, su vida. Va y le habla a la enfermera y le hace una catarsis, y ese es un punto transferencial en el servicio. Cuando uno puede bajar a nivel tierra y darse cuenta,

que cada parte funciona en un todo y ese todo tiene que estar al beneficio del paciente, las cosas van de maravilla y eso acá no abunda...”
“...Si solo te quedás con la palabra, perdés el paciente. Es necesario, correrse, ser flexible. No es como decirte: la Biblia...”

Se observaron algunas cuestiones a destacar durante las entrevistas. Los profesionales reiteraron en varias oportunidades que la oferta de talleres y actividades se encuentra limitada por insuficiencia de espacio físico y falta de recursos humanos. Resulta interesante preguntarse si estos aspectos son los únicos que obstaculizan la realización y la variedad de las actividades, o bien si estas quejas reiteradas encubren otro tipo de cuestiones implícitas como por ejemplo fuerte liderazgo de uno de los profesionales, actitud de poca apertura para incorporar nuevos proyectos.

Se plantea el interrogante sobre los niveles de participación dentro del equipo, si en él existe un espacio para la pregunta por la propia práctica, para generar proyectos y cambio, y finalmente las consecuencias de esta interacción para los pacientes.

Finalmente, es llamativa la relación existente entre los profesionales del Hospital de día y del resto del servicio de SM. Principalmente, la limitada participación de los psicólogos (residentes y de planta) y de los psiquiatras en este dispositivo. Indagar los motivos y las causas de esta situación redundaría en beneficio de la asistencia a los pacientes.

Resolver estos puntos utilizando el recurso potencial y presente en el Hospital de Día, formular inquietudes, preguntas, autocríticas y un plan a futuro, implicará la actualización del dispositivo. Esto es: mantener las premisas y el espíritu con el que fue creado pero apuntando a la flexibilidad y apertura que

involucra los cambios, fundamentales para la continuidad del mismo y para evitar las inercias de trabajo instaladas.

Centro de Promoción Social

El Centro de Promoción Social (CPS) es una institución de rehabilitación y reinserción social de personas con padecimientos psíquicos crónicos y promueve la recuperación de la integridad del individuo dentro de su contexto familiar y social. En la institución funcionan un Centro de Día, algunas Casas de Convivencia y un Hogar (próximo a inaugurarse).

El Centro surge en el año 1997, a partir de un convenio realizado entre el HIGA de Mar del Plata, Caritas y AIPE (Asociación Integradora de Personas con Padecimientos Psíquicos). El objetivo inicial fue brindar contención y alimento diario a pacientes que habían sido internados en el área de SM y que a pesar de tener alta médica y no estar bajo ningún tipo de tratamiento, almorzaban todos los días en el hospital. La situación de estas personas era fundamentalmente de carencia de recursos y de redes sociales de apoyo. El proyecto consistió en armar un centro de día, con la idea de que dichas personas tuvieran un lugar de convivencia y asistencia, generado en forma conjunta. El grupo de profesionales que creó el CPS se basó en experiencias similares de otros hospitales, principalmente estuvieron asesorados por el servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Neuropsiquiátrico de Necochea, que organizó en el mismo un Hospital de Día. En un comienzo, el espacio físico del Centro se encontraba en las instalaciones de Caritas y en el año 2001 se trasladó a su domicilio actual en Valencia 6455.

En este momento el CPS está conformado por un equipo de profesionales compuesto por psicólogos, asistentes sociales y auxiliares, psiquiatras, terapeuta ocupacional, y además por enfermeros y talleristas (profesor de música, de yoga, entre otros).

Su finalidad es asistir a personas con padecimientos psíquicos crónicos como psicosis, neurosis graves, retraso mental débil y moderado, etc. Se atiende a pacientes de ambos sexos, sin límite de edad ya que se considera adecuada la integración intergeneracional entre los pacientes.

La principal población del CPS son personas con internaciones psiquiátricas prolongadas, recurrentes, que han sido excluidos del ámbito familiar y del resto de los contextos sociales.

La institución recibe a personas por demanda espontánea, por referencia de algún familiar o amigo, por derivación de entidades públicas como el HIGA y el Poder Judicial, o privadas como obras sociales y pre-pagas.

El dispositivo de centro de día es definido como un ámbito de contención afectiva, en el cual se implementan actividades tendientes a estimular, desarrollar e internalizar pautas de convivencia y de socialización, como, por ejemplo, hábitos relacionados con las actividades de la vida cotidiana, capacitación laboral, expresión artística, etc. El objetivo consiste en que cada beneficiario alcance el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

Se realizaron entrevistas a los siguientes profesionales: dos psicólogos, una psiquiatra y una asistente social que se desempeña en la Dirección. A partir del análisis de las mismas se describirá el funcionamiento general del CPS, en relación al fundamento teórico de las actividades, el rol del psicólogo, críticas y reflexiones.

Concepción de Salud Mental

En el CPS se trabaja con una concepción integral de salud mental ya que se busca potenciar los aspectos sanos presentes en cada persona, incluyendo los factores familiares, sociales, económicos e históricos que la determinan. Por lo tanto se concibe al hombre como ser biológico, psicológico, social y espiritual. Con respecto a esto la psiquiatra mencionó:

“...Qué es salud y qué es enfermedad mental es por ahí muy difícil de definir, porque depende desde dónde uno lo mire. Todos tenemos alguna enfermedad o todos tenemos cuestiones para mejorar o para curar, depende de cómo uno quiera llamarlo. (...) a mí se me han corrido tanto los límites porque de parte de la psiquiatría todo es cuestión de la normalidad, de un centro, de un punto medio. Hay un porcentaje estadístico, que indica que cuando más estés en el centro sos normal, y cuando más perisféricamente estás más enfermo sos. Y si pensás en otras culturas diferentes, te podés encontrar que un sano acá, allá es loquísimo, ya que la normalidad es otra cosa. (...) Esta cuestión de la normalidad, lo que es normal ¿quién dice qué es lo normal y qué no, hasta qué punto uno es normal, a la vista de quien?”

“...Desde este punto es que hay que correr la mirada y ver el uno a uno cada paciente, y yo me meto en ese universo de cada uno (...) pensar que lo que le está pasando tiene un montón de causalidades, cuyos objetivos de tratamiento tienen que ver con recuperar los aspectos conservados, sanos de la persona...”

“...Se parte de que las personas con enfermedades mentales crónicas pueden continuar aprendiendo, desarrollándose y cambiando. La relación con el paciente se considera básica y fundamental y las intervenciones están basadas en la autodeterminación de la persona...”

Desde esta perspectiva se asiste a las personas y no a las patologías que éstas padecen, favoreciendo la ampliación de la visión de todos los actores de la institución para el tratamiento. Así, los beneficiarios abandonan el lugar de enfermos para ocuparse de sus proyectos de vida. En este sentido los psicólogos entrevistados transmitieron:

“...El acento no está en la patología, sino en el potencial. Es un paradigma diferente al de la enfermedad...”

“...Por ejemplo asistir a la persona, más allá de como paciente como persona, evaluando las posibilidades que tienen. Nos

manejamos con conceptos bastantes elásticos. No lo ortodoxo de la psiquiatría. Incluso se hace grupos de convivencia donde el paciente no es tratado como enfermo, sino que se flexibiliza, por supuesto que no hay que perder de vista la enfermedad porque tiene una patología. Pero se lo trata de ver también en el contexto familiar, de la casa, del ambiente...”

Resulta importante destacar que se utilizan los diagnósticos como guías que orientan el tratamiento, y no como rótulos absolutos y fijos. En palabras de la psicóloga y la psiquiatra:

“...Como hay diferentes patologías y cada persona es singular, puede ser que algunas personas puedan llegar a un determinado tope y otras no. Entonces se va evaluando el caso a caso...”

“...Sí usamos diagnósticos, algunos se hacen más fácilmente porque uno ve que está alucinado, que está delirando, tienen una historia de alucinación. El tema es acompañarlo a cada uno y el resto de los profesionales sí toman mi diagnóstico, pero para no pretender que un paciente pueda más que lo que su limitación le permite...”

“...La cuestión siempre está abierta incluso con el diagnóstico, a veces vienen con un diagnóstico y con cosas que no estamos de acuerdo. Porque se lo ha visto en un momento en forma sincrónica y no se lo ha visto en la diacronía. Pero acá la idea es estar abierto a ver que pasa y proporcionarle las herramientas que puedan necesitar y que acá se les pueda dar y no cerrarlo, no ponerle el sello...”

Tratamientos

Las actividades programadas en la institución son pensadas en función del objetivo de rehabilitar y socializar a los concurrentes, y su acción modificadora se relaciona tanto con la planificación de la misma como con el vínculo afectivo que se establece entre los participantes. Rehabilitar a una persona con padecimiento psíquico, implica que pueda socializarse, que pueda vivir con otros en el afuera, aunque sea con ciertas limitaciones, que logre cuidarse a sí misma y que adquiera ciertos hábitos que le posibiliten desenvolverse en su medio.

Se fomenta la participación activa de las personas en la construcción de un nuevo proyecto de vida, el cual se va armando a través de un proceso de reconocimiento de los propios recursos y de su sistema familiar.

En el CPS la modalidad de tratamiento se divide en cuatro etapas: la primera consiste en la integración de la persona al Centro, la segunda implica la participación en diversos talleres laborales y la tercera y cuarta etapa son de inserción socio- comunitaria. A continuación se describirá cada etapa.

Primera etapa: circuito cotidiano integrador.

Las actividades desarrolladas por los beneficiarios en esta etapa tienen por objetivos: a) lograr la máxima independencia personal fomentando la responsabilidad en distintas áreas como cuidado personal y de su ambiente, tareas comunitarias y aprendizaje de hábitos laborales; b) facilitar el descubrimiento de intereses particulares que incentiven la organización de su proyecto de vida; c) acompañar a la comunidad en el proceso de integrar a todas las personas, sin exclusión; d) promover la integración adecuada de la persona al medio familiar de pertenencia, brindando apoyo y orientación a la familia; e) evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional y f) desarrollar actividades de acuerdo a las posibilidades de cada uno.

Estas metas son orientativas y esperables para todos los beneficiarios, sin embargo resulta crucial no perder de vista la singularidad. En este sentido, la psicóloga manifestó:

“...En principio hay como estos objetivos generales de la institución, que se pueda adaptar al lugar, que pueda permanecer en la institución, que pueda incorporarse a una actividad, que pueda integrarse con nosotros. Pero a pesar de estos objetivos generales también se ve lo particular de cada uno. Como hay diferentes patologías y cada persona es

singular, puede ser que algunas personas puedan llegar a un determinado tope y otras no...”

Los requisitos de admisión para esta primera etapa son:

a) Informe de derivación del servicio precedente.

b) Solicitud de ingreso con consentimiento firmado por paciente, familiar y/o representante legal. Las pautas institucionales que la persona ingresante se compromete a cumplir mediante la firma de la solicitud de ingreso, son las siguientes: 1) concurrencia de lunes a viernes de 9 hs. a 15 hs.; 2) justificación previa de las inasistencias; 3) participación en todas las actividades propuestas por el CPS como talleres grupales e individuales, psicoterapia, servicio social, terapia ocupacional, psiquiatría, enfermería, asambleas, formación laboral, yoga, informática, medicación, arte integrado, expresión corporal, artes plásticas, música, constelaciones familiares (coordinado por docentes del Centro Bert Hellinger), supervisión de convivencias; 4) control psicofarmacológico; 5) promoción de la persona a través del acuerdo entre el concurrente, su representante y/ o familiar y el equipo profesional previa elaboración grupal; 6) comunicación del abandono del tratamiento por medio de una entrevista de cierre, quedando bajo la responsabilidad del concurrente y representante; 7) prohibición de agresiones físicas, verbales y daños hacia terceros y/ o la propiedad; 8) compromiso del representante y/o familiares con el proceso terapéutico, acudiendo a encuentros familiares mensuales, terapia familiar y talleres de constelaciones familiares; 9) evaluación, durante el primer trimestre, de la admisión de la persona a la institución considerando el cumplimiento de las pautas establecidas; 10) sanción o apercibimiento por incumplimiento de las pautas anteriormente mencionadas. Esto es evaluado por

el equipo según la gravedad del caso, dejando sin efecto en última instancia el acuerdo de partes precedente.

c) Documentación personal.

d) Evaluación de admisión. En primera instancia, la directora y el médico psiquiatra o la psicóloga, evalúan el estado de compensación psiquiátrica, la aptitud relacional y la problemática diagnóstica del ingresante. En segunda instancia, se presenta al equipo de profesionales para la evaluación de admisión final.

e) Los beneficiarios cumplen un período de adaptación de un mes como concurrente condicional. El familiar o representante legal, debe atenerse a dar cumplimiento a las normas, condiciones y requisitos del CPS.

Además, se plantean condiciones de permanencia y de egreso. Las primeras consisten en cumplir las pautas establecidas, evidenciar conductas que aseguren su integridad física y la de los demás, justificar las inasistencias y no exceder los veinte días de ausentismo o faltas injustificadas en el año. Las segundas implican por un lado, que la persona no haya acatado las condiciones de permanencia en la institución. Esto puede ser por incumplimiento de las pautas establecidas o bien por grave dificultad de adaptación a las normas de convivencia. Por otro lado, que se hayan modificado sus condiciones psicofísicas de forma tal que sea imposible su permanencia en el centro de día, y requiriendo la atención en otro tipo de servicio especializado.

Las diferentes actividades propuestas se desarrollan entre las 8 y las 15 horas, de lunes a viernes durante los doce meses del año. Los talleres, tienen el carácter de obligatoriedad, por lo tanto todos los pacientes que se encuentran atravesando la primera etapa del tratamiento deben participar. Ellos son:

a) Taller de formación laboral. La coordinación de este taller está a cargo de la terapeuta ocupacional. Su frecuencia es semanal y su duración es de una hora. Cada uno de los participantes del taller tiene un puesto de trabajo específico y desarrolla la tarea que le corresponde. Se fabrican agendas, cuadernos y anotadores, para luego comercializarlos.

b) Taller de reflexión. Coordinado por el psicólogo y con frecuencia semanal y duración de una hora. Estos espacios de reflexión sirven como actividad orientadora para los concurrentes y se constituyen en un ámbito de continencia del paciente por el resto del grupo, ayudándolo a reconocer y a tolerar sus limitaciones. Además, el entrenamiento grupal facilita la comprensión de las situaciones y conductas, sirviendo el grupo de espejo para cada uno de sus miembros. Esto facilita, a su vez, el sentimiento de pertenencia al grupo.

c) Taller de música. Tiene frecuencia semanal y su duración es de una hora, está a cargo de la terapeuta ocupacional. Los objetivos propuestos para este espacio son los siguientes: favorecer la capacidad de conectarse con las emociones; estimular las capacidades perceptivas y expresivas; desarrollar la memoria musical; explorar las capacidades individuales y/ o grupales; fomentar nuevos medios de expresión y comunicación, y promover la creación individual y/ o colectiva.

Respecto a las actividades sugeridas para realizarse dentro del taller, se pueden enumerar algunas de ellas: estimulación del lenguaje expresivo y musical; técnicas del manejo de la voz; juegos musicales; utilización de diferentes instrumentos sonoros; interpretación de piezas musicales y presentación de la producción del taller. Se intenta que los asistentes al taller

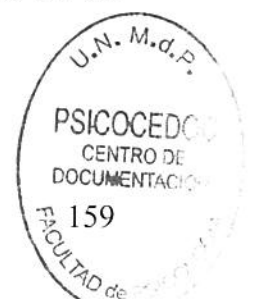
puedan realizar una construcción colectiva rescatando el valor simbólico que adquiere la música para cada sujeto y para el grupo.

d) Taller de yoga. Este taller está coordinado por la profesora de yoga, su frecuencia es de dos veces por semana y la duración de una hora. El yoga es una disciplina que busca la armonía cuerpo-mente, a través del trabajo con la respiración profunda y diferentes posturas corporales. Por medio de este taller se intenta: descender el nivel de ansiedad, para mejorar hábitos y conductas; mejorar la capacidad respiratoria; alineación y flexibilidad de la columna; ablandamiento articular; tonificación muscular; relajación y concentración. Los beneficios del yoga se logran propiciando la práctica regular de las posturas corporales (equilibrando lado derecho e izquierdo del cuerpo), con tareas de centración, llegando a una relajación conciente y placentera a través de técnicas respiratorias.

Al finalizar la clase, se da una relajación de intercambio con otro compañero o utilizando elementos de ayuda, logrando así movilizar aspectos de la persona. Estos pueden ser dolorosos o placenteros, pero se sostiene que el resultado siempre es terapéutico.

e) Taller de teatro. El taller está a cargo de un profesor de teatro. La frecuencia es semanal y la duración es de una hora.

f) Taller de dibujo. Quien coordina este espacio es una profesora de arte. Su frecuencia es semanal y dura una hora. La dinámica es la siguiente: cada uno elige el tema sobre el cual quiere dibujar y la profesora va enseñando diferentes técnicas de dibujo mediante las cuales pueden desarrollar su trabajo. Como cierre de cada encuentro, la coordinadora propone que cada uno de los



integrantes le comente al grupo sobre la temática que trabajó, la técnica que utilizó y cómo piensa continuar la próxima semana.

g) Taller de informática. Lo coordina un profesor de computación. Se dicta con una frecuencia semanal y su duración es de una hora.

h) Taller de medicación. Es coordinado por enfermeros de la institución, surge debido a la falta de adherencia de muchos de los pacientes al tratamiento psicofarmacológico. El objetivo es que la persona conozca el psicofármaco que consume, sus efectos, beneficios y efectos adversos. Así, se evita posición pasiva del paciente ante la medicación.

Respecto al control psicofarmacológico, también lo realizan los enfermeros y, en esta primera etapa, es llevado a cabo diariamente. Así, los beneficiarios deben retirar su medicación todos los días y tomarla en la institución.

Los beneficiarios también deben participar de las asamblea de inicio y cierre de semana. La coordinación de estos espacios está a cargo de la terapeuta ocupacional y el psicólogo. La frecuencia de estos encuentros es semanal y su duración es de una hora. Los objetivos planteados para las mismas son facilitar las relaciones interpersonales en el grupo y socializar, compartir, la información institucional, promover actitudes de tolerancia, aceptación y escucha; estimular el hábito de la conversación; posibilitar en un espacio de cuidado la identificación con otro que comparte circunstancias semejantes, y trabajar en la resolución de conflictos surgidos en la vida cotidiana institucional.

Las terapias individuales resultan obligatorias para todos los pacientes, en esta primera etapa. El enfoque psicoterapéutico con el cual se interviene en

el CPS es de orientación sistémica, por lo tanto, se focaliza en cuestiones interpersonales, en los aspectos vinculares y relacionales de cada uno de los pacientes. Sin embargo, y a pesar de que la teoría psicológica de base en la institución es sistémica, algunos psicólogos trabajan desde el marco teórico psicoanalítico. Se busca promover el desarrollo de las habilidades de comunicación y se orienta en una aproximación a la resolución de problemas. A partir del vínculo terapéutico establecido con cada persona, se propicia la resignificación de las situaciones y experiencias vividas, a los efectos de mejorar la integración familiar y social.

Cuando se desencadena alguna crisis, se coordina estrategias de intervención con la totalidad del equipo interdisciplinario que trabaja en la institución. El tiempo de tratamiento es flexible y se evalúa en cada caso particular.

Por otra parte, desde el CPS se proponen distintas actividades de psicoeducación con la familia nuclear de cada paciente y en ocasiones con la extensa, ampliándose a la comunidad más como una fuente de recursos que como un obstáculo.

Por último, hay una elevada frecuencia de contacto con los usuarios en la cotidianeidad del Centro de Día y se proporciona ayuda con los problemas prácticos que van surgiendo día a día.

También se realizan terapias familiares, en todas las etapas del tratamiento de rehabilitación, con una frecuencia mensual aproximadamente.

Se le brinda importancia a los hábitos de higiene y mantenimiento del Centro de Día. El objetivo de estas actividades es promover la realización de aquellas tareas implicadas en el cuidado e higiene del lugar para estimular el

sentido de responsabilidad de cada uno de los participantes; capacitar en la realización de las diferentes actividades de higiene; favorecer la toma de decisiones, y posibilitar la transferencia de experiencias desde lo institucional al hogar. Así, se proponen una serie de actividades a desarrollar: poner la mesa; servir la comida; levantar la mesa; barrer el piso; lavar los platos; secar los platos y supervisar los baños. La frecuencia de estas tareas es diaria, lo mismo que la supervisión por parte del equipo. Todas las semanas se va rotando para que cada uno de los integrantes del CPS realice todas las actividades.

El equipo interdisciplinario de profesionales de esta primera instancia de tratamiento participa de una reunión semanal en la que al principio de cada encuentro se confecciona un temario de cuestiones a debatir, de las cuales se va dejando constancia por escrito, en un acta y otra mensual en la que participa todo el centro.

Segunda etapa: talleres terapéuticos laborales.

Los talleres de esta etapa del tratamiento de rehabilitación se desarrollan con un enfoque terapéutico, ya que por las limitaciones que padecen los concurrentes, no pueden acceder a un aprendizaje y desempeño laboral con metodologías exclusivamente educativas.

La permanencia de los participantes en los talleres dependerá de la evolución de cada caso en particular. Si ésta resulta satisfactoria, la persona luego puede ingresar a otro medio laboral protegido como los talleres protegidos municipales o competitivos. En caso contrario, su permanencia en el CPS estará supeditada a otras alternativas terapéuticas.

Para que una persona de la primera etapa pueda acceder a la segunda se evalúa el cumplimiento en relación a los horarios, la medicación, si se encuentra “compensado” y su grado de autonomía. En palabras de la psicóloga:

“...Generalmente lo que evaluamos para que pasen es que cumplan con los horarios, con el tema medicación, en general eso. Por supuesto si es un paciente agresivo, se evaluará que esté compensado, porque es todo un cambio que moviliza mucho. En la primera etapa está el profesional cuerpo a cuerpo con todos, acá no, es como que ya están incorporados a las actividades, se tiene la reunión una vez por semana y después tienen las áreas de psiquiatría, psicología, pero están más independientes. Es todo un cambio que hay que preparar al paciente para que pueda incorporarse a la segunda etapa...”

Los talleres terapéuticos laborales funcionan de lunes a viernes de 8:30 a 12:30 horas y están supervisados por el equipo interdisciplinario de la segunda etapa: terapeuta ocupacional (coordinadora de esta etapa), auxiliar de terapia ocupacional, psicóloga, médico psiquiatra, asistente social, enfermera y talleristas.

En la actualidad, se encuentran funcionando los siguientes talleres: acuarismo, cocina, sales de baño, reciclado de papel y diseño gráfico e impresiones. En cada uno de ellos participan alrededor de cinco personas.

Los objetivos generales son constituir un ámbito para que las personas puedan desarrollarse laboralmente y realizar actividades orientadas a adquirir hábitos laborales, disciplina y competencia para el trabajo autónomo, que posibiliten a su vez, que puedan empezar a tener interacción con el medio ambiente social externo a la institución. Además estas actividades promueven la autonomía y la convivencia grupal. En relación a esto la psicóloga mencionó:

“...Los objetivos son que puedan integrarse a una actividad y por medio de la actividad, trabajar las dificultades que tienen. Esto en la parte de los talleres. Se pueden trabajar las dificultades en la relación con un otro, los roles de cada uno. Que puedan sostener una actividad, por ejemplo, están las cuatro horas de tratamiento, pero también las personas que

tienen dificultades pueden venir dos horas de tratamiento. Entonces es un grupo más restringido que tiene un acompañante que lo va ayudando en cada actividad que realizan...”

“...Después se trabaja la autonomía, la parte de higiene personal. Y en la medida de lo posible que pueda ir elaborando un proyecto de vida. Este lugar es un medio de tránsito para que ellos continúen el tratamiento afuera...”

Cabe agregar que los talleres funcionan, además, como cooperativas de trabajo, es decir que una parte de las ganancias obtenidas a través de la venta de la producción se reinvierte en la compra de materiales necesarios para seguir produciendo y el resto de los ingresos se divide entre los integrantes de ese taller. Esta división es semanal, se realiza en las denominadas “reuniones de trabajo” y es proporcional al presentismo de los participantes.

En todos los talleres los beneficiarios se encargan de comprar los materiales específicos necesarios para el desarrollo de la tarea, preparar los elementos de trabajo y preparar la materia prima, y de aplicar las técnicas del preparado de las piezas a elaborar. Se describen algunos talleres de la siguiente manera:

“...El acuario tiene un socio externo que viene y que les enseñó cómo funcionaba el acuario y demás actividades. Después esta persona es el nexo con otros acuarios para poder vender la producción...”

“...El resto de los talleres en general, van a la calle a vender, por supuesto que salen las personas que están compensadas, que están bien, en un principio por ahí los TO los acompañan y después van solos. Por ejemplo esto de las barritas de cereal, en un principio algunos las vendían en el supermercado, por supuesto no podían venderlas allí. Entonces al principio hay que guiarlos en qué parada de colectivo, en qué semáforo podían estar vendiendo, y se van organizando de esa manera.

“...El taller de sales, una persona que estaba trabajando acá hizo el contacto con el hotel, fueron las personas del taller a contar cómo hacían las sales, llevaron muestras y a partir de ahí ya tienen pautado cada tanto, les piden y van, depende la época. Cada uno se va autogestionando...”

Además de la capacitación laboral, en esta instancia del tratamiento las personas también realizan otras actividades como el taller de medicación. A diferencia de la primera etapa, en ésta los beneficiarios retiran su medicación una vez por semana, llevándosela a su casa y tomándola por su propia cuenta (excepto ciertos casos en los cuales aún es necesaria una supervisión diaria).

El objetivo es que aquellas personas con padecimientos psíquicos crónicos adquieran de manera paulatina, mayor autonomía, responsabilidad y capacidad para manejar la medicación que tomarán toda su vida. La intención es que conozcan el nombre del fármaco, las dosis, la frecuencia, los efectos secundarios, la detección de los primeros signos adversos, razones de alguna modificación, etc. Uno de los entrevistados describe el funcionamiento de este taller:

“...Se hacen los talleres de medicación que están también en la primera, en segunda y en la tercera etapa. En la primera no se ven bien las características porque son los pacientes que están más en agudo, o recién ingresan. Pero en la segunda y tercera etapa es distinto. El enfermero, en la segunda etapa, con el grupo del taller, lleva la medicación que tienen todos los pacientes y cada uno se la va preparando por día, por semana, según la tenga planificada. En algunos casos la toman acá de forma diaria, y son ellos los que se preparan la medicación, para que empiecen a conocer por ahí no saben el nombre de la medicación, a qué horas la toman, las dosis. En muchos casos el enfermero prepara la medicación y se la da los viernes para que se la lleven el fin de semana o si está mejor se la llevan una vez por semana y en la tercera etapa se llevan la medicación para 15 días. Y los de la cuarta etapa se llevan la medicación y se la llevan una vez por mes...”

Como en la etapa anterior, se brindan terapias familiares, con una frecuencia mensual y siempre considerando cada caso en particular.

En relación a la psicoterapia individual, en esta instancia no reviste el carácter de obligatoriedad. La psicóloga trabaja a demanda, en este caso desde un marco teórico psicoanalítico lacaniano, siempre que se pueda:



“...Después terapia individual, que se respeta quienes quieran acceder a la terapia, pero en algunos casos, a veces es difícil que haya demanda, trabajamos para que puedan tener su espacio, para que puedan llegar, para acompañarlos, por ahí es un cuerpo a cuerpo en el taller. Después pueden ingresar a terapia...”

Tercera etapa y cuarta etapa: inserción socio- comunitaria

En estas dos últimas etapas del tratamiento, se realiza un seguimiento quincenal y mensual respectivamente, de las personas que concurren al CPS. Las personas que se encuentran transitando su tercera etapa de tratamiento deben asistir a la institución cada quince días para retirar la medicación y participar de un grupo de reflexión.

“...La idea es que se puedan independizar paulatinamente, los que están en 15 días, ya saben que tienen un turno específico, que de todas maneras si se descompensan y demás vienen. Cada vez están más preparados y más solos para estar en el afuera. Sino vienen a un tratamiento en el centro de día, afuera tienen a sus familias o una red social medianamente armada están con ellos con conocidos y demás. Se va trabajando progresivamente la autonomía...”

“...Y también Sonia, la enfermera, lo que hace en 15 días es aplicarles los efectos adversos, que tienen cuando le preguntan por qué hicieron un cambio de medicación. El médico trata de explicarles por qué toman esa medicación, qué ventajas tiene, si empiezan a sentir ciertos síntomas que requieren que vuelvan a ver al médico. Se los alerta cuáles son los primeros signos. Eso lo manejan enfermería y psiquiatría. Es interesante para ver cómo se manejan ellos...”

“...En 15 días por ahí escuchas “el anterior no lo quiero más porque me contractura mucho”, te dicen todos los síntomas que tienen, lo van manejando. Se apunta a que ellos de apoco puedan manejar la medicación. Paulatinamente se intenta que vayan incorporando esa conciencia, de la toma de medicación...”

Respecto a la última etapa, en ella se encuentran las personas que, luego de haber transitado por todas y cada una de las tres instancias anteriores, han logrado una actividad estable en el afuera de la institución (no necesariamente tiene que ser laboral).

La medicación es retirada una vez al mes, salvo que surja alguna situación en particular que amerite que la persona tenga que recurrir a la institución.

“...Y en la 4º son pacientes de pre alta, que toman la medicación solos, la mayoría tienen una obra social o laboral y vienen una vez por mes. Y los que tienen obra social, pueden seguir con un control cada tanto, para hacerle un corte, una finalización por su pase por acá. Y otros que se necesita que vayan al hospital y ver si le dan el alta o no, y a veces se complica desde ahí. Lo hospitalario...”

Es importante señalar que una vez que la persona se encuentra en condiciones de iniciar la búsqueda laboral, puede ser favorable que comience con un empleo protegido. Como se señaló en el apartado anterior, el trabajo en los talleres protegidos municipales forma parte de la rehabilitación del paciente y ayuda a consolidar el programa individual de rehabilitación, estimulando su reinserción social y contrarrestando el aislamiento al que habitualmente tiende. El taller protegido actuaría como un paso previo al ingreso del paciente al mundo del trabajo competitivo, aunque esta situación no sea la más frecuente. Por esta razón, desde el Centro se gestiona el certificado de incapacidad de la persona para que reciban una obra social y una pensión:

“...Se les hace la incapacidad desde acá para que puedan tener acceso a una jubilación, a una obra social, que por lo general pasa a ser PAMI. Ahora creo que hay 12 o 13 en la cuarta etapa no se el número exacto, están de pre-alta, prácticamente es la despedida y el cierre...”

Otra de las funciones de los profesionales, es realizar un seguimiento de los pacientes que viven en pensiones externas con otros compañeros del Centro. Se trabaja temas de convivencia, hábitos cotidianos y de limpieza:

“...Algunos están en una casa de convivencia en la que viven cuatro pacientes y se supervisa desde TO y Servicio Social, cada uno pone \$100, \$200 de acuerdo al ingreso, y de esa manera se alimentan sino se llevan la vianda de acá. Se los trata de organizar para que tengan una buena convivencia, para que puedan limpiar el lugar, para que si se levantan a la

madrugada se trata de que no, se revisa la medicación. Se organizan como grupo con pacientes en convivencias externas...”

Finalmente, se está esperando la habilitación de un hogar, ubicado dentro del predio del Centro para que funcione como Casa de Medio Camino.

“...Ahora están haciendo la parte del “pequeño hogar”, como una casa de medio camino, falta la habilitación, pero es buena la idea, creo que son entre 8 y 6 pacientes viviendo en la casa y se va a trabajar todo lo que sea hábitos...”

Rol del Psicólogo

Los profesionales de la institución trabajan de manera interdisciplinaria.

Así, el psicólogo se desempeña en un equipo de trabajo:

“...Tenemos reuniones de equipo dos veces a las semanas. Los lunes que es para la tercera y cuarta etapa y los viernes que es para la segunda etapa. Y bueno son tres horas, se dice lo que se trabajó en familia y vamos viendo el caso a caso...”

Algunas de las actividades que desarrolla en el ejercicio de su rol son: psicoterapia individual, terapia familiar; coordinación de reuniones, talleres y asambleas, participación en reuniones de equipo, entre otros.

“...Mi actividad es coordinar en las reuniones, nosotros tenemos de cada taller reuniones semanales, en general de todo el equipo...”

“...Acá se trabaja sobre todo ya te lo habrán dicho en equipo, por lo cual las reuniones y lo que se habla de cada paciente es en equipo. Se participa desde un montón de otros lugares...”

“...El diagnóstico, en psicología se trabaja mucho con el psiquiatra, pero también con el equipo porque el equipo, la asistente social lo ve en el día a día como está en el domicilio, se planifica cómo se organiza económicamente, como se maneja, todo aportando datos, en base a eso se va perfilando el diagnóstico...”

Para esta modalidad de trabajo es indispensable la integración de las diversas perspectivas, la aceptación de otros puntos de vista; esto beneficia

tanto al paciente para su mejor asistencia como contribuye al enriquecimiento del profesional. En este sentido los profesionales expresaron:

“...Y por ejemplo, hay pacientes que sí se puede abordar desde el psicoanálisis, en las reuniones de equipo tratamos de integrar cada uno su mirada. Por ejemplo, yo me dedico a lo individual, solamente terapia individual y desde ahí lo puedo abordar. Silvana por ejemplo hace más desde lo sistémico trabaja más lo familiar. Entonces en las reuniones de equipo cada uno brinda su mirada desde su lugar y trata de trabajar en conjunto para poder abordarlo y llegar a los objetivos. Por ahí hay objetivos que trabajo yo y por ahí el resto lo puede trabajar de otra manera. Por ejemplo la asistente social trabaja cómo puede esta persona ir a hacer un trámite. Yo puedo trabajar lo que le genera y demás, y el asistente lo puede acompañar para hacer el primer contacto. El mismo hecho se va trabajando de diversos lugares. Hay veces que se puede conciliar un punto de vista y a veces no, pero bueno. No se trata de perder de vista a la persona que está en tratamiento...”

También se observa la importancia asignada al trabajo en equipo por otros profesionales. Como expresó la psiquiatra para el tratamiento psicofarmacológico:

“...La intervención desde la psicofarmacología, tiene que ver con el estar en el momento actual de un paciente. Además de un diagnóstico, de un contexto tienen que ver con el momento que está pasando y demás, que con la medicación por ahí las intervenciones son desde ahí, no solo desde lo psiquiátrico o biológico, desde los neurotransmisores, sino una mirada más amplia que abarca todo un montón de elementos más amplios de la persona.

De esta manera, el trabajo en equipo prioriza asistir a la persona, respetando su individualidad y su propio saber, abandonando actitudes paternalistas y de dominación.

Críticas y reflexiones

Las ventajas que los profesionales encuentran en esta modalidad de trabajo, de modelo de institución, son variadas. En las entrevistas se mencionaron las siguientes:

- Tratamiento ambulatorio como espacio intermedio en el cual los beneficiarios se conectan con el medio social y adquieren hábitos personales y sociales perdidos por internaciones prolongadas. La psicóloga mencionó:

“...Y la ventaja es que en principio, al hacer un tratamiento ambulatorio el paciente vuelve a su entorno. Muchas veces es necesaria la internación y estar mucho tiempo internado hace que pierda todo contacto con el medio social que tiene. De repente es muy traumático cuando vuelven. Acá tenemos pacientes que han estado 3 o 4 años internados, no porque se descompensaran, sino porque no tenían ningún familiar o referente, más por una cuestión social. Entonces cuando salieron de internación, habían perdido muchas cuestiones de lo social y hábitos de higiene, hábitos personales, no se sabían cambiar, prender la hornalla. En el taller de cocina, una paciente estuvo 4 años internada, cuando salió, no tenía la menor idea... primero no conocía el lugar, siempre vivía en Mar del Plata, no sabía hacerse un té, no podía estar sola por el peligro con el gas. Todos los hábitos se fueron trabajando para que ella ahora por ejemplo, viva en una pensión con otros pacientes psiquiátricos. Entonces ahora ella es la encargada del desayuno, de a poco fue incorporando las actividades concretas, de la vida cotidiana que lo había perdido...”

- Trabajo con la familia. Se promueve la integración de la familia y el entorno social de los beneficiarios, evaluando las posibilidades de involucramiento de las mismas. En palabras de la asistente social y directora:

“...Entonces, en este tipo de tratamientos ambulatorios, lo bueno es que se puede trabajar con el entorno y más allá de la patología específica y del tratamiento psiquiátrico específico, aunque en algunos casos no se puede trabajar porque no hay familiar referente. O tal vez los hay pero no quieren trabajar y se los respeta. Depende la relación que tienen con la familia, de repente hay familias que no le interesa si están compensados o descompensados, si vienen. Por ahí en esos casos se trabaja con el Tribunal de por medio, y se trabaja con el curador. La idea es trabajar con la familia...”

- Rehabilitación y seguimiento de las personas después de su internación. A diferencia de otras instituciones, el CPS permite que el tratamiento no concluya con el alta de internación, sino que posibilita continuar la asistencia focalizándose en el desarrollo de las capacidades de los beneficiarios. Según la psiquiatra:

“...A mí me gustó mucho este lugar porque en los años que estuve en el HIGA, y en el Hospital de Ushuaia, básicamente la psicosis era más que nada la parte de internación, las internaciones compulsivas cuando el paciente no quería internarse y yo me preguntaba cuál era el después del paciente. El paciente se iba y uno no lo seguía. Y el después es esta cara, yo encontré esto la rehabilitación, después de haber pasado por esto, qué hacemos por ayudar a esta persona que quizás nunca vuelva a ser lo que había sido en lo pre. Ver que oportunidad y que podemos hacer en pos se esto, porque es un ser humano y yo creo que tiene otras capacidades quizás, distintas a nosotros pero la está teniendo y el tema es quizás uno no las puede ver...”

- Trabajo en equipo que permite enriquecer y ampliar la mirada específica de cada disciplina y la posibilidad de elección de los criterios de tratamiento. La psiquiatra manifestó:

“...este lugar me gratifica mucho, son muy abiertos en general, a uno lo dejan hacer desde otros puntos de vista, que por ahí en otros lugares no. Y mirá te dicen, aumentá la medicación y bueno aumentásela y acá yo puedo elegir, nadie me dice aumentale. Como me pasó en otros lugares, está jodiendo este tipo: “aumentale”, medicalo ¿para qué? para que no joda, bueno: no. Por ahora yo puedo elegir los lugares donde quiero estar, en este punto me ha aportado mucho a la mirada mía...”
“...Yo estoy contenta en este lugar, me gusta y tengo la alegría de tener un equipo y compañeros conmigo de la etapa, con los cuales siento que trabajamos realmente en equipo y el aporte de las diferentes miradas, nos enriquecemos mutuamente, es un espacio muy rico...”

Con respecto a las dificultades que presenta el dispositivo, los entrevistados señalaron las siguientes:

- Criterio de obligatoriedad de los talleres. Esta condición influye en la asistencia de los beneficiarios a los mismos, ya que a veces no se muestran

interesados ni motivados en participar. Esta situación repercute en la dinámica grupal de las actividades. La psicóloga refirió:

“...Por otro lado, no todos tienen el mismo interés y la misma motivación para participar del espacio, motivo por el cual suele ser frecuente que algunos de los participantes salgan del taller por un rato y luego vuelvan a ingresar. Aunque es aconsejable evitar la circulación de participantes que entran y salen del grupo, pues ello contribuye a dispersar la atención, la coordinadora permite estas salidas - aunque solo por unos minutos - e intenta continuar trabajando sobre los gustos e intereses particulares de cada una de las personas que integran el espacio del taller, para motivarlas en su trabajo. Al buscar la motivación de cada paciente se deberán evaluar los antecedentes e intereses previos de cada uno y ayudarlo a encontrar objetivos propios, brindándole los estímulos necesarios para despertar su interés...”

- Dificultades en el trabajo conjunto con otras instituciones. Cuando un beneficiario del CPS se descompensa y es derivado a una clínica privada, generalmente se presentan complicaciones en la comunicación e interacción para realizar un seguimiento del paciente y poder reincorporarlo al Centro. En este sentido, la psicóloga explicó:

“...Hemos tenido descompensaciones, en las cuales al paciente se lo interna en una clínica privada. En este lugar a veces no le pueden detectar su padecimiento, y el paciente permanece descompensado. A veces nos resulta difícil poder trabajar bien cuando una persona está en internación, ya que en esa institución tienen otros criterios. No se combina bien cuando sale y tienen que volver acá. Por ejemplo, hay un caso de una paciente que está descompensada, aún sigue internada (...) entonces esto hace que se pierda el nexo con la institución, ahora hay que trabajar para que ella pueda volver acá regularmente y demás. Eso serían los casos cuando van a internación, no todos los casos, algunos van al HIGA y han vuelto bien, o estables...”

- Discriminación social. La venta de los productos realizados en los talleres terapéuticos laborales es realizada muchas veces por lo mismos beneficiarios. Los obstáculos que pueden dificultar dicha tarea se relacionan con la interacción entre los pacientes y el medio social fuera del CPS, ya que en

ocasiones padecen de discriminación y estigmatización social. La psicóloga comenta lo siguiente:

“...Incluso es lo más difícil para ellos la venta, porque esto de encontrarse con otros, que muchas veces sufren la discriminación o están alucinados e interpretan cosas que las otras personas hacen... es un poco como un cuello de botella, por eso es difícil la venta y tratan de salir los que mejores están. Muchos se dedican solo a la producción y son otros los que venden. En general los que venden son los que están bien” (...). “El tema es que si no se arman las redes sociales afuera, después vuelven al mismo lugar”.

- Interacción con profesionales ajenos al CPS. Se pueden presentar diferencias de criterios para el tratamiento de los beneficiarios entre la psiquiatra del Centro y los profesionales que atienden a los mismos fuera de la institución, lo cual dificulta la atención. La psiquiatra describió:

“...Las derivaciones las recibimos del HIGA, de obras sociales, de algunos psiquiatras de tribunales, de algunos de rehabilitación de adicciones, y cuando ven que hay otras cuestiones de base y la adicción pasa ser secundaria, o así como viene se va porque lo reemplazó por otro síntoma, y hay derivaciones de los mismos pacientes, de los mismos familiares y de las obras sociales que van derivando.

Yo estoy en las entrevistas de admisión los jueves con Marta, vienen acompañados por un familiar, se les pide un resumen de la historia clínica si está en tratamiento, la derivación del médico, la condición para estar acá es que el psicólogo sí sea Pablo en la 1º etapa, pero en el caso de un psiquiatra puede seguir afuera con el tratamiento del psiquiatra, no hay ningún problema. A veces es difícil comunicarse, porque por ahí yo lo veo así acá y es difícil de qué manera. Depende del psiquiatra, si es un profesional que tengo mucha confianza y le puedo decir cualquier cosa, pero por ahí es otro profesional que no lo conozco de a poquito a ver como lo van tomando.”

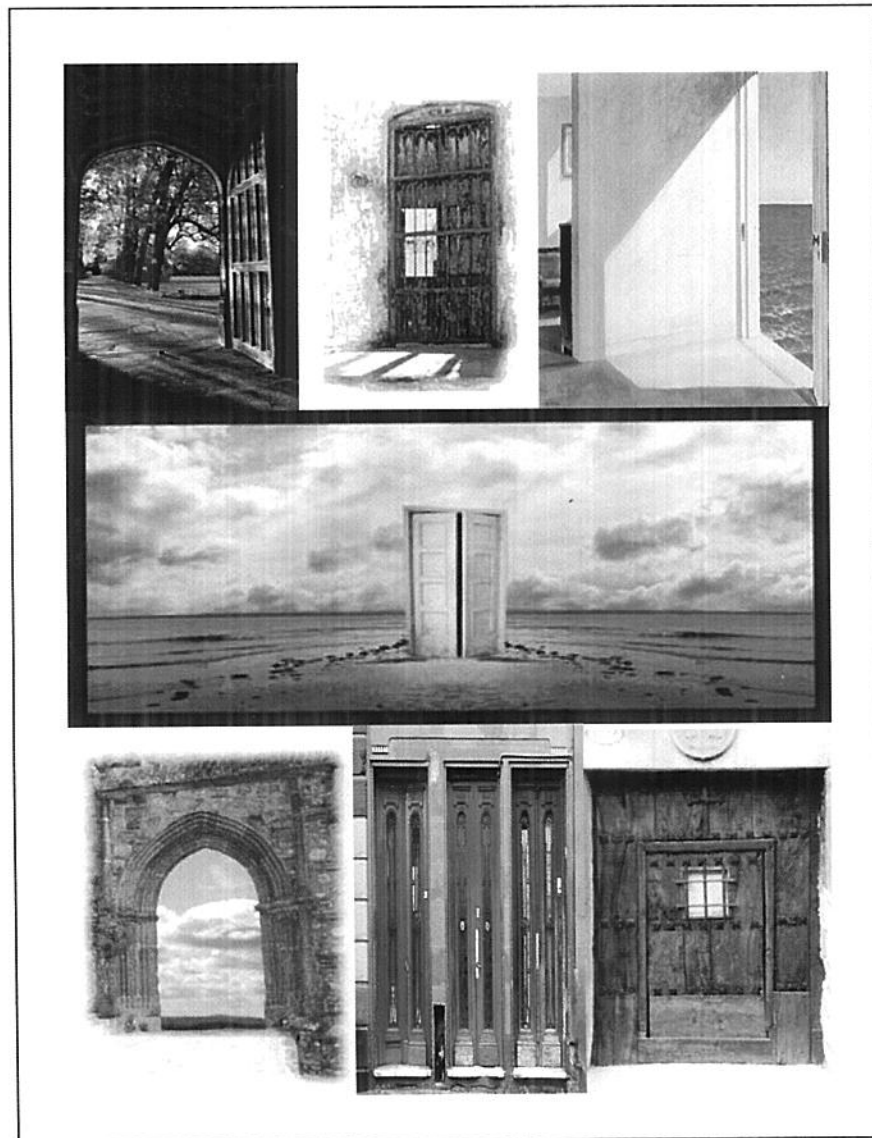
Una de las inquietudes que surgen del análisis de las entrevistas se relaciona con la obligatoriedad de participación de los beneficiarios a los talleres. Resulta oportuno evaluar las ventajas y desventajas de este sistema respecto a la posibilidad de elección de la actividad según intereses y motivaciones individuales o la estructuración de una rutina estipulada.

El Centro conforma un dispositivo terapéutico alternativo a la hospitalización crónica, uno de los pocos que existe de la ciudad con asistencia pública. La propuesta en general conlleva importantes beneficios para el tratamiento de los pacientes crónicos. Pero a su vez este modelo plantea constantes desafíos para su continuidad y mejoramiento.

Se observó que algunas de las dificultades presentadas por los profesionales del CPS se relacionan con el intento de ruptura de lo instituido socialmente. Si bien las actividades terapéuticas se orientan a la reinserción laboral de los beneficiarios, aún no es posible una plena aceptación e inclusión en la comunidad de la zona. Esto se ejemplificó anteriormente en las citas sobre discriminación social y diferencias de criterios de tratamiento con profesionales de otras instituciones.

CAPITULO VI

*Hospital de Día y Hospital Intermedio del Hospital Subzonal
Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Taraborelli"
Necochea*



CAPITULO VI. Experiencias en Necochea: Hospital de Día y Hospital Intermedio del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Taraborelli"

El Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Taraborelli", ubicado en la calle 49 N° 1868 en Necochea, pertenece a la Zona Sanitaria Octava. Se caracteriza por ser un hospital monovalente que brinda asistencia a pacientes psiquiátricos crónicos.

A lo largo de los años, se ha desplegado en la institución diversas dinámicas de funcionamiento supeditadas al director de turno. La terapeuta ocupacional en una entrevista informó brevemente la historia institucional. Refirió que en una primera instancia se implementó un modelo conductista, hasta 1979, en que se implementó el modelo de Comunidad Terapéutica. Éste se sostuvo hasta que el director de ese período tuvo una diferencia con el director de la Zona Sanitaria Octava en relación a la internación de pacientes judicializados. Debido a esta en 1983 el hospital fue intervenido, haciéndose cargo de la dirección un médico que según relató la profesional fue elegido políticamente por el Ministerio de Salud, sin formación psiquiátrica, quien decidió no continuar con el modelo hasta ese momento implementado. Posteriormente se realizó una elección entre los empleados del hospital para elegir democráticamente al director.

En la actualidad y a pesar de los avatares coyunturales, se intenta defender el modelo de comunidad terapéutica. Éste prioriza un sistema de puertas abiertas, en el que se determina la movilidad de los pacientes en relación a sus posibilidades de reinserción en la comunidad y su grado de

compensación. Así, se implementan tres listados que corresponden a los colores del semáforo. El color rojo para los pacientes recién ingresados que no pueden salir del predio, el amarillo para salidas con acompañamiento de familiares o pacientes en lista verde y finalmente el verde para pacientes que pueden circular con autonomía.

“...Cuando ingresan están en lista roja, no pueden salir al predio. Excepto cuando en el grupo de agudos se los trata de manera especial, porque están intentando dar el alta de manera rápida, por ahí el equipo cambia al paciente de lista automáticamente. O les permiten salidas con sus familias. Ahora si permanecen en nuestro grupo, permanecen en lista roja, después les damos permiso para que salgan al predio, acá mismo al parque. Sin salir a la vereda ni al frente...”

“...Luego está la lista amarilla, que es cuando pueden salir con un familiar, o con un paciente de lista verde, a la ciudad o donde quieran. Siempre que respeten horarios de medicación y de comida. Ellos lo piden generalmente, el equipo y sus compañeros lo evalúan ya que son ellos los que nos pueden decir si está bien o a ustedes le hacen creer que está bien pero en el comedor está agresivo. Si están en condiciones o no de salir, para caminar por la calle, sin que le pase nada...”

“...Luego la lista verde, que pueden salir solos por cualquier lado, siempre que respete horarios...”

Resulta interesante describir el hospital de día y el hospital intermedio, ya que responden a abordajes alternativos a la hospitalización crónica.

En Junio de 1992 se inaugura el Hospital de Día como Servicio del hospital monovalente de Necochea. El cual pasó a ocupar un espacio físico propio y a ser coordinado por un equipo técnico (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social, enfermero) designado para cumplir sus funciones dentro del mismo. Hasta entonces los pacientes que estaban incluidos en dicho régimen compartían los espacios físicos y terapéuticos con el resto de los pacientes internados. En la actualidad este dispositivo conserva su autonomía física y de recursos humanos.

También hay en el neuropsiquiátrico un hospital intermedio. Éste funciona dentro del edificio, junto al grupo de internados, pero solo de 8 a 13hs. o de 8 a 16hs, para pacientes que luego de cumplido este horario se retiran a pensiones en las que viven, sin llegar a la instancia del hospital de día.

Se realizaron entrevistas a tres terapeutas ocupacionales, lamentablemente la psicóloga jefa de planta que participa en estos dispositivos estaba ausente en la institución cuando se accedió a estas entrevistas. A partir de los datos recabados se describirá el funcionamiento y características del lugar.

Concepción de Salud Mental

La concepción de salud mental se fundamenta en el modelo de comunidad terapéutica, en cual se reconocen en las personas con padecimientos mentales necesidades y la posibilidad de desarrollar sus potencialidades. De esta manera los pacientes con estas dificultades pueden elaborar un proyecto vital y lograr desenvolverse en la rutina cotidiana con autonomía. A partir de esta perspectiva, se promueve la reinserción socio-comunitaria a través de tres tipos de articulación que se van desarrollando gradualmente entre el paciente y su medio. Esto consiste en considerar a la articulación familiar como un proceso gradual de ajuste entre el paciente y el sistema de normas y valores que constituyen la "tradición familiar". La articulación social implica un proceso para ocupar un espacio dentro de la dinámica social, desde la individualidad de cada paciente y su compromiso, favoreciendo la ampliación de sus intereses. Por último, la articulación laboral

se basa en que el paciente sea reconocido como un ser productivo para acceder a un puesto de trabajo. La terapeuta ocupacional explicó:

“...Lo que pensamos es que por más que el paciente haya tenido un brote, dos, diez, cincuenta siempre hay una posibilidad. Yo tengo pacientes que hace veinticinco años que están en el hospital. El hospital de día funciona de sostén, venir al grupo terapéutico, a comer. Esta modalidad sostiene a los pacientes afuera, y evita las internaciones. Siempre es la necesidad de ellos, no del servicio. Si el grupo no tiene interés se cae la actividad. Yo no pienso primero la actividad y después al paciente. El objetivo es afuera, porque la vida pasa afuera. O sea que la concepción es de salud, no de enfermedad...”

Desde esta perspectiva los profesionales no utilizan los diagnósticos para relacionarse con los pacientes, por el contrario se focalizan en la singularidad de cada uno, sus intereses, recursos y dificultades. En palabras de la entrevistada:

“...No nos manejamos por diagnóstico, si bien por la medicación vos te das cuenta, sabemos de los que estamos hablando, acá se trata del paciente tal y no es el que tiene esquizofrenia o el psicótico. La mirada es otra...”

Tratamientos

La institución brinda asistencia a los pacientes de acuerdo a su patología. Existe un circuito establecido: ingreso, grupos de internados: de agudos y crónicos, hospital intermedio y hospital de día.

Cuando un paciente ingresa a la institución, en primera instancia integra el grupo de pacientes agudos, ya que generalmente se encuentran en crisis, bajo los efectos de la medicación y en vías de compensación. Motivo por el cual no pueden ingresar al grupo de crónicos, debido a que, por ejemplo, en el mismo se utilizan elementos cortantes para realizar las actividades. Sin

embargo, pueden participar de los talleres que se brindan de manera abierta, fija y grupal. Ellos son:

- Taller de lectura de diarios. Permite mantener el contacto con la realidad social y compartida, genera un espacio para el debate y la reflexión.

- Taller literario, el cual permite la expresión del paciente. La terapeuta ocupacional explicó lo siguiente:

“...Los grupos que ya están fijos son lectura de diarios, taller literario. Están abiertos e ingresa el paciente que quiere, depende de la necesidad del paciente o lo que le esté pasando en ese momento según lo que tenga ganas de realizar, se planifica la actividad...”

“...En general las actividades son grupales por la cantidad de pacientes que hay, si alguno necesita de forma individual sobre todo al comienzo, se hace...”

Luego de una evaluación por parte del equipo, si se considera que la crisis ha pasado, el paciente puede ingresar al grupo de pacientes crónicos. Se lleva a cabo una entrevista para detectar las habilidades, gustos e interés por las actividades. Según la terapeuta ocupacional:

“...Se puede hacer otra evaluación porque desde que ingresó el paciente cambió, sus síntomas se manifiestan de otra forma. Entonces se conversa con ellos y se hace una entrevista totalmente distinta, que cuando ingresó. Nosotras hacemos una entrevista y una evaluación para saber más que nada lo que ellos realizaban afuera, lo que le gusta hacer, sus preferencias. No una entrevista como sería la psicológica, sino para conocer un poco de la persona y de sus actividades. Se trata que el paciente realice actividades que él prefiera, se le comenta los grupos que acá ya están armados, y si le interesa participa. Pero yo no puedo obligar a alguien a que entre al taller literario si en su vida le gustó escribir o no tiene idea o no le gusta...”

Se llevan a cabo los grupos terapéuticos como una actividad fija, programada con un encuadre y conformada por un equipo técnico. En estos espacios se tratan problemáticas individuales en un contexto grupal:

“...Lo que se hace ahora, estos grupos terapéuticos donde cada uno presenta su problemática individual en un grupo.

Pero a su vez, en aquellos casos que se presenta un contenido y una angustia muy importante ese psicólogo que está en ese momento en el grupo, puede golpear la puerta de residentes y solicitar una consulta o bien ya tenerla programada entrevistando a la psicóloga de ese grupo al paciente semanalmente...”

En el grupo de pacientes crónicos se realizan varios talleres, generalmente van surgiendo en relación a las necesidades y propuestas de los pacientes. Los objetivos de las actividades son varias: terapéutico, recreativo y de reinserción social.

“...Esto tiene un objetivo, no solamente el terapéutico como actividad, sino que a la persona que se le enseñó los distintos pasos lo puede implementar como una salida laboral o nosotros cuando organizamos la venta, se recupera el costo...”

“...Lo que hacemos acá es lo recreativo y lo socializante. En la primavera, verano, hacemos salidas al cine, picnic, playa. Tratamos de integrarlos en las salidas con otros chicos como un intento de eliminar el miedo al loco institucionalizado que no es fácil. Salidas y resocialización se hace desde acá...”

“...Pero a su vez, no hay paredones, no hay muros, ni siquiera vegetación que tapen la intimidad del hospital. En lo posible que tengan un contacto diario con la realidad. En la lectura del diario, también que sea de la realidad...”

Se mencionaron durante la entrevista las siguientes actividades:

- Taller de tejido. Se realizan tejidos con el objetivo social de venderlos, donarlos o bien regalarlos.

“...El taller de tejido se hizo para los pacientes de acá que querían tejer. Los tejidos que se hacen tienen un fin, que no es que queden guardadas, sino que le damos un sentido. El objetivo sería para algo, por ejemplo para donar para algún comedor o para chicos. Hay pacientes que ingresan y si tienen hijos realizan cosas para ellos. Se les permite en una primera instancia, realizar algo y que lo regalen, después lo tratamos de cortar porque sino siempre van a tener a alguien para regalar...”

- Dibujo o expresión gráfica. Son actividades libres en las que todos los pacientes pueden participar.

“...Hacemos actividades libres como dibujo o expresión. Si quieren hacer un dibujo individual lo hacen, pero después tratamos de que hagan por ejemplo un collage entre todos, colgarlo acá o hacer exposiciones de dibujos porque a ellos le gustan muchísimo...”

- Taller de producción de sobres de papel. Con esta tarea se comienza a trabajar sobre temáticas laborales. Se intenta que funcione como un medio de inserción en el circuito económico ya que la producción se vende en la comunidad. Además, implica que el paciente se comprometa con la actividad y con el grupo, que sea responsable de los horarios y que trabaje con una metodología que es enseñada por otro paciente.

“...taller de producciones de sobres de papel, lo hacemos con el fin de venta al exterior, que afuera nos conozcan y nos compren. Sería remunerativo, poco. No es que tengamos una empresa. Pero esos pacientes, ingresan cuando empezamos a trabajar lo laboral o cerca de un alta o un hospital intermedio de día; que pueden tener responsabilidad o algo similar...”

“...Los evaluamos, si están interesados los ingresamos al taller, no son muchos. Porque tratamos de exigirles que cumplan un horario, que sean responsables, que no se puedan levantar e ir a fumar cuando quieran. No es un taller abierto como otros...”

“...Entran al taller de sobres, fue evaluado y tienen que respetar al paciente que está a cargo y nosotros le decimos si tiene que enseñarles la actividad, si no la saben. También tienen que respetar los horarios que él les diga. Ese sería taller de producción...”

- Taller de carpintería. Surgió a partir de las habilidades de uno de los pacientes y la necesidad de la institución de restaurar unas sillas.

“...También hay un taller de carpintería, van varones más que nada. Nos pidieron si se podía restaurar las sillas del hospital, en vez de mandarlas a hacer afuera. Entonces la gente de mantenimiento restauró las que no estaban bien. Y con un paciente que está a cargo empezaron a pintarlas, decidieron entre ellos los colores de las sillas y de las mesas, fue idea de ellos...”

- Taller de radio y de teatro. A partir de estas actividades se han organizado obras y viajes para exponerlas en coordinación con otras instituciones.

- Educación física. A cargo de una profesora quien coordina gimnasia, caminatas, salidas. Además, participa como auxiliar en actividades manuales como por ejemplo en la fabricación de souvenirs para cumpleaños y carta pesta.

- Taller de cartapesta. Esta actividad implementada recientemente, surgió a partir de una donación de círculos de telgopor. Se utilizan como estructura para espejos y relojes utilizando la técnica plástica de cartapesta para darle solidez.

- Manualidades navideñas. Se realizan tarjetas y adornos navideños para las fechas festivas. Se intenta la venta por el barrio o para empleados del hospital. También se regalan a empresas que han colaborado durante el año.

- Estimulación cognitiva. Por medio de juegos de palabras, "tutifruti", "tapadita" o bingo, se estimula funciones cognitivas como la atención y la memoria.

- Reuniones de la Comunidad. Históricamente se llevaban a cabo los días lunes, miércoles y viernes, y participaban todos los integrantes de la institución: pacientes, profesionales, personal de limpieza y vigilancia. Luego esto se fue modificando, según la terapeuta ocupacional, en relación a la dirección de turno, hasta que en la actualidad se realiza sólo los días lunes. En ella participan los residentes de psicología, las terapeutas ocupacionales y trabajadoras sociales, enfermeros y pacientes. Los entrevistados mencionaron:

"...Solamente los lunes hacemos las reuniones de comunidad. Tomamos como metodología que todo lo que se diga en las

reuniones de comunidad sea elevado a la administradora. En la mayoría de los casos, en las reuniones se plantean quejas de roturas o quejas sobre la falta de vidrios en determinados lugares como la habitación o el comedor y tienen frío; o que se rompieron las canillas del baño. Cuestiones físicas que tienen que ver con que en lo administrativo lo cubran...”

Actualmente está en vías de implementarse el alquiler de departamentos para pacientes que estén en condiciones de vivir de manera autónoma. Para ello es necesario la acción conjunta de tres instancias: el programa de realización asistida (PREA) en coordinación con el Plan Vuelta a Casa y una asociación civil.

El PREA es un programa escrito por profesionales del Hospital Estévez, en el que se les enseña a los pacientes hábitos cotidianos para la convivencia como la limpieza, preparación de las comidas, organización de tareas, etc. Por otro lado, el Plan Vuelta a Casa consiste en que el gobierno brinda a los pacientes un monto de dinero (\$280) para que puedan alquilarse un departamento. Así surgió la idea de la asociación civil conformada por algunos de los profesionales de la institución, con la finalidad de ser garantes de dicho alquiler, las terapistas ocupacionales explicaron:

“...Entonces, apareció esta idea desde la asociación civil, nosotros responderíamos como garante de ese alquiler. Esto está en vías de implementarse, es un proyecto que está por salir con el alquiler de una vivienda que está a dos cuadras por eso nos gustaba (...). Son los pacientes que están en hospital intermedio y los que están internados y sabemos de otros que están viviendo afuera que solamente vienen a control, una vez por semana y que las condiciones en las que están viviendo no son las adecuadas y los podemos incluir siempre y cuando esté este Plan Vuelta a Casa que implementó el Ministerio (...) Es una forma de independizarse, el hecho de vivir solos, no es lo mismo que los que están viviendo en las pensiones. Ellos tienen desayuno, almuerzo y merienda en el hospital, después de las cuatro de van a la pensión. Entonces hay un sistema muy proteccionista en cuanto a eso y hacen actividades hasta las 16 o 17hs, porque algunos están en el centro de ciegos.

“...El proyecto es otro, que no estén en la pensión, que no estén con alguien que le da la medicación, sino que en el momento en que se van a alquilar, la responsabilidad de pagar

la luz, de no hacer gastos excesivos, del horario de ingesta de la medicación, las compras, lavarse la ropa etc. Todo lo que tenga que ver con una convivencia. Nosotros iríamos en forma esporádica, pero que se produzca la autonomía...”

Este tipo de programas del Ministerio se otorgan con mayor frecuencia, ya que el monto asignado al plan es menor que el presupuesto disponible por el gobierno para la internación de pacientes.

“...Por eso la necesidad de la implementación del Vuelta a Casa, si uno logra subsidiar a alguien por \$280 y que se vaya a dormir y a vivir a otro lugar estás desocupando una cama, primero. Segundo cada paciente le cuesta \$2500 aproximadamente al Ministerio, le sale más caro tener un paciente internado que no dar estos subsidios. Por eso están dando muchísimo estos planes Vuelta a Casa...”

En el espacio donde se desarrollan las actividades de grupo de pacientes crónicos funciona también el dispositivo de Hospital Intermedio, conformado por el mismo equipo. La única diferencia es que los pacientes no duermen en el hospital. Ellos realizan las tareas en un horario estipulado para posteriormente retirarse a su hogar ya sea con sus familiares o en una pensión. Esta modalidad se implementa para aquellas personas con alta que requieren aún tipo de actividades fijas y cotidianas. Si bien ya no tienen criterio de internación, tampoco están en condiciones de manejarse con autonomía acudiendo solamente a los consultorios externos. Los profesionales explicaron al respecto:

“...El hospital intermedio, es cuando están de 8 a 13 o de 8 a 16hs, que se van a pensiones a vivir, sin llegar a la instancia del hospital de día. Funciona acá mismo, están en los grupos de internados pero están en esos horarios según la necesidad...”

“...Los pacientes de hospital intermedio van a los mismos grupo de internados, porque los médicos no tienen tiempo de hacerle el control por consultorio externo, entonces los mismos grupos, yo tengo dos los martes y miércoles. Hay pacientes que están internados, pacientes que están en intermedio y que nos cuentan que hacen cuando están acá y que hacen cuando están en la pensión...”

“...Es ideal para cuando se les da el alta pero todavía es necesario que concurren al hospital y no estar afuera solamente con consultorio externo...”

El hospital intermedio se diferencia claramente del hospital de día, tanto por la modalidad de trabajo como por la ubicación física. Sin embargo, a veces colaboran en actividades y proyectos:

“...Nosotros no trabajamos conjuntamente con hospital de día. Ellos trabajan por su cuenta, en internados cuando hemos coincidido, que hay un paciente y María tiene el hospital de día y se evalúa que tiene que ir sí. De hecho hubo proyectos en conjunto, que se coincide bien...”

El hospital de día funciona en el mismo predio que la institución, pero diferenciado claramente por el espacio físico, ya que por ejemplo tiene entrada propia. Los criterios de admisión se relacionan con el nivel de autonomía e independencia del paciente y en cuanto a las patologías generalmente se admite pacientes con psicosis.

“...El criterio es que se manejen de forma independiente, es decir, que vayan, vengan, que tengan un lugar donde dormir. Ellos terminan de almorzar y se van. Ese es el criterio...”
“...Nosotros no recibimos demencias, un criterio lógico dentro de las patologías. Sí recibimos, generalmente más pacientes psicóticos y que estén viviendo en un lugar afuera...”

En el hospital de día, los pacientes que ingresan provienen derivados tanto de internación como de consultorios externos. En principio se efectúa una entrevista de admisión, donde se evalúa si el paciente ha remitido los síntomas de la fase aguda de su patología y si reúne las condiciones mínimas para adaptarse al sistema normativo que caracteriza al servicio. Por consiguiente los pacientes admitidos presentan una problemática que les permite permanecer el resto del día con sus familiares o con quien convivan.

“...Muchos son derivados de internación y otros de consultorio externo, que se los deriva para evitar la internación. Está

abierto a todas las posibilidades, entre nosotros tenemos contacto así que vamos viendo. Si este paciente sí, este no...”

Este dispositivo se organiza en torno a la actividad, ya que se le atribuye a la participación de la misma un alto valor terapéutico. Estas tienen un objetivo que va más allá del ejercicio mismo e implica la reinserción en la comunidad. Según las terapistas ocupacionales:

“... Las actividades son muy variadas. Primero porque depende de los pacientes que estén. En general son actividades que se dan fuera del servicio, es decir en la comunidad. Desde mi concepción no apoyo a que el paciente se pase toda la mañana acá, y vea como transita la vida afuera, porque no existe. Sí que venga, que este sea su lugar de referencia y que se empiecen a trabajar estas cuestiones de la inserción...”

“... Si de hecho está afuera del hospital. Nosotros lo que no queremos es que estén acá todo el tiempo. Que logremos que se vayan incorporando. Los objetivos son independencia, autonomía, inserción fundamentalmente...”

Se promueve la autonomía del paciente, por medio del ejercicio de actividades que resultan de su interés y la organización de las mismas.

“... Te lo muestra esto de que ellos estén insertos en absolutamente todo. Por ahí viene uno y te dice, hay una conferencia de tal cosa, y se organizan y van.

“... Hay una obra de teatro en el teatro municipal, yo llamo, pregunto, pueden ir, cuantas entradas nos dan. Ellos se organizan y van. Uno le da algunas posibilidades como conseguir las entradas para que no las paguen, pero el resto lo organizan ellos, son responsables ellos.

“... Lo fijo es la medicación, el grupo y la comida. El grupo es lo mínimo una vez a la semana una hora. Todo el resto es lo que te digo...”

Entre las actividades la terapeuta ocupacional mencionó:

- Educación. Las primeras actividades que realizaron fueron en relación a la formación educativa. Algunos pacientes se incluyeron en escuelas nocturnas y pudieron terminar el primario. Además de realizaron otros cursos de interés en la comunidad.

- Puesto en la feria de artesanos. Esta actividad de reinserción laboral se lleva a cabo desde hace quince años, durante todos los veranos, en los horarios de funcionamiento de la feria. En él se venden objetos de madera fabricados por los propios pacientes, recientemente se incluyeron almanaques y la revista literaria. Los asistentes van cambiando cada año, pero el proyecto continúa hasta la actualidad.

“...Por supuesto que en el horario en el que funcionaba la feria, fue un revólucion, ¿cómo van a ir los pacientes a las ocho de la noche hasta la una de la mañana? Fue muy complicado el primer año, el segundo año. Mucha resistencia, no tanto de la parte directiva, que lo apoyaba totalmente, sino desde el equipo, principalmente de las enfermeras, por esta cuestión proteccionista. El comentario era: “los mandan a morir”, “se van a morir”. Les costó, pero año a año se fueron incorporando tan bien...”

“...Ellos lo manejan en forma totalmente independiente, no nos metemos para nada. Ante cualquier duda o cosa que pasa nos llaman enseguida al hospital. Ellos llegan, buscan sus cosas, organizan, van y vienen, se fijan cómo comen, dónde van al baño y a qué hora cierran. Totalmente independiente. No abandonados, porque nosotros sabemos que pasó la noche anterior, pero sin nuestra presencia...”

- Revista literaria llamada “Otras Puertas”. Se realiza una vez al año, el contenido es de elaboración de los pacientes, quienes son los encargados y responsables del proceso creativo, de selección del material, y de la venta de publicidad y del producto. Esta revista tiene reconocimiento local y es considerada como un valioso recurso de inserción comunitario. En palabras de la terapeuta ocupacional:

“...El objetivo es que sea con material de gente de acá, del hospital o de consultorio externo. Es una revista que está hecha en una imprenta, ellos salen y venden la publicidad, con parte de la publicidad se paga la revista y con la venta se termina de pagar el resto de la revista, se junta para la próxima y todo lo que queda es para ellos. Bueno sobre eso tienen un ingreso.

“...La revista está bastante instalada en la ciudad, es una revista conocida y dentro de los turistas también, porque año a año vienen, van a la feria, a varios los conocen, la revista se llama “Otras Puertas”. (...) Eso fue una de las cosas más movilizadotas en la comunidad, por supuesto que es muy difícil

sostenerla, armarla, se arma acá con ellos. Se lee el material, ellos deciden que va, que no va, esto sí, esto no, esto es un porquería... con ese concepto no es que todo lo que viene se pone. Por ahí dicen "esto cuando lo escribió estaba re loco", con lo cual es así, también es importante estas cuestiones..."

- Orientación a pacientes de acuerdo a sus habilidades previas detectadas e intereses vinculados con su reinserción laboral. Se desarrollan las siguientes tareas:

a) Arreglos de zapatos. A partir de investigar sobre el oficio que un paciente desempeñaba precedentemente a la descompensación, se diseñó la propuesta de implementar tareas de zapatería. El objetivo es que esta actividad se constituya como una salida laboral y como una futura formación de otros pacientes.

"...En este momento, hay un paciente que cuando se incorpora al Hospital de Día, yo empiezo a averiguar un poco su historia laboral y él me dice que su oficio es de zapatero, y recuerdo que acá había abandonada una máquina para arreglo de zapatos. La encontramos, llamamos a alguien que se dedica a arreglarla y se comprometió con el proyecto. Este paciente va a empezar por arreglar parte de zapatos de acá, porque acá se rompen y los tiran, porque no hay plata para arreglarlo. Y de a poquito va a empezar a tratar de que los empleados de acá le traigan para arreglar y así eso será un ingreso para él. Hasta ver cómo lo armamos y si se puede armar en otro sector, como un taller que atienda a la comunidad, no sé, estamos viendo. A mí me interesaría que otro de los compañeros aprendiera el oficio y que entre los dos lo pudieran hacer."

b) Desarrollo del oficio del paciente, como por ejemplo, vidrierista:

"...Después hay otro paciente, que el año pasado hizo un curso de vidrierista en Buenos Aires. Ahora está trabajando un poco en eso, y está por ingresar en una escuela en portería, porque tiene secundario y bastantes posibilidades. Cómo hay un convenio entre Salud y Educación, está esperando reincorporarse..."

- Otros proyectos de inserción como la fabricación de percheros para la venta en época del día del niño y trabajo de mensajería.



“...En realidad son proyectos para inserción, ahora están haciendo esos percheros de madera para chicos, un poco la idea es tenerlo para la época del día del niño y que puedan salir y vender. Cuando hacen esto siempre es una parte para ellos y otra parte del recupero del material...”

“...Lo que más alentamos es que puedan insertarse. Varios hacen mandados, lo pasan a buscar, lo llaman, se manejan fantástico. Lo mandan con el dinero, van y vuelven hasta con la monedita de cinco centavos...”

- Convenio con el Centro de ciegos. Tanto los pacientes del hospital de día como los del hospital intermedio pueden asistir a este centro. Reciben un sueldo bimestral y realizan actividades laborales y de acompañamiento.

“...hace tres años tenemos hecho un convenio con el centro de ciegos, algunos están yendo al taller del centro y ha sido fantástico la integración entre los no videntes y los pacientes psiquiátricos. Allí ellos cobran todos los meses. Primero empezamos a probar con dos o tres y ahora son unos cuantos. Sobre todo aquellos que ya vemos que su deterioro no les va a permitir muchas otras alternativas. Esta es una alternativa bárbara, porque hay un régimen horario porque hay una responsabilidad...”

“...cobran \$300 bimestralmente, allí hacen mimbre y junco desde hace 25 años y ahora incursionaron en la fabricación de una cinta muy dura y resistente para barcos, hacen trenzado con este material en lugar de hacerlo con junco o mimbre...”

“...Los pacientes que ingresan al centro hacen acompañamiento a los ciegos y trabajan. Tienen una asistencia igual que la de los ciegos. Si faltan porque están alterados o descompensados se extiende un certificado desde la institución que van a faltar por tantos días, tienen que tener el mismo régimen de asistencia y el mismo régimen horario de 10 a 17hs. Lo único diferente es que como están a tres cuadras, vienen acá comen y se van a la institución...”

El hospital de día trabaja en red con otras instituciones, lo cual resulta fundamental para poder insertar a los pacientes laboralmente.

“...Con educación con todo lo que tiene que ver con cursos de formación profesional. El taller de ciegos. Algunos están con los planes barrios o plan jefas y jefes. Algunos están trabajando en la granja, otros en instituciones donde los pudimos ubicar. Una mujer por ejemplo está trabajando hace seis años, en la casa donde hay chicos, en la casa de menores. Hay otra que vive en una residencia, que a su vez tienen tipos de trastornos down, chicos chiquitos y ella se ocupa de colaborar con las actividades que tienen que hacer, si lo tiene que llevar al jardín.

(...) Por supuesto que ella entra sale, el fin de semana se va a su casa. Hace años que se encuentran todos los días.
“...Hay pacientes que se llevan la medicación por dos días y otros se llevan la del mes...”

Rol del Psicólogo

La inserción del rol del psicólogo es a través de su participación y coordinación de los grupos terapéuticos tanto del Hospital Intermedio como del Hospital de Día. Se destaca la importancia del trabajo en equipo, en el que se consideran los aportes, inquietudes y propuestas de cada profesional. Además de realizar conjuntamente la evaluación de los pacientes.

“...Eso sí como funcionamos bien en grupo, un día el médico no está por algo, el grupo lo hacemos igual y si se nos plantea algún tema de medicación vemos al médico de guardia; como pertenecemos al grupo y los conocemos tanto todo, entonces podemos sugerir cosas por ejemplo que el psicólogo me diga che si hacemos tal actividad?..”

En los grupos terapéuticos del dispositivo de Hospital Intermedio el equipo está conformado por: médico psiquiatra, enfermeros, psicóloga, asistente social y terapeuta ocupacional.

“...Los equipos están armados por médico psiquiatra, enfermero, psicólogo, asistente social, y terapeuta ocupacional. Como hay una trabajadora social sola, generalmente no concurre a los grupos, pero las terapeutas informamos en un cuaderno y en las historias clínicas lo ocurrido en los mismos. El cuaderno que queda en la guardia de enfermería tiene información de cada paciente, como por ejemplo permisos. En general, quienes conformamos los grupos somos las terapeutas y residentes de psicología. Los médicos psiquiatras se dedican más que nada a la medicación...”

El hospital de día cuenta con un equipo conformado por una psicóloga, una médica psiquiatra, enfermero y terapeuta ocupacional.

“...La jefa es una psicóloga, hay una médica psiquiatra que hace el control de la medicación y el grupo con la psicóloga también los martes. Marcelo que es el enfermero y yo la terapeuta ocupacional. Grupos terapéuticos que se hacen acá, y vienen muchos que por ahí no vienen todos los días...”

Críticas y reflexiones

El Hospital Intermedio y el Hospital de día son dispositivos que posibilitan la configuración de un espacio transitorio de aprendizaje entre el paciente y el entorno, con la finalidad de alcanzar la adaptación activa al mismo. Se mencionaron las siguientes ventajas:

- Evita reinternaciones y permite un tratamiento integral del paciente, considerando su entorno:

“...Las ventajas es que van encontrando posibilidades afuera, es difícil, no es de un día para el otro, no es para todos. Tratamos de evitar las internación, lo más que se pueden y si es necesario que sean muy cortas. Ha pasado de pacientes que se han descompensado totalmente, tratamos de trabajar con el entorno, la familia. Hay familias que son más colaboradores que otros...”

- Favorece y promueve la independencia, la autonomía y la reinserción laboral:

“...La autonomía de vivir solos, que tengan las posibilidades de trabajo. Apuntamos a que la salida de este paciente tiene que ir dándose paulatinamente, porque la enfermedad no nació de la noche a la mañana, fue llevando un proceso: de internación, intermedio y de externación bajo trabajo protegido primero y competitivo, en el mejor de los casos...”

A su vez, los entrevistados reflexionaron acerca de las dificultades con las que se encuentran para realizar sus actividades, fundamentalmente mencionaron las insuficiencias de recursos humanos. Una de las razones de esta situación, es la falta de renovación de los cargos de profesionales para la planta permanente del hospital. El personal transmitió lo siguiente:

“...Además de los medios, falta de recursos... ninguna otra dificultad. La comunidad está gracias a todo, bastante abierta, conseguimos lo que solicitamos, por ejemplo todos los cursos de formación profesional, tenemos contacto directo. Es fundamental trabajar en red porque si no, no tenés acceso a nada...”

“...Cuando alguien renuncia, se traslada o se jubila no se renueva el cargo. Las que estamos en emergencia somos nosotras y lamentablemente los residentes, cubren esa carencia. Ante tal punto que antes había dos residentes de psicología y de psiquiatría que ingresaban por año y actualmente es uno por año...”

“...A medida que fueron renunciando o perdiéndose cargos, los psicólogos de planta fueron cada vez menos y la problemática individual se los veía en un ámbito grupal...”

Además, esta carencia de recursos humanos dificulta la continuidad de los proyectos que se emprenden, por ejemplo, desde la residencia de psicología:

“...Tuvimos muy poca suerte en que el que empezara y terminara con ciertos proyectos, que permanezca desde el inicio hasta el final. Porque a veces la institución con los residentes de psicología cubren la demanda de los psicólogos que no tienen de planta...”

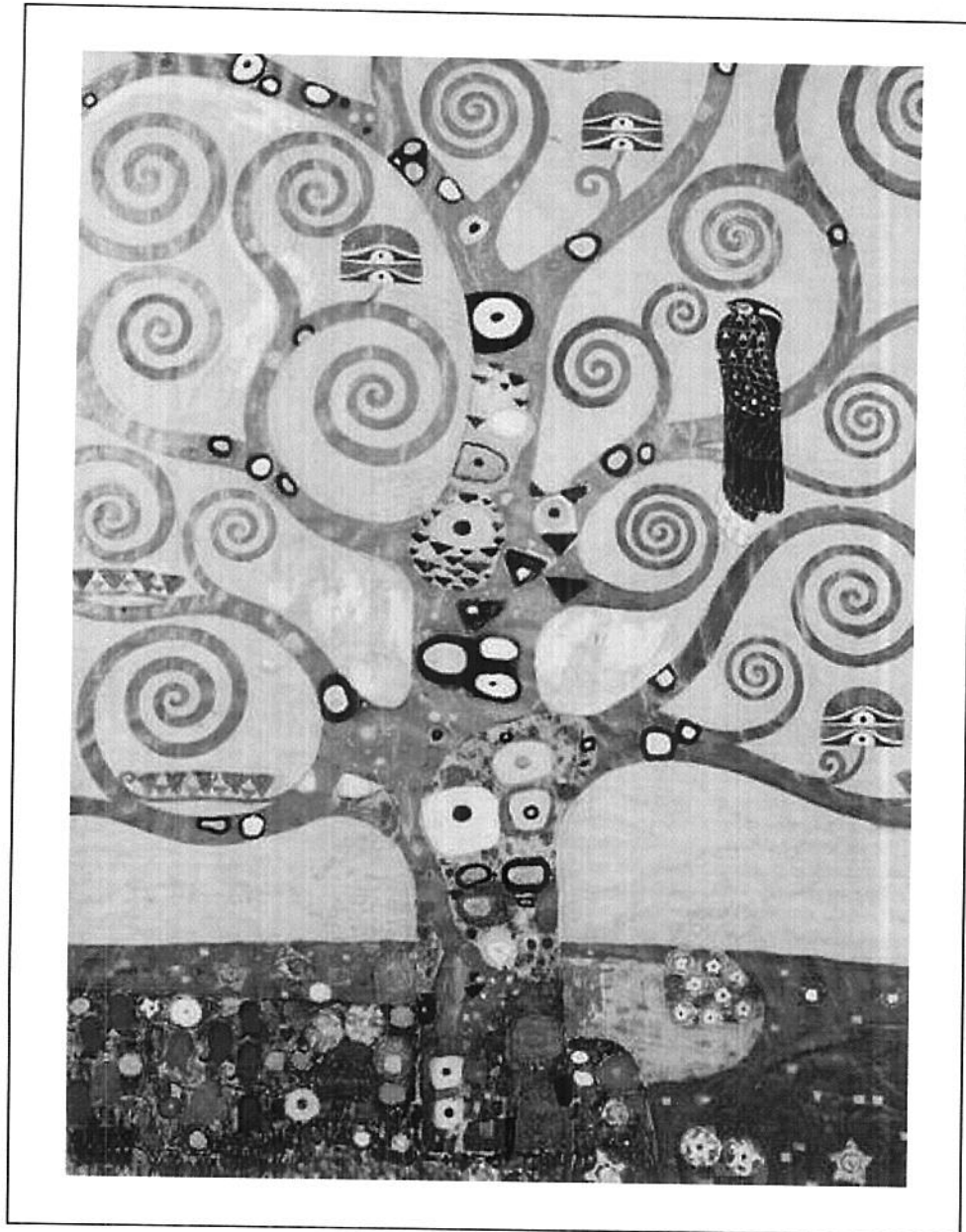
Por último, las terapistas mencionaron la importancia de incluir al psicólogo en los grupos de terapia ocupacional, ya que en ocasiones surgen cuestiones desde los pacientes que merecen una intervención psicológica y que superan su incumbencia profesional. Sin embargo, por razones de tiempo y excesivo trabajo de los residentes de psicología, esto no se puede implementar. Según los entrevistados:

“...No se ha logrado que se trabaje todavía en conjunto en el grupo de terapia ocupacional. Se ha intentado, pero por una cuestión de los residentes de tiempos, porque están a full, sino nosotros y en su momento se ha hecho algunas actividades compartidas con psicología. Porque hay grupos que hacemos en el que surgen cosas y que por ahí si el psicólogo hace una intervención a tiempo sería bárbaro...”

“...Le ha pasado que vienen y en la actividad que estamos haciendo se sientan a conversar y surgen cosas en otro ámbito que no es la entrevista, por ejemplo estás haciendo lectura de diario y salió no sé, hubo un accidente y recordó que tuvo un accidente. Surgen cosas personales a raíz de otra actividad, pero a los residentes no les queda tiempo entonces no pueden venir...”

Se observó que en este modelo se trabaja conjuntamente con la comunidad, ya que los pacientes se encuentran integrados en diversos grados y de acuerdo a sus posibilidades en trabajos o emprendimientos en el “afuera”. Por lo tanto, los objetivos de reinserción social y laboral son implementados en acciones concretas como lo demuestra el puesto en la feria de artesanos, la revista “Otras Puertas”, los Planes Vuelta a Casa, entre otros.

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

El objetivo general de nuestra tesis fue describir abordajes terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica que se encuentran dentro del marco de la "desmanicomialización", implementados en el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, en la provincia de Río Negro, en instituciones de salud mental de Mar del Plata (HIGA y CPS) y en el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Taraborelli" de Necochea

Para comprender y describir los desarrollos y reformas actuales fue necesario realizar un recorrido histórico que nos condujo hasta la conceptualización de la locura en el siglo XIX, y las prácticas y tratamientos estructurados en torno a dichas concepciones. Por ello, en este apartado sintetizaremos los ejes analizados a modo de conclusiones.

Las concepciones de locura, de enfermedad mental y de salud mental, tratamientos, rol del psiquiatra y posteriormente del psicólogo fueron cambiando en relación a criterios sociales, políticos y económicos de cada época.

La psiquiatría del siglo XIX impuso el estatuto de enfermo al loco, revistiéndolo de legalidad. El loco era considerado incapaz para establecer el contrato social instituido, sin capacidad para trabajar, producir, respetar normas, comprender sanciones. Las teorías psiquiátricas sobre la locura se fundamentaron en conceptos organicistas y biológicos con una causalidad física, haciendo hincapié en los aspectos deficitarios. Se mantuvo un nivel de descripción de los fenómenos mentales desplegados en el diagnóstico, la clasificación exhaustiva y renovada de las enfermedades mentales.

Los tratamientos, técnicas y procedimientos que se aplicaron en la estructura asilar fueron el aislamiento, medicamentos de orden químico o fisiológico, coerciones propias de la vida asilar (la disciplina, la obediencia a un reglamento, una alimentación determinada, horas de sueño y trabajo obligatorio), el interrogatorio privado o público, las conversaciones morales, instrumentos físicos de coerción, y por último, técnicas psicofísicas, a la vez punitivas y terapéuticas, como la ducha, el sillón rotatorio, etc.

En el modelo asilar, las tareas que desempeñaba el psiquiatra era fundamentalmente el diagnóstico y la clasificación. Éste no desarrolló un rol principalmente terapéutico, sino que su función esencial era la de ejercer el control y la custodia de los enfermos internados, los ingresos, las condiciones y reglamentos del internamiento, los egresos, etc. Además, y dentro del marco del tratamiento moral, el psiquiatra buscaba generar confianza y afecto en el alienado, con el objetivo de "cambiar el encadenamiento vicioso de sus ideas".

Por lo tanto, el paradigma de la psiquiatría clásica, que desplegó tratamientos que priorizaron la hospitalización crónica, generó varias consecuencias psicosociales para el paciente, entre ellas: aislamiento y encierro, es decir, la separación del marco social habitual, especialmente de la familia y de la vida laboral; despersonalización; pérdida de autonomía; estigma social y desculturalización. Las críticas a este modelo fueron formuladas por el movimiento antipsiquiátrico emergente en la década del '60.

El pensamiento antipsiquiátrico consideró que la enfermedad mental tiene una génesis fundamentalmente social y familiar. Abandonó la idea de la enfermedad como una realidad objetiva de comportamiento o biológica, y la pensó como una categorización negativa y estigmatizadora.

A partir de la década del '70 se constituyó un nuevo ámbito disciplinario denominado "Salud Mental". Las concepciones actuales definen a la salud mental desde modos positivos de condiciones mínimas necesarias para un bienestar físico, psíquico y social, y no desde la mera ausencia de enfermedad. La salud forma parte de un proceso continuo de salud-enfermedad. No se trata de un estado de equilibrio estático que se pretende alcanzar, por el contrario, coexisten y se interrelacionan simultáneamente aspectos sanos y enfermos en el ser humano, siempre en relación a su medio social. Las personas enfermas preservan capacidades, aptitudes para el trabajo, la creación artística, se apunta a favorecer el despliegue y fortalecimiento de lo sano presente en el enfermo. No se habla de enfermedades irrecuperables, crónicas o irremediables, ni de diagnósticos que condenan a quienes se les asignan a quedarse eternamente en la enfermedad, sujetos a la marginalidad. Por el contrario, se hace referencia a la crisis, como una alteración pasajera que puede superarse. Estas ideas están fundadas en principios sobre los derechos humanos, marcados por el respeto a la persona, a su dignidad y a su identidad.

Las políticas de salud mental generadas en los años '70 del siglo XX, pretendían operar sobre conjuntos sociales, con intervenciones tendentes a reforzar el compromiso comunitario y la solidaridad grupal. Desde esta perspectiva, los tratamientos y terapéutica desarrollados, se caracterizaban, fundamentalmente, por rechazar toda forma de segregación, aislamiento y exclusión de los enfermos mentales. Se orientaron a la integración del mismo al conjunto social, promoviendo la reinserción social y laboral y desplazando el eje de la asistencia desde el hospital psiquiátrico al trabajo con la población afectada, fomentando tratamientos en y por la comunidad. Se desplegó una red de

dispositivos alternativos a la institución asilar como por ejemplo, las comunidades terapéuticas, los tratamientos grupales, los centros comunitarios de Salud Mental y prácticas de prevención y promoción en la comunidad.

Los dispositivos terapéuticos actuales descritos en esta investigación se basan en las premisas del modelo antipsiquiátrico. Hemos podido constatar en las instituciones visitadas la presencia de los siguientes servicios y modos de abordaje: asambleas hospitalarias, grupos terapéuticos, consultorios externos, guardia, internación hospitalaria breve, interacción domiciliaria, talleres labor terapéuticos y emprendimientos sociales, casa de medio camino, talleres, trabajo conjunto con la familia del paciente.

Si bien en el paradigma de la psiquiatría clásica la figura predominante era la del médico psiquiatra, a partir del movimiento antipsiquiátrico y con el surgimiento del campo de Salud Mental, se consolidaron entre otras profesiones, la del psicólogo. En el ejercicio de su rol, forma actualmente parte de un equipo de profesionales de distintas disciplinas integrado por sociólogos, trabajadores sociales, antropólogos, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, médicos, enfermeros.

La emergencia del orden psiquiátrico en Argentina, se afirmó en la segunda mitad del siglo XIX. Las concepciones sobre la locura estaban relacionadas con los preceptos físicos morales, y se instaló una "verdad científica" sobre la locura-peligrosidad sostenida en una percepción socio-moral que se extendió a toda la sociedad. También se trasladaron los avances de la anatomía, al estudio de la fisiología patológica de la locura y hubo hipótesis etiológicas de la degeneración que proponían que ésta era consecuencia de la inmigración y de la no segregación de los incapacitados.

En relación a los tratamientos aplicados, en aquel período se construyeron hospitales y patronatos con el objetivo de internar al loco. El aislamiento y reclusión fueron los pilares del tratamiento en el espacio manicomial. En nuestro país se adoptó el tratamiento moral como medio de cura, destacando la virtud terapéutica del trabajo sistematizado.

A fines de la década del '50 y principios de los '60 del siglo XX, se comenzó a considerar al enfermo mental recuperable como individuo y como ente social, incluyendo no solo las causas médicas y biológicas de la enfermedad, sino las causas sociales.

Surgieron nuevos cambios en el plano político-económico. Las políticas de salud pública tendieron a la descentralización, desburocratización y formación, intentando revertir el deterioro de la situación hospitalaria. Así, se conformó un contexto favorable para la aparición de actores como agentes de reforma y modernización en el campo de la salud mental.

La concepción de la salud mental se amplió al incluir la prevención de las enfermedades psiquiátricas y la promoción de la salud, además de continuar con la recuperación y rehabilitación social de los pacientes.

En el campo del psicoanálisis se desarrolló una tradición grupalista que consideró a la salud - enfermedad en conexión con la psicología de los grupos y los procesos sociales. El paciente no podía ser pensado en forma aislada de su entorno, sino que su enfermedad era entendida como un emergente de una conflictiva familiar, relacionada con un problema de adjudicación, depositación y asunción de roles.

Los tratamientos desarrollados a partir de dicha concepción fueron los siguientes: psicoterapia, tratamientos grupales, prevención y promoción

comunitaria, psiquiatría comunitaria, laborterapia, comunidades terapéuticas, centros comunitarios de Salud Mental, utilización de psicofármacos, terapéutica recreativa y social.

En nuestro país el rol del psicólogo siguió los lineamientos de las experiencias europeas, en el sentido de formar parte de los profesionales del campo de la Salud Mental. Sin embargo, se diferenciaron por asumir el papel de agentes de cambio vinculando su práctica con la realidad político social del momento. Su acción profesional se caracterizó por una capacidad crítica, vocación pública por el trabajo institucional y compromiso político.

A modo exploratorio y para efectuar un relevamiento de los dispositivos terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica, nos contactamos con el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis y realizamos la Rotación Interdisciplinaria en Salud Mental con Orientación en Procesos de Transformación Institucional. También emprendimos un viaje a la provincia de Río Negro, conociendo y recolectando información del Hospital de Área El Bolsón, el Hospital de Área de Viedma y la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la provincia. Por último, entrevistamos a profesionales del hospital de día del H.I.G.A. y del CPS en la ciudad de Mar del Plata y del Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Taraborelli" en Necochea.

Los dispositivos descriptos y analizados para el abordaje de pacientes con patologías crónicas, presentan diversos aspectos en común con respecto a sus beneficios y ventajas. En primer lugar, se destaca que la implementación de estos tratamientos se orienta hacia internaciones breves y a evitar las reinternaciones de pacientes dados de alta. Por lo tanto, tienden a disminuir las consecuencias psicosociales de la institucionalización, tales como el

aislamiento y encierro, pérdida del marco social habitual (especialmente de la familia y de la vida laboral), pérdida de la intimidad y autonomía, pérdida del control de sus actividades cotidianas y de sus decisiones habituales, sometimiento a una dependencia forzosa, desarrollo de una actitud y comportamiento pasivo y despersonalización. En segundo lugar, el objetivo fundamental de estas prácticas es la integración comunitaria, laboral y familiar del paciente, lo cual es desarrollado en diversos niveles y formas según cada institución. Por ejemplo, en el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, se trabaja conjuntamente con la familia del paciente, manteniendo contacto diario y fortaleciendo los vínculos para lograr mayor aceptación de las dificultades que conlleva la patología. En la provincia de Río Negro, se intenta la reinserción del sufriente en su medio, que implica que vuelva a estar plenamente ubicado dentro de su entorno social, que sea visualizado como un sujeto que puede ejercer una vida plena, que pueda desarrollar sus capacidades, como vivir con su familia, mantener un hogar, desempeñar un trabajo, ser sujeto de crédito, etc. En Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende (HIGA), en el hospital de día, se le brinda al paciente un dispositivo intermedio que lo entrena para adquirir cierta autonomía e independencia para enfrentar el mundo exterior. En el Centro de Promoción Social (CPS), se trabaja para la rehabilitación de la persona con padecimiento psíquico, para que pueda socializarse, vivir con otros en el afuera, aunque sea con ciertas limitaciones, que logre cuidarse a sí misma, que trabaje (en un primer momento en un taller protegido y luego de manera competitiva) y que adquiera ciertos hábitos que le posibiliten desenvolverse en su medio. Finalmente, en el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Taraborelli" de Necochea, en el

dispositivo de hospital intermedio y hospital de día, se trabaja para promover la independencia, la autonomía y la reinserción social y laboral de los pacientes.

Otra de las características de este tipo de abordajes es el trabajo interdisciplinario, ya que existe consenso en que la salud mental requiere de la concurrencia de distintas especialidades y campos teóricos. La importancia del trabajo en grupo y el contacto permanente entre los profesionales, facilita una visión integral del paciente y una perspectiva más amplia de su problemática.

Respecto a las críticas, dificultades y desventajas de los abordajes alternativos a la hospitalización crónica como eje común, se presentaron obstáculos relacionados con el presupuesto. En primer lugar, en San Luis se centró la crítica en la distribución del presupuesto, más allá de la partida de dinero asignada desde el gobierno. Al momento de la rotación, el hospital carecía de recursos materiales básicos como una ambulancia, crédito para los llamados telefónicos, falta de medicación, caldera rota, etc. Además, algunos enfermeros, la ayudante de biblioteca, cocinera y personal de limpieza son contratados por medio de planes sociales provinciales y nacionales, siendo los sueldos y beneficios limitados en relación a los empleados del hospital.

En segundo lugar, en Río Negro se denunció la deficiente priorización, administración y organización del recurso. Resulta insuficiente el presupuesto oficial para salud y otras áreas involucradas en la misma temática, generando que en ocasiones se reemplace éste con aportes personales, de la comunidad y el trabajo voluntario. Finalmente, el proceso de reconversión supone ajustes, gastos, ya que requiere de una importante inversión para la promoción de la asistencia comunitaria y el ejercicio de los derechos sociales de los usuarios, casi igual en un principio, al circuito de dependencia manicomial. En este

sentido puede ocurrir que la nueva política de salud mental rionegrina, pueda terminar siendo un obstáculo central a la radicalización de las reformas.

En el HIGA la falta de presupuesto se refleja en la actual estructura edilicia del hospital de día. Éste se encuentra dentro del servicio de SM, cuando por el contrario, resulta fundamental su independencia. La capacidad física presenta fallas estructurales y un espacio reducido para las actividades. Además, se obstaculiza el trabajo diario por la circulación de personas, pacientes, policías, etc. Por último, los problemas de recurso se observan en la insuficiencia de materiales, ya que si bien el hospital provee materiales de librería, otras necesidades son obtenidas por medio de donaciones.

En el CPS la falta de recurso no es mencionada directamente, pero se observa a través de las gestiones que el centro debe realizar para solventar las necesidades de los pacientes. Por ejemplo, se tramita el certificado de incapacidad a los beneficiarios para que reciban una obra social y puedan tener acceso a la jubilación. Además, se está por habilitar un hogar para pacientes sin casa o familiares; se reciben donaciones, entre otras. De esta manera, el aporte del gobierno para aquellos pacientes en condiciones de ser externalizados y vivir en pequeños grupos, resulta a insuficiente.

Por último, en el Neuropsiquiátrico de Necochea, las insuficiencias presupuestarias se observan en relación a la ausencia de renovación de los cargos de profesionales para la planta permanente del hospital. Esto tiene como consecuencias la falta de recursos humanos, en especial en psicología, y la saturación de la tarea para la residencia de la misma área.

La relación entre estas instituciones analizadas y el Poder Judicial, muchas veces obstaculiza el modo de trabajo, de funcionamiento y la

concreción de los objetivos. Este conflicto fue explicitado por tres de las instituciones. En San Luis se mencionó que a pesar de la reforma al Código de Procedimiento, (en la cual la internación es de incumbencia de los profesionales y del hospital especializado y no de los jueces), en ocasiones se continúa generando situaciones problemáticas con los jueces, quienes solicitan la internación. En Río Negro, un porcentaje importante de las internaciones responde a órdenes de judiciales, y el dilema se plantea cuando los jueces ordenan como tratamiento prioritariamente la internación que asegure el control de los “casos peligrosos”, mientras que desde el servicio se proponen terapias basadas en cuidados sanitarios promocionales en la vida comunitaria. Se aceptan derivaciones basadas en criterios ajenos a los terapéuticos, con las consiguientes limitaciones en el tratamiento de estos casos. Finalmente en el HIGA, los profesionales mencionaron que muchas veces no se cumplen los criterios de admisión, ya que la derivación judicial es importante (casi del 90%). Así, las premisas del dispositivo son quebrantadas obstaculizando los objetivos del mismo.

Cuatro de las instituciones analizadas manifestaron las dificultades para trabajar en conjunto con otras entidades o con sectores del mismo hospital. En San Luis, se observó la carencia de una red institucional para el trabajo conjunto, por ejemplo con los G.I.A., ya que se mencionó la necesidad de instalar estos grupos en distintos barrios, fuera de la institución. En Río Negro, falta una regionalización de la asistencia en Centros de Salud Mental que permitan la institucionalización de los equipos como referentes comunitarios según las necesidades específicas de cada región. En el HIGA la relación de los integrantes del hospital de día con el resto de los profesionales que se

desempeñan en el servicio de SM, fue descripta como dificultosa por diferencias en los criterios terapéuticos y por falta de valoración de la labor del hospital de día. En el CPS la interacción con profesionales ajenos al centro resulta complicada, por divergencias en los criterios para el tratamiento, específicamente en la temática de la duración de internación. Además, existen dificultades en la comunicación e interacción para realizar un seguimiento del paciente descompensado (que fue internado en otra institución) y para poder reincorporarlo al centro posteriormente.

Resulta interesante destacar algunas comparaciones entre los diversos modelos y abordajes terapéuticos. Principalmente con respecto a la legitimidad de las experiencias y sus consecuencias en lo social. La Transformación Institucional de San Luis fue legalizada con la Reforma del Código de Procedimiento en lo Civil, Comercial y Penal de la provincia y la Desmanicomialización en Río Negro fue legalizada con la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de Personas que padecen Sufrimiento Mental. Se observa que en ambas experiencias no se han mencionado como dificultades la discriminación del enfermo mental. Por el contrario, en Mar del Plata (HIGA y el CPS) y en Necochea, donde no hay un marco legal con estas características innovadoras, se plantearon problemáticas en torno la estigmatización social. Se mencionó en general que la comunidad manifiesta actitud de rechazo, falta de aceptación y ocultamiento del enfermo mental, siendo en ocasiones dificultosa la interacción entre los pacientes y el entorno. Esta posible relación entre el marco legal y aceptación social, puede marcar una línea de investigación a analizar en otro trabajo, mientras que aquí la intención es simplemente explicitar tal observación.

La temática de la tesis surgió del interés por conocer e indagar las prácticas institucionales públicas y actuales en el campo de Salud Mental en nuestro país. A partir de la asistencia al Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos de las Madres de Plaza de Mayo, nos aproximamos a conceptos tales como: desmanicomialización, antipsiquiatría, abordajes terapéuticos alternativos a la hospitalización crónica.

Así, desde un primer momento, la motivación e interés para la realización de este trabajo de investigación estuvieron orientados a conocer personalmente los modos de tratamiento del paciente psiquiátrico crónico y del funcionamiento de las instituciones públicas, en lograr un contacto directo con profesionales para observar la inserción laboral del psicólogo y entrevistar a informantes claves. De esta manera, fue nuestra atención aprehender categorías de análisis de Salud Mental desde la práctica, además de las proporcionadas por la lectura teórica. Este recorrido enriquece y amplía nuestra formación como futuras psicólogas.

Para nosotras, esta tesis fue una oportunidad para reflexionar y cuestionar la función del psicólogo en el campo de la salud mental, detectando el modelo desde el cual nos identificamos para ejercer laboralmente. Indagamos los efectos nocivos de las internaciones prolongadas y criticamos el modelo asilar, manicomial. Por eso consideramos crucial avanzar en la mejoría y continuidad de los dispositivos innovadores y construir nuevas alternativas para fomentar y defender los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales, promoviendo su integración social y abandonando pensamientos reduccionistas que limitan su reinserción laboral y comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

- Agundez, S. (1993-1997) *Informe: Hospital Psiquiátrico. Desintitucionalización. Su transformación en Hospital de agudos*. Documento interno del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, 1993/1997.
- Alberdi, J.M. (2003) *Reformas y Contrarreformas, Políticas de Salud Mental en la Argentina* (1º ed.). Rosario: UNR Editora.
- Augé de Depino, M. (1993) El hostal, una alternativa de tratamiento para pacientes en crisis. En: *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. Volumen IV, Nº14, Diciembre 1993 – Enero – Febrero 1994, p.p. 267-270, Buenos Aires: Sol Pint.
- Basaglia, F. (1968) *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral Editores, 1970
- Bauleo, A. (1992) Desalambrar. Nota para un debate sobre desmanicomialización. En: *Zona Erógena*, Nº 12, 1992, p. 35.
- Bauleo, A. (1988) *Notas de Psicología y Psiquiatría social*. Buenos Aires: Atuel S.A., 1988.
- Bercherie, P. (1986) *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Ediciones Manantial SRL., 1986.
- Berra, M.C. & Orellano, C. (2004) *La practica hospitalaria. Algunas líneas para pensar la experiencia*. Texto Cátedra de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNMdP, 2004.
- Bertamino, S. (1991) Políticas de salud en Argentina: perspectiva histórica. En: *Cuadernos Médico Sociales*, Nro 55, Rosario, 1991.
- Bleger, J. (1969) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós, 1979.

- Bleger, J. (1970) *El grupo como institución y el grupo en las instituciones. En: La Institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos.* Buenos Aires: Paidós, 1999.
- Castel, R. (1980) *El orden psiquiátrico.* Madrid: Ediciones de la Piqueta, 1980.
- Castel, R. (1980) *El psicoanalismo, el orden analítico y el poder.* México: Siglo XXI, 1980.
- Castel, R. (1981) *Génesis y ambigüedades de la noción del Sector en psiquiatría.* Madrid: Ediciones de la Piqueta, 1981.
- Castel, R. (1981) *La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al post-análisis.* Barcelona: Anagrama, 1981.
- Cohen H. & Natella G. (1995) *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro.* Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Cohen, H. (1987) *Patrullas en Salud Mental.* Viedma, Río Negro.
- Cooper, D. (1971) *Psiquiatría y Antipsiquiatría.* Buenos Aires: Paidós, 1971
- Chichilnisky, S. (2005) *Aventuras pampeanas en salud mental: la dirección de la cura – y sus vueltas – en la historia de la psicología clínica, psiquiatría y psicoanálisis en la Argentina.* [en línea] [consultado: 25 de Agosto de 2007] Disponible en:
http://electroneubio.secyt.gov.ar/Salomon_Chichilnisky_Historia_Psicologia_Psiq_PARTE_1.htm
- El brote. Nosotros. [en línea][consultado: 19 de Noviembre de 2007] Disponible en: <http://www.elbrote.org.ar>
- Fernández Bruno, M. y Gabay, P. (1993). Casas de medio camino. En: *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría.* Volumen IV, Nº 14, Diciembre 1993 – Enero – Febrero 1994, p.p. 271- 275, Buenos Aires: Sol Pint.

- Fernández Bruno, M. & Gabay, P. (2003) *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves*. (1º ed.). Buenos Aires: Polemos S.A., 2003.
- Foucault, M. (1964) *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1999.
- Foucault, M. (1973) *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre la desviación y dominación*. Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1990.
- Foucault, M. (2005) *El poder psiquiátrico*. (1º ed.) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.
- Freud, S. (1916-1917) *Conferencia 27: La transferencia*, Obras Completas, Volumen XVI. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1978.
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. (3º ed.). Buenos Aires: Paidós, 1990.
- Galende, E. (1997) *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidos, 1997.
- Galende, E., Fernandez, E., Marchant, N. Berrettoni, P. A. y Pellegrini, J. L. (2006) Nueva sección. Nuevo desafío. En: *Clepios 39. Revista de residentes de Salud Mental*. Volumen XII, N1, Marzo/Mayo 2006, pp. 30-36, Buenos Aires: Polemos, 2006.
- Goffman, E. (1984) *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Grimson, R., Kesselman, H., O'Donnell, M., Ulloa, F. & otros (1973) *Psicología Argentina Hoy*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda, 1973.
- Grinberg, L., Langer, M. & Rodrigue, E. (1957) *Psicoterapia del grupo*. (3º ed) Buenos Aires: Paidos, 1971.

- Guzman, A. (1993) El hostel: ¿Una alternativa o más de lo mismo?. En: *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. Volumen IV, Nº 14, Diciembre 1993 – Enero – Febrero 1994. p.p. 276 – 279, Buenos Aires: Sol Pint.
- Lanteri-Laura, G. (1999) Una perspectiva histórica y crítica de los problemas epistemológicos en psiquiatría. En: *Textos de Psiquiatría Francesa*. Nº3. Dic. 2000. Buenos Aires.
- Laing, R. (1964) *El yo dividido*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica, 1964.
- Laing, R. & Esterson, A. (1967) *Cordura, locura y familia. Familias de esquizofrénicos*. México: Fondo de cultura económica, 1967.
- Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental. Gobierno de la Provincia de Río Negro, Septiembre, 1991.
- Martinez, H. (2007) *Cuadernillo introductorio 2007*, Texto de Cátedra de Modelos en Psicopatología, Facultad de Psicología, UNMdP, 2007.
- Ministerio de Salud Provincia de Río Negro. Departamento de Salud Mental (2004) *Actividades del equipo de Salud Mental: Informe diario y resumen mensual de actividades y consultas en Salud Mental. Definiciones y registros*. Viedma, Río Negro, Marzo de 2004.
- Murekian, N.G., Valencia, J.F., Cid, A. & Courtis, C. (2002) Las representaciones sociales de la salud mental en un contexto de reforma psiquiátrica. Jueces y políticos de la ciudad de Viedma y Buenos Aires frente a la desmanicomialización. En: *Cadernos Saúde Coletiva*. Río de Janeiro, 10 (2): p.p. 125 -156, 2002.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) - Organización Panamericana de la Salud (OPS), (1990). *Declaración de Caracas. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)*. 14 de Noviembre de 1990.
- Ota de Leonardis, Rotelli, F. & Mauri, D. (1995) *La empresa social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Pavlovsky, E. (1988) *Psicodrama analítico. Su historia. Reflexiones sobre los movimientos francés y argentino*. En: *Lo Grupal* 6. Buenos Aires: Búsqueda, 1988.
- Pellegrini, J. L. (2005) *Cuando el manicomio ya no está....*, San Luis: Fundación Jerónima, 2005.
- Pellegrini, J. L. (1998) *Reinserción social de pacientes de larga estadía: la experiencia de San Luis de 1993 a 1997*. En: *Revista del Hospital Psiquiátrico de San Luis*. Volumen Nº 2, 1998, p.p.1 – 5.
- Percia, M. (1989) *Introducción al pensamiento grupalista en la Argentina y algunos problemas actuales*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda de Ayllu S.R.L., 1989.
- Pichón Riviére, E. (1977) *La psiquiatría, una nueva problemática*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1977.
- Pichón Riviere, E. (1985) *El Proceso Grupal*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1985.
- Pichón Riviere, E. (1985) *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1985.
- Reca, T. (1951) *Psicoterapia en la infancia*. (2º ed.) Buenos Aires: Paidós, 1963

- Rozen, J. P. (2006) Rotación en A.P.S. en el Hospital de Área de El Bolsón. En: *Clepios 39. Revista de residentes de Salud Mental*. Volumen XII, N1, Marzo/Mayo 2006, pp.23-25, Buenos Aires: Polemos, 2006.
- Schiappa Pietra, J. (1992) *Nuevos trabajos en salud mental*. Río Negro: Fundación Valle Nuevo.
- Stagnaro, J. C. (2006) Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos. Del asilo a la comunidad. En: *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. Volumen XVII, N° 65, Enero - Febrero 2006, p. p. 30 -34, Buenos Aires: Sol Pint.
- Ulloa, F. (1986) *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1986.
- Vainer, A. (2006) Memorias para el futuro 27: desmanicomialización, modelo para armar. En: *Clepios 39. Revista de residentes de Salud Mental*. Volumen XII, N1, Marzo/Mayo 2006, pp.12-16, Buenos Aires: Polemos, 2006.
- Vezzetti, H (1985) *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós, 1985.
- Zelarayán, J. J. (2005) Informe de Pasantía-Rotación por el Hospital Artimides Zatti. Ministerio de la Provincia de Río Negro. Departamento de Salud Mental. Viedma, Río Negro, Septiembre de 2005.

ILUSTRACIONES DE LAS PORTADAS

Rene Magritte (1966) "Calcomanía"

David Alfaro Siqueiros (1942) "Nuestra imagen actual"

El Bosco (1460-1516) "Extracción de la piedra de la locura"

Antonio Berni (1934) "Manifestación"

Emilio Pettoruti "Rostros"

Rafa Díez (2007) "Cruce de manos"

Ricardo Carpani (1992) "Conciencia"

Puertas. Alusión a Revista "Otras Puertas" del Hospital de Día de Necochea.