

2007

La desinstitucionalización como alternativa de rehabilitación en un servicio de salud mental de un hospital público de la ciudad de Bahía Blanca : una mirada desde el trabajo social

Arzuaga, María Marcela

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/533>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

LICENCIATURA DE EXCEPCIÓN EN SERVICIO SOCIAL

TESIS FINAL

Autor: **MARÍA MARCELA ARZUAGA**

Director: **Lic. Elsa Samperio**

Co-Director: **Lic. Nora Ftulis**

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
inventario 3340	Signatura top
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Mar del Plata, 23 de noviembre de 2007

DENOMINACION DEL PROYECTO:

“LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN
COMO ALTERNATIVA DE
REHABILITACIÓN EN UN SERVICIO
DE SALUD MENTAL DE UN HOSPITAL
PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BAHÍA
BLANCA. UNA MIRADA DESDE EL
TRABAJO SOCIAL”

Este Trabajo está dedicado:

A cada uno de las personas que han padecido las lógicas manicomiales y fundamentalmente a aquellas con quienes logramos quebrarlas o al menos “astillarlas”, demostrando que hay otro “modo posible” de vivir.

AGRADECIMIENTOS

A Guillermo, mi compañero en la vida, por haber estado conmigo y especialmente por su apoyo en todo este tiempo.

A Blas y a Valentín, por regalarme su magia, su ingenuidad y su sabiduría.

A Ofelia, mi mamá, por haberme transmitido “el deseo de estudiar”.

A Nora, por su aporte desinteresado y sobre todo por ser tan solidaria con su saber.

A Elsa, por haberme facilitado el nexo con la Universidad y haberme alentado y entusiasmado par la concreción de este trabajo.

A Pelusa, a Silvia, a Laura, a Liliana, a Alejandra,... y a cada uno de mis amigos y compañeros que estuvieron e hicieron que pudiera transitar este tiempo de construcción.

INDICE

PORTADA.....	1
DENOMINACIÓN DEL PROYECTO.....	2
I.- A MODO DE INTRODUCCIÓN: “Mi ingreso al manicomio, y el desafío de encontrar otra forma de recorrer la vida”.....	7
II.- ASPECTO METODOLOGICO.....	3
III.- MARCO TEÓRICO.....	15
III.- EJE 1.- Políticas sociales.....	15
III.- EJE 2.- Análisis de las Instituciones Totales-Manicomios.....	19
III.- EJE 3.- El Trabajo Social.	22
III.- EJE 4.- La Psicosis como una cara de la estructura psíquica.....	26
III.- EJE 5.- Las Leyes Argentinas respecto al enfermo mental.....	29
IV.- MI EXPERIENCIA	34
IV.1.- El ingreso al manicomio.....	34
IV.2.- La expulsión del manicomio.....	42
IV.3.- Retorno al manicomio. Otra posición.....	43
IV.4.- Cristalización de una practica subjetivante: los talleres.....	48
IV.5.- Un hito en la institución: ¿única manera de lograr un cambio?.....	54
IV.6.- Constitución de los hogares para la externación de pacientes. Un puente hacia la comunidad.....	57
IV.7.- Un cambio en “las palabras” de sus protagonistas: los pacientes.....	61
IV.8.- Efecto 2001, cae un programa: que no “arrase” al paciente. Un desafío	64
IV.9.- Otro hito restituye un lugar. Lo político como determinante.....	68
IV.10.- El “vuelta a casa”, una inclusión merecida.....	70

V.- A MODO DE CONCLUSIÓN:.....	72
BIBLIOGRAFÍA.....	75

I.- A MODO DE INTRODUCCIÓN: “ MI INGRESO AL MANICOMIO, Y EL DESAFÍO DE ENCONTRAR OTRA FORMA DE RECORRER LA VIDA”

El presente trabajo es una sistematización de una experiencia de intervención, donde participé como Trabajadora Social, en el Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal de Agudos “Dr. J. Penna” de la ciudad de Bahía Blanca. Experiencia que, cómo marca el subtítulo, marchó desde “el arranque” en *el manicomio* hasta “otras formas” institucionales de atravesar la vida de los sujetos con padecimiento mental.

El camino de trabajo institucional y todavía el “nuevo modo” de funcionamiento tuvieron y tienen en su interior, pugnas y contradicciones que difícilmente tengan una resolución lineal, pero vale rescatar que el fundamento ético que lo sostiene ha sido y es una “*práctica subjetivante*” basada en los derechos básicos que, entiendo tiene cada sujeto, los derechos humanos. En contraposición al “arrasamiento” del sujeto inherentes a las prácticas manicomiales, las practicas subjetivantes son aquellas que crean, re-crean y propician la subjetividad de las personas, en tanto sujetos.

Parto, con la descripción y el análisis de los contenidos de mi propio proceso en el marco del proceso institucional¹, desde mi ingreso a una sala del servicio mencionado donde se cristalizaban las prácticas manicomiales como forma de tratamiento para un grupo de pacientes con padecimiento mental crónico. En el recorrido de la sistematización, por un lado decodifico el proceso del que formé

¹ Descripción y análisis son entendidas en esta sistematización en su condición de “inseparabilidad”. Por otro lado, cuando hablo de *mi propio proceso en el marco del proceso institucional*, estoy contemplado el atravesamiento mutuo.

parte mientras trabajaba en la modificación de dichas prácticas - contemplando las diferentes articulaciones disciplinarias- y me detengo en las cristalizaciones de ese trabajo en términos de *prácticas subjetivantes.*, en los primeros tiempos aún dentro del marco manicomial. Por otro lado expongo el marco teórico desde donde sostuve mis intervenciones, al mismo tiempo que lo recreo en función de las particularidades que la dialéctica teoría-práctica me lo fuera marcando. Y además en el mismo circular voy develando cuestiones metodológicas del interior de mis prácticas a lo largo del proceso. A esta altura creo necesario aclarar que no siempre estas instancias están tan independientemente identificadas, sino que más bien se trata de una construcción compleja que contiene entrelazadamente a todos estos recortes.

El Objetivo General de esta sistematización se centra en: *Caracterizar la experiencia institucional de cambio en la atención de las personas que padecen sufrimiento mental, en su pasaje de la asistencia manicomial a las estrategias de atención considerados como sujetos de derecho.*

Antes de señalar los objetivos específicos de este trabajo quiero detenerme en algunos contextos y conceptos que además del desprendimiento del objetivo general, empujan a su enunciación.

El Hospital al que me refiero en este trabajo es cabecera de la Región Sanitaria I, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Bahía Blanca es una ciudad de aproximadamente 300.000 habitantes, y es la más grande de la Región Sanitaria I de la provincia nombrada. A su vez, dicha Región Sanitaria I abarca los distritos de Tres Arroyos, Cnel. Dorrego, Cnel. Pringles, González Chaves, Pigüé, Cnel. Rosales, Villarino, Patagones, Carhué, Monte Hermoso, Guaminí, Saavedra, Cnel. Suárez, Tornquist y Bahía Blanca.

Los distintos niveles públicos de atención en Salud en la ciudad, son abarcados por políticas Municipales, en Atención Primaria y Secundaria, y Provinciales en mediana y alta complejidad.

En el área específica de Salud Mental Pública, este Hospital es el único efector de alta complejidad, con internación.

El recorrido de mi experiencia y el marco conceptual están circunscriptos al análisis de la atención en Salud Mental, tomando a los cuadros patológicos de la estructura psíquica de las personas, específicamente en la psicosis.

Para poder analizar una estructura manicomial en una sociedad y fundamentalmente para plantear nuevas estrategias de intervención, se deben tener presentes algunos de los elementos que la constituyen, desde cómo se construye la “locura”, cuáles son las lecturas posibles en estos términos, las políticas sociales donde se enmarcan, las demandas a las que responden, la estructura de poder y los discursos que la sostienen, la inserción dentro de la institución más amplia y la estructura psíquica de las personas que se asisten que, por razones que trataré de explicar, articulan con esta metodología asistencial.

Se me hace necesario tener en cuenta desde qué concepto de Salud-Enfermedad partí para llegar a lo específicamente pertinente a la salud mental.

Desde la postura que sostengo en este trabajo al hablar de salud me refiero a un proceso Salud – enfermedad – atención, teniendo en cuenta que cada sociedad crea a partir de sus condiciones históricas una serie de recursos en post a atender y cuidar la salud de sus miembros.

De manera que, para tal fin cada sociedad parte de una aceptación consensual formalizada de lo que salud implica para la población. Ese consenso suele funcionar como valor compartido y socialmente construido, que puede sufrir

modificaciones como producto de avances en el conocimiento científico o en la organización misma de la sociedad.

El concepto de enfermedad mental es de muy difícil definición puesto que su contenido es en gran medida valorativo. Por esto para hablar de Salud Mental tendría que incorporar más preguntas que afirmaciones. Lo que no podemos negar es que para lograrla es necesario contextualizarla en la época y mirarla a la luz de lo que “culturalmente sea definido, en ese tiempo como locura”.

Orientándome ahora a la idea de política de salud debo decir que es imprescindible definir lo que porta el concepto de política social en tanto intervención asistencial por parte del Estado. Según Claudia Danani las políticas sociales “son constitutivas del régimen social de acumulación (Nun, 1987; Gordon et alii 1986) y encuentran su especificidad en el hecho de orientarse de manera directa a las condiciones de vida (y de reproducción de la vida) de distintos sectores y grupos sociales operando especialmente en el momento de la distribución secundaria del ingreso”.

²Tomo este concepto como marco de la política social de salud y específicamente de Salud Mental, y puedo decir que fui convocada a trabajar en un Servicio de Salud Mental para iniciar un Trabajo de Atención en Crisis, en el año 1988, con el ATAM2, como programa de cabecera del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El nombramiento llegó en el año 1989, ya no existía el ATAM2, tampoco los que habían generado el Proyecto de Atención en Crisis, entonces ingresé como

² Claudia Danani, “Algunas apreciaciones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población-objeto” Del libro “Políticas Sociales, Crisis y Ajuste Estructural” GRASSI, Estela – HINTZE, Susana - NEUFELD, María – Editorial Espacio – Bs. As., Argentina. 1994

Trabajadora Social al Servicio de Salud Mental del Hospital General, y me “otorgaron” como lugar de Trabajo una Sala de “pacientes crónicos”.

Al momento de mi ingreso, dicho Servicio contaba con un sector mínimo de profesionales que trabajaban en el Hospital general, en las áreas de ínter consultas, psicología, alcoholismo, y un amplio sector de pacientes con patologías graves (psicosis, neurosis graves, etc.) que se atendían tanto para la internación, como para los consultorios externos, en dependencias edilicias fuera del Hospital general, si bien pertenecían a la misma estructura

Las salas de internación eran dos, una alojaba a 50 pacientes (Crónicos), y otra (de Agudos) a 30 pacientes respectivamente. El número de personas excedía ampliamente la capacidad edilicia y las normas institucionales respondían en su totalidad a las que se establecen en una Institución Manicomial.

Allí ingresé, después vendría el camino que abordo en este trabajo.

Ahora sí entonces, *los Objetivos específicos:*

- * Analizar la práctica del Trabajador Social en el recorrido Institucional de la situación de cambio que se describe.
- * Conocer y analizar los cambios producidos en la percepción y actuación de “lo social”, en los diferentes miembros del equipo interdisciplinario.
- * Analizar y descubrir líneas de reformulación de la metodología de intervención del profesional del Trabajo Social en un equipo interdisciplinario.
- * Analizar las distintas experiencias vividas por las personas que padecen sufrimiento mental, que fueron parte de la experiencia.
- * Develar la vinculación de los cambios realizados, con los discursos de los actores- referentes de las políticas sociales relacionadas al sector.

En cuanto a cómo sigue este trabajo en los próximos capítulos, paso en principio por la referencia a cuestiones metodológicas que dieron andamiaje a esta sistematización, en tanto modo de organizar el análisis de la reactividad profesional abordada. Seguidamente, y como entiendo que una práctica profesional necesariamente articula de manera dialéctica, con una teoría desde donde se sostiene, específico a partir de la “división en cinco ejes” - en tanto abstracción teórica para el análisis- el marco teórico de que parto. La experiencia concreta del proceso por el que circulé está enunciada según los tiempos de la propia práctica profesional, en tanto significativos para mostrar las marchas y contra marchas de dicho proceso. Marchas y contra marchas iluminadas, en el análisis, por el rescate de los conceptos vertidos en los ejes mencionados a los que se suman los recipientes conceptuales que he necesitado para particularizar cuestiones puntuales.

“A modo de conclusión” es el nombre del último capítulo de este trabajo, que espero pueda leerse “a modo de inicio” para un nuevo proceso.

II.- ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tratándose este trabajo de una sistematización de una experiencia, comenzaré definiendo “SISTEMATIZACION” desde la concepción de Gagnetén:

”Al definir que sistematizar la práctica es superar lo fenoménico, supone un planteo de ruptura de la apariencia, como tránsito hacia la esencia, implicando ésta, la raíz profunda de la realidad y de la práctica realizada en ella en un espacio-tiempo concreto.

De este modo, la sistematización es el procesamiento de los movimientos de la realidad misma, de los procesos de transformación o no, generados en ella, desde la práctica, así como los conocimientos que dichos componentes generan en los actores implicados en la tarea.

Por ende el Método de Sistematización de la práctica brinda un modo de organizar el saber a partir de la materia prima que da la realidad y la práctica.”³

En términos de Samaja, me interesaría superar la versión binarista (teoría-empiria), avanzando en la reafirmación de una tesis ternarista (teoría-objeto modelo-empiria)⁴. En estos términos de superación de la tesis binaria, me veo en la obligación de definir objeto-modelo, tal como lo sostiene el autor citado “...una versión posible del ente real”⁵

Situándome en este trabajo de sistematización, pensado como un doble proceso, en tanto se cruza un proceso de reconstrucción de la práctica y un proceso experiencial concreto, tomaré dos unidades de análisis: interpretándolas, tal como sostiene Samaja, como”...fragmentos que nos permitirán disponer de una

³ GAGNETÉN, María M. – “Hacia una metodología de Sistematización de la practica” – Editorial Humanitas – Bs. As., Argentina – 1987.

⁴ SAMAJA, Juan – Cuadernillo de Curso de Postgrado en Metodología de la Investigación Científica. “Para una mirada panorámica del Proceso de Investigación” – Universidad Nacional de Entre Ríos.

⁵ SAMAJA, Juan - Cuadernillo de Curso de Postgrado en Metodología de la Investigación Científica. “Introducción a la Investigación Científica” – Inédito - Universidad Nacional de Entre Ríos.

pluralidad inconexa como condición de posibilidad para avanzar hacia el todo unificado”⁶.

En estos términos, me detengo en:

Discursos y prácticas de todos los actores intervinientes en la experiencia institucional referida (miembros del equipo de salud en forma individual y de manera conjunta, directivos, políticos, usuarios del Servicio de Salud Mental), a lo largo del proceso transicional.

El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El material manejado en el proceso de reconstrucción de la experiencia proviene de:

Recopilación Documental (Programas de Salud Mental, P.R.E.A.⁷ y Vuelta a Casa⁸, Historias Clínicas, Expedientes Judiciales, Cartas Personales, Publicaciones del Servicio, Informes Sociales, Registros, Proyectos de Trabajo Social).

Entrevistas no estructuradas y semi estructuradas a usuarios del Servicio durante el proceso.

Observación participante en Asambleas de usuarios del Servicio, durante el tiempo que duró la experiencia que se relata.

Observación Participante en el marco del trabajo de equipo en el tiempo de la práctica.

Entrevistas semi-estructuradas con directivos de Instituciones por dentro y por fuera del Sector Salud.

⁶ SAMAJA, Juan - Cuadernillo de Curso de Postgrado en Metodología de la Investigación Científica. “Todos los Métodos, El Método” – Inédito - Universidad Nacional de Entre Ríos.

⁷ P.R.E.A. Programa de Rehabilitación y Externación Asistida de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Pcia. De Bs. As. 1999

⁸ Vuelta a Casa Programa de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Pcia. De Bs. As. 2006

III.- MARCO TORICO CONCEPTUAL.

Para facilitar el abordaje, y como decía en la introducción el marco teórico está planteado desde cinco grandes ejes que entiendo, permiten interpretar los conceptos desde donde parto para el análisis de la experiencia que planteo en este trabajo.

III.- EJE N° 1.- Estado, Políticas sociales, políticas de salud, políticas de salud mental.

En los tiempos actuales, y tratando de hacer una ajustada síntesis se nos hace imprescindible definir al Estado en el marco del neo-liberalismo, con sus políticas “asistencialistas” que tratan de alivianar las consecuencias que el modo de acumulación del mercado, oculto tras las fachadas democráticas generan en cada vez más alto porcentaje de nuestro pueblo. Sabemos también que “no hay acumulación sin legitimación”⁹

Siguiendo a las mismas autoras “...el crecimiento de la pobreza no invalida por sí misma el modelo: sólo lleva a preocuparse por los límites empíricos de la legitimidad y por la capacidad del asistencialismo para operar en la neutralización de la contradicción”.

Como consecuencia entiendo que la concentración económica a nivel mundial, la trasnacionalización de capitales y la cada vez más universalizada comunicación generan una tendencia a la desagregación y una fragmentación en la población.

⁹ C. Danani – “Políticas Sociales, Crisis y Ajuste Estructural” GRASSI, Estela – HINTZE, Susana - NEUFELD, María – Editorial Espacio – Bs. As., Argentina. 1994

Los procesos de ajuste, a los que quedamos expuestos como sociedad "...promueven una fragmentación social seguida de reagrupamientos parciales. En la medida en que determinan una gigantesca concentración de la ganancia, a nivel de la sociedad en su conjunto , desplazan o sumergen sectores enteros y promueven otros de una cultura del consumo de niveles ascendentes. De una manera grosera podría decirse que queda un sector mínimo con altísimos niveles de consumo a estándares internacionales, un sector que se mantiene en márgenes de integración relativos con exigencias laborales en aumento y otro marginalizado, en una subsistencia relativa y miserable. Cada uno de ellos tiene y padece vicisitudes distintas, pero a su vez producen efectos en su interacción..."¹⁰

Estos sectores de los que habla Stolkiner no llegan a constituirse en clases sociales, en cada uno de ellos se van atomizando los vínculos internos que sumado a las precarización de las formas laborales, su proliferación de sus formas marginales, van rompiendo ejes constitutivos de cualquier organización social, sus expresiones solidarias, produciendo graves efectos en las familias y en las relaciones que no son laborales. Los procesos se manifiestan también en los padecimientos subjetivos o como formas particulares de malestar.

Esto se ve afectando a las familias que se encuentran absolutamente labilizadas en sus estructuras, y que se plasma en la pérdida de continencia a sus miembros más frágiles, los niños, los ancianos, los enfermos mentales.

La desmembración de las estructuras familiares tiene dos facetas, dice Stolkiner, una de la disrupción que se produce en los momentos de cambio, hay un cambio en la distribución del poder y de las funciones de sus miembros y otra es la desarticulación o labilización, donde no adquiere una nueva forma sino que se

¹⁰ A. Stolkiner. Políticas en Salud Mental. LUGAR Editorial 1994

fragmenta la que existe dejando de cumplir con sus funciones. El tejido social no contiene a las familias y estas, a su vez, no contienen a sus miembros más frágiles. Robert Castel¹¹ ubica las situaciones de marginalidad al final de un proceso de desenganche al trabajo y la inserción relacional; distingue una marginalidad libre caracterizada por su distancia en relación al trabajo y las formas organizadas de protección próxima y una marginalidad que es institucionalizada por la asistencia estatal, dentro de ellas los pacientes psiquiátricos.

Las políticas sociales como un tipo de políticas estatales y dentro de éstas, de sus intervenciones sociales. Dice Danani...”así concebidas las políticas sociales son constitutivas del régimen social de acumulación y encuentran su especificidad en el hecho de orientarse de manera directa a las condiciones de vida (y de reproducción de la vida) de distintos sectores y grupos sociales operando especialmente en el momento de la distribución secundaria del ingreso.....y continúa: en este sentido, históricamente han cumplido una función reguladora de las condiciones de venta y uso de la fuerza de trabajo”. Estos elementos colocan a las políticas sociales en el centro mismo del orden social y contribuyen a la construcción de un orden como totalidad, simultáneamente económico, político y socio-cultural”¹²

El sector social al que pertenecen las personas que padecen sufrimiento mental asiladas en los manicomios, es el de los “excluidos” de todo derecho, que la “Ley “obliga al Estado a prestar asistencia, generando internaciones “legales” pero ilegítimas. Estos elementos, sumados a la “incapacidad” que portan para incorporarse a cualquier mercado de trabajo los convierte en “deshecho social”, aún marginales dentro de “las magras” políticas de salud.

¹¹ R.Castel “La Metamorfosis de la Cuestión Social” Buenos Aires Argentina. Editorial PAIDOS. 1990

¹² Ob.Cit.

Por esto en lo referente a las prácticas de Salud Mental, entiendo que deben ser resignificadas, teniendo en cuenta esta nueva producción de malestar y fundamentalmente, a la hora de pensar los proyectos de externación no caer en el lado que en que las políticas neo-liberales actuales, críticas al sistema de atención manicomial (por los altos costos económicos y baja eficacia), hacen, tratando de depositar en esa misma comunidad precarizada la responsabilidad de la atención de la salud, a través de externaciones compulsivas.

Lo político y lo económico son más que términos del orden de lo macro social, se cristalizan en lo institucional y en el devenir cotidiano. Las políticas Institucionales en Salud Mental, la masividad de la demanda a los pocos recursos estatales vigentes, la judicialización de causas asistenciales, generan espacios de atención precarizados, estandarizados, hacinados y que muchas veces encubren prácticas de malos tratos, y todo lo que sabemos encierra el encierro.

Las transformaciones de la práctica manicomial en el mundo occidental se hicieron en el marco de reformas sanitarias más amplias, América Latina en particular el sistema asilar manicomial ha seguido siendo la respuesta social frente a la locura.

En la Argentina hasta la dictadura militar de 1976 se habían desarrollado varias experiencias que aún hoy siguen siendo paradigmáticas enmarcadas en un período de gran movilización social. Desde el retorno de la democracia, salvo la experiencia de la Reforma Psiquiátrica de Río Negro y rescato el cambio de ley de Salud Mental de Capital Federal, los demás han sido planes y programas de modernización de los Servicios de Salud Mental pero que no han podido instituirse jurídicamente, y que han quedado a merced de los cambios políticos y escasez presupuestaria que caracteriza las políticas sociales.

En el marco de esta nueva función del Estado, el desafío de pensar las prácticas de Salud Mental desde una perspectiva contra-hegemónica, defendiendo el carácter público de la asistencia en salud no puede hacerse sin un cuestionamiento profundo y posterior transformación a sus instituciones.

III.- EJE Nº 2.- Las estructuras Institucionales de asistencia en las personas que padecen sufrimiento mental. Su evolución histórica. El atravesamiento del poder.

En este eje trataré de plantear algunas líneas que me permitan el análisis de cuestiones referentes a lo que hoy conocemos como salud Mental, que tienen que ver con la atención de la psicosis o locura, su evolución histórica.

Teniendo en cuenta que el concepto de salud mental es una construcción que varía según las representaciones sociales y los paradigmas científicos en cada cultura y período histórico. Podría decirse que una persona es considerada enferma mental no solo por las alteraciones de su comportamiento, sino por las actitudes que la sociedad tome respecto de esas alteraciones.

En cuanto al desarrollo socio-histórico de las representaciones populares de la enfermedad mental, siguiendo a J.L. Alvaro se pueden distinguir cuatro fases

“La primera consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda interpretaría la enfermedad como desviación social; la tercera la consideraría como enfermedad física y, finalmente, la concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos”¹³

¹³ Alvaro J.L. “Salud Mental, en Román Reyes Diccionario crítico de ciencias sociales Universidad Complutense de Madrid. Madrid 1992.

Pese a esto y sin ánimo de un análisis histórico en profundidad me interesa plantear el lugar de resto, de molestia social que se transforma el que porta la locura, lo cual se ha mantenido desde la época clásica hasta la modernidad, cuyos tratamientos son básicamente “operaciones de control” para el mantenimiento del “orden social”, cristalizada en Instituciones que “tras un muro” mantiene encerrada a la locura.

Me voy a circunscribir al análisis en torno a la modernidad del mundo occidental para tratar de enlazar los aspectos por los que se desemboca en estas instituciones manicomiales, que si bien son cuestionadas desde principio del siglo XX, siguen presentes como forma de plasmar la asistencia a la locura.

Dice Foucault al respecto: “...la operación terapéutica supuesta por Willis y luego por Pinel (año1792) consistió en trasladar la locura de una soberanía que ella desencadenaba y en cuyo interior se desencadenaba, a una disciplina que presuntamente la subyugaría. Lo que se manifestaba en esa aprehensión de la locura, con anterioridad a cualquier institución e incluso al margen de todo discurso de verdad, era un cierto poder que denominó “poder de disciplina”

Es interesante tener en cuenta que el poder del que habla Foucault, es un poder distribuido, anterior a la institución asilar.

Entiendo que la sociedad se aseguró que existiera un lugar donde la locura quedara resguardada, o a la inversa donde la sociedad quedara libre de semejante” mal”, y así mantener el orden.

....” los dispositivos de poder en el que se anudan distintos elementos tan heterogéneos como discursos, modos de tratamiento, medidas administrativas y leyes, disposiciones reglamentarias, ordenamientos arquitectónicos, etc.”¹⁴

¹⁴ FOUCAULT, Michel – “El Poder Psiquiátrico” – Editorial Fondo de Cultura Económica – Bs. As.,Argentina - 2005

Tomando este concepto es el poder disciplinario en el marco de las Instituciones de Salud cristalizándose en los manicomios, el poder del psiquiatra como sujeto actuante sobre otros, el de la verdad en tanto el paciente queda sometido a su saber y el de subjetivación en tanto el sujeto debe someterse a las normas que se le imponen.

En un apretado análisis en el tiempo, fue en el 1800 a 1830 que surgen los Hospitales psiquiátricos donde el médico es el “amo de la locura”. Se las justificaba aduciendo una armonía entre las exigencias del orden social y las necesidades terapéuticas que demandaban el aislamiento del paciente. Esquirol escribió las justificaciones de los mismos. 1) garantizar su seguridad personal 2) liberarlos de las influencias externas 3) vencer sus resistencias personales 4) someterlos a un régimen médico 5) imponerles nuevos hábitos intelectuales y morales.¹⁵

Ante esto y como digo en apretada síntesis me parece interesante hablar de los movimientos que cuestionaron a la psiquiatría representada por Esquirol cuya prescripciones estaban presentes en el siglo XX. Me refiero a Cooper en Inglaterra Y más tarde Franco Basaglia en Italia, experiencia de deinstitutionalización que surgió en 1970, en Gorizia y luego en el Hospital Psiquiátrico de Trieste y se mantiene hasta la actualidad.

Dice Basaglia respecto al las prescripciones de Esquirol “El puro poder del médico aumenta tan vertiginosamente como disminuye el poder del enfermo, éste por el mero hecho de estar internado, se convierte en un ciudadano sin derechos, entregado a la arbitrariedad del médico y los enfermeros, que pueden hacer de él lo que quieran sin posibilidad de apelación”¹⁶

¹⁵ Ob.Cit.

¹⁶ Basaglia Franco, “La Institución Negada” It. 1970

Esta experiencia de desinstitucionalización Italiana, es a la fecha la única que ha podido mantenerse como tal, con modificaciones en áreas jurídicas, políticas y sociales, en beneficio del tratamiento de enfermos mentales con propuestas alternativas a la Institución asilar.

III.- EJE Nº 3.- La intervención profesional del Trabajo Social, la cuestión social, nuevos desafíos para la intervención. El Trabajo Social en Salud Mental, El trabajo en equipo, la interdisciplina.

Para este análisis de la posición profesional del Trabajo Social en la Salud Mental me interesa partir de la relación que entiendo hay entre las políticas sociales y la cuestión social, me parece importante tener en cuenta que "... no concebimos las políticas sociales como reacciones del Estado frente a la cuestión social, sino como la forma estatal de construir tal cuestión ".¹⁷

La cuestión social definida por Castel como "una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura ...interroga, pone de nuevo en cuestión su capacidad para existir como conjunto vinculado por relaciones interdependientes"

Si nos planteamos que las políticas sociales se enciernen en la gestación de esa antinomia que es la cuestión social, nuestra intervención en el seno de la misma debe ser encontrando las rupturas desde donde intervenir para no caer en su sola reproducción.

Con esto quiero decir que, en el caso de la intervención desde el T. S. en Salud Mental además de realizar una evaluación crítica del fenómeno actual de la

¹⁷ Ob.Cit.

institucionalización en la atención de la Salud Mental, debemos dar cuenta de la contradicción social sobre la que trabajamos cotidianamente.

Desde la función adjudicada al Trabajo Social en Salud Mental tradicional, "...atendiendo la demanda de psiquiatras en el contacto con los familiares al momento de la internación, tratamiento o alta".¹⁸ Al posicionamiento al que me convoca este trabajo exige un corrimiento teniendo la intervención social como horizonte y no como acabado, no es pensar que "lo social" es el individuo, sino la tensión generada entre el individuo y la sociedad.

Dar muestra que el Trabajo Social es discurso y práctica, y no sólo una profesión práctica, por lo que implica que medie en dicha intervención un tratamiento conceptual dado que la intervención no sólo es histórica, en tanto se hace en un tiempo, espacio, contexto determinado y decimos real. Entiendo que lo real, no existe como tal sino que es construido conceptualmente. Es decir que exista una vital mediación epistemológica, en tanto la intervención es diferenciada dependiendo del lugar conceptual y del discurso que uno tenga a propósito del fenómeno en el que interviene.

La práctica del Trabajador Social, lo asistencial en el marco de la rehabilitación y de la resocialización. La trascendencia de una práctica profesional en una estructura psíquica diferente a la de la neurosis. El análisis del poder en las Instituciones totales, la labilidad de las comunidades, las contradicciones de las prácticas contra-hegemónicas, son algunos de los elementos conceptuales constitutivos de la práctica del Trabajo Social en esta experiencia, enmarcados dentro de un proceso metodológico.

¹⁸ AMICO, Lucía del Carmen – "La Institucionalización de la Locura"- Editorial Espacio – Bs. As., Argentina – 2005.

LA INTERDISCIPLINA:

Roland Barthes dice: “El trabajo interdisciplinario no consiste en confrontar disciplinas ya constituídas (ninguna de las cuales desea, de hecho abandonarse). Para hacer algo interdisciplinario no es suficiente con elegir un tema y juntarse dos o tres ciencias a su alrededor. La interdisciplina consiste en crear un nuevo objeto que no pertenece a ninguna”.

Según Roger Bastide “La principal función de la Investigación multi-disciplinaria es la de permitir la suma de varios sentidos hasta agotar la comprensión del objeto examinado”. “Lo importante es hallarse en posesión más que de un lenguaje en común, de un supra lenguaje que cubra el conjunto de los vocabularios particulares y ofrezca los géneros, digámoslo así en los que puedan integrarse las “especies” correspondientes a los distintos especialistas”

El recorrido que implica llegar al trabajo interdisciplinario y con más razón a una investigación multidisciplinaria no es tarea fácil.

Cada disciplina sostiene su propio saber, el acuerdo no se establece de inmediato, hay pugna y muchas veces prevalece uno sobre otro.

Al respecto dice..... “El contacto entre el conocimiento no es cordial, la tensión entre ellos se expresa al momento de confluir en situaciones comunes particulares”. Partir por un lado del concepto de atención del sufrimiento mental es el punto de partida necesaria para intentar hacer una intervención interdisciplinaria, y por otro ir revirtiendo el lugar de insignificancia de abordaje menor que se le ha adjudicado y ha asumido el conocimiento de las ciencias sociales en la salud.

El abordaje de un paciente que está descompensado, que es internado, hoy necesariamente pone de manifiesto la necesidad de seguir manteniendo los mecanismos que al momento de su externación estén en funcionamiento para que pueda re incorporarse a la vida en la sociedad.

Si estos mecanismos en su gran mayoría frágil y endeble no son resguardados, a veces reordenados desde la institución hospitalaria se estaría contribuyendo a que padezca una exclusión de la sociedad que tan bien ensambla en la estructura de la psicosis y su “no lugar”.

Este abordaje hace necesaria la participación de las distintas disciplinas desde el mismo momento de la internación, hasta su externación y posterior tratamiento ambulatorio.

Aquí es donde su tratamiento psiquiátrico, psicofarmacológico, psicológico y social deben trascender más allá de la intervención disciplinaria para lograr acuerdos pensar intervenciones que le permitan al paciente, además de estar compensado lograr, como dice Hermoso: “la restitución de la posibilidad de transitar por el mundo”.

Solamente, entiendo el Trabajo Social, así planteado me ha permitido intervenir en experiencias interdisciplinarias en tanto, creo es la única manera de abordar un desafío con tantas implicancias como son las prácticas actual es en la Salud Mental Institucional.

III.- EJE N° 4.- Aspectos psicopatológicos de los usuarios de los Servicios de Salud Mental. Subjetivación y arrasamiento a través de las prácticas institucionales. Restitución de lazo social.

Creo necesario que para completar la fundamentación teórica desde donde se plantea el doble proceso (experiencia y sistematización), es imprescindible incorporar conceptos básicos sobre las diferentes “caras de la estructura psíquica del ser humano”. Solamente teniendo en cuenta estos conceptos fue posible emprender y entender dichos procesos.

La teoría, respecto a comprender la cuestión psicopatológica, desde el cual me nutro para el análisis de este trabajo así como desde la que sostengo mi práctica profesional en tanto Institución de tratamiento en lo “mental” es desde el psicoanálisis Lacaniano, en tanto entiendo y comparto sus definiciones.

Sin desconocer no solo que hay otras escuelas desde donde trabajan otros profesionales, de la misma y de otras disciplinas, sino con quienes compartimos nuestras intervenciones y análisis en los acuerdos y en las diferencias.

El primer punto que tendré en cuenta en términos teóricos es la definición de locura o psicosis, dice Lacan: “...que es preciso llamar por su nombre, el loco o el sicótico, si ustedes quieren”¹⁹

Al respecto, plantea que la estructura psíquica del ser humano es una, que la división de neurosis, psicosis y perversión, si bien existe en términos de la clínica son “caras distintas” de una misma estructura.

Lacán en “La ciencia y la verdad” dice “De nuestra posición de sujeto somos siempre responsables”. Esta afirmación nos lleva a preguntarnos por el estatuto de la responsabilidad en las psicosis, y el permanente lugar de desecho al que queda

¹⁹ J. Lacán. “Breve discurso a los psiquiatras” 10 de noviembre de 1967.

condenado en nuestra cultura, no solo por lo que se dice de él, sino por lo que se hace con él. Discurso y práctica forman parte de un proceso de objetivación y cosificación, que hacen a este sujeto como no responsable sobre determinados actos propios.

Desde los tiempos de la constitución subjetiva del ser humano, se necesita primero haber sido algo para alguien, y no cualquier cosa.

En un segundo tiempo lógico se necesita dejar de serlo, para poder ser en esta vida muchas otras cosas.

Es decir que tanto por no haber ocupado para el otro un lugar de falta, de deseo, como no haber podido dejar de identificarse ahí, el sicótico arma una estructura psicopatológica sin límites.

Tiene sus propios recursos y operaciones que le permiten funcionar, el inconveniente es que suele quedar por fuera del lazo social.

En términos generales, están limitados a permanecer sin otro lugar que como objeto de los otros, o como un de carecen entonces por sí mismo del empuje y de los recursos internos para armarse otro lugar para sí, en la familia y en lo social. No tienen posibilidades de desear, de recortar un objeto deseable y poder generar un proyecto en consecuencia.

Entonces tienden a la quietud, a la apatía, o a generar relaciones en forma de un círculo vicioso de persecución.

Este ser-estar "silencioso" de las psicosis, podemos decir que se hace ruidoso en sus crisis, determinando así periodos agudos de la enfermedad, en los cuales a veces se hace necesaria la internación. De existir un contexto familiar favorable, una vez compensado sería externable.

Pero entendiendo las psicosis como fue definida no es de extrañar que dicho “contexto” no lo contenga y entonces continúa internado.

Con su padecimiento no solo demuestra un conflicto estructural y un intento de restitución subjetiva, sino también, la emergencia, de severos conflictos familiares que revelan a su vez resquebrajamiento de una sociedad perturbada. Por lo tanto podemos entender sin dificultad que se encargue de negar y rechazar sus propias contradicciones, y las deposite en aquellos que por su patología quedan ellos mismos posicionados como perturbados, alienados y peligrosos.

En términos generales la propuesta de asistencia manicomial intenta abolir todas las particularidades del sujeto resumiéndolo al lugar de asistencia marginal.

La psicosis no radica en una falla relativa a una estructura no fallada – esta es la perspectiva de la psicosis como déficit -, no está tampoco fuera de estructura – si la psicosis estuviera fuera de estructura no tendríamos nada que decir sobre ella, en la medida en que se concebiría sin relación con el lenguaje.

De esta manera se entiende que hay sujeto en la psicosis, más allá del “muro” de defensa que desde la “posición del psiquiatra” (Lacán) se levanta a través de “pequeñas ideas” para la defensa de este, al saber que algo de la locura “le concierne”.

Pensar al loco o sicótico desde este pilar teórico, me permite entender la necesidad de sostener la atención desde el encuadre de las políticas de salud así como algunas de las razones de su articulación en lugares de objeto que han tenido y siguen teniendo en la actualidad las prácticas para su atención.

Enmarco el tema en las psicosis por que es desde donde desarrollo el análisis de mi práctica, dado que es la patología que engrosa las salas de los manicomios, las oligofrenias, las demencias que también se encuentran como cuadros en estas

instituciones, o bien han tenido episodios sicóticos o se “agregan” como “descartes” de la sociedad y lugar asilar que tienen los manicomios. Pero las internaciones actuales que ingresan a los Servicios de Salud Mental desde donde planteo mi experiencia, se circunscriben “teóricamente” a cuadros de descompensación aguda de cuadros sicóticos de personas adultas.

III.- EJE 5. Las Leyes actuales respecto a los enfermos mentales.

¿Sujetos de derecho, o sujetados por el derecho?

Pretendo compartir lo difícil que resulta hacer un análisis de un tema amplio, y a la vez consensuado, para los que estamos trabajando en Salud Mental como lo es el de los derechos de aquellas personas que padecen sufrimiento mental.

Amplio en cuanto a lo abarcativo, en cuanto a la necesidad de complejizarlo para su análisis, y consensuado en tanto a la legitimación y reconocimiento de la necesidad de posicionarnos en defensa de los mismos.

Cuando pienso desde donde abordar este análisis, teniendo en cuenta mi práctica institucional en la alta complejidad de la enfermedad mental desde la asistencia pública, se me hace imperioso preguntarme por los derechos (en tanto ley escrita) de aquellos que por su estructura carecen de los elementos para hacerse un lugar y por ende de pelear por ellos.

Pensar al enfermo mental, y su internación, como un período necesario para la compensación del síntoma que le hace obstáculo para la circulación social, permitiría entender al dispositivo de la internación como lógico desde una práctica terapéutica. Su prolongación más allá del tiempo necesario entraría en la falacia de mantener lo terapéutico para sostener la internación.

Las normas escritas para esto, son muchas, no faltan, y es de público conocimiento que en algunos casos las prácticas profesionales están determinadas con antelación al diagnóstico y modificar las intervenciones implica una verdadera lucha de argumentaciones.

Sin entrar en un análisis detallado de las leyes que regulan la atención en Salud Mental, me permito realizar un recorte del Código Civil de su artículo 482, donde dice "... debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aún evitarla; si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos..."

Nadie estaría en desacuerdo con semejante afirmación, pero si atravesamos la variable psicopatológica, con la falta de lazo social propia de las psicosis, la variable familiar, actualmente caracterizada por resquebrajamiento de su estructura, con la consecuente labilización de las mismas que se manifiesta en la pérdida de continencia hacia los miembros más frágiles, y un sistema social fragmentado, incapaz de sostener a los grupos más vulnerables, queda expuesto que la única salida posible es la no salida de la Institución .

Si pensamos que el Código Civil fue escrito en el año 1879 y con mucho adelanto para la época se incorporó al enfermo mental para legitimarle su derecho se hizo en términos del derecho de herencia. Esto entiendo fue derivando en un derecho de asistencia.

No es mi intención cuestionar el detalle del proceso judicial, sino en plantear algunos elementos de la legislación actual en su expresión práctica es decir en su interrelación con las prácticas asistenciales que articulan, como otros aspectos en las prácticas manicomiales.

Haciendo una abstracción teórica, dos son los aspectos que toma la justicia argentina para la “protección de los enfermos mentales,” uno en lo que respecta al Juicio de Insania y otro el de la Internación Psiquiátrica. Los cuales no son excluyentes.

Si bien se hicieron modificaciones al C.C. con las leyes nacionales, a saber: Ley 17.711 y Ley 22.914, que vinieron a dar luz en algunos aspectos del problema me interesaría tomar algo del texto de Cárdenas sobre el Juicio de Insania y la Internación Psiquiátrica: “...dos ángulos desde los cuales el derecho protege al enfermo mental. El primero y más tradicional es el de la incapacidad. Quien por causa de una enfermedad mental está habitualmente incapacitado para dirigir su persona y administrar sus bienes, es objeto del amparo jurisdiccional, mediante la declaración de insania y después de un proceso judicial. Hasta que sea rehabilitado por otra sentencia, un curador y el asesor de incapaces, controlados por el Juez deciden sobre su habitación, comida y vestimenta, su educación y trabajo, la administración y defensa de sus bienes y la defensa de sus derechos personales y patrimoniales. Esto está legislado en los arts. 140 a 152 y 469 a 490 del Cod. Civil. La Reforma del año 1968 agregó un artículo el 152 bis y la ley 22.914 pretende atacar algunas de las falencias a las que estaba expuesta la problemática del enfermo mental en este Código.”²⁰

Refiriéndome a la experiencia actual de las internaciones Judiciales, a veces es el único recurso que tienen los propios pacientes (a través de sus familias), de recibir atención, dado que el sistema público está saturado y el único modo de ingreso es por una orden del Juez.

²⁰ Cárdenas, Grimmonson, Alvarez. “El Juicio de insania y la internación psiquiátrica” Ed. ASTREA Bs.As.1985

Entiendo que la homologación de las causas de la enfermedad mental en los Tribunales Civiles, para protección de derecho en la provincia de Bs. As., es “insostenibles” en su proceso. Si bien los Jueces están autorizados a promover acciones “de oficio”, sabemos que el cúmulo de causas impide su movimiento y con más razón si la persona se encuentra en una Institución Pública de Salud.

Las internaciones quedan determinadas por la secases de recursos de una comunidad deteriorada a la cual el modelo neoliberal le atribuye la obligación de contención. Desplazando así, en la misma la asistencia de la salud.

En provincias como la de Buenos Aires no contamos con una ley de Salud Mental acorde a las terapéuticas actuales. Tampoco se cuenta con la obligación desde otras estructuras sociales para articular respuestas de subsistencia para estas personas, que aunque necesitando un programa de contención, podrían vivir en la comunidad.

Un tema que reconozco, existe, al menos en los términos legales es el concepto de “peligrosidad” que conlleva el de locura, no lo tomo en tanto entiendo que este es un refuerzo del prejuicio que también se juega en el imaginario social. No niego la necesidad de internación en la etapa aguda de una enfermedad, la necesidad de protección pero si este mecanismo se encuentra bien afianzado y con la medicación que opera actualmente en la disminución de los síntomas, no es condenable a una internación una persona, por algo potencial. Tampoco incorporo en este análisis a aquellas personas que tengan procesos penales por delitos cometidos, aunque sea inimputable.

En los tiempos actuales, está en plena discusión en el poder legislativo de la provincia una ley pero, de los anteproyectos que conozco, carecen de dos cuestiones básicas: tomar al tratamiento de la enfermedad mental como una solo y

no dividiendo tiempos de internación y ambulatorios (nadie explicita eso en la atención de otras patologías), y no obliga a otros efectores de otras políticas sociales por fuera de Salud a sostener lo que tiene de carencia en la subsistencia como se humano, con lo cual me pregunto de que manera va a resolver El Ministerio de Salud la exclusión social.

Es como pensar que la **independencia** de los poderes que, en teoría rige a la Argentina, en la protección y atención de los enfermos mentales se transforma en una **ignorancia** entre los poderes. Teniendo en cuenta que el poder judicial responde por los derechos del enfermo mental “usando” al ejecutivo, (Ministerio de Salud), a sabienda (o ignorando) el modo en que este responde a la atención de los pacientes, aún en los casos de “muy buena voluntad”.

Entonces entendemos por qué, se hace necesario explicitar lo que desde esta mirada parecería obvio. Según la O.P.S. la reglamentación para la atención psiquiátrica contempla los siguientes derechos:

- * Derecho del enfermo mental a ser tratado en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propias de su condición de persona.
- * Derecho a recibir educación y capacitación adecuadas a su estado.
- * Derecho a trabajar y a recibir la remuneración correspondiente.
- * Derecho a recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos, según las más elevadas normas éticas.

Ante la lectura de estos enunciados me hace pregunta el porqué de la necesidad de reforzar un derecho que es inherente a la condición humana ¿Será que la locura deja al sujeto excluido también de la condición humana?

IV.- EXPERIENCIA

IV. 1) MI INGRESO AL MANICOMIO.

La Sala de Internación desde donde inicié mi práctica estaba dividida en dos, de un lado los hombres y del otro las mujeres, en el medio, un amplio salón que se usaba para que los psiquiatras y la jefa de enfermeras (los pacientes la llamaban “Caba”²¹, desayunaran, (los psiquiatras eran dos y eventualmente un residente), las enfermeras del turno tres.

La “Caba”, nombre que alguna vez fue dado a la Enfermera encargada de un sector, derivada de la estructura militar hospitalaria, había quedado establecido en clara alusión a lo militar, distanciado del “arte de curar” y cercano a lo represivo.

Me permito incorporar un concepto de psicosis, dado que en el recorrido de esta experiencia, me referiré básicamente al trabajo asistencial de la misma, (dejo por fuera a la neurosis y a la perversión), por entender que esta es la estructura que puebla las Salas del Servicio donde trabajo.

Quiero tomar palabras de Ricardo Rodríguez Ponte, en lo que define como locura o psicosis, haciendo referencia a Lacán: “*la psicosis no radica en una falla relativa a una estructura no fallada – esta es la perspectiva de la psicosis como déficit- no está tampoco fuera de estructura...la psicosis es una cara de una estructura, aquí calificada de normal, que es una*”.

Y continúa...” Es “pequeña idea”, como las otras de esa índole desencadenará el efecto de segregación donde el loco está del otro lado del muro y no nos concierne para nada”.

8 “CABA”, si bien a todas las jefas de enfermería se les llamaba así a mediados del s.XX que persistiera en el lenguaje de los pacientes tenía una clara alusión a un mando “militar” de autoridad y poder.

Conjuntamente con mi ingreso y a clara muestra que había habido un “movimiento institucional” ingresaron residentes de psicología y de psiquiatría, que les fue, al igual que a mí, adjudicada esta Sala como lugar de práctica asistencial.

Este grupo de “extraños” al sector ingresamos con una posición distinta a la que sostenían los profesionales de la Sala. De hecho, los profesionales que no respondíamos a las “indicaciones de los jefes”, que veíamos y escuchábamos al paciente, éramos tratados como externos al Servicio, privándonos de algunos de los “privilegios” de los considerados integrantes del mismo. No era casual, que solamente estaban un año (más no se “aguantaba”).

Conjuntamente con el primer Residente de psicología del Hospital una Residente de psiquiatría y yo que iniciaba mi trabajo decidimos “trabajar en grupo “con los pacientes. Reunimos a algunos de ellos, los que nos parecían”más despiertos”. Pudimos hacer tres reuniones, los pacientes no hablaban, se desconocían y tenían miedo. La abulia, “la medicación”, y el “deterioro” tomaba la palabra o mejor el silencio y hablaba por ellos. La “caba” de enfermeras consideró que “no les hacía bien”, y nos desarticularon.

A propósito de la circulación de la palabra, me detendré brevemente en el tema de los “discursos” haciéndome eco de las palabras de Foucault que al respecto, dice “... el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas y los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse...”²²

Cuando habla de la exclusión en el discurso:

: ...“Existe en nuestra sociedad otro principio de exclusión:... no se trata ya de una prohibición sino de una separación y un rechazo. Pienso en la oposición razón y

²² Foucault M. “El Poder Psiquiátrico” FONDO DE CULTURA EC. Arg. 2005

locura desde la más alejada Edad Media, el loco es aquél cuyo discurso no puede circular como el de los otros: llega a suceder que su palabra es considerada como nula y sin valor, no conteniendo ni verdad ni importancia, no pudiendo testimoniar ante la justicia, no pudiendo autenticar una partida o un contrato...”²³

Los pacientes de la Sala, por su parte, debían relacionarse con los de “su ala”, es decir no podían hablar entre hombres y mujeres. Los horarios estaban establecidos. Se los “medicaba” para que estuvieran tranquilos, sin entrevistar al paciente, por el decir de la “Caba” sobre su estado.

En algunos momentos, cuando hubo por parte de la farmacia del Hospital, falta de alguna medicación se la reemplazaba por otro medicamento, al llegar el faltante se le reponía, muchas veces sin sacar el reemplazo, por lo que la “sobre medicación” reinaba en los tratamientos.

Cuando los pacientes demandaban por su salida, era habitual que se le dijera que estaba postergada por que el trámite lo tenía la Trabajadora Social, o por “culpa del Juez”.

En los tiempos en que “los de otro lado” no estábamos, eran reprimidos “castigados o premiados” por la Jefa de enfermeras o algún súbdito, en base a un sistema de reglas establecidas de manera arbitraria por el personal, legitimado por el Jefe psiquiatra de la Sala.

Dice Goffman al respecto de las instituciones totales:

...” Al individuo institucionalizado nada le es permitido conservar como propiedad o reconocida ésta como jerarquización; su circulación controlada y la exigencia de hablar ya que todo trato requiere de esta renuncia a la privacidad; intimidad impedida (el baño sin puertas, las puertas sin su control, las funciones corporales a la vista, el

²³ Foucault, Michel *L'ordre du discours* (1971)

baño en común, etc.) y la pérdida de su singularidad como individuo (desde el número o el diagnóstico que reemplaza al nombre propio, la pérdida de los derechos individuales, etc.)”²⁴

Así la larga internación manicomial se iba determinando por muchas variables. Por un lado la pobreza de la situación socioeconómica de las personas que acuden al hospital; por otro lado, la situación judicial de los pacientes, a veces las internaciones originarias fueron pedidos judiciales, las externaciones deben seguir entonces el mismo proceso. La judicialización, reconocida en algunas ocasiones, como necesaria en el tratamiento del enfermo mental, para su propia protección, transformaba, la internación como el único medio de contención, ya no por la enfermedad que padece, sino por la indigencia y marginalidad social en la que se encontraban.

Tomando a Galende, respecto al manicomio:

...” es esencial, más allá de los juicios y condenas morales al manicomio, preguntarnos por sus causas, sus razones, por el juego de intereses humanos en que se producen la marginalidad y la desigualdad. Sólo así entenderemos la relación humana que se instaura, recubierta por la disciplina de lo mental, sobre individuos previamente marginados o condenados a existencias miserables...”²⁵

Así se iba generando un círculo vicioso: al concluir el alta médica seguían internados, según la postura tradicional, por causas “sociales y judiciales”, inscripta en términos de evaluación de peligrosidad.

²⁴GOFFMAN, ERVING - “*Internados*” *Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales.*” - Amorrortu Editores - Buenos Aires, Argentina - 1988.

²⁵GALENDE, Emiliano - “Modernidad, Individuación y Manicomios” en “Políticas de Salud Mental” – Editorial Lugar – Bs. As, Argentina – 1994.

“ ... ante el sentirse concernido por la locura , el psiquiatra, la posición del psiquiatra – cuando Lacán dice “posición del psiquiatra”, se refiere a una posición de estructura, no está hablando de la buena voluntad, de la buena onda del psiquiatra ...se refiere a lo que define a la posición del psiquiatra – la posición del psiquiatra es que de ese concernimiento por la locura, de esa angustia que despierta la locura, este loco que no nos demanda nada, el se protege erigiendo esas barreras constituidas por esta pequeña idea - no importa como llamemos a esta pequeña idea, puede ser la tesis de la alienación, por ejemplo: bueno el alienado es alguien que vive en su propio mundo, su manera de pensar es irreductible, no hay comunidad con nosotros....”

Me permito introducir esta referencia porque entiendo que la “posición del psiquiatra” de la que habla Lacán puede ser traspolada a una posición de todo el equipo profesional que atiende a “los locos”, dando como resultado una estructura institucional que responda a dicha posición.

De esta manera fue como el servicio de salud mental se cristalizó en la cronificación de las salas de internación, con más de 80 pacientes con un promedio superior a los 6 años de permanencia y promedio de edad de 32 años, en 1990, con las consecuencias que esta metodología de manicomio deja en las personas que la padecen.

A partir de esto, el índice de externación no se condecía con las “altas”, y en aquellos casos donde se lograba externarlos, eran re-internados en breve plazo por “abandono de tratamiento o incontinencia familiar”, mientras que se los insertaba al mismo lugar donde se había desarrollado su enfermedad.

En cuanto a esto, dice Goffman:

...”La formación de familias proporciona, por el contrario, una garantía estructural de resistencia permanente contra las instituciones totales. La incompatibilidad de estas dos formas de organización social debería enseñarnos algo sobre las más amplias funciones sociales de ambas”²⁶

Las internaciones quedan así determinadas por la escasez de recursos de una comunidad deteriorada a la cual el modelo neoliberal le atribuye la obligación de contención. Desplazando así, en la comunidad la asistencia de la salud.

Lo político y lo económico son más que términos del orden de lo macro social, se cristalizan en lo institucional y en el devenir cotidiano. Las políticas Institucionales en Salud Mental, la masividad de la demanda a los pocos recursos estatales vigentes, la judicialización de causas asistenciales, generan espacios de atención precarizados, estandarizados, hacinados y que muchas veces encubren prácticas de malos tratos, y todo lo que sabemos encierra el encierro.

Como dispositivo asistencial, el manicomio atendía muchos pacientes con poco personal.

La vida cotidiana resultaba muy organizada, con horarios estructurados para las pocas actividades que se realizaban: como comer y tomar la medicación.

Continuando con palabras de Goffman:

...” las instituciones totales no reemplazan la peculiar cultura propia del que ingresa, por algo ya formado; confrontamos algo más restringido que una aculturación o asimilación. Si algún cambio cultural ocurre efectivamente, derivará tal vez de la eliminación de ciertas oportunidades de comportamiento y la impotencia de mantenerse al día con los cambios sociales recientes del exterior. De ahí que si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado

²⁶ GOFFMAN, Erving – “Internados” – Amorrortu Editores – Bs. As., Argentina – 1988.

“desculturación” (desocialización) o sea un desentrenamiento que lo incapacita temporariamente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a él o en el momento que lo haga”...²⁷

La imagen de los pacientes en el manicomio era de desánimo, tristeza, gente sin rumbo, sin proyectos, sin perspectiva, simplemente permaneciendo ahí.

Por momentos (breves momentos), parecían “despertar” por la luz que traía una visita, o la posibilidad, en general remota de un alta. También era recurrente que cuando esto ocurría y efectivamente se iban de alta, en breve volvían, en el mismo estado de locura y desazón, como si nunca se hubiesen ido.

Pretender abordar semejante problemática desde una sola disciplina, como es el Trabajo Social, sin una modificación institucional era poco menos que luchar contra molinos de viento, con la sistemática frustración que generaba el ser depositario de una responsabilidad que con antelación se sabía no se podía sostener y con esto me refiero a la demanda que hacían los pacientes con su...“¿cuándo me voy?, el Dr. me dijo que le preguntara a UD.”, o “acá me dijeron que me puedo ir pero mi Juez no me da permiso, UD. puede hablar con él”, adjudicación que padecí en los principios de mi práctica profesional en la Institución.

Desde la Institución manicomial los discursos apelaban a cualquier elemento que ayudara a mantener el perverso círculo.

Pese a que acuerdo que, como plantea Eduardo Cárdenas y otros (juristas), en su libro “El Juicio de Insania y la Internación Psiquiátrica”:

“...estar bajo juez, como se decía en la juega hospitalaria, era en la generalidad de los casos estar condenado a prisión perpetua sin haber delinquido ni haber sido enjuiciado. Una comedia-verdadera tragedia- de errores...”

²⁷ Op. Cit

Pensar en lo social como un compartimiento aislado en la vida del enfermo mental y a una sola disciplina a hacerse cargo del destino de un paciente era resignarlo al lugar marginal o al “no lugar” que históricamente, la sociedad le ha dado, plasmado a través de sus políticas sociales en Instituciones manicomiales.

Dice Pellegrini al respecto, en su libro “Cuando el manicomio ya no está...”: “Esos pactos perversos ineludiblemente tiñen la situación dentro del hospital. Todos saben que allí el ser humano está depositado y abandonado, pero se hace de cuenta que no es cierto. Se hace de cuenta que “el paciente está mejor aquí (donde está hace años a merced del trato que otros le quieran dispensar) que afuera” o se les dice a sabiendas que no es cierto: “Ya pronto saldrás” o “Ya te van a venir a visitar”. Mientras tanto la Institución nada hace para reconectar al paciente con de medio, para que salga, para que tenga la noción del mecanismo familiar o social por el que vino a dar con sus huesos en este psiquiátrico”.

Tal vez pueda sintetizarlo con palabras de Alfredo Moffatt:

“...cundo se entra a un hospicio con la expectativa de ver un mundo terrorífico o seductor se sufre una desilusión; la sensación es de estar en un pueblo de linyeras, de gente muy pobre , muy desesperanzada, aislada entre sí, pero de gente que contesta razonablemente a una pregunta, que pide fuego o un cigarrillo, que prepara un matecito, y no encontramos al delirante (o por lo menos hay que buscarlo bastante) declamando un discurso, ni tampoco a nadie intenta atacamos. Nos damos cuenta que la imagen del gorro de Napoleón o del loco furioso con un cuchillo en la mano es la proyección de la locura y del temor a la locura de la sociedad de afuera que además, es la que “inventó” este “sistema de curación”.²⁸

²⁸ Moffatt, Alfredo Psicoterapia del Oprimido Editorial Humánitas Buenos Aires, 1988

En esta primera etapa de mi recorrido institucional que da claramente explicitada la posición, al menos en los extremos de los actores de este proceso institucional.

Tal vez se pierden en el medio los grises que acompañaron este proceso, así como los quiebres que esta misma estructura tenía por donde se nos permitió la entrada.

IV. 2) LA EXPULSIÓN DEL MANICOMIO

En este tiempo y a un año de mi ingreso a la Sala X (sala manicomio) del Servicio de Salud Mental, me fui no en buenos términos de la mismo, tenía la ventaja de contar con el Servicio de Servicio Social, como referente y apoyo, los que imprimieron a esos primeros años la confianza como para no mover mis pies de la ética profesional y a su vez mantener “algo de cordura en tanta locura”.

El Jefe de esa Sala supo que decía “la eché”, situación que en lo personal, y más allá de la angustia, me enorgullecía dado que su “metodología” no coincidía con la mía, su posición frente al paciente distaba mucho de lo que entiendo, aún en el manicomio es soportable desde la ética, dejando de lado ya las diferentes prácticas que uno puede realizar o las escuelas y hasta ideologías a las que se puede adherir.

Acá es donde, desde mi posición profesional, no hubo lugar para negociar aspectos que me resultaron no aceptables, aquellos que no prohibían sino “reprimían” al sujeto, sea este paciente o profesional, poniendo la diferencia en que en la represión se prohíbe un derecho adquirido, por ende no solo aniquila la subjetividad sino también el lugar para reclamarla.

IV.3) EL RETORNO AL MANICOMIO. OTRA POSICIÓN.

Después de un año de seguir trabajando en el Hospital pero no en la Sala Manicomio, por necesidades del Servicio Social, y entendiendo que estaba más fuerte y con “otra gente” para enfrentarlo, retorné al mismo, desde “otro lugar”

Si bien, modificar una política institucional o simplemente abordar una problemática en forma diferente no fue trabajo de un día ni de una sola persona, y hacerlo en forma genuina (basado en otras experiencias) pero con nuestros propios recursos, nos implicó necesariamente, ubicarnos y pensarnos distinto.

Pensar alternativas de atención desde salud, para las personas que padecen sufrimiento mental implica re-pensar una práctica, una disciplina como el Trabajo Social, que conjuntamente a otras, generen nuevos conceptos para un abordaje acorde a la complejidad del problema..

Tener en cuenta la estructura psíquica de quienes padecen el sufrimiento, la consecuente ausencia de vínculos sociales que la caracteriza, hace que las intervenciones deban pensarse como “invenciones colectivas” para dar una respuesta acorde a lo que por derecho como seres humanos tienen, independientemente de las dolencias que padezcan.

Se entiende que el Trabajo Social en Salud Mental y su intervención específica deben ser pensados desde la condición de historicidad, en términos de un tiempo, un espacio, un contexto determinado, cuyas prácticas son planteadas desde una construcción conceptual de lo real. Dicha construcción conceptual está determinada por un conocimiento profundo y globalizado del fenómeno.

Ahora sí me referiré al trabajo emprendido, desde la Intervención profesional, en la pretendida práctica de desinstitucionalización, específicamente con pacientes sicóticos, conjuntamente con el equipo de Salud Mental al cual pertenezco.

Cuestión que implicó poner en marcha distintos mecanismos que permitieran inscribir el tratamiento de las personas que padecen sufrimiento mental dentro de una práctica donde primara su subjetivación y sus derechos como persona.

Específicamente traté de re-instalar el lugar del Trabajo Social, interviniendo desde dos ejes, uno en lo que fueron las situaciones particulares con cada paciente y otra respecto a la creación de proyectos desde lo Institucional, esta división se hará en términos de una “abstracción metodológica para permitir el análisis”, dado que en las intervenciones se entrelazan de manera constante. Vale aclarar que en ambos casos la prioridad era el trabajo conjunto con psicólogos, psiquiatras y enfermeros del equipo, con los que compartiéramos aunque más no fuera, “la impotencia que da el manicomio.”

“Por lo complejo que es la problemática del abordaje terapéutico de las personas que padecen un cuadro sicótico, donde uno de sus síntomas, la pérdida de lazo social atraviesa a veces como un determinante la vida de las personas en tratamiento, es que aparece la necesidad o el desafío de hacer dicho abordaje en forma interdisciplinaria.”²⁹

Si bien la interdisciplina no puede salvar lo insalvable, puede implicar un acercamiento dentro de la fragmentación de distintos abordajes disciplinarios a los cuales muchas veces es sometida una misma persona en su recorrido por una Institución Pública de Salud.

En lo que respecta a prácticas en situaciones particulares, me explayaré con algunos ejemplos:

²⁹ M.Arzuaga “La interdisciplina en Salud Mental” Disertación en las Jornadas Interinstitucionales 2003 “Psicología y Contexto Social” II Simposio del Colegio de Psicólogos de Bahía Blanca- Distrito I. X Jornadas del Programa de Salud Mental y Adicciones de la Municipalidad de Bahía Blanca.

_ Con un paciente, 45 años aproximadamente, 6 años de internación, (año 1990) con una patología que si bien la mantenía, (psicosis, con un delirio acotado pero permanente) le permitía manejarse dentro de lo que la sociedad llamaría, con “normalidad”, al punto de ser el que, en los primeros talleres tenía las llaves de las puertas, aún cuando permanecía la política manicomial en la Institución... Contaba con una casa y una madre dispuesta a alojarlo, de hecho la visitaba semanalmente. El paciente tenía, además de su intervención del Juzgado Civil por su internación, una causa penal de un delito menor (rotura de vidrios de una vidriera, en un momento de crisis, 6 años antes.) Pero quien pedía informes y sostenía la internación era el juez penal.

Concertamos una entrevista con dicho Juez Penal que entendía en la causa, asistimos con el psiquiatra que atendía en ese momento al paciente, con quien compartíamos el criterio de externación del mismo, fuimos con el planteo de que el paciente podía vivir en su casa, con su madre, con su pensión por discapacidad, y continuar con el tratamiento ambulatorio.

El Juez, después de escucharnos hablar, nos respondió: “...si consideran que es así revoquen el Juicio de Insania, lo externan, que sea punible, cumpla su pena...”

Esto nos cerraba el camino, por el que intentábamos, que continuara con su tratamiento, justificada estaba su insania, pero no su privación de la libertad.

Dice Cárdenas al respecto de las Internaciones: “...la internación de un enfermo mental no está de ninguna manera determinada por su sintomatología (de dos pacientes con iguales síntomas, uno es internado y otro no), sino por la gravitación de otros hechos y circunstancias no médicas.....”

Este caso, muchos años después, cuando instrumentamos Hogares alternativos fue una de las personas que pudimos por esa vía y dándole intervención al asesor

y al Juez Civil, concretar su externación, actualmente continúa viviendo en su casa, se atiende en un efector privado en forma ambulatoria.

En muchos casos trabajamos en entrevistas conjuntas con el psiquiatra, dado que ya no era una cuestión de tratamiento individual, sino de estrategias para restituir algo del afuera que pudiera permitirnos la externación y su sostenimiento en el tiempo.

Otra práctica que se estableció como cotidiana fue el trabajo junto a otros "representantes" de los pacientes, sobre todo con la Curaduría Oficial de Alienados, en el tratamiento de sus representados internados, que nosotros llamábamos "sin necesidad de internación".

Recrear las redes de comunicación, que si bien estaban, había conflictos que hacían dudar que llegaríamos a compartir criterios, se trabajó con reuniones a las que concurríamos con el jefe de Servicio, donde, en principio "despejábamos" discursos. Se había llegado a un desentendimiento de cuestiones tan obvias como lo que cobraban los pacientes. Esto se había transformado en un elemento de lucha casi campal. La Curaduría aportaba a la Sala elementos para los pacientes, muchas veces sin consultarlos, ni siquiera a los enfermeros de cuales eran las necesidades, y en el Hospital se habían tejido una serie de "fantasía" respecto a lo que percibían los pacientes y a la "manipulación" que se hacía de ese dinero.

Al cabo de una serie de reuniones, al principio con mucha resistencia, después compartiendo algunas preocupaciones, fuimos por un lado acordando las necesidades de los pacientes para el uso del recurso y por otro informándonos del ingreso real que, la verdad era mínima, con lo que el aporte que hacía la Curaduría era con el máximo esfuerzo. Finalmente y en la época de mayor esplendor de los Hogares, pudimos externar paciente con el aporte conjunto de dicha Curaduría.

Teníamos otro paciente de aproximadamente 48 años, que según el discurso del sector “manicomialista”, “era un manipulador”, era una persona “sin diagnóstico médico”, lúcida, pobre, sin familiares, se había venido de la Capital, lo habían encontrado en la calle un poco “delirante” y llevaba 3 o 4 años de internación en mis inicios profesionales. Se decía que era pintor, de hecho tenía algunas pinturas hechas por él, pero en la institución no producía nada.

No teníamos ningún recurso para sostener su externación, lo contacté, por su costado artístico con una radio popular de la ciudad, las reuniones a las que empezó a asistir eran de noche, lo tenía que ir a buscar, pero además y por decisión de la “Caba”, no se le guardaba la cena, con lo que en más de una oportunidad “practicamos” su externación cenando en algún restaurante donde lo llevaba a cenar. A esto me refiero con prácticas manicomiales.

Dice Rodríguez Ponte...“.....hay verdad en lo que el hablante dice.....la posición del psiquiatra reniega de esta suposición, situando al loco en la posición de objeto constituido, no hay nada para escuchar. No importa como definamos esta locura, si como un “proceso orgánico” o como un “proceso psíquico” resultado de un “mecanismo” del que está excluida toda posición subjetiva...”

Este tiempo de transición en mi posición profesional, así como en los discursos de los demás profesionales, permitió ir modificando nuestras prácticas, a veces con aciertos y muchas con errores. Fui testigo de los cambios de posición de muchos de ellos, que por distintas razones se fueron acercando al desarrollo de esta nueva forma de prácticas subjetivantes, que de hecho y en otros espacios (consultorios externos, alcoholismo, etc.) ya venían gestándose con anterioridad.

IV.4) CRISTALIZACIÓN DE UNA PRÁCTICA SUBJETIVANTE: LOS TALLERES

En lo que respecta al abordaje interdisciplinario de la problemática institucional, desde mi rol como Trabajadora Social, hubieron diferentes tiempos, luego de muchos intentos aislados de trabajo de grupos y talleres, organizamos dos, significativos para mostrar el proceso del que hablo.

Dichos talleres de arte y de producción respectivamente, fueron organizados de manera conjunta con una residente de psicología que rotaba por la Sala, El primer objetivo que pretendíamos era sacar a los pacientes del lugar físico del manicomio, dado que cualquier intento de trabajo al interior de dicha Sala quedaba reducido a las normas caprichosas que se ejercían en la misma.

Se utilizó un edificio de una Sala contigua, que estaba abandonada, lo iniciamos trasladando a los pacientes y realizando actividades de música (la psicóloga sabía música) y de expresión corporal y alguna técnica teatral (yo tengo algún manejo al respecto).

La consigna era “estar en otro lado” en lo real, para quizá pensar otro lugar subjetivo, allí donde quedaban arrasados, como deshecho, habilitarle un lugar de sujeto con derecho. Cruzábamos todo un patio para llegar al lugar donde realizábamos el taller, se anotaron alrededor de 15 pacientes. Marco esto porque en una experiencia anterior con Talleres traídos por Formación Profesional, tuvieron que cerrarlos dado que participaban 3 pacientes, o a veces menos.

La consigna era que fuera voluntario, nadie tenía la obligación. Al principio llegaban y reproducían las mismas formas conductuales de la sala, no se movían, pedían permiso para cualquier acto, no tomaban mate, estaban callados. Se les planteó la posibilidad de traer mate y que tomaran cuando quisieran, esto estaba prohibido

por las normas de la Sala, hasta entonces siempre había horarios para el mate. En las primeras reuniones no había ningún orden en lo que se hacía, la mayoría miraba, cuando lograron quebrar la barrera de lo “supuestamente prohibido” tuvieron un tiempo de tomar mate y hablar. Nosotros proponíamos la actividad, siempre con la misma rigurosidad, una introducción un desarrollo con objetivos y un tiempo de relajación, poco a poco fueron incorporando las consignas, y pudieron empezar a esperar para el mate, ya no por una imposición sino por sus ganas de hacer lo que se estaba proponiendo, escuchar música, cantar, hacer ejercicios corporales.

A modo de anécdota les cuento de Alba, pte.. De 53 años (año 1993), con un diagnóstico médico de psicosis, nadie sabía muy bien porqué estaba allí internada, no le conocíamos familia y ella refería que era de un pueblo de Chubut pero que “esa provincia ya no existía en el mapa de la Argentina”, entonces no daba más referencias. Siempre estaba enojada, sistemáticamente iba al taller renegando, sobre todo de nosotras, decía durante toda la actividad, que por supuesto no hacía, “esto es una pavada, que se creen ustedes que yo voy a hacer eso...”, un día se le dijo que no era obligación ir, que se podía quedar en la Sala, y se le preguntó por que venía: respondió “es una pavada pero me gusta”.

El enojo tenía sus razones, después de mucho trabajo dimos con su familia, quienes supuestamente la habían internado en una Clínica Privada de la Ciudad de Bahía Blanca y no habían sabido más de ella, se hicieron acuerdos con la Provincia de Chubut y hoy Alba está en su “provincia recuperada”.

La práctica de talleres generaba “movimientos” en la Sala, nos enteramos que al principio se les decía a los pacientes que “debían” ir al taller, se los hostigaba con esto, pese a que nosotras habíamos dejado claro que era voluntario. Cuando

advirtieron que no les representaba un pesar a los pacientes sino todo lo contrario “deseaban” ir, nos enteramos que era usado como elemento de castigo, “si no haces lo que se te dice no vas al taller”

En lo que respecta a los talleres de producción fueron dos con los que iniciamos, uno de garrapiñadas (la psicóloga tenía la receta” y uno de alfajores caseros (un paciente panadero fue el instructor). Tal vez por la espontaneidad de las actividades que emprendíamos o porque nos habitaba algo del saber psicoanalítico, hicimos un claro intercambio de saberes, y la no sólo quedó en acto el lugar de la palabra del paciente sino que nos sometimos a su saber.

Siguiendo la línea de correrlos del lugar real del manicomio, pedimos autorización a los jefes para utilizar la cocina de otra Sala (Agudos), para realizar las garrapiñadas. Los integrantes de este taller eran de la Sala X, (manicomial). Entonces nos trasladábamos con ellos hasta otro edificio. El taller de Alfajores lo realizamos con pacientes de la Sala de Agudos (aunque eran crónicos en la internación), y los trasladábamos a la cocina de la Sala X, que al ser de “otro lado”, no quedaban bajo el mandato de la Jefe de Sala.

Acá quiero marcar lo que serían prácticas manicomializantes de aquellas que serían subjetivantes.

Entiendo que sin esta subjetivación previa, no se puede pensar en alternativas de externación, si la persona no recupera “algo” de sus subjetividad, por más precaria que sea no se puede restituir lazo alguno.

En el año 1993, ya estábamos en movimiento y se iniciaron los primeros indicios que permitían pensar en estrategias individuales diferente. Digo individuales porque no teníamos el poder suficiente como para plantearnos estrategias institucionales,

si bien si pueden llamarse interdisciplinarias, ya que analizábamos y decidíamos de manera conjunta, con el psicólogo y el psiquiatra.

Los talleres productivos, después de una lucha institucional interesante, permitieron tener un ingreso que era distribuido entre los pacientes. Llamo lucha institucional a la circunstancia que fue necesario atravesar para que el dinero llegara como tal a los pacientes y no que entrara a la Cooperadora y de ella se le compraran “cosas que necesitaban los pacientes”. El planteo desde nosotros era: por un lado si lo que queríamos era que los pacientes aprendieran a “circular por el mundo”, en el mundo capitalista “circulas con dinero”, si bien no era mucho a lo que accedían con la venta de lo que producían, considerábamos que les pertenecía; y por otro la subjetivación que permite “elegir”, cuando uno tiene la capacidad de elegir, pone a prueba algo del orden del deseo (tan desdibujado en la psicosis), mientras que si es otro el que decide por él, por más acertada que sea la elección, siempre arrasa cuando lo hace en su nombre.

De estas prácticas, evaluamos que, después de 6 meses había algunos pacientes en condiciones de probar externaciones, era difícil las internaciones judiciales, había que hablar con el Juez, con el Curador en caso que lo hubiera y trabajar arduamente en los argumentos, si bien en la interpretación de Cárdenas la ley y el juez deberían:...”disponer de oficio todas las medidas apropiadas de que las internaciones se limiten al tiempo indispensable requerido por las necesidades terapéuticas...”

Sin entrar en un análisis detallado de las leyes que regulan la atención en Salud Mental, nos permitimos realizar un recorte del Código Civil de su artículo 482, donde dice “.... debiendo designar un defensor especial para asegurar que la

internación no se prolongue más de lo indispensable y aún evitarla; si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos...”

Este último párrafo del Código Civil es el que justifica la internación, en términos Judiciales.

Nadie estaría en desacuerdo con semejante afirmación, pero si analizamos la variable psicopatológica, con la falta de lazo social propia de las psicosis, la variable familiar, actualmente caracterizada por resquebrajamiento de su estructura, con la consecuente labilización de las mismas que se manifiesta en la pérdida de continencia hacia los miembros más frágiles, y un sistema social fragmentado, incapaz de sostener a los grupos más vulnerables, queda expuesto que la única salida posible es la no salida de la Institución

En este marco y ya con el aval de la Dirección planteamos los logros de algunos pacientes y en fiel término de intercambio propusimos, externar algunos de ellos y que ellos se comprometieran a pagar talleristas especializados que nos acompañaran en este proyecto. Hicimos un acuerdo y nos nombraron a dos talleristas. Ampliamos los talleres.

En este tiempo ya habíamos logrado algún efecto en la estructura de poder de la Sala X, sala manicomio, el Jefe se había ido (por razones personales), y la Jefa de enfermeras o “Caba” estaba acotando su accionar, hasta que, por una denuncia “extraoficial” de maltrato que hizo una enfermera, y con la amenaza de denunciarlo directamente al Juez se tomó, por parte del Jefe de Servicio la iniciativa de moverla del lugar, conjuntamente con el resto del personal que le respondía en su metodología.

Los talleres nos permitieron además presentarnos en otros lugares de la comunidad: participamos de una FERIA DE LA CULTURA, que se realizaba en una plaza céntrica de la ciudad.

Por primera vez en años, muchos de los 25 pacientes que llevamos iban “al centro”. Tal vez por “la irresponsabilidad que da el deseo y la certeza de una buena causa” no pedimos autorización a los Jueces, solamente con el aval del Jefe de Servicio y de los Directores, conseguimos combis, (no era “subjetivante” llevarlos en ambulancias), y nos trasladamos con nuestros productos artesanales a la Plaza del Sol de Bahía Blanca.

Llegar allí fue como llegar al sol, hicimos un trabajo previo, con las enfermeras primero, y con los pacientes después. Nos dirigíamos a un lugar público de la comunidad, a exponer nuestros productos y a exponernos nosotros, había que “guardar alguna forma.”

Cuestiones cotidianas para los que vivimos en una comunidad pasaron a ser de un trabajo impensable para esto. Tenían que vestirse, no de cualquier manera como estaban en el manicomio, debimos trabajar con las enfermeras para que les ayudaran a vestirse y a las mujeres a pintarse, discretamente. La idea era que se integraran y no que quedaran excluidos desde algo tan simple como su imagen. Implicó ver a psicólogos planchando ropa, al Ingeniero Agrónomo tratando de elegirle y ayudarles a vestirse a algunos hombres. A las enfermeras trayendo espejos de sus casas para que las pacientes se vieran, Conseguir dinero para que comieran, la Feria de la Cultura era de noche, debíamos cubrirle la cena, etc.

... Y así logramos las primeras salidas.

Fuimos trabajando la externación de los primeros tres pacientes sin apoyo familiar, estos venían al Hospital a hacer los talleres, a continuar su tratamiento y a llevarse

la medicación. Las condiciones de externación fueron muy precarias, a veces se tenían que llevar la comida del Hospital. Estas externaciones, se acordaron, además con la Curaduría que un tiempo después logró subsidios para los pacientes, lo que garantizó su permanencia afuera.

Los talleres se incorporaron a la Sala donde funcionaban los otros, se incorporó uno de jardinería, huerta y uno de alfarería. Estos si bien funcionaban con un tallerista idóneo en la materia, los acompañábamos profesionales, que trabajábamos en los talleres como un alumno más. La distribución del saber y del poder, quedaba de esta manera repartida, mostrando nuestra falta en lo específico del saber de otro.

Cuando marco la cristalización de una práctica es porque creo que en términos institucionales, solo cuando la palabra se hace acto, marca un cambio. Con esto quiero decir que, cuando se pudo poner en acto el derecho del paciente a recibir un dinero y gastarlo en lo que quiera y se actuó la elección, marco un cambio en la posición de aquellos que no le permitían elegir argumentados en la falta de capacidad del paciente, al que por otro lado (su incapacidad) la misma ley escrita, legitima.

IV.5) UN HITO EN LA INSTITUCIÓN ¿Única manera de lograr un cambio?

Del neuropsiquiátrico monopólico y manicomial a la internación de pacientes en las Salas del Hospital general, que actualmente se hacen, fueron muchas las transformaciones que se hicieron en la estructura asistencial.

Dentro de las salas netamente manicomiales comienzan los primeros movimientos tendientes a la desinstitucionalización, creándose espacios donde los pacientes empiezan a tomar la palabra.

La ausencia de lazo social, característica sintomática en las estructuras psíquicas de las psicosis, implicó un trabajo concreto de restitución de vínculos apelando a todos los recursos disponibles.

El riesgo que se corre en la implementación de políticas de reinserción, fieles al modelo neo-liberal en Salud Mental, y lamentablemente no estamos ajenos, es el retorno indiscriminado a los grupos sociales de origen, delegando de esta manera en las comunidades el cuidado de la salud.

Tener en cuenta esta delgada línea que divide una práctica subjetivante, que tienda a la restitución del lazo social, de aquella que refuerza y sostiene al modelo, ocultando su feroz contradicción, constituyó el gran desafío en mi práctica como Trabajadora Social en el marco del Servicio de Salud Mental.

Es válido aclarar que por estar dentro del sistema público de Salud del Estado, no escapamos ni somos ajenos a la realidad y consecuente achicamiento, y padecimiento del que son objeto las políticas sociales en el tiempo transcurrido en nuestra práctica.

La transformación de la lógica institucional fue marcada por un hito que determinó un nuevo posicionamiento de la Dirección del Hospital, concretamente me estoy refiriendo a una denuncia, que "sin intención explícita" de todos los profesionales del Servicio sobre la deficiencia de la calidad de vida de los pacientes en la Sala X en el año 1997. Así se produce una participación activa del director del hospital en el Servicio de Salud Mental, quien se hace eco de nuestra propuesta y asume la decisión política de acompañar el proceso de reestructuración del manicomio,

(sabemos que es una lucha que debe moverse a niveles científicos y políticos juntos.).

En los tiempos anteriores a la creación de los hogares del P.R.E.A., los directores no veían al Servicio de Salud Mental como un “problema”, hasta que por una carta de denuncia de la situación de la internación, mandada por el equipo a los Jueces de un Tribunal de Familia de esta ciudad, que llegó a la Corte Suprema y posteriormente al propio ministro de salud de la provincia de Buenos Aires, fueron convocados para dar cuenta de lo que estaba ocurriendo.

Las primeras reuniones se sucedieron en el marco de una situación de contrariedad por parte de los Directores por la denuncia que se había realizado desde el Servicio. Hubo una especie de “intervención” al Servicio de Salud Mental en general.

Las primeras reuniones fueron generales, se revisó la situación de cada área, la sala de Agudos contaba con 28 camas, las cuales estaban completas y con un promedio de internación de 6 años, aproximadamente. La Sala de Rehabilitación y auto cuidados, (crónicos), con una capacidad de 55 camas. Su ocupación era completa y con un promedio de internación de 8 años y ½ aproximadamente.

Por su parte la Guardia de Salud Mental, integrada a la Guardia General del Hospital, ocupaba casi la totalidad de las camas.

Hubieron diferentes tiempos institucionales, se crearon dispositivos intermedios de externación, se instrumentó un Sistema Alternativo de Externación y Rehabilitación Asistida, con Hogares en la ciudad sostenidos por el equipo de Salud, pensados como parte de un proceso de reinserción social.

Se estableció un fluido diálogo con el Poder Judicial, con quienes fue necesario hacer acuerdos para poder llevar adelante esta nueva forma de abordaje de las personas con padecimiento psíquico.

Difícil es analizar aquello de “atrás del muro”, y los mecanismos que operan para su sostén. Cuando se esconde al que está segregado de la sociedad, difícilmente sea dicho en esos términos, sino que se dice para su propia protección. Tal vez esa “posición del psiquiatra” dicha por Lacán es la que se representa en estos actores y sus discursos que por omisión acompañan el mantenimiento del muro, hasta quizá sin saber.

IV.6) CONSTITUCIÓN DE LOS HOGARES PARA LA EXTERNACIÓN DE PACIENTES. UN PUENTE HACIA LA COMUNIDAD.

Quizá en”.....derribar ese “muro” , consista el desafío, porque es la única posibilidad que tenemos de construir un acceso posible que nos permita acoger la palabra del loco en su valor de testimonio.....” Y a partir de ello su lugar social.

Desde la dirección del hospital se promovieron los dispositivos de rehabilitación que se venían gestando en el equipo de salud mental.

En el marco del hito nombrado, y como salida de emergencia para la terrible situación de exceso de pacientes para la capacidad hospitalaria se tomó una decisión de emergencia, llevar pacientes a diferentes pensiones de la ciudad, donde se los alojara, quedando bajo nuestra responsabilidad en el tratamiento.

Así comenzó lo que luego tomó forma de S.A.E.A. Sistema Alternativo de Externación Asistida en el año 1998, sostenido con el presupuesto hospitalario.

Fue el primer intento real de trabajo comunitario para la externación, único modo a mi entender de realizar una verdadera reinserción social.

En 1999 el ministerio de salud de la provincia de Bs. As. Creó el P.R.E.A. (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida), y el proyecto se enmarcó dentro de este Programa Provincial.

Me atrevo a transcribir dos párrafos del PROPOSITO del P.R.E.A.,

- “El programa se propone la externación y reinserción social de pacientes de mediana y larga internación a través de la promoción organización e instauración de dispositivos alternativos de atención a desarrollarse en la comunidad, ...
-La puesta en marcha de este Programa implicará la reasignación del gasto en Salud Mental....”

Y de los DESTINATARIOS del P.R.E.A.

- “Pacientes con internaciones de mediano y largo plazo que no padezcan inhabilidades extremas que impidan su autovalimiento básico o impliquen factores de riesgo conductuales.
- La población de pacientes a la que va dirigido este programa, se caracteriza por ser carente de ingresos económicos, siendo totalmente dependiente de la institución, lo que hace necesario subsidiar la externación.”

Dentro del marco de este Programa, con acuerdo en todos sus lineamientos pero sin presupuesto propio, no logramos llegar a la “reasignación del gasto en salud mental”, se inició la etapa de externación, se crearon Hogares, eran familias particulares que alojaban a los pacientes, recibían un pago por paciente, se comprometían a darles casa y comida y el tratamiento, seguimiento y medicación estaba a cargo nuestro.

Llegamos a externar 50 pacientes, lo sosteníamos un psiquiatra dos psicólogas, una trabajadora social y once Acompañantes Terapéuticos.

El Equipo Asistencial realiza las entrevista de admisión, la asistencia clínica, ambulatoria y domiciliaria, diagramación de actividades de los pacientes, coordinación del funcionamiento de los hogares, la búsqueda de recursos para sostener actividades, relaciones interinstitucionales y comunitarias.

Los hogares se encuentran ubicados en distintos lugares de la ciudad, están a cargo de personas de la comunidad que mediante un contrato con el hospital se hacen cargo de brindarles el servicio de alojamiento, cocina, contención y asistencia general.

No fue de ninguna manera fácil la “inserción” literal de los hogares en algunos barrios de la ciudad. En algunos tuvimos manifestaciones desde las Sociedades de fomento, que con preocupación pensaron que iba ha haber “un problema en el barrio”. Logramos, con el tiempo y mucha explicación, no solamente que los aceptaran, sino que los quioscos le dieran cosas a cuenta o que algún negocio los tomara para trabajar.

Dice Goffman: “Los griegos....., crearon el término *estigma* para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba.....Los tipos de males que generan preocupación han cambiado.....”³⁰

Tal vez cambiaron algunos males, pero el rechazo del estigma, o el del estigmatizado, en particular el de la locura continúa haciéndose evidente en la sociedad actual.

³⁰ E.Goffman “Estigma” Amorrortu Editores.Bs.As. 2006

Fueron ocho Hogares, el máximo a lo que llegamos con este Programa que por supuesto articulaba y articulan actualmente con el Hospital de Día.

Por circunstancias que no vienen al caso, nos enteramos que se desocupaba un edificio del Hospital, lo pedimos y la Dirección, después de mucho tiempo de trámite, nos lo concedió.

Nos permitió así crear el Hospital de Día, que se conserva hasta la actualidad, fue precaria su estructura, atiende más que nada como un Centro de Día, pero sigue siendo un dispositivo de suma importancia para los pacientes. Allí hacen actividades, retiran la medicación, almuerzan y son escuchados como usuarios de un Servicio al que tienen derecho.

.- Es la Sede del Programa. Denominado “un lugar para los que no tienen lugar”, funciona como dispositivo diurno al cual concurren los pacientes que viven en los hogares del Programa así como otros que pueden estar con sus familias. En el Hospital de Día se realiza tratamiento psiquiátrico, psicológico y social, y distintos talleres a cargo de instructores especializados.

El dispositivo apunta a la creación y sostenimiento del lazo social.

El Hospital de Día tiene otra función fundamental, provee de medicación a los pacientes que asisten. Esto tiene dos aristas beneficiosas: 1) el Hospital es el único efector público que entrega psicofármacos en la ciudad, pero a su vez tiene dos modos de proveerlos, en internación y por consultorios externos. Con la entrega en el Hospital de Día, logramos incorporar a los pacientes ambulatorios que asisten dentro de los cánones de internados, con lo cual garantizamos la existencia (la de consultorio externo es la primera que falta) y 2do. evitamos el “peregrinar” de recetas, turnos, colas y todos los ingredientes que caracterizan la entrega de medicamentos en este Hospital.

Por supuesto que no escapa a las características impresas por las políticas actuales, no cuenta con recurso humano incorporado al personal estable del Hospital. El recurso humano que lo sostiene es por convenios extra- hospitalarios ad-honorem, con la inestabilidad y precarización que eso implica.

IV.7) UN CAMBIO EN “LAS PALABRAS” DE SUS PROTAGONISTAS: LOS PACIENTES.

“JUANA: de 43 años, vivió toda su vida encerrada, con la madre en su locura, sin contacto con el afuera. La basura acumulada en su interior hasta quedar restringidas a una habitación de la casa. Llena de voces y quietud, es internada.

Hoy vive en un hogar, se maneja en la ciudad, dentro de las actividades institucionales concurre al hospital de día, solicitó estudiar secretariado de consultorios, recordando que era una actividad que realizó en algún momento de su vida.

LUCIA: paciente que vivía presa de voces que le hablaban desde su próximo velatorio, diciéndole de su olor ha podrido. Solo podía quedar encerrada para intentar evitarlo, permaneciendo así eternamente internada. Hoy se abrieron lugares nuevos para ella por los que circula rearmando su imagen corporal con otra mirada sobre sí misma. Es la más coqueta del P.R.E.A., concurre a curaduría a retirar dinero y se compra ropa en las tiendas de la ciudad. En este tiempo las voces cedieron.

MARIA Y LUIS: pacientes que vivieron durante muchos años en la sala de crónicos, sin verse. Poco a poco se fueron mirando, se interesaron el uno por el otro, se enamoraron. Se externalizan para irse a vivir en pareja y simbólicamente formalizan su

casamiento. En este acto, son acompañados por uno de los directores del hospital, la secretaria de la dirección, el contador del hospital, y algunos familiares y amigos.

LUCRECIA, GUSTAVO Y MARCOS: son personas en las cuales queremos hacer una lectura social de cómo la locura los ubico en un lugar de protagonismo marginal. Los tres, en algún momento de su historia, previa a las internaciones, fueron noticia en los medios de comunicación. Lucrecia, por vivir en la plaza Rivadavia, durante seis meses, finalmente, realizo un intento de suicidio en el que significativamente se arrojó desde el puente “La Niña”. A Gustavo se lo nombraba socialmente como “el lobisón” o “la llorona”, porque deambulaba por las calles de la ciudad sucio, con el pelo muy largo y con un llanto de gemido. De él se decía que tenía la intención de asustar a la gente. Quizás, la gente se asustaba al verlo. Marcos vivía dentro de un tacho de basura, se alimentaba de los desperdicios y algunos perros, por eso se lo llamaba “el come perros”.

Hoy, es otro el lugar el que tienen en la sociedad, ya no tan público. Lucrecia, vive en una pensión, trabaja en un laboratorio del hospital y recupero la relación con sus hijos; Gustavo, vive con compañeros en una casa, se ocupa de su higiene y cuidado personal, así como también de los quehaceres domésticos, trabaja en la venta ambulante, negocio que organizo, y sostiene solo. Marcos, vive en un hogar, ha organizado su vida y hábitos cotidianos, solicitó encargarse de la basura como su tarea de la casa, él es quien la saca afuera.

Pedro quien nos hizo pensar que había que abrir el P.R.E.A. a una mayor inserción comunitaria.

Pedro con diagnostico esquizofrenia tuvo una internación de mas de diez años. Panadero de vocación, fue cocinando, primero para nosotros, y después para otros, generando dinero con su producto. Un día desaparece del hogar. Nosotros

entramos en pánico, nos llama desde buenos aires para contar que se había ido a visitar a su hermano, al que no veía hacia décadas, y se había llevado la medicación, se pago los pasajes, (con el producto de su trabajo), se maneja en la capital federal, le pidió a un policía que cuide su sueño mientras dormía bajo un puente, en frente a la comisaría. Nuestra sorpresa, fue cuando le preguntamos porque no nos consultó, su respuesta fue “¡no!, si les decía, me iban a decir que no...”

Silvia, vivió en la sala de crónicos por doce años, su mundo consistía en circular de la cama a enfermería o permanecer parada en los pasillos de la sala. Hoy trabaja en la farmacia del Hospital y con el dinero que gana se compra cosas personales. Nos dijo: “vi. que la gente usa botas y fui y me las compré en un negocio del centro “. Este año empezó la escuela primaria de adultos.

RICARDO: paciente de 45 años, internado en la sala de crónicos desde el año 1990. Con un diagnóstico de esquizofrenia.

La abulia, el desgano y el no hacer otra cosa que pedir cigarrillos eran como pasaba sus días.

Fue 1 de los 2 primeros pacientes externados del programa.

En el primer tiempo vivía en un hogar, donde se trabajó sobre el cuidado de su higiene y su aspecto personal y la integración en el barrio.

Luego, se lo estimulo a realizar tareas domésticas, como hacerse la cama y lavar algo de su ropa, al mismo tiempo un tapicero del barrio le propone trabajar ahí y lo acepta. Al poco tiempo pide ir a la escuela, nos conectamos con una escuela pública, para hacer la escuela primaria de adultos. Hace 2 años que sostiene tanto su trabajo como la escuela.

El último año paso al dispositivo pensión, donde junto con otro 5 pacientes sostienen la casa.”³¹

IV. 8) EFECTO 2001, CAE UN PROGRAMA: QUE NO “ARRASE” AL PACIENTE. UN DESAFÍO.

En el año 2000 y hasta el 2001 el Programa, que llegó a tener 50 pacientes externados, viviendo en casas en la ciudad, con diferentes niveles de rehabilitación se siguió manteniendo con el aporte del Hospital.

En el año 2001 no quedamos, como programa fuera de las circunstancias particulares que vivía el País, eso tal vez nos daba, tristemente la idea de que estábamos dentro del sistema. (Tal vez en el manicomio esto no se hubiera notado).

En el año 2002 en el marco de la crisis del país el P.R.E.A., al no poder ser subvencionado por el Hospital inicia un paulatino achicamiento, con la amenaza cotidiana de su desaparición, en los términos en los que estaba planteado hasta ese momento.

Éramos conscientes que para hablar de rehabilitación en ese momento fue necesario que habláramos de otras cosas. Paralelamente al trabajo profesional, somos sujetos en esta sociedad en la cual se nos inhabilitan cada vez más nuestros derechos, y se restringen al extremo los recursos necesarios. Entonces como profesionales nos implicó afrontar un doble desafío: por un lado un desafío personal, cómo no perder el deseo propio, al ser sujetos sufrientes de las

³¹ M.Arzuaga, L.Bugna, A.Stasi Disertación “Pacientes crónicos en salud Mental” Consulta con Especialistas. II Congreso Interdisciplinario de la Salud de Bahía Blanca. 2 al 5 de octubre de 2001.

condiciones que padecíamos. Por otro el desafío profesional, es decir cómo pensar en términos de rehabilitación las intervenciones profesionales que muchas veces son por exigencias del sistema de salud de achicamiento de prestaciones.

Como equipo, tuvimos que esforzarnos mucho para seguir trabajando, con la reducción de un proyecto que fue creado y sostenido con el esfuerzo de todos, y cuyos resultados, en distintas circunstancias, superaron las expectativas.

Si bien no era la intención exponer lo que fue elaborar los distintos sentimientos por los que pasamos, se hace necesario nombrarlos para tratar de explicar lo que significa la búsqueda de intervenciones de rehabilitación cuando en sí misma, sabemos, la política es excluyente.

Tuvimos como equipo que reconsiderar la rehabilitación en psicosis...

La reducción concreta del número de hogares, llevó a la reubicación de los pacientes, para lo que tuvimos que pensar nuevamente también en aquellos que todavía seguían internados.

La situación institucional en estos cuatro años, si bien había cambiado, se había logrado la reducción del 50 % de las camas en la Sala de Rehabilitación y auto cuidado (Sala X) del Hospital, con lo cual y hasta la actualidad hay aproximadamente 20 pacientes en la misma, Allí se siguió trabajando con modos de rehabilitación, talleres, de hecho en el de lectura editaron un libro "Alas del Recinto", con poesía de los pacientes.

Pero las causas que determinan las internaciones prolongadas no pudieron modificarse, con lo cual el Servicio continuaba con sus camas internación completamente ocupadas.

Desde la dirección del Hospital se hizo un acuerdo con Zona Sanitaria a partir del cual Hospitales de otras localidades estaban dispuestos a recibir pacientes.

Realizamos un trabajo previo a dicha reinserción, priorizando en la historia personal de cada uno las posibilidades de regresar a su lugar de origen. Así se logró que algunas personas retomaran el vínculo con familiares que no se conectaban desde hace años.

En la necesaria reubicación de pacientes, el equipo evaluó caso por caso para quienes era menos costoso dejar el lugar que ocupaban, de acuerdo al tiempo y al momento de la rehabilitación en que se encontraban. Por ejemplo, si iban a la escuela o trabajaban en la ciudad, cómo pensar que su nueva vivienda no perjudicara el lazo social ya logrado. En función de este criterio, se los redistribuyó dentro del P.R.E.A y en otros sitios.

Dado que el Servicio se veía en la situación de generar lugares nuevos para alojar a algunos pacientes que no podían permanecer en los hogares, se utilizó la estructura del Hospital de Día como vivienda momentánea, ya que era lo más similar a la estructura cotidiana de una casa.

Se creó una residencia nueva en uno de los pabellones del viejo Hospital General, con una modalidad de hogar y no de sala de internación. Para esto se insistió en la refacción de la sala, así como que gente que trabaja en el hospital y la tiene como residencia, compartiera el lugar con los pacientes.

Varios pacientes comenzaron a vivir en el Hospital General, en el sector de Cuidados Mínimos (sector pre-quirúrgico), lo que implicó un trabajo con el personal de enfermería para preservar y sostener la forma de vida habitual que tenían (horarios, libertad de entrar y salir, juntarse entre sí, mirar televisión, etc.).

Desde lo político e interinstitucional se realizaron reuniones con representantes de todas las instancias posibles. Así la Curaduría, a cargo de un grupo de pacientes,

evaluó y reubicó en diferentes lugares a aquellos con cobertura social o con algún recurso económico.

Desde el primer momento se mantuvo a los pacientes informados de los cambios que debían hacerse en el programa, se habilitaron espacios de asambleas generales en el Hospital, donde se transmiten las novedades y se les escuchan sus opiniones, es decir se le hizo un lugar a su palabra.

Allí surgieron distintas posturas, preguntas, miedos, hubo quien propuso hablar con el Presidente y quien escribió una carta personal al Director del Hospital.

Quizá en el planteo de Pablo, quien después de muchos años de internación, vivía en un hogar, se pueda entender el lugar que hoy ocupan:

Después de una asamblea dice:

¿“Yo no entiendo, si al Hospital mantener mi lugar en un Hogar le sale \$ 250 e internado acá \$600, quién se queda con los \$350?”

Planteo que lejos estaba de ser delirante, fue real lo que el paciente decía, pero cuestiones de política Institucional no permitieron ni permiten sacar del Hospital ese dinero, por esa razón los Hogares fueron sostenidos por la Cooperadora del Hospital, con recursos propios.

Se convocó a los familiares de los pacientes, a la primera reunión llegaron tres. Las características psicopatológicas y sociales de la población que atendemos explican tal desvinculación, pero las reuniones continuaron.

Escuchados e informados desde otro lugar, hermanos, tíos, hijos de pacientes, expresaron la necesidad de ayudar a sostener un sistema que ellos veían había mejorado la calidad de vida de sus familiares, sin la culpabilización de nuestra parte, ni la presión a que se los lleven a sus casas.

Hoy pretenden conformarse como Asociación Civil de Familiares de enfermos mentales, para colaborar en el sostenimiento de este tipo de programas. Es decir, ya no solo el equipo de Salud Mental reclama un lugar para ellos.

Creemos que como profesionales y como sociedad debíamos reclamar el derecho del enfermo mental a recibir un tratamiento de rehabilitación acorde a sus posibilidades y a que uno de sus síntomas (la ausencia de lazo social), no los condenara.

También creemos que un Estado quebrado, ausente y sin ley nos empujó cada vez a prácticas tendientes a la custodia, al asilo y la exclusión.

Fueron épocas de difíciles de transitar desde nuestra práctica profesional, sostuvimos la rehabilitación desde el punto básico del derecho que creímos que como persona le asiste al paciente.

IV.9) OTRO HITO RESTITUYE UN LUGAR. LO POLITICO COMO DETERMINANTE.

Los Hogares y ya entrando en lo que respecta específicamente a las políticas de Salud mental, no es menor plantear que la única institución que se hacía cargo de la problemática de los pacientes del Servicio era desde un Hospital Interzonal.

La articulación para la inserción social, acuerdo con las Instituciones que determinan la Atención Primaria donde, sabemos se debe trabajar la rehabilitación, o al menos conjuntamente, no había podido darse. Es válido aclarar que en Bahía Blanca la Atención Primaria de Salud está a cargo del municipio y esté, hasta el año 2003 estuvo representado por un partido contrario al provincial, lo cual generaba un obstáculo infranqueable para dicha articulación.

En el año 1994 un médico, que había sido Director del Hospital, y había visto y acompañado el proceso de desmanicomialización pretendido, accedió al cargo máximo de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca, quienes tienen a su cargo la Estructura de Atención Primaria, que hasta el momento había presentado una total resistencia a acompañar el proceso por razones que trataré de develar desde el aspecto teórico.

Con el advenimiento de este funcionario, pudimos presentar un Proyecto que fue avalado por el Consejo Deliberante Municipal por el cual se hace un aporte económico a la Cooperadora del Hospital para la implementación de Hogares, dentro del mismo marco que se desarrollaban, para 30 pacientes aproximadamente.

Con lo cual en la actualidad se mantiene abiertos cinco hogares, con persona en diferentes tiempos de su rehabilitación.

Tal vez solamente aquel que opera con un saber frente a la psicosis o locura, o mejor un saber sobre su exclusión pueda, a partir de su discurso y de sus actos, acompañar el proceso a la desentitucionalización. Sin ser ingenua en el planteo y a sabiendas de cómo articulan las políticas neoliberales en la población donde el loco no escapa, tal vez con el cambio en algunas prácticas se logre insertar algo de esto.

Allí es donde ubico a los actores sociales de este proceso y en la importancia de algunas de sus decisiones que mencioné anteriormente. Una práctica subjetivante, sostenida por un equipo de técnicos y profesionales, a veces facilita (o presiona), para que la gestión política, en este caso se haga favoreciendo estos programas.

IV.10) EL “VUELTA A CASA”, UNA INCLUSIÓN MEREcida

A finales del año 2006 logramos incorporar, como Hospital un Programa del Ministerio de Salud de la provincia de Bs. As. que en inter-relación con el Ministerio de Desarrollo Humano se logra que las personas internadas en Hospitales Psiquiátricos accedan a una Beca, al momento de su alta, que les permita “retornar a su casa”, (pensando siempre en aquellas que “tienen casa”). Es decir donde el vínculo aún no se ha deteriorado tanto que pueda ser sostén de las personas que estuvieron internadas.

La Beca, aunque magra, (no logra lo mínimo necesario para la subsistencia de la persona), tiene algunos aspectos que pueden evaluarse como positivos. El beneficiario de la beca puede ser el mismo paciente, con lo que, entiendo, se le legitima un lugar de necesidad. El acta de compromiso que se firma tiene tres actores comprometidos: el paciente, el familiar y el Hospital.

En nuestro caso y a la fecha tenemos 49 pacientes aproximadamente incorporados al programa, de los cuales seis están en Hogares del P.R.E.A. y el resto viven en la ciudad.

En los inicios el compromiso de las autoridades del Hospital fue que se pusiera en marcha y que después se conseguirían los nombramientos de las personas que integrarían el equipo que le diera forma y sostén al Programa, hasta la fecha no se ha conseguido.

Quizá lo más interesante es que el Programa permite incorporar, sin pensar en insanias ni en largos trámites a las personas que con sufrimiento psíquico que no pueden ser externadas inmediatamente superado el período agudo. Con lo cual se le permite de manera bastante inmediata restituir algo de lo perdido en la internación.

Paradójicamente, se me hace necesario explicitar que dentro de los Programas de Salud Mental de la Provincia, este que tan buena crítica me hace darle, no consta con reglamentación en la Dirección de Salud Mental del Ministerio (al menos en sus páginas publicadas).

Actualmente más allá de los Hogares, el Vuelta a casa, el Hospital de Día y todas las prácticas que se intentan subjetivantes, no se ha logrado disminuir el número de personas que actualmente siguen institucionalizadas. Se refuncionalizó un Servicio en cuanto calidad de vida y atención de las personas que padecen sufrimiento mental, pero lejos estamos de una modificación que entiendo debe ser estructural desde el compromiso del Estado en la implementación de Programas de reinserción social.

V.- A MODO DE CONCLUSIÓN:

En este trabajo, donde plasmé una experiencia institucional, la mía, atravesada por lo metodológico y contextualizada en un marco conceptual, trataré de exponer alguna conclusión.

Defender lo Estatal como quien debiera responder ante la vulnerabilidad de algunos de sus miembros, no me posiciona en la defensa de los manicomios, me exige pensar en las prácticas contra-hegemónicas, en términos de practicas interdisciplinarias para profundizar su crítica y promover formas sociales, y en otros ámbitos para intentar su desarticulación.

Re-leyéndolo y teniendo en cuenta lo dicho, creo que este lugar que la sociedad históricamente y en la actualidad le da al sicótico o loco, plasmado desde las políticas de salud en instituciones totales, articula perfectamente con la estructura que portan, léase, “como resto”. Legitimado por el imaginario social, me arriesgo a decir desde el pensamiento de: “si la locura la tiene el otro, no la tenemos nosotros” Quizá solamente subjetivando nuestras prácticas, aunque no llegemos a cambiar las estructuras (por imposibilidad), logremos habilitar otro lugar que no sea el de “objeto de deshecho”. Si uno hace un análisis de la sociedad actual quizá entendamos que en estos tiempos, las villas (en tanto lugar de depósito para el “no trabajo”), los barrios marginados, sean los reales “manicomios actuales” y aquellas instituciones, de las que hablé estén felizmente condenadas a desaparecer tal vez por una razón no muy noble.

Retornando al análisis de este trabajo y de los manicomios como formas institucionales de darles marco a las prácticas de la Salud Mental, entiendo que los cambios en términos políticos en general darían fin definitivamente al manicomio. No obstante ubicándonos frente al “loco o sicótico” en otro lugar en nuestras

intervenciones generaríamos espacios que modificarían de manera determinante los “tratamientos” y fundamentalmente las vidas de estas personas. Otro punto que me parece interesante destacar, a partir de esta experiencia es que solo con el trabajo “en lo real” se logran rupturas en ese imaginario social, encontrando respuestas solidarias en la comunidad que no dejan, aún hoy de sorprenderme.

Me gustaría abrir algunos interrogantes en tanto profesional que conforma un equipo de salud con intervención en el tratamiento de la psicosis, parafraseando a Rodríguez Ponte:

“.....esta sería mi propuesta: reflotar algunas cuestiones preliminares, poder...poder identificarnos un poquito a los sicóticos ¿Por qué no decirlo así? Y esto ¿en que sentido? Bueno, ¿cual es el problema principal del psicótico?.....es que el sicótico no participa de la locura común.Lacán dicela locura, además de ser una virtualidad propia de la esencia del hombre, está más repartida de lo que creemos o de lo que queremos creer.....está la locura propia del hombre neurótico, está la locura propia de la subjetividad científica. Pero evidentemente el psicótico no comparte la locura común....”

Tal vez retornando el análisis al poder disciplinario de Foucault, a la posición del psiquiatra” de Lacán, a la Cuestión Social de Castel, a las prácticas contra-hegemónicas de Basaglia, al análisis político de Danani y Stolkiner y sobre todo al lugar de Derecho que debemos tener cada uno en tanto SUJETOS de esta sociedad nos permita ir fracturando estructuras represivas que todavía dan marco a nuestras prácticas.

Como trabajadora de la salud mental, como sujeto frente al otro se me hace necesario revisar mi posición ética al pensar la práctica desde una institución. Creo que debemos ser quienes sostengamos con nuestro deseo un cambio de posición

subjetiva y contextual que nos permita ubicar una práctica tendiente a ratificar algo tan básico como la posición de sujeto de aquel que padece un sufrimiento.

BIBLIOGRAFÍA:

AMICO, LUCÍA DEL CARMEN - "*La institucionalización de la locura*" - Editorial Espacio - Buenos Aires, Argentina - 2005.

BASAGLIA, FRANCO – "*L'istituzione negata*" Einaudi, Torino 1968.

BORDIGNON, ANDREA, CALVEYRA GRISELDA Y RICCIARDI MARTA - "*Salud Mental: época y subjetividad*" - Editorial HomoSapiens – Rosario, Argentina – Octubre, 2000.

CARBALLEDA, ALFREDO - "Salud Mental y nuevos escenarios sociales."

CÁRDENAS, EDUARDO y otros - "*El juicio de insania y la internación psiquiátrica*" - Editorial ASTREA – Argentina - 1985.

CASTELFRANCHI, CRISTIANO – HENRY, PAOLO – PIRELLA, AGOSTINO - "*L'Invenzione Collectiva*". *Per una Psicologia della rehabilitazione nella crisi della psichiatria Istituzionale* - Edizioni Gruppo Abele - Torino- Italia – 1995.

CASTEL, ROBERT - "*Las metamorfosis de la Cuestión Social*" - Editorial Paidós - Buenos Aires, Argentina. 1995.

CODIGO CIVIL ARGENTINO. Ed. Víctor P. de Zavalía S.A. República Argentina 1999.

COHEN, H., DE SANTOS, B., Y OTROS - "*Políticas en Salud Mental*" - Editorial Lugar – Buenos Aires, Argentina - 1994.

COOPER, DAVID - "*La muerte de la familia*" - Editorial PLANETA AGOSTINI - Buenos Aires, Argentina - 1979.

DE JONG, ELOÍSA ELENA - "*Cuestión Social, familia y Trabajo Social*" - Revista Margen de Trabajo Social - Año 2000.

FOUCAULT, MICHEL - "*El Poder psiquiátrico*" - Fondo de Cultura Económica - Buenos Aires, Argentina - 1ra. Edición 2005.

FREUD, SIGMUND - *"El malestar en la Cultura"* - Obras Completas - Editorial: Biblioteca Nueva – Buenos Aires, Argentina – 1988.

GAGNETËN, MARÍA M. - *"Hacia una metodología de sistematización de la práctica"* - Editorial Humanitas –Buenos Aires, Argentina - 1987.

GOFFMAN, ERVING - *"Internados" Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales."* - Amorrortu Editores - Buenos Aires, Argentina - 1988.

GRASSI ESTELA, HINTZE SUSANA, NEUFELD, MARÍA ROSA - *"Políticas Sociales, crisis y ajuste estructural"* - Editorial Espacio – Buenos Aires, Argentina. 1994.

KAËS, R. Y OTROS - *"La Institución y las Instituciones"* Estudios Psicoanalíticos. - Editorial Paidós - Buenos Aires, Argentina - 2002.

Laboratorio di filosofia contemporanea di Trieste. "FOLLIA E PARADOSSO"

Seminario sul pensiero de Franco Basaglia. Stampa Tipografia Adriatica, Trieste

Italia 1995

MATUS SEPULVEDA, TERESA - Conferencia *"Desafíos de la intervención social hoy"* - Neuquén, Argentina - Septiembre, 2000.

M. ARZUAGA "La interdisciplina en Salud Mental" Disertación en las Jornadas Interinstitucionales 2003 "Psicología y Contexto Social" II Simposio del Colegio de Psicólogos de Bahía Blanca- Distrito I. X Jornadas del Programa de Salud Mental y Adicciones de la Municipalidad de Bahía Blanca.

M. ARZUAGA, L. BUGNA, A. STASI Disertación "Pacientes crónicos en salud Mental" Consulta con Especialistas. II Congreso Interdisciplinario de la Salud de Bahía Blanca. 2 al 5 de octubre de 2001.

MOFFAT, ALFREDO "Psicoterapia del Oprimido. Ideología y técnica de la Psiquiatría Popular". Editorial Humanitas. Buenos Aires. 1988.

- Publicación semestral de practicantes en Instituciones Hospitalarias, PSICOANÁLISIS Y EL HOSPITAL, "*Las psicosis*" - Año 6 N° 11 – Buenos Aires, Argentina - Junio, 1997.

P.R.E.A. Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata 1999.

RODRIGUEZ PONTE, "PSICOSIS" La cuestión preliminar...y otras cuestiones." El Hospital en la Escuela Freudiana de Buenos Aires. 1998.

SAMAJA, JUAN - Cuadernillo de Curso de Postgrado en Metodología de la Investigación Científica. "Introducción a la Investigación Científica" – Inédito - Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina.

SAMAJA, JUAN – Cuadernillo De Curso De Postgrado En Metodología De La Investigación Científica. "Para Una Mirada Panorámica Del Proceso De Investigación" – Universidad Nacional De Entre Ríos, Argentina – 2002.

SAMAJA, Juan - Cuadernillo de Curso de Postgrado en Metodología de la Investigación Científica. "Todos los Métodos, El Método" – Inédito - Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina.

VEGH, ISIDORO - "*Una cita con las psicosis*" - Buenos Aires - 1997.

