

Sala abierta

Transformaciones en una Sala de Internación de Salud Mental

Alejandro Brain

Médico Psiquiatra. Psiquiatra de planta del Hospital General de Agudos “Dr. T. Alvarez” (GCBA). Miembro del P.E.F. y de A.P.S.A.

alejandrobain@hotmail.com

Gabriela Greggio

Lic. en Psicología. Psicólogo del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”.

gabrielagreggio@gmail.com

Luis Sanfelippo

Doctor y Lic. en Psicología. Psicólogo de planta del Hospital General de Agudos “Dr. T. Alvarez” (GCBA). JTP e Investigador de Historia de la Psicología, Cat. I. Fac. De Psicología. Universidad de Buenos Aires.

luissanfe@gmail.com

Resumen

En el presente texto, nos proponemos presentar y analizar una serie de transformaciones producidas en la modalidad de trabajo de una Sala de Internación de Salud Mental ubicada en un hospital general, el Hospital Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires. Intentaremos demostrar que los cambios, producidos en los últimos dos años, habrían alterado las tres dimensiones básicas de cualquier dispositivo “psi” (poder, saber, prácticas) siguiendo tres ejes determinantes: grupalidad, horizontalidad y apertura. Estas transformaciones se produjeron en consonancia con los principios generales de la Ley Nacional de Salud Mental (26657). No obstante, procuraremos justificar que no deberían ser interpretados como una consecuencia directa de su promulgación, pues también dependerían de procesos históricos y sociales más generales y de las condiciones específicas de esa Sala de Internación.

Palabras claves: Sala de Internación – Salud Mental – Poder – Saber – Prácticas.

Key words: Internment Room – Mental Health – Power – Knowledge - Practices.

Abstract

In the present text, we propose to present and analyze a series of transformations produced in the work modality of a Mental Health Internment Room located in a general hospital, Hospital Álvarez (Buenos Aires). We will try to demonstrate that the changes produced in the last two years would have altered the three basic dimensions of any “psi” device (power, knowledge, practices) and that they would depend on three determining axes: groups, horizontality and opening. These transformations took place in line with the general principles of National Law of Mental Health (26657). However, we will try to justify that they should not be interpreted as a direct consequence of their enactment, since they would also depend on more general historical and social processes and the specific conditions of that Internment Room.

Transformaciones en una Sala de Internación de Salud Mental

En el presente texto, nos proponemos presentar una serie de transformaciones producidas en la modalidad de trabajo de una Sala de Internación de Salud Mental ubicada en un hospital general, el Hospital Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires. Intentaremos demostrar que los cambios producidos en los últimos dos años se hicieron en consonancia con los principios generales de la Ley 26657, aunque no necesariamente deberían ser considerados como una consecuencia automática de su promulgación y aplicación. Es sabido que una ley no produce una modificación automática de conductas y de mentalidades, más aun cuando se trata de hábitos y concepciones fuertemente instaladas en ciertos sectores del terreno que se pretende modificar. Al mismo tiempo, ninguna ley surge de la nada. Menos aun la Ley Nacional de Salud Mental, que no solo supuso un largo proceso de construcción colectiva atravesado por tensiones e intereses sectoriales actuales, sino que también implicó la recuperación de una extensa tradición, fuertemente arraigada en la Argentina durante los '60 y principios de los '70, que fue interrumpida en gran medida por la feroz dictadura que azotó nuestro país.

De alguna manera, algunas de las tensiones y conflictos experimentados a nivel nacional no fueron ajenos a la micro historia de la Sala del Hospital Álvarez, aunque la orientación que tomaron las transformaciones locales no siempre coincidieran en tiempo y en sentido con los cambios externos. A su vez, consideramos que los propios actores (incluyendo quienes firman este texto) no siempre han sido conscientes de los procesos que estaban llevando adelante, cuyo resultado (siempre provisorio y pasible de sufrir nuevas alteraciones) sólo puede ser apreciado a posteriori.

En las páginas siguientes, intentaremos dar cuenta de las características principales de este lento y arduo proceso de reflexión y trabajo, plagado de tensiones y conflictos productivos, que en el transcurso de los últimos dos años supuso modificaciones decisivas en los tres ámbitos fundamentales que componen los dispositivos "psi": el poder fue redistribuido, los distintos saberes fueron interrogados y entraron en diálogo, las prácticas se ampliaron y se diversificaron. Al mismo tiempo, tres ejes principales parecen haber atravesado los cambios en esas áreas, a saber, grupalidad, horizontalidad y apertura.

Un poco de historia

La Salud Mental no nació con la Ley 26657. Más bien, sus orígenes históricos pueden ser rastreados hasta la mitad del siglo XX, en el contexto de la inmediata posguerra. Hasta entonces, las perspectivas biológicas y naturalistas habían sido predominantes en la psiquiatría asilar e, incluso, en el primer movimiento que planteó la necesidad de prevención, la higiene mental. Si aquella acentuaba, en términos generales, el papel de la herencia en la etiología de la locura codificada como enfermedades mentales, ésta proponía intervenir sobre los ambientes perniciosos que funcionaban como caldo de cultivo de la patología. Y, probablemente, no había para sus adherentes medio más nocivo que aquel que podía alentar la reproducción de aquellos individuos que portaban en su interior las marcas de un linaje defectuoso y que hacían peligrar el futuro de la raza. De esta manera, buena parte del mundo “psi” fundamentó y alentó las prácticas de eugenesia que, aunque estaban extendidas en buena parte de Occidente, alcanzaron un horror incomparable durante el régimen nazi.

En este contexto, en el año 1948, los psiquiatras, psicoanalistas, antropólogos y científicos sociales que iban a participar de lo que hubiese sido el Tercer Congreso Mundial de Higiene Mental decidieron realizar un

corte total con la anterior tradición, rebautizando el evento de Londres como Primer Congreso Mundial de Salud Mental (Vezzetti, 2016). Desde entonces, el movimiento de la Salud Mental alentó transformaciones que no se redujeron al plano terminológico o discursivo, sino que buscaron alterar los saberes, las prácticas e, incluso, las relaciones de poder que atravesaban el campo “psi”. Algunos de los cambios promovidos y materializados fueron:

1. Se produjo un cuestionamiento de los reduccionismos biologicistas para considerar la incidencia de los factores socio-culturales en los procesos de salud-enfermedad. En otras palabras, comenzó a pensarse que la patología psíquica no encontraría sus causas únicamente en la herencia biológica o en los mecanismos naturales, pues dependería también y *principalmente* de las marcas dejadas por la historia personal y familiar, de las redes de contención, de la perspectiva de futuro (o la ausencia de ella), del grado de inclusión social, de las condiciones materiales y laborales, de los recursos simbólicos, del acceso a la educación, de los modos colectivos de tratamiento del malestar vigente en toda cultura.

2. Se impulsó más decididamente que las iniciativas en salud mental no se redujeran a la cura de enfermos mentales. Es decir, se determinó la necesidad de ocuparse de otras formas de padecimiento que no se codificaban fácilmente en términos de enfermedad o trastorno, así como también de apuntar a la prevención del padecimiento y a la promoción de la salud.

3. Se desplazó el foco de intervención desde el paciente (atendido y entendido en forma individual) hacia cada uno de los ámbitos en donde se realiza la vida humana: la familia, los grupos, las instituciones.

4. Se incentivó a los profesionales a formarse no sólo en un discurso médico biológico sino en las ciencias sociales y el psicoanálisis.

5. Se impulsó fuertemente el trabajo interdisciplinario, no sólo con los psicólogos clínicos, sino también con los trabajadores sociales, los enfermeros y, posteriormente, con los terapeutas ocupacionales, los musicoterapeutas y un gran número de científicos sociales.

A pesar de las ideas dominantes en ciertos conflictos actuales, estas consignas no se plantearon contra la psiquiatría; más bien fueron muchos psiquiatras los principales impulsores de esta transformación. La

psiquiatría, entonces, no dejaba de intentar ser una ciencia médica; sin embargo, como afirmaba William Menninger (1948), se veía envuelta en la “necesidad” de ser también una “ciencia social”. Casi en paralelo a estos cambios, se descubrieron y desarrollaron los primeros antipsicóticos. Si bien la revolución farmacológica dio nuevos bríos a las perspectivas neurológicas y naturalistas, también favoreció el desarrollo de las estrategias desmanicomializadoras e inclusivas, pues permitía que muchos pacientes, antiguamente condenados al encierro indefinido, pudieran realizar tratamientos ambulatorios e integrarse a la vida familiar, laboral y social. La diferencia entre una perspectiva y la otra no residía en el recurso al fármaco sino en la entronización de este como único tratamiento o en su utilización como un elemento más dentro de una estrategia terapéutica múltiple y amplia.

Al mismo tiempo, el discurso de la salud mental encontró en el psicoanálisis un soporte teórico para discutir el carácter hereditario de la herencia, para concebir y abordar malestares y psicopatologías propios de la vida cotidiana, para discutir las fronteras nítidas entre salud y enfermedad, para pensar los lazos identificatorios y la influencia de lo social en el individuo, para operar sobre grupos, familias e instituciones. Pero, como resulta evidente, la doctrina y el movimiento psicoanalítico no

constituyen un campo homogéneo. La salud mental empujó a un sector importante del freudismo a romper con la ortodoxia del encuadre rígido y a ampliar la práctica analítica más allá de los límites del consultorio y de la reducción del sujeto al individuo. Así recuperaba dos puntos que para Freud eran centrales: en primer lugar, que el método psicoanalítico podría aplicarse no sólo en el tratamiento individual sino también en distintos ámbitos de la cultura y, en segundo lugar, que en lo tocante a los conflictos y las motivaciones inconscientes, no habría diferencia entre psicología individual y social. Ese movimiento, que promovía el diálogo con la cultura, con las ciencias sociales y con la política, iba en contra de una tendencia (muy extendida entonces y también en la actualidad) que medicalizaba al psicoanálisis y lo cercenaba a la psicopatología.

Durante la década de 1960, el discurso de la salud mental llegó a nuestro país y estuvo ligado a grandes transformaciones en las prácticas y los saberes psi, en un contexto de expansión e inserción del psicoanálisis en la sociedad, de reformas en las tradiciones psiquiátricas y de creación de las carreras de psicología (Dagfal, 2011; Carpintero & Vainer, 2004, 2005). Pichon-Riviere, Bleger, Kesselman, Goldemberg, Ulloa, Pavlovsky, los grupos Plataforma y Documento, algunos lacanianos que venían del marxismo althusseriano integran

una larga lista de nombres que defendieron, de distintas maneras y en distintos lugares, los principios de la Salud Mental. En la década siguiente, muchos de los lazos colectivos, de las intervenciones grupales, de las integraciones comunitarias propiciadas por esos saberes y esas prácticas fueron cortados trágicamente por la dictadura militar. El consultorio privado e individual constituyó, para muchos, un refugio ante la persecución y la masacre. Y los principios de la Salud Mental tardaron varios años en volver a brotar en el campo “psi”. La Ley Nacional de Salud Mental (n° 26657), sancionada en el año 2010 y reglamentada en el 2013, recupera y le otorga fuerza legal a muchos de esos principios. Creemos que, con mayor o menor consciencia de los que participamos en ello, un espíritu similar guió la transformación en la sala de internación de la que formamos parte.

Una sala que avanza hacia la salud mental

La primer Sala de Internación de Salud Mental del Hospital Álvarez fue creada a fines de la década del 70. Durante la primavera democrática se renovó con la incorporación de muchos profesionales jóvenes que generaron distintos equipos (admisión, familia, etc.) e implementaron diferentes prácticas (asambleas, talleres, grupos, etc.). Si bien algunas de estas actividades

nunca desaparecieron (como, por ejemplo, la asamblea de pacientes o algunos talleres aislados), con el tiempo los tratamientos se fueron centrando en la psicofarmacología, sostenida por los médicos, y la psicoterapia individual, conducida por los psicólogos. Al mismo tiempo, durante 25 años la jefatura de la Sala estuvo a cargo de la misma persona, un médico psiquiatra. También formaban parte del staff de planta una terapeuta ocupacional, una trabajadora social, uno o dos psicólogos y, alternativamente, distintos psiquiatras (cuyo número solía oscilar entre tres o cuatro). En los últimos años se sumó, además, una musicoterapeuta. Históricamente, también trabajaron en la Sala residentes y concurrentes de psiquiatría y psicología clínica, cumpliendo funciones en los tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos.

Varias contingencias (rotación de médicos psiquiatras y de psicólogos, ingreso de una musicoterapeuta y, sobre todo, la licencia prolongada del habitual Jefe de la Sala, que implicó un cambio de jefatura), generaron el terreno propicio para la conjunción de una serie de variables que posibilitaron cambios que no estaban previstos de antemano y que, desde hace dos años, permitieron: redistribuir el poder, interrogar los saberes, diversificar las prácticas.

1. Redistribuir el poder

Las relaciones de poder, inmanentes en las prácticas psi y en la institución hospitalaria, se despliegan más explícitamente en el marco de una Sala de Internación. No en vano, un largo apartado de la Ley 26657 está destinada a regular ese dispositivo y a velar por los derechos de quienes cursan una internación, en particular si ésta se realiza en forma involuntaria. Pero las relaciones de poder no solo vinculan de manera asimétrica a profesionales y usuarios de salud mental; también atraviesan los lazos entre los trabajadores. Enumeraremos, a continuación, algunos aspectos de los aspectos donde se produjo una modificación en el modo en que se vehiculiza y se ejerce el poder en diferentes relaciones sociales que se despliegan en la sala.

a. La conducción general de la sala. Pasamos de una dirección personalista a una conducción más colegiada: el médico a cargo de la jefatura convocó a reuniones quincenales a todos los de planta de distintas profesiones: 3 psicólogos, 3 psiquiatras, una trabajadora social, una terapeuta ocupacional, una musicoterapeuta, los dos jefes de residentes, el jefe de enfermería. Esas reuniones constituyen el lugar donde se discuten y se acuerdan algunas de las decisiones vinculadas con la orientación general de la sala.

b. Las revistas de sala. Tradicionalmente, una vez por semana todos los profesionales resumían sucintamente y rutinariamente el estado del paciente frente al jefe, que era siempre quien coordinaba la reunión. En la actualidad, las revistas de sala se convirtieron en un espacio de discusión, con coordinaciones rotativas de gente de planta, donde entre todos se ayuda al equipo tratante a pensar la estrategia terapéutica y donde se escuchan todas las voces (desde el jefe de la sala hasta un estudiante de terapia ocupacional que está realizando una rotación).

c. Los equipos tratantes. Antiguamente, los equipos a cargo de cada tratamiento se reducían a un psicólogo y un psiquiatra. En la actualidad, el concepto de equipo se ha ampliado: dos referentes de planta (psiquiatra y psicólogo) que más que dirigir, coordinan y ayudan a pensar la estrategia; un psicólogo y un médico concurrentes o residentes (del GCBA, de Apsa o de Maimónides); musicoterapeutas (de planta y pasantes), terapistas ocupacionales (de planta, concurrentes y pasantes), trabajadora social. Incluso, el abogado que representa al paciente y vela por sus derechos. De esta manera, muchas miradas y muchas voces multiplican las perspectivas y descentralizan la toma de decisiones.

d. Las admisiones y el trato general con los pacientes. Aun en las internaciones involuntarias, se intenta implementar distintas estrategias para lograr que el paciente acepte quedarse, se integre a la sala, acuerde la realización del tratamiento, consensúe las decisiones importantes, manteniendo el respeto por sus derechos. Obviamente, esta posición en el trabajo cotidiano requiere más tiempo, más paciencia, más personas, pero permitió reducir considerablemente las situaciones de violencia, las contenciones mecánicas, los abandonos de tratamiento (que muchas veces eran modos sutiles de expulsar a los pacientes más difíciles).

e. La convivencia entre todos los participantes. La multiplicación de los espacios grupales y, específicamente, el establecimiento de la asamblea general ha mejorado la convivencia y canalizado de otra manera la resolución de conflictos.

2. Interrogar los saberes

Muchos de los que participamos de esta experiencia, fuimos llevados a repensar nuestros conocimientos previos y a escuchar discursos ajenos a nuestra especificidad profesional, sin que ésta haya sido abandonada. Por el contrario, consideramos que este proceso ha enriquecido el trabajo y nos ha obligado a:

a. Abandonar las posiciones dogmáticas y/o eclesiales del mundo “psi”. Tanto los psiquiatras más clásicos, como los farmacólogos como los psicoanalistas (mayoritariamente lacanianos) intentamos dejar la actitud de secta (que no dialoga con los no iniciados) y de portador de una verdad revelada para iniciar un trabajo conjunto, sin por eso perder la propia perspectiva ni resignar la tarea diferenciada que cada uno puede aportar.

b. Cambiar la prevalencia del discurso semiológico y nosográfico como único relato para dar cuenta de la condición y la evolución del paciente. La internación no depende de un diagnóstico psiquiátrico (por ejemplo, un esquizofrénico puede no estar internado y un trastorno de ansiedad puede estarlo) ni siquiera del grado de descompensación de un cuadro (con recursos materiales y con redes de apoyo puede evitarse una internación que se vuelve imprescindible cuando no hay otros recursos); la internación depende del riesgo para sí o terceros y de la imposibilidad de encontrar un recurso terapéutico menos restrictivo. A su vez, las coordenadas que ubican a alguien en riesgo están determinadas por múltiples dimensiones que no se agotan en la psicopatología pues incluyen a la familia, las redes, la condición laboral, la perspectiva futura, los recursos

económicos, los dispositivos y ofertas de tratamiento. Todo esto conduce a la necesidad de ubicar la situación / conflicto / experiencia que la persona no está pudiendo abordar, que resultó excesiva para los recursos con los que contaba y las respuestas que venía dando. Si se tiene en cuenta todos estos factores queda claro por qué el discurso semiológico y nosográfico resulta insuficiente para abordar la complejidad de una internación. Al mismo tiempo, también aprendimos que la evolución y el alta de la internación no coinciden con la mejora sintomática, sino con la posibilidad de alterar la situación compleja que determinó su ingreso, al menos si pretendemos que las externaciones sean sustentables.

c. Descentrar y diversificar nuestra mirada, habitualmente centrada en el paciente y su enfermedad, para poder incluir, por un lado, el contexto socio-familiar en el que se inscribe la situación que condujo la internación; por otro lado, a los profesionales y la institución que lo trata. En otras palabras, intentamos abordar una mirada múltiple y abierta a la autocrítica.

d. Escuchar la lectura de cada profesión y de cada uno de los responsables de las distintas prácticas para diseñar una estrategia terapéutica única en pos de una externación sustentable. Eso no supone

borrar las especificidades de cada discurso (psiquiátrico, psicoanalítico, asistencial, etc.) ni permite evitar las discusiones (más bien, las ha multiplicado). Incluso, nos condujo a explicitar y tolerar las diferencias que muchas veces no logran integrarse en un acuerdo. Pero, en términos generales, procuramos llegar a un consenso en la estrategia general, lo cual supone algo más que la suma de cada una de las disciplinas intervinientes.

e. Diversificar la bibliografía de nuestros espacios de formación, que ya no se reduce a textos psiquiátricos y psicoanalíticos sino que incluye a las ciencias sociales y el derecho.

f. Interrogar, revisar, supervisar permanentemente nuestro trabajo con los pacientes y las hipótesis que están guiando nuestro quehacer.

3. Diversificar las prácticas

En los dos últimos años procuramos:

a. Abandonar los encuadres rígidos, los lugares habituales de atención (el consultorio perdió su exclusividad, y no sólo por su escasez), y la imagen que nos construimos de lo que debe ser un psiquiatra (interesado principalmente por diagnosticar y

medicar) o un psicoanalista (mudo, interpretante, a la espera de que el paciente hable y demande).

b. Multiplicar e integrar al trabajo cotidiano las actividades grupales, tanto en el trabajo asistencial con los pacientes (talleres, grupos, asambleas, etc.) como en el trabajo de coordinación y formación de los profesionales (sumamos coordinaciones, grupos de estudios orientados al trabajo en la sala, supervisiones grupales, etc.).

c. Integrar en la tarea cotidiana y en las estrategias terapéuticas a los abogados que velan por los derechos de los pacientes, cuya función en una internación fue creada por la Ley Nacional de Salud Mental. Lejos de sentir su tarea como un control innecesario o persecutorio y como una intromisión en una práctica que sería sólo médica o psicológica, intentamos apoyarnos en su saber y en su práctica en pos de propiciar la externación y de conseguir los recursos para tal fin.

d. Tender puentes y lazos con otros dispositivos terapéuticos y sociales (hospitales de día, consultorios externos, hogares, emprendimientos, etc.) para que la derivación no sea una expulsión sino una transición a otros espacios habitables. Lamentablemente,

los distintos Estados no han creado aun las alternativas a la internación. Pero, desde la sala, empezamos a construir lentamente un equipo de “Integración comunitaria” para trabajar la inclusión en el barrio (en los clubes, centros culturales, etc.) de quienes pasaron por una internación, para construir redes con diferentes actores y entre los mismos pacientes de modo tal que puedan sostener una externación sustentable, una convivencia compartida, una rutina de actividades acompañados.

e. Ampliar el rango de usuarios de la Sala. En particular, empezamos a alojar en nuestra sala a aquellos casos que suelen ser expulsados de todos los servicios y dispositivos. Atópicos, inclasificables, molestos, “caños”, manipuladores, adictos, actuadores, psicópatas, violentos, etc. La serie no termina de delinear un conjunto homogéneo pero sitúa una zona problemática de la clínica que no sólo genera problemas nosográficos sino que suele despertar los peores prejuicios morales y las respuestas más represivas y segregativas.

Esta última apuesta se presenta llena de dificultades, pues implica, primero, interrogar permanentemente nuestra propia posición (nuestros prejuicios) frente a casos y situaciones muy difíciles de atravesar; segundo,

repensar nuestra formación, que no nos prepara bien para atender en esa zona problemática; tercero, conceptualizar lo que hacemos, para que el intento de alojar no se convierta en un voluntarismo estéril. En esta zona, se vislumbra, aun más que en otras regiones de nuestro quehacer, que los caminos no están prefijados y que se precisan *invenciones* que alojen, que construyan trama, que reinstauren lazos, que propicien futuro.

Una mirada transversal a los cambios: Grupalidad, Horizontalidad, Apertura.

Situábamos y ejemplificábamos, previamente, tres planos significativos: poder, saberes y prácticas, en torno a los cuales se despliega un proceso de transformación en el modo particular de funcionamiento de la Sala de Internación de nuestro hospital.

Nos interesa en este apartado señalar que dicho proceso, y sus consecuentes efectos, se organizan a partir de la articulación de tres dimensiones que atraviesan de manera transversal el dispositivo, en sus distintos espacios de trabajo y en la perspectiva de abordaje clínico; a saber: Grupalidad, Horizontalidad y Apertura.

Grupalidad

Desde hace algunos años la perspectiva grupal re-apa- reece con fuerza en la Sala de Internación. Tanto en lo atinente a la tarea de discusión, construcción y dinámica del equipo de trabajo, como así también en la propuesta terapéutica del dispositivo, se observa una multiplicación de espacios grupales diversos, que lo complejizan.

En relación al abordaje clínico de los pacientes, en los últimos dos años han comenzado a funcionar, bajo distintas modalidades, diversos espacios grupales: dos talleres de literatura (uno de ellos coordinado por un paciente), un grupo terapéutico de pre y post alta, un grupo de adicciones para pacientes duales, un espacio multifamiliar, un grupo de terapia ocupacional, taller de fotografía, musicoterapia grupal, Asamblea General de sala, taller de expresión artística, grupo de inserción comunitaria, etc.. Estas actividades se suman al espacio de Asamblea de pacientes y al Equipo de Familia, que funcionan con mayor continuidad desde hace casi 25 años.

Asimismo, se constituyó una coordinación semanal grupal en la que se reúnen todos los coordinadores de los diversos espacios mencionados (incluido el paciente que coordina el taller de literatura) y funciona como instancia de encuentro e intercambio, a partir del cual pensar lo que en dichos espacios acontece. Se suma a

esto un curso de formación sobre dispositivos grupales en internación y una supervisión, que aportan la base teórica de los espacios mencionados.

En este sentido, más allá de las particularidades y función de cada espacio clínico grupal, nos interesa destacar, no solo la multiplicidad de los mismos en la propuesta terapéutica del dispositivo de internación sino también, el estatuto que estos adquieren en el contexto del tratamiento, considerando las diversas instancias previas y posteriores (coordinación, supervisión, curso de formación) que “soportan” el funcionamiento de estos. Así, se incluyen como parte central de la estrategia de tratamiento, junto con el abordaje individual, y no como meros dispositivos o recursos secundarios, de “relleno del tiempo” o “entretenimiento”.

De igual modo, la dimensión grupal en el modo de concebir las estrategias de abordaje, implica sostener una concepción del sufrimiento mental desde una perspectiva compleja que contemple sus distintas variables. Esto aumenta la disponibilidad de los espacios terapéuticos y posibilidades de alojar diversos modos de malestar, al tiempo que potencia la intervención del dispositivo en función de la complejidad del sufrimiento por la que atraviesan los sujetos que allí se tratan.

Por otra parte, lo grupal se presenta como una modalidad privilegiada de funcionamiento de los distintos espacios de discusión, formación e intercambio de los profesionales. Reuniones de equipo, coordinaciones de sala, de guardia, de admisión, de sala, ateneos, revista de sala, grupo de estudio, reuniones de residentes y concurrentes, y reunión de jefatura (que incluye a los referentes, personal de planta y jefes de residentes) configuran las distintas instancias de encuentro y trabajo profesional, en el contexto de la internación. Este “pensar con otros”, que se habilita a partir de la dinámica grupal que soporta dichos espacios, favorece no solo la posibilidad de discutir entre varios la clínica de un paciente, sino también habilita un tiempo y un espacio para pensar los atravesamientos institucionales y sus efectos en la práctica profesional. Esto resulta de vital importancia considerando que dichos aspectos suelen tener consecuencias clínicas y éticas, y operan silenciosamente sobre los posicionamientos profesionales, funcionando a modo de obstáculo, cuando no son pensados o trabajados al interior del dispositivo (Oury, 1991; Ulloa, 1995).

Existe también un “pensar con otros” que incluye, en un ámbito de participación, discusión e intercambio, a todos los profesionales, pacientes, familiares, etc., que forman parte del dispositivo: la Asamblea General de Sala. Se trata de un encuentro mensual, abierto para todos

quienes quieran participar. Surge a partir de la repetición de diversas situaciones clínicas (situaciones de violencia, consumo de sustancias dentro de la sala, robos, etc.) que generaban malestar y angustia en pacientes y profesionales, planteando distintos desafíos y desacuerdos respecto de su manejo. En este contexto, la Asamblea General surge como un espacio donde pensar dichas cuestiones. El espacio se constituye *como una respuesta* del dispositivo internación frente a un problema que se sanciona como emergente clínico-institucional. Frente a aquello que se presenta como obstáculo, el dispositivo instrumenta un espacio de encuentro, hace una apuesta, que permita la construcción colectiva del problema y las posibles respuestas en cada caso particular. Nos interesa destacar de este ejemplo que frente a aquello que se presenta como obstáculo, el dispositivo, en lugar de rigidizarse y expulsarlo (por ejemplo dar un “alta” compulsiva o precipitada que desaloje al paciente señalado como problema), elige modificarse siguiendo una lógica de funcionamiento atravesada por la dimensión grupal.

En este sentido podemos pensar lo grupal como *un dispositivo dentro del dispositivo clínico de internación*, en tanto ordena una serie de espacios y prácticas. Giorgio Agamben (2006) realiza una genealogía del término “dispositivo” basándose en la obra de Michel Foucault. Lo define como un conjunto heterogéneo de elementos

conformado por saberes, discursos, prácticas, leyes, etc., siendo el dispositivo per se la red que se establece entre aquellos elementos.

La Sala de internación, en tanto dispositivo, orienta su quehacer en función de las normas y saberes, declarados (ej: modelos teóricos) y no declarados (ej: prejuicios de los profesionales). Establece un modo de funcionamiento más o menos identificable, señala cuáles son sus recursos y usos posibles. Significa las prácticas que en él se despliegan y permite ubicar cuales son las condiciones posibles de tratamiento, sus límites y zonas de invención entre quienes lo habitan y los elementos que lo constituyen. A su vez está atravesado por un contexto político, económico, social y normativo. La interacción de estos elementos configura un tipo de respuesta clínica, y a su vez las distintitas presentaciones del padecimiento mental que se presentan inciden sobre las distintas respuestas que la sala instrumenta. En este sentido el dispositivo tiene una función estratégica y performativa, implica un proceso de subjetivación, es decir tienden a producir su sujeto, entendiendo por tal al resultado de la relación entre aquellos seres vivos y los dispositivos. En este punto cabe preguntarse en función de la perspectiva desplegada ¿Qué sujeto/paciente espera o produce el dispositivo de internación? y ¿Qué sujeto/profesional propone/produce? ¿Qué función estratégica podemos ubicar a partir de

concebir un dispositivo de internación atravesado por la lógica de *lo grupal*?

Ahora bien, más allá de la forma que adquiera la dimensión de lo grupal, se trata de un espacio y de un tiempo necesarios para el encuentro con otros, que potencia el pensar y opera como sostén del abordaje clínico, orientando la configuración de una respuesta clínica particular del dispositivo internación. En tal sentido podríamos decir que lo grupal se ofrece como un *dispositivo soporte*, en tanto sostiene la tarea profesional y los espacios de trabajo (reuniones de equipo, coordinaciones, ateneos, etc.) y como *dispositivo de abordaje clínico*, en tanto se postula como perspectiva terapéutica privilegiada para el abordaje de los pacientes.

Podemos delimitar así dos funciones de lo grupal que atraviesan y hacen al funcionamiento mismo del dispositivo de internación: como instancia de reflexión sobre el propio dispositivo internación, sosteniendo la conformación y funcionamiento del equipo de trabajo; y como herramienta y perspectiva privilegiada en el abordaje clínico de los pacientes.

2. Horizontalidad

El entramado del dispositivo de internación en general, y sus espacios grupales en particular, se caracteriza

asimismo por la dimensión de la *horizontalidad* como un aspecto significativo en el funcionamiento del mismo, ya que permite poner en juego los límites, las diferencias y los matices propios de un dispositivo complejo, que aborda situaciones clínicas complejas. Comentábamos previamente la redistribución del poder como uno de los ejes para pensar la transformación de la sala de internación, en relación a la toma de decisiones y la participación de diversas disciplinas en el abordaje terapéutico.

Un primer aspecto a mencionar es la *circulación horizontal de la palabra* en los distintos espacios de trabajo. Esto se presenta como una cualidad que motoriza la dinámica del trabajo e implica que, si bien hay lugares y roles asimétricos, los distintos profesionales del equipo pueden intervenir en igualdad de condiciones, brindando sus opiniones y perspectiva. El funcionamiento horizontal de los espacios de trabajo actúa como condición de posibilidad para que las diferencias se sumen a un trabajo de construcción colectiva de las intervenciones.

El sostenimiento efectivo de esta dinámica de trabajo es variable y requiere situar dos aspectos. Por un lado, sostener la noción de complejidad para pensar las situaciones clínicas que abordamos. Estas son dinámicas, por lo que no existe una única respuesta, ni un único

saber (disciplinar o no) que pueda instrumentarla. Por otra parte, materializar esto en un trabajo concreto, implica *concebir que el conflicto*, lejos de ser algo a ser evitado o eliminado, es parte ineludible y es motor de la tarea. Desde esta perspectiva, una dinámica de construcción colectiva de las propuestas terapéuticas, no es sin discusión y puesta en forma de las diferencias. No se trata entonces de un “estar de acuerdo pacífico”, sino de alojar diversas miradas sobre una misma situación clínica y tomar la decisión de priorizar algunas y descartar otras mediante el encuentro con los otros. Esto permite singularizar las intervenciones según las características de cada caso.

Por otra parte, el funcionamiento horizontal de los espacios de trabajo no implica desconocer los distintos roles o las jerarquizas al interior del dispositivo, las diferentes incumbencias profesionales e, incluso, la asimétrica posición de los pacientes y los trabajadores. Estas diferencias son estructurales y hacen al funcionamiento de un dispositivo como es la internación en salud mental. Se trata de poder leer cómo estos aspectos se ponen de manifiesto en una situación clínica particular, poniendo en un plano de igualdad las diferentes perspectivas. Se trata pues de *trabajar con y desde la diferencia*.

En lo que refiere al funcionamiento de los espacios de intercambio profesional, se requiere que la horizontalidad se promueva y sostenga en dos sentidos. Del lado de la coordinación, de quien conduce la sala y de quienes funcionan como referentes de tratamiento, organizar la dinámica de trabajo desde una posición de descentramiento del saber que habilite la discusión y el intercambio. Del lado del equipo, la apropiación efectiva de los espacios de trabajo y la participación activa en la construcción de las estrategias.

Una lógica similar podemos situar en torno a la horizontalidad de los espacios de abordaje terapéutico. A priori podemos identificar dos lugares bien distintos: los pacientes y los profesionales. Un cambio en nuestra manera de trabajo fue poner al equipo de salud y a los pacientes en un plano de igualdad, respecto de sus saberes y participación en la toma de muchas decisiones, sin desconocer las diferencias estructurales de sus posiciones en el dispositivo. Esto requiere asimismo un fuerte descentramiento narcisista de los profesionales que habilite alojar otros saberes, como los de las familias y de los pacientes, dando lugar a la configuración de un equipo de salud ampliado, dinámico y abierto, cada vez, con cada paciente y en cada situación.

Así pues, la dimensión de la horizontalidad es solidaria de la puesta en juego de un límite en relación a los saberes y prácticas, como así también respecto de las funciones y los roles. Permite poner en tensión, y articular en un plano de igualdad, las diferencias propias del dispositivo.

En este punto se enriquece pensar el aspecto interdisciplinario del funcionamiento de la sala. Esto requiere del reconocimiento de los límites de la propia disciplina para la comprensión de la realidad y el reconocimiento de los saberes de los demás, ya que ninguna disciplina detenta por sí misma el poder en su saber, sino que este es dinámico según la necesidad del caso y en cada momento del tratamiento. Para que esto acontezca, es claro que esto no basta meramente con la convocatoria y sumatoria al trabajo de profesionales provenientes de diferentes campos disciplinares. Requiere de tiempo y de la generación de espacios que permitan elaborar las diferencias del equipo de trabajo. Para ello será necesario que el equipo realice un trabajo de *elucidación* (Castoriadis, 1993) que le permita conceptualizar y reflexionar acerca de la propia práctica. Al mismo tiempo, resulta fundamental que los miembros del grupo de trabajo realicen un análisis de su implicación, que les permita esclarecer la posición que adoptan y desde la cual perciben las problemáticas abordadas considerando la propia formación, la experiencia de trabajo, la

pertenencia a determinado campo disciplinar y las emociones suscitadas por la tarea (De Sousa Campos, 2009).

No se trata pues del número ni de la cantidad de disciplinas, si bien esto es central, sino de conformar un Equipo de Trabajo cuyo funcionamiento se sostenga en una organización horizontal del proceso de trabajo. Pensamos un Equipo de trabajo como un conjunto de personas que logra acompañar y acompañarse en una situación compleja que para uno sería insoportable (paciente, familia, profesional, referente, jefe, etc.), constituyéndose como un colectivo de sostén (Barcala, 2015). Se trata de un dispositivo de co-responsabilidad que permite la emergencia de los conflictos de manera que puedan ser pensados y elaborados, para que emerja una respuesta posible. No necesariamente la mejor, sino la posible para esa persona y ese equipo, en un contexto y situación particular.

3. Apertura

Ubicábamos las dimensiones de grupalidad y horizontalidad como dos ejes trasversales desde donde pensar la transformación en la dinámica de trabajo de la Sala de internación. Junto a esto la Apertura del dispositivo, hacia dentro y hacia afuera y en distintos planos, es otro de los ejes que nos permiten dar cuenta de su particular textura y funcionamiento actual.

La apertura del dispositivo incide directamente sobre la *porosidad* del mismo, acercando el adentro/afuera, flexibilizando sus límites, lo que tiene como efecto trabajar a contrapelo de la lógica de dispositivos cerrados, que generan aislamiento y exclusión para pacientes y profesionales.

Hacia el interior del dispositivo, la apertura está dada tanto a nivel de las prácticas como de los saberes y disciplinas, a partir del trabajo que se da en espacios grupales de funcionamiento horizontal.

Hacia el exterior, se trata de proponer una sala de *puertas abiertas* en sentido amplio y más allá de la distribución espacial, por ejemplo, habilitando la circulación de familiares y pacientes externados por los distintos espacios grupales terapéuticos, para que puedan seguir haciendo uso de dichos espacios y referenciándose allí. A su vez esto genera una apertura en la dinámica de trabajo de los profesionales, permitiendo la entrada de otros actores y extendiendo su trabajo más allá de los muros del pabellón.

Un ejemplo de ello es el posicionamiento respecto de los equipos profesionales generados a partir del artículo N° 22 de la Ley Nacional de Salud Mental y del Órgano de Revisión. La aparición de estos actores puede generar diversas respuestas. Una de ella es defensiva,

cerrándose a la intervención de estos. Otra posición posible, es la apertura al trabajo conjunto con estos. Es decir, concebirlos como parte del equipo de trabajo a partir del cual complejizar la intervención y la lectura de las situaciones clínicas que se presentan.

Otro de los aspectos donde se juega la apertura del dispositivo es en el fuerte trabajo que se da en torno al armado de redes de trabajo con otros dispositivos dentro y fuera del hospital. Este aspecto se torna relevante y sensible cuándo pensamos sobre todo la externación y el alta de un paciente. Esto implica entrar en diálogo con aquellos dispositivos que representan el después o el más allá de la internación. Así en estos años se ha trabajado conjuntamente con los hospitales de día del hospital, profesionales de consultorios externos y guardia del hospital, como así también con equipos de trabajo de otras instituciones, haciéndolos partícipes activos en la construcción de las externaciones de los pacientes. Esto demanda articular con otras lógicas de trabajo, de modo que permita el armado a medida de tratamientos y altas, que respeten y contemplen la singularidad de los pacientes y las posibilidades reales de un dispositivo (Hospital de día, consultorios externos, etc.) y de la red de salud.

En este sentido, muchas veces nos encontramos *prestando equipo*. Prestar equipo es pensar que el

acompañamiento de un paciente no concluye con su alta, que esta es algo a construir con actores y recursos más allá de la internación, y que por tanto deben incluirse desde el inicio; que el diálogo con los dispositivos al alta es permanente. Es comprender que una derivación debe ser asistida, no solo para un paciente pueda llegar a un nuevo dispositivo sino para que este pueda recibirlo. Si pensamos que un paciente internado tiene en su equipo entre 6 y 9 profesionales trabajando en forma conjunta con él y su familia (en los términos que fuimos desplegando), que luego en un consultorio externo, por ejemplo, con suerte tendrá un psicólogo y un psiquiatra, saturados de pacientes y con poco tiempo para pensar, es ostensible la necesidad que el equipo de la sala *preste equipo*, acompañe hasta que un nuevo espacio pueda consolidarse. Esto requiere del establecimiento de zonas de trabajo conjunta sostenidas, ya no al interior de un dispositivo, sino con otros dispositivos, entendiendo que las estrategias terapéuticas se centran en el paciente y no el dispositivo, por lo que debe construirse transversalmente a estos. Esto no es sin resistencias debido a la alta fragmentación del sistema de salud.

La dimensión de apertura redonda entonces en la conformación de un Equipo de salud Ampliado, que incluye a los pacientes, sus familias, los profesionales de la sala,

profesionales de otros dispositivos, recursos de la comunidad, actores que introduce la ley de salud mental, etc., en una interacción dinámica y abierto, en constante configuración en virtud de la situación clínica y los actores que se propongan como parte de la situación.

Esto es solidario de la concepción compleja del padecimiento mental que el dispositivo intenta sostener, a partir de la dimensión grupal y de la toma horizontal de decisiones, lo que implica a nivel de los prácticas y prácticas, el eje se desplaza de la “ontología de la enfermedad” al sujeto, produciendo una “clínica ampliada” que requiere de nuevos modos del trabajo en salud.

Conclusiones, efectos y política

Intentamos situar a lo largo del escrito, coordinadas que nos permitan dar cuenta de un proceso de transformación que se viene dando en el dispositivo de internación en que llevamos a cabo nuestra práctica profesional. Ordenamos la discusión en torno a tres ámbitos en donde consideramos se visibiliza dicho proceso: redistribución del poder, interrogación de los saberes, y diversificación de las prácticas; al tiempo que desplegamos los ejes que parecen haber atravesado los cambios en esas áreas: grupalidad, horizontalidad y apertura.

Nos interesa para concluir esbozar algunos de los efectos que fuimos registrando como consecuencia del mencionado proceso

En sentido amplio podemos mencionar una disminución de las manifestaciones y presentaciones clínicas bajo la forma de la violencia, y la posibilidad de vehicular y de contener mejor los conflictos. La multiplicación de espacios de circulación de la palabra, como instrumento e intervención, permitió un tratamiento de aquellos fenómenos que se presentan disruptivos, alojando al paciente que lo exhibe y lo padece, y evitando las respuestas expulsivas del dispositivo, pasibles de ser encarnadas por profesionales y pacientes, al dar lugar a la expresión de conflictos, malestar y temores no dichos que circulan y tienen sus efectos en el abordaje de pacientes. Consideramos que no se trata de eliminar estas manifestaciones, ni de domesticarlas, sino de hacerlas entrar en un trabajo que el dispositivo toma a su cargo. En lugar de sancionar, intentamos alojar diversas formas del malestar que de lo contrario actúan e inciden mudamente, pero con efectos ruidosos. Esta forma de trabajo constituye una posibilidad privilegiada de que surjan nuevas respuestas, de que se intente una construcción colectiva de las mismas y de que se establezca un compromiso conjunto entre todos los actores involucrados.

Por el lado de los profesionales, la discusión sostenida por entramados grupales de trabajo permite, entre otras cosas, restituir el sentido de la tarea y facilitar su sostenimiento. Esto va en contra de los efectos de repetición y adormecimiento que puede tener un dispositivo institucional como la internación. Ulloa describió estos efectos en el trabajo de profesionales de la salud con poblaciones vulnerables. Es importante registrar que los propios espacios de trabajo pueden ser sintomáticos, estar al servicio del automatismo institucional y de que nada se discuta. No se trata solo de disponer de un tiempo y de un espacio para la reflexión sobre el trabajo, sino de estar advertidos que allí puede no pasar nada. Hay que estar “despiertos” (Ulloa, 1995), dar lugar a que alguna cosa pueda acontecer (Oury, 1991).

Esto no es menor ya que muchas veces el sufrimiento y el malestar devenido de situaciones clínicas e institucionales complejas y extremas tienen como efecto la pérdida del sentido de la tarea, norte que organiza el trabajo. Esto se traduce, del lado de los pacientes, en efectos clínicos directos mediante la detención de sus tratamientos y, del lado de los profesionales, en un trabajo poco comprometido, desvitalizado, apático y burocratizado, que conlleva al aislamiento, la dificultad de pensar su praxis y la ruptura de lazos de trabajo.

En este sentido, pensamos que la detención de los tratamientos no se mide necesariamente por el tiempo de internación sino por el uso y el trabajo en dicho tiempo. La extensión o brevedad de la internación no se relaciona con la efectividad del tratamiento, ya que muchas veces una internación breve puede estar al servicio de una lógica expulsiva, un no querer saber ni pensar sobre aquello que aparece como dificultad, límite e impotencia.

Por otra parte, creemos que el proceso de transformación de la sala es consonante con un proceso de *desmanicomialización* en el campo de la Salud Mental. No por los recursos, o los espacios creados en este tiempo, si bien centrales, sino por la posición ética desde donde estos se sostienen. Nos preguntamos ¿Existe una ética del dispositivo, más allá de las personas que lo encarnan? ¿Cómo se construye una ética grupal, de equipo de trabajo? Consideramos que el proceso de transformación de la sala, en los términos desplegados permite dar cuenta de ello, y se vincula al concepto de clínica ampliada que mencionamos, a partir de una posición decidida de los profesionales que habitan el dispositivo.

El concepto ampliado de clínica se vincula con lo que el paciente, la familia del mismo y cada uno de los profesionales dicen, piensan y hacen. El paciente está dentro

de una ley y de una política de interacción horizontal de todos estos puntos que van a definir lo que, a nuestro modo de ver, es la clínica. Oscar Varsasky define a la ciencia de la siguiente manera: “la misión del científico rebelde es estudiar con toda seriedad y usando todas las armas de la ciencia, los problemas del cambio del sistema social, en todas sus etapas y todos sus aspectos teórico y prácticos. Esto es hacer ciencia politizada” (Varsasky, 1969). Algo parecido tendría que ser la misión del equipo tratante. La salud mental es una cuestión política. Una política basada en una posición ética, sostenida por profesionales que ponen el cuerpo, vinculada con el despliegue de una potencia habilitada por encuentros y espacios en los que, en términos de Spinoza, se trabaja con *alegría*, en tanto estos aumentan la potencia del actuar.

El proceso de transformación, del que pretendimos dar cuenta a través de estas páginas, es pues ético y político, sostenido en un accionar crítico (y autocrítico) de las prácticas, saberes y poderes que se despliegan en un dispositivo de internación.

Bibliografía

- Agamben, G.** (2007) *¿Qué es un dispositivo?* París: Payot & Rivages. Traducido por Anthony Sampson.
- Barcala, A.** (2015). Conferencia dictada en el panel cierre de las XXII Jornadas de residentes de Salud Mental del Área Metropolitana. “*Salud Mental, Interdisciplina y Formación en el Sistema Público*”. Buenos Aires, 17, 18 y 19 de noviembre 2015.
- Carpintero, E. & Vainer, A.** (2004). *Las huellas de la memoria. Tomo I.* Buenos Aires: Topía.
- Carpintero, E. & Vainer, A.** (2005). *Las huellas de la memoria. Tomo II.* Buenos Aires: Topía.
- Castoriadis, C.** (1993). *La institución imaginaria de la sociedad, vol. 1: Marxismo y teoría revolucionaria.* Buenos Aires, Tusquets Editores.
- Dagfal, A.** (2011). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo.* Buenos Aires: Paidós.
- De Souza Campos, G.** (2009). *Gestión en Salud. En defensa de la vida.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Deleuze, G. (2008) *En medio de Spinoza*. Buenos Aires: Cactus.

Menninger, W. (1947). *The role of psychiatry in the world today*. The American Journal of Psychiatry, 151 (6), 75-81. Trad. Castellana de M. L. Ferrari y M. Szerman. En: www.elseminario.com.ar.

Onocko Campos, R. y otros. (2008). *Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes*. En revista Salud Colectiva. ISSN 1851-8265. v.4 n.2. Mayo /agosto Lanús.

Oury, J. (1991) *Itinéraires de formation*. Revue pratique de psychologie et de la vie sociale et d'hygiène mentale. (1):42-50.

Ulloa, F. (1995) *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.

Varsasky, O. (1969). *Ciencia, política y cientificismo*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Vezzetti, H. (2016). *Psiquiatría, psicoanálisis y cultura comunista. Batallas ideológicas en la guerra fría*. Buenos Aires: Siglo XXI.