

*A la población asistida en Hospital de Día,
destinataria de nuestro trabajo cotidiano.*

Montini, Adriana

Trazar con otros / Adriana Montini y Andrea Flory. - 1a ed. - Paraná : Dirección Editorial de Entre Ríos, 2015.

234 p. ; 21x15 cm.

ISBN 978-950-686-047-9

1. Salud Mental. I. Flory, Andrea II. Título
CDD 362.2

Fecha de catalogación: 24/02/2015

Diseño de tapa:

Fabia Estamatti. Dpto. Gráfico Editorial de Entre Ríos. Ministerio de Cultura y Comunicación. Gobierno de Entre Ríos

Corrección y diagramación interior: Mariela Ferreyra

Arte de tapa: "abstracción de los sueños"

Técnica mixta de Alicia Gobbi.
aliciagobbi@gmail.com

Primera edición

© 2012 / Editorial de Entre Ríos, Paraná,
25 de Junio 39 - (3100) Paraná. ER. República Argentina.
editorialentrieros@gmail.com

Andrea FLORY / Adriana MONTINI
(Compiladoras)

Cazar con otros

Experiencias de Hospital de Día
Hospital Escuela de Salud Mental



Ministerio de
CULTURA y COMUNICACIÓN
Gobierno de Entre Ríos

AUTORIDADES DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

Gobernador

D. Sergio Daniel Uribarri

Ministro de Salud

Dr. Hugo Ramón Cettour

Directora de Salud Mental y Adicciones

Lic. Alicia Alzugaray

Director Hospital Escuela de Salud Mental

Dr. Carlos Berbara

Secretario Técnico del Hospital Escuela de Salud Mental

Lic. Alejandro Ruiz

Indice

Prólogo	9
<i>Norma Barbagelata</i>	
Historias, versiones y relatos del Hospital de Día	17
<i>Andrea Flory - Adriana Montini</i>	
Hoy: libro	27
<i>Oscar Pellegrini</i>	
Los hospitales de día. Un Hospital de Día	31
<i>Andrea Flory - Adriana Montini</i>	
La admisión en el dispositivo Hospital de Día	39
<i>Javier Schubert</i>	
El exilio del tiempo en las psicosis	45
<i>Claudia Campins</i>	
Sobre el equipo en Hospital de Día	59
<i>Andrea Flory</i>	
Los talleres como productores de grupos y de historias	71
<i>Natalia Yujnovsky</i>	
De la necesidad del trabajo interdisciplinario con sujetos con grave padecimiento psíquico	77
<i>María Belén Betti</i>	

La dimensión espacial como coordenada para producir diferentes clínicas	81
<i>Andrea Flory</i>	
¿Por qué se hacen actividades en el Hospital de Día?	87
<i>Natalia Yujnovsky</i>	
Sonar con otros	91
<i>Natalia Yujnovsky</i>	
Construcción de ciudadanía en salud mental desde Hospital de Día	99
<i>Adriana Montini</i>	
La “clínica”, a sol y a sombra	113
<i>María Belén Rastelli</i>	
Cuando la letra convoca	123
<i>Lucina Palleiro</i>	
Lo atípico en una intervención familiar. Desde Hospital de Día al domicilio	129
<i>Adriana Montini - Lucina Palleiro - Melina Suárez</i>	
Un dispositivo para cada sujeto	137
<i>Andrea Flory - Javier Schubert - Natalia Yujnovsky</i>	
Acerca del cierre de un tratamiento. Preguntas y tensiones a la hora de poner en práctica el nuevo paradigma	151
<i>Valeria Yonson - Belén Betti - Natalia Yujnovsky</i>	

Docencia, epidemiología e investigación en Hospital de Día	161
<i>Claudia Campins - Adriana Montini</i>	
Espacio de docencia	167
<i>Claudia Campins - Natalia Yujnovsky</i>	
Epidemiología en salud mental	171
<i>Adriana Beade - Analía Bressan - Claudia Campins - María Paula Duarte - Mariángeles Estapé - Adriana Montini - Claudio Staffolani</i>	
Investigación en Hospital de Día	193
<i>Valentina Cozzi - María Paula Duarte - Mariángeles Estapé - Yasna Hamann - Natalia Yujnovsky</i>	
Sobre los autores	229

Prólogo

Acerca del Día:

*“Bien! El león ha llegado, mis hijos están cerca,
Zaratustra está maduro, mi hora ha llegado:
ésta es mi mañana, mi día comienza,
pues asciende tú, gran mediodía!
Así habló Zaratustra, y abandonó su caverna,
ardiente y fuerte como un dios matinal que vino de
oscuras montañas”.*¹

El día es el tiempo de estar despiertos. Este libro es el largo camino *del día*, de los días en el denominado Hospital de Día, es la salida de la “caverna ardiente”. Tiempo que no da lugar para dormir, ni para la somnolencia.

A lo largo de las páginas advertimos que hay muchos modos de estar despiertos, alertas, para evitar que las prácticas se transformen en rutinas desérticas, en soporíferas reiteraciones de lo mismo. Prácticas donde el manicomio sigue aislando una locura que no cesa de estallar. Aquí, en este Hospital de Día, se trata de no aislarla y ponerla a trabajar.

Trabajaremos este prólogo del mismo modo, que entendemos, está construido el libro y el dispositivo, al modo del bricoleur². Se trata de construir una figura, un portal, una entrada a este cuerpo libro. Un cuadro con retazos, astillas, destellos de eso que fue, para nosotros lecto-

¹ NIETZSCHE, Friedrich: *Así habló Zaratustra. Un libro para todos y para nadie*, Círculo de Lectores, 1970.

² Al modo que lo piensa Lévi Strauss, se trata de una estrategia epistemológica, que nos solicita como alguien que no es un artesano, ni un artista, sino alguien que “dialoga” con su objeto de estudio para “abrir pasos”. Alguien que toma restos de discursos existentes y con él construye.

res, momentos de iluminación o detención, momentos de “levantar la mirada”.³

Un prólogo no es un moño o un adorno en el libro, que suena al modo de “querer vender el producto”, tampoco una evaluación. Sin embargo es imprescindible señalar que éste es un libro necesario. Necesario para muchos, necesario por muchas razones, como se verá.

“*Este libro es una parada en el camino*” dicen los “actores devenidos autores”. Primera detención. Nudo verdadero. Nudo como los que Lacan enseña que producen buenos efectos, como el que le permite a Joyce sostenerse sin derrapar...

Parada en el camino. No hay autor sin parada en el camino. Sólo se puede escribir cuando todo queda en suspenso, cuando nos despegamos de todo, hasta del lenguaje mismo y frente a él, en silencio y sin nadie enfrente, escribimos. Dejamos en suspenso al actor, dejamos todo en suspenso, para que alguna palabra advenga.

¿Por qué pararse en el camino es tan esencial? El actor es parte de una trama, está en la escena con otros, responde y se sostiene en el conjunto de la escena. El autor está solo, eligiendo la palabra, eliminando el adjetivo, vacilando frente a una coma o un punto que cambian el sentido. El autor debe autorizarse en cada sílaba que escribe, aunque no sepa quién ni por qué la escribe. Porque escribir abre una posibilidad diferente: decir eso que no pudo ni podrá jamás hablar.⁴

La autoridad es lo que se deriva de una verdadera autoría. Entendiendo la autoridad como un modo de dar sentido. No como poder o imposición⁵. Sentido como un volver a las fuentes, volver al origen (sa-

³ BARTHES, Roland: *El placer del texto*, Siglo XXI Editores, Argentina, 2006.

⁴ ZAMBRANO, María: *Hacia un saber sobre el alma*, Alianza Editorial, Madrid, 2004.

⁵ Dice A. Lázaro sobre el concepto de autoridad en Hanna Arendt: “*Este es el contexto de la palabra y concepto autoridad. Augere es aumentar, de donde auctoritas que no es igual*”

biendo que el origen es el nudo imposible, un real) y desde allí trazar un camino.

¿Qué caminos? Los caminos del texto que hablan de los trayectos complejos de una larga experiencia: el Hospital de Día, espacio terapéutico del Hospital Escuela.

Tres ejes sostienen esta experiencia: gestión, clínica y docencia e investigación. Donde seguramente después de la experiencia de la docencia e investigación se llega al descubrimiento freudiano, que ella es el corazón de la clínica⁶.

“El Hospital de Día surge como una apuesta”. En toda apuesta se arriesga sin garantías. ¿Cuándo y cómo sabemos los resultados de esa apuesta? En las sutiles modificaciones de las prácticas y de los sujetos (no sólo aquellos que son objeto de la intervención, sino en los sujetos y en el modo en que transcurre el trabajo) siempre en el “entre”... es decir en transferencia, con un cuidado por acotar la invasión de las pasiones tristes.

Todo lector puede juzgar y decidir acerca de los resultados de la apuesta. Para eso tenemos sus trabajos aquí.

Apuesta a “una lógica de sustitución de prácticas manicomiales”. Apuesta que implica, fundamentalmente, abrir el manicomio que tenemos instalado en cada uno de nosotros, para poder charlar con “el loco” y “a lo loco”. Escuchar su parloteo, no acallararlo, dialogar con él, es sacar al loco de su encierro. Ese que Foucault, habiendo leído a Freud, denuncia y que las prácticas de desmanicomialización descubren que el peor encierro no es el de afuera, sino el de adentro.

que potestas. Auctor, autor, se puede usar como opuesto a artifex. El artífice es el constructor, el autor es inventor, el que aumenta y enriquece a la ciudad. Sin embargo autor y artífice no están en relación de amo y esclavo, pues el que está investido de autoridad no tiene poder”. Publicado en www.elbuho.aafi.es.

⁶ FREUD, Sigmund: *Obras Completas*, “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido”, Volumen XVIII, Amorrortu Editores, Bs. As., 1979.

Ese dentro y fuera, esa frontera imprecisa y sutil, entre “la locura y lo social” transforma al Equipo en un ser bicéfalo, bifronte, dividido entre la locura social que pretende excluir la locura, y la locura excluida que necesita retornar al lazo que la excluye para poder *sanar*. Estos “territorios excluyentes” que se definen en la separación operan como fuerzas en conflicto y este Equipo los transforma en vientos para su navegación.

El armado de una historia requiere que no olvidemos que *“la historia no es el pasado, la historia es el pasado historizado en el presente porque ha sido vivido en el pasado”*.

Este trabajo de armado de una historia como un collage, es una de las muchas que se podrían contar de la experiencia del Hospital de Día. Estas historias que aparecen en el libro son puertos –paradas de un largo trayecto– por lo general trabajos presentados a lo largo de muchos años y de muchos congresos, jornadas, disertaciones. Algunos realizados muy cerca y otros trabajos que llegaron a puertos extraños, presentados a públicos con realidades de salud diferentes como es el caso de trabajos llevados a Cuba o Brasil. Sabemos que se podrían escribir muchos libros más y muy diferentes. Libros de humor, con las miles de anécdotas. Tragedias donde Sófocles empalidecería. Esperpentos y grotescos que despertarían la envidia de Valle Inclán... crónicas de viajes... y...

La experiencia acumulada es de una riqueza apabullante.

Escribir las historias es también un modo de temporalizar. Dejar algo en el pasado, como modo regio de abrir un porvenir. Desalojar parte del eterno presente en el que se instala en gran medida la locura. Al hablar de la psicosis y los tratamientos posibles, los densos estudios de la filosofía, las narrativas de la mitología⁷ dan elementos

⁷ Encontramos en el libro un desarrollo original sobre el complejo problema del tiempo para enmarcar teóricamente el dispositivo capaz de alojar e intervenir en la psicosis.

para matizar, complejizar este vector fundamental del trabajo que es temporalizar. Hacer historias, novelar vidas.

No se puede intervenir sobre ese real doloroso que es habitar un eterno presente sin una concepción del tiempo que contemple las ambigüedades de las narrativas míticas, los desciframientos conceptuales de los filósofos. Los autores evitan cierto pragmatismo derivado de una ingenua, cómoda y perezosa concepción de la salud mental. Los abordajes que se limitan a mantenerse en el interior de los *cercos cognitivos* que cada época produce (cada “escuela”, cada teoría convertida en dogma también lo hacen) son abordajes que están condenados de antemano, *el afuera teórico* (necesario para el desarrollo de cualquier pensar verdadero) se vuelve un terreno que está inconscientemente prohibido de transitar.

Encontramos en estos trabajos que se abren los interrogantes mayores de nuestra cultura. Se plantean las preguntas necesarias respecto de la configuración epocal y los modos en que produce y trama las relaciones, efectuando así sujetos que ella misma rechaza. Lo automático, lo *maquínico*, lo recetado de la modernidad es en acto desbaratado en cada taller de este Hospital de Día y, al mismo tiempo, pasado a la palabra y la reflexión en cada trabajo.

Vemos cómo la construcción de “una historia”, de “otra historia”, de “cada historia”, incluida la del dispositivo y sus avatares despliega el potencial simbólico que detiene el empuje desubjetivante de la época. Donde “nadie” enuncia, “nadie” se responsabiliza. El laberinto burocratizante donde se esconde el Minotauro es desbaratado con nombres y apellidos, con historias, anécdotas... que a veces muestran “la pestilencia del fondo social”⁸ desde donde se elevan inclementes los bal-

Se adentra en los laberínticos entramados que la literatura, la filosofía y la mitología nos han legado en estos milenios de historia.

⁸ LACAN, Jacques: *Seminario 8. La transferencia*, Ed. Paidós, Bs. As., 2004.

buceantes discursos de los pacientes. “*Lo que no se puede decir, no se puede callar*” queda como piedra en el camino de las generaciones. La construcción de las tramas ficcionales ayuda a desgastar el hueso de goce que contienen.

Hay un “Día a día”, “un caso a caso” porque no hay garantías en dispositivo alguno, para evitar los arrasamientos subjetivos y esa clara conciencia guía el trabajo.

La Salud Mental se recorre en la construcción arquitectónica del espacio, en los itinerarios administrativos y subjetivos que se transitan para humanizar, para dar lugar a la “estética” que etimológicamente quiere decir “sensibilidad”. Estética que es apuesta libidinal, que es lucha política, que es desafío ideológico, que es matriz generadora de cultura.

Trabajo que sostiene preguntas acerca de ese y otros haceres: “¿Habría un hacer terapéutico?” Desafiando el empobrecimiento vital que la cultura del consumo produce. Consumir sin hacer es la imposición del Otro Social, que nos deja a la intemperie de la nada y del sin sentido.

El amor encuentra obstáculos en el camino desertificante del capitalismo, la competencia, la rivalidad del *narcicínismo* lleva a una atomización de la sociedad.

Este libro da cuenta de un trabajo “de hormiga” que saben tanto de la importancia del hormiguero, pero que al mismo tiempo no ignoran la existencia propia que se plasma en el Equipo. Ellos trabajan desde el enchufe que hay que arreglar, al trámite legal que realizar, a los congresos, ponencias, capacitaciones a producir que orientan y reorientan una y otra vez un rumbo que tiene sus coordenadas pero que sabiamente aprovecha el viento de la sorpresa y de lo imprevisto para sacar fuerzas. Metabolizar los vaivenes del amor y del odio, del desencuentro, de la amenaza a la dispersión es el máximo desafío.

Los talleres son los lugares de producir con, de hacer con, lugares de hacer-se. Como dicen los filósofos existencialistas, nos hacemos haciendo *con* y el *con* es múltiple, *con* otro y *con* la materialidad del objeto, *con* la disciplina del otro: el medicamento, la intervención del trabajador social, el que tiene el saber específico en el taller.

El fútbol, la cocina, la pintura, los microemprendimientos, la creación literaria, funcionan “armando un dispositivo para cada sujeto” a pesar de ser dispositivos que aúnan con otros.

Los íntimos resortes de la transmisión de la cultura son revisados, valorados, en cada taller, en cada encuentro y de ese modo lo terapéutico y lo artesanal, lo lúdico, restauran la trama cortada enriqueciendo el hacer con otros.

“Sonar con otros es una operación que requiere escuchar el sonido de ese otro”.

Para terminar con el manicomio hay que terminar con una sociedad pensada como un solo rebaño con ningún pastor. (Dirigida por esa locomotora sin timonel que son ciencia y técnica “a todo vapor”... qué anacronismo!)

Tenemos aquí un Equipo que piensa como Nietzsche, que hace de la locura creación y no ignora que:

“Ningún pastor y un solo rebaño. Todos quieren lo mismo, todos son iguales: el que piensa de otro modo, marcha voluntariamente al manicomio”.

“Anteriormente todo el mundo desvariaba –dicen los más sutiles, y parpadean”

“Nosotros hemos inventado la felicidad –dicen los últimos hombres, y parpadean”.

Norma Barbagelata

INVIERNO 2013

Historias, versiones y relatos del Hospital de Día

Andrea Flory
Adriana Montini

Esta publicación encuentra un momento propicio, al celebrarse los 20 años del surgimiento del Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental.⁹ Este Hospital de Día, único en la provincia, fue iniciado por un grupo de profesionales de la Residencia en Salud Mental en el año 1993.

En el particular campo en el que se desarrollan las experiencias que aquí se relatan, es preciso delimitar el tiempo y el espacio, en tanto coordinadas histórico políticas favorecedoras u obstaculizadoras de las prácticas en salud mental. Se considera imprescindible conocer el contexto en el que surgió y transcurrió el Hospital de Día, sin embargo no está dentro de los alcances de este trabajo hacer precisiones, pero sí ubicar algunos hitos que orientan la comprensión de la complejidad histórica.

Es necesario destacar que el contexto que propició la implementación de una serie de transformaciones en salud mental a comienzos de la década del 90 está directamente vinculado con la tarea de la Psicóloga María Mercedes De Giusto quien como refiere Beade¹⁰, generó *“una acción política que evidencia claramente un paradigma o un modelo en salud que otorga prioritaria importancia a concepciones integrales de todo el proceso salud-enfermedad-atención (...) definiendo a la salud mental*

⁹ Hospital Monovalente, referente de la provincia y de la región, dependiente de la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos.

¹⁰ BEADE, Adriana y otros: “Políticas en Salud Mental en la Provincia de Entre Ríos (1987-2007)”, (Investigación). Universidad Autónoma de Entre Ríos.

como (...) un proceso de salud-enfermedad determinada por lo histórico-social desplazando el eje desde lo individual hacia las acciones comunitarias y haciendo hincapié en las estrategias de atención primaria”.

Esta definición política se plasmó en diferentes medidas tales como: profesionalización de distintos servicios de los llamados hospitales psiquiátricos y servicios de salud mental de hospitales generales provinciales, eliminación de los *boxes* de encierro, inicio del sistema de Hospital de Puertas Abiertas, creación del Programa Casa del Joven, y del Programa Provincial de Alcoholismo, elaboración intersectorial del proyecto de Ley Provincial de Protección a las Personas con Trastornos Psíquicos, posteriormente aprobado con el N° 8806/94 y la creación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental en la provincia de Entre Ríos, entre otras.

En consonancia con lo planteado por la Dirección Provincial de Salud Mental, en el denominado Hospital Psiquiátrico “Dr. A.L. Roballos”, en la gestión del Dr. Jorge Grinberg, se propició la construcción de diversas experiencias de transformación institucional de las que participamos integrando una nueva generación de profesionales de diversas disciplinas, formados en el inicio del proceso democrático.

Este contexto se fue desintegrando y desmantelando en coherencia con las vigentes políticas nacionales de deserción del estado, *ausencia* de lineamientos en salud mental y el vaciamiento de las instituciones públicas, puesto en acto en la provincia de Entre Ríos, con la interrupción de la mencionada gestión de De Giusto y Grinberg.

Frente a esta coyuntura nacional y provincial, en el Hospital mencionado, conjuntamente con otros profesionales, generamos diversos dispositivos de asistencia alternativos a la institución manicomial, como intento colectivo de resistencia y de supervivencia. Algunas de estas experiencias fueron: el Equipo de Externación (1993-1995), el Equipo Interdisciplinario de Asistencia en sala de internación de hombres

(1992-1994), el Proyecto de Casas de Medio Camino (pre-alta) y Casas Comunitarias (1995), el Programa Saludarte (1997), la Muestra Fotográfica Itinerante *Intramuros* (1999), el Equipo de Atención de Agudos en sala de internación de hombres (2000), el Equipo de Asistencia Domiciliaria (2001), el Equipo de Asistencia Ambulatoria (2001), los Grupos Terapéuticos (1992-2001-2008), el Equipo de Admisión a consultorios externos (2000 en adelante), entre otros.

Todos estos fueron intentos de sostener prácticas alternativas en un contexto nacional, provincial e institucional, de crisis económica, fragmentación social y hegemonía manicomial. Las experiencias fueron generadas por voluntad de los equipos que se intentaban constituir, a pesar de las gestiones de turno, lo que determinó la fragilidad y lo efímero de muchas de ellas. El trabajo *artesanal* que se ha sostenido a lo largo de estos años, ha significado que la lógica de *autogestión* puesta en juego, haya sido casi un modo de resistencia y supervivencia para los distintos equipos de los dispositivos, atravesado por la ausencia de reconocimiento formal de sus prácticas y por lo tanto, de sus agentes productores (profesionales) y destinatarios (usuarios y familiares).

La crisis de 2001 fue una marca que significó una agudización de los malestares cotidianos, tanto en la población general, como en los actores de la institución, viéndose así restringidas las posibilidades de sostener los proyectos alternativos que se venían sustentando de manera artesanal, aún sin definiciones políticas.

Se trata de un momento que da cuenta de un empobrecimiento de la vida institucional en tanto lugar de referencia social, implicando una minimización de la potencia asistencial, determinada por el gran malestar de los trabajadores¹¹.

¹¹ En referencia a un conjunto de medidas sintetizadas en el despido de una importante cantidad de trabajadores desde 1999, la percepción de haberes con Bonos Federales y en 2001, la interrupción del pago de salarios, durante tres meses, al igual que todos

Hospital de Día, también afectado por esta crisis y a pesar de la política hospitalaria vigente, logró mantener su continuidad hasta la actualidad. Se puede reconocer que desde los comienzos de este dispositivo hasta el año 2003 ha sido muy heterogénea su concepción de trabajo, la constitución de los equipos, y por ende, la oferta asistencial brindada, dando cuenta de rupturas y discontinuidades en su particular historia.

A continuación, se hace referencia a los fundamentos que le dieron origen, tomando el informe del año 1994, en el cual el Hospital de Día era entendido como *“un espacio facilitador para que algo del sujeto emerja, en tanto el dispositivo podría definirse como una malla simbólica que tiene efectos sobre lo resquebrajado en cada paciente: su relación con la palabra, su relación con los otros. Se considera relevante el ‘estar con otros’, en tanto es ahí donde se puede trabajar la restitución de algún tipo de lazo social, en la esfera de la palabra y de la actividad. Se ubica al dispositivo Hospital de Día ‘como bisagra articuladora del adentro y el afuera institucional que permite romper por un lado la atemporalidad asilar y por otro quebrantar la cristalización del sujeto en sufrimiento’ (...). Lo que caracteriza a esta práctica es evitar la cronificación, a través de la circulación del paciente en los diversos espacios: intrainstitucionales, interinstitucionales y extrainstitucionales favoreciendo las posibles reconstituciones de los diversos lazos sociales (verdadera malla de interrelaciones) desde donde el sujeto pueda suplementariamente afirmarse luego de la caída (descompensación) relacional sufrida (...). Hacer de cada espacio institucional un ámbito facilitador para la emergencia de un sujeto (...), es uno de los ejes desde donde pensamos nuestra práctica en Hospital de Día”*.¹²

Hacia el año 2003, el Hospital de Día como todas las demás experiencias, se encontraba con un equipo desintegrado y con escasa

los empleados estatales de Entre Ríos. Todo lo cual determina un período de asambleas permanentes, paros y retenciones de servicio.

¹² Informe sobre el Hospital De Día “Delbrete” presentado por el equipo de residentes fundadores a la Dirección del Hospital, Paraná, Marzo 1994.

conurrencia de usuarios. A finales del mismo año, cuando se inicia la gestión de Alicia Alzugaray en la Dirección del Hospital, en un proceso interno de reconstitución de lo público y revitalización del proyecto hospitalario, un grupo de profesionales decidimos formar el equipo que *refunda* el Hospital de Día.

En parte se toman algunos fundamentos del origen, y a la vez se definen otros, en función de la coyuntura y el momento particular que atravesaba el servicio. En ese trabajo de redefinición se fue produciendo otro origen.

A través de estas páginas se transmiten algunos relatos de experiencias desarrolladas en el Hospital de Día a partir de su refundación. Estos últimos diez años, se caracterizaron por la definición y puesta en práctica de una política hospitalaria que apostó a la recuperación y sostenimiento de la salud mental como derecho humano, la atención ambulatoria, el reconocimiento de la internación como último recurso asistencial, la profesionalización de las prácticas, la revalorización del trabajo en equipo y lo ineludible del abordaje interdisciplinario.

Los escritos que constituyen esta publicación, han sido compartidos en distintos ámbitos de intercambio hospitalarios, en sus vertientes clínico asistencial y académico, a través de ateneos clínicos, supervisiones del equipo, jornadas de reflexión del dispositivo, jornadas de capacitación promovidas desde el equipo y en actividades de formación organizadas por otras instituciones asistenciales y académicas locales, regionales, nacionales e internacionales.

Una línea que caracterizó la gestión hospitalaria de esta década definió y sostuvo una intensa actividad caracterizada por la oferta de la institución asistencial hacia las distintas universidades de la región (UNL, UNER, UADER, UNR, entre otras), como centro de formación de estudiantes de diferentes carreras y de profesionales de la salud mental. Las diversas actividades de formación y de intercambio son coordi-

nadas y avaladas por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital¹³ y formalizadas mediante convenios interinstitucionales. Se reestructura la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental y el sistema de Concurrencias y Pasantías en diferentes dispositivos del Hospital, entre los que se incluye el Hospital de Día.

Es así que estos años de trayectoria en la formación de recursos humanos, se ven reconocidos formalmente en diciembre de 2010, mediante la aprobación del Decreto Provincial N° 4901/10 donde se establece el cambio de nominación del "Hospital Dr. Antonio Luis Roballos. Primer Centro Piloto Psiquiátrico Regional" al de "Hospital Escuela de Salud Mental".

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 resulta un acontecimiento que señala otras posibilidades para el campo de la salud mental y sus instituciones, planteando claramente las transformaciones necesarias en el mismo. Es en este marco que se hace más consistente la posibilidad de que el Hospital de Día adquiera un mayor desarrollo y en lo posible contribuya al surgimiento de nuevos espacios ambulatorios para la atención en salud mental, aspecto fuertemente marcado por la nueva Ley.¹⁴

Algunos trabajos que aquí se incluyen fueron elaborados y presentados por sus autores, en distintas instancias, utilizando la antigua denominación del establecimiento; no obstante en esta compilación se

¹³ Constituido formalmente a partir del año 2006.

¹⁴ Que en su artículo 11 establece: "*Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas*".

nombrará como Hospital Escuela de Salud Mental, dada la relevancia que esta modificación representa a nivel institucional, clínico y político.

Se presentarán aquí algunas versiones de lo que se entiende por Hospital de Día, expuestas en cada uno de los trabajos, enmarcados en una idea compartida fundada en las representaciones que como equipo fuimos construyendo con consensos y desacuerdos, en tanto protagonistas del campo de la salud mental.

Esta compilación es una parada en el camino, que reúne diferentes voces de los actores, devenidos autores, cuyo sentido es el registro escrito acerca de la historia transitada y la transmisión de la experiencia misma.

Se resalta el valor de la experiencia en cuanto tal, como patrimonio simbólico, como referencia colectiva y como soporte real donde basar una posible transmisión a las generaciones venideras.

Después de unos años de andar, es necesidad del equipo argumentar y abrir la discusión sobre los modos de intervención y los fundamentos teóricos e ideológicos que los sostienen. Asimismo interesa presentar un modo de reflexión sobre la práctica cotidiana, esa práctica que incluye la reflexión sobre la misma práctica, que se considera imprescindible para todas las actividades en el campo de la salud mental.

La intención es transmitir cómo se piensa y se sostiene la clínica en este Hospital de Día y reflexionar acerca de cuál es la especificidad de este dispositivo, como ya se ha dicho, a través de diferentes versiones.

Entre los criterios que se tuvieron en cuenta para seleccionar los escritos que componen esta publicación, se destaca fundamentalmente: la perspectiva interdisciplinar; la consideración de los diferentes niveles de abordaje; el entrecruzamiento de tres ejes definidos para la organización del Hospital de Día –gestión, clínica y docencia e inves-

tigación–, a partir de los cuales se pretende mostrar la complejidad desde donde se aborda la demanda que se recibe.

Se da inicio con una presentación de lo que el proceso de *admisión* a Hospital de Día supone, dando a conocer fundamentos y criterios para el mismo.

Se presentan articulaciones teóricas para pensar los atravesamientos del *tiempo y el espacio* en el dispositivo, como coordenadas fundamentales a tener en cuenta en la clínica de la psicosis.

En los distintos artículos se hace hincapié en la noción de *equipo y en el trabajo interdisciplinario*, desarrollos que dan cuenta de la modalidad esencial que sustenta la práctica del dispositivo acorde a la complejidad de las problemáticas que se abordan. En esa misma perspectiva se propone una revisión del lugar que ha ocupado la *psiquiatría* históricamente.

Es esencial para el abordaje de la población a la que está destinado el Hospital de Día, poder detenerse en la construcción de una ficción que mediatice los efectos de estructura, a través de *intervenciones grupales*, de producciones con otros, de encuentros y desencuentros, apostando a una transferencia de trabajo, entre los miembros del equipo, entre los usuarios y los profesionales, entre los usuarios entre sí, entre los estudiantes y profesionales jóvenes y los miembros del equipo con más trayectoria.

Asimismo, se incluyen experiencias y reflexiones sobre intervenciones cotidianas de diferentes espacios grupales tales como *fútbol, literatura, cocina, música y microemprendimientos*.

A través de recortes de casos individuales, ineludible dimensión la del caso por caso, se presentan aspectos trabajados intensamente en el equipo como son *el encuadre, los alcances y las limitaciones* del dispositivo. Se intentan transmitir interrogantes, debates y posiciones to-

madas por ejemplo, frente a interrupciones de tratamientos decididas por los usuarios. Se presentifica la dimensión de la parcialidad, del no saber y el malestar irreductible en el que se interviene cotidianamente. Instancias que obligan a pensar hasta dónde y hasta cuándo se sostiene la presencia de los equipos en la vida de los usuarios, dando cuenta de la interpelación inevitable y permanente de la dimensión ética en la intervención en salud mental. Se plantea el desafío que implica pensar el *cierre de los tratamientos*, desde una perspectiva de *derechos y ciudadanía*, donde se reactualiza la tensión protección/promoción; dependencia/autonomía; derecho/responsabilidad.

Los trabajos dan cuenta de los atravesamientos institucionales que permanentemente estructuran y desestructuran cada situación, tal como se describe en el relato sobre la *dimensión espacial*, en referencia a la precariedad del edificio del Hospital de Día y a las transformaciones propuestas por el equipo frente a ello, como también a las reformas edilicias del Hospital Escuela, con fondos del Programa Nacional de Reparación Histórica, que se inician en Hospital de Día a fines de 2011. También se visibiliza lo institucional en lo relatado a propósito del *caso Silvio*, aspectos que se constituyen fundamentales, incluso a la hora de delinear *una dirección de tratamiento para cada sujeto*.

Hospital de Día interviene en diferentes ámbitos –tanto públicos como privados– donde se materializa la vida cotidiana del usuario. Uno de los ámbitos de intervención es lo territorial, *lo domiciliario*; se aborda aquí, atravesado por una gran complejidad situacional, una modalidad asistencial particular para un caso y un momento determinado.

Se incluyen las producciones a las que arribó el equipo, luego de un proceso de evaluación del dispositivo, lo que permitió dar un salto cualitativo y abrir nuevas líneas de acción, que se definieron como espacio de *docencia*, proyecto de *epidemiología* y proyecto de *investigación*.

En el devenir de los textos se vislumbra la necesidad de pensar y operar para cada situación, de inventar siempre. Se invita a los lectores a compartir este recorrido.

Hoy: libro

Oscar Pellegrini

Han pasado algunos años ya, poco más de una década, creo que fue en el inicio de lo que han dado en llamar la “refundación” del Hospital de Día. Un puñado de jóvenes entusiastas de variados oficios me convoca para retrabajar sobre las actividades que desarrollan en este dispositivo, yo venía implicado en Santa Fe en lo que hemos llamado el “experimento Oliveros”, que fue la llama que mantuvo candente los procesos de sustitución de lógicas manicomiales durante dieciséis años en esa provincia.

El “Roballos” contaba por entonces con algo más de ciento veinte internos.

Ellos eran un pequeño grupo que intentaba llevar adelante prácticas sustitutivas de la lógica manicomial, críticos del segregacionismo de la psiquiatría, creo que a modo de castigo habían sido localizados en el sótano de la institución, lugar paradójico desde donde se tenía acceso a los cimientos, allí desde sus propias raíces de hormigón, ensayaban la subversión del manicomio.

No eran años sencillos para estas apuestas, las arrolladoras políticas neoliberales que terminaron fundiendo cada rincón del país, imponían, recetaban todo lo contrario: vigilar, segregar y narcotizar, en nombre de una fenomenología científicista hecha a la medida de los grandes capitales de la farmacopea mundial, llámense lógicas del DSM, expresión contemporánea de la sutil mercantilización capitalista de las angustias existenciales de lo humano, que en términos económicos termina siendo uno de los mayores negocios a escala planetaria.

No digo que ahora sea más sencillo, aunque sí menos impensable, ello nos da la dimensión de la utopía en ese momento particular de este “pensamiento en obra”, (referencia necesaria al querido maestro Fernando Ulloa), la dimensión de “dar lugar a lo que no tiene lugar”, de “rechazar lo que la realidad niega”. Fernando nos daría aquí el ejemplo de las Madres en su interminable marcha instituyente de la ternura, desde la más oscura noche, fundante de nuestra actual democracia que, en la medida en que ha ido tomando más vida y más fuerza, ha ido comprendiendo más el significado de los Derechos Humanos en nuestra vida cotidiana.

Nos reuníamos cada mes, si mal no recuerdo un miércoles, durante varios años a pensar las vicisitudes de la marcha, de lo que estaban instituyendo en el hospital psiquiátrico en el marco cultural nombrado como hospital de día, que se ofrecía como sustitutivo en relación a las clásicas consultas externas, o como un medio de movilización para aquellos que vinieran desde puertas “adentro”.

Estaba claro que este Hospital de Día se pensaba como una estrategia de sustitución de lógicas manicomiales y que pretendía dar vuelta la institución como un guante, no de modo brusco, mediante el asalto, sino con el permanente asedio generado por nuevas prácticas de trabajo, cotidianas, posibles y al alcance de todos, de allí su potencia transformadora.

Poder reflexionar sobre la dimensión política de esta clínica, o la dimensión clínica de lo político, fue una de las tareas prioritarias en esos tiempos.

La constitución de la grupalidad generó un “nosotros”, ficción narcisística si las hay, y no pocas tensiones imaginarias respecto del “otro” institucional, pero no sólo estas angustias y ansiedades tramitadas en su narrativa trajo en su momento esta disposición novedosa de este dispositivo, se fermentó en este obrar, la constitución de un sujeto clí-

nico político que tuvo la capacidad no sólo de cuestionar desde adentro el manicomio, sino de llevar esa discusión al ámbito de la cultura provincial e incluso años más tarde, continuar dando el debate en torno de los foros regionales que concluyeron en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, que como todos sabemos tuvo en las asociaciones de psiquiatría sus más enérgicos opositores y detractores.

Si hoy hablamos de las mayores o menores posibilidades de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en el marco regional entrerriano, es decir, de cambiar de paradigma en cuanto al padecimiento subjetivo en las prácticas de salud mental en lo público, no es sin pensar el aporte que en estos años ha realizado este sujeto clínico político, poniendo en acto modos de construcción colectiva de los procesos de salud, demostrando que otra salud mental es posible.

Decir “gestión” no es aséptico, allí se define respecto de lineamientos ideológicos, políticos y clínicos. No fue sencillo en un principio para este sujeto contestatario dentro de la institución, pensarse en relación a acuerdos con “la Dirección”, creo que la gestión encabezada por Alicia Alzugaray marcó en esto, el giro que en el plano nacional significó la inclusión de los Derechos Humanos en la agenda política del estado.

Si en cada ámbito de trabajo se logran constituir sujetos como en el caso citado, estaremos en mejores condiciones para materializar las transformaciones culturales necesarias no sólo en las instituciones de salud, sino en la comunidad.

Recuerdo con cariño cuando pude ver el cortometraje, quizás el primero, producido desde el Hospital de Día que titularon “hoy: puchero”, tuve esa oportunidad en uno de los Congresos Internacionales de Salud Mental y DDHH de las Madres.

En pocos minutos reflejaba el recorrido de la vida cotidiana, ese fragmento diario del curriculum vitae de cada uno de los que conflui-

rían ese día en el taller de cocina para hacer un puchero, pienso que en épocas de los “federales” y de sueldos impagos por varios meses, esta metáfora tenía aún mayor potencia que hoy día, y así era como cada uno construía un sentido de ese cotidiano y era movido por ese deseo en los actos que llevaban al final esperado.

En estos días podemos decir “hoy: libro”, y es porque ha habido una cocina muy particular que ha seguido madurando todos estos años, y que espero nos permita acercarnos a la intimidad de esta obra que aún mantiene su vitalidad y su vigencia y que es sin duda un eslabón necesario a la discusión de la subjetividad de nuestra época.

Los hospitales de día. Un Hospital de Día

Andrea Flory
Adriana Montini

El surgimiento de los hospitales de día se remonta a los años 1933-1935, en Moscú, cuando Dzhagarov, abrió el primer “hospital sin camas” para tratamientos psiquiátricos.

En 1946, en Montreal –Canadá– fue Even Cameron quien lo nombró por primera vez “Hospital de Día”. En 1948 se llevaron a cabo tratamientos a tiempo parcial para enfermos mentales en Londres. A fines de localizar el surgimiento de los Hospitales de Día en América Latina se consignan las primeras experiencias en Porto Alegre, en 1962 y en La Habana en 1965. En Argentina, es necesario remontarse al año 1967, cuando el Dr. Jorge García Badaracco inauguró el primer Hospital de Día del país en el Hospital Borda. A partir de ahí se tiene conocimiento de otras experiencias de hospitales de día en diferentes provincias, aunque el registro de las mismas es escaso y disperso. Para profundizar este contexto de surgimiento se sugiere ver la reconstrucción histórica que hace Juan Carlos Stagnaro.¹⁵

Algo de la historia del Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná es mencionado en *Historias, versiones y relatos del hospital de día*¹⁶. A continuación se hará referencia a la modalidad de trabajo y a la estructura actual del mismo, a veinte años de su creación.

¹⁵ STAGNARO, Juan Carlos: “Introducción”. En Bertran, Gustavo. *Hospital de Día. Particularidades de la clínica. Temas y Dilemas*. Ediciones Minerva. Bs. As. 2004. pág. 16.

¹⁶ En la presentación de esta publicación en páginas anteriores.

Como ya ha sido expresado, a partir del año 2003 se inició la refundación del dispositivo en virtud de la constitución de un nuevo equipo y del apoyo de la gestión hospitalaria, considerándose esta experiencia una modalidad de abordaje pionera en la provincia. No obstante, se obtiene el reconocimiento oficial recién el 1/02/2009 por la Dirección Provincial de Salud Mental, mediante Disposición N° 1/09 y Resolución N° 5310/09 del 7/12/09 de la Secretaría de Salud de la Provincia de Entre Ríos. El Ministerio de Salud aún no ha aprobado la Estructura Orgánica Hospitalaria que refleje la existencia de todos los dispositivos sustitutivos que están funcionando.

La modalidad de hospital de día que se ha venido sosteniendo desde su refundación, tiene plena vigencia y es legitimada por la Ley Nacional de Salud Mental 26657/10 que formula un paradigma sustitutivo de lo manicomial, centrado en la atención primaria, en el abordaje interdisciplinario y en el trabajo ambulatorio y comunitario.

El Hospital de Día es un espacio institucional diferenciado que conduce a romper con la segregación, el encierro y el aislamiento de aquellos considerados “privados de razón”. Así, podemos pensar el significativo “día” que, ofreciendo un tratamiento ambulatorio, marca un adentro y un afuera, un ir y venir. La presencia del usuario se parcializa posibilitando que se inscriba su ausencia. Esta modalidad afirma que es posible una atención al sufrimiento psíquico sin encierro, reconociendo a los sujetos inscriptos en una trama social, con derechos, deseos y proyectos. Se sostiene de este modo una clínica centrada en el lazo social, por ello la modalidad de atención supone el estar y hacer “con otros”, tanto para los usuarios como para los profesionales.

En el dispositivo Hospital de Día la propuesta clínica está centrada en la idea de una estructura intermedia, que permite la posibilidad de un espacio asistencial ambulatorio intensivo dirigido a sujetos con dificultades en la construcción y sostén del lazo social.

Se piensa desde un sentido clínico, ético y político. Se trata de un trabajo abordado desde distintas disciplinas y en equipo, en donde se entiende a la salud de la población como un derecho fundamental.

Las intervenciones apuntan a que los sujetos produzcan un decir, efectúen elecciones y tomen decisiones en el día a día. El dispositivo intenta funcionar poniendo distancia entre el sujeto y el goce que lo invade, acompañando y ayudando a cierta estabilización en su padecimiento. Para ello es imprescindible estar atentos a la singularidad de cada sujeto y descubrir, en el hacer mismo, nuevos modos de intervención, de creación, de producción de subjetividad.

Este Hospital de Día es un servicio de atención ambulatoria en salud mental, que promueve la ciudadanía y autonomía. El mismo está organizado desde tres dimensiones articuladas entre sí: clínica, gestión y formación. Se desarrollan funciones *clínicas*, en el ámbito hospitalario (grupal e individual) y territorial (intervenciones en el domicilio y/o comunidad). La *gestión* –en términos político-institucionales– se vincula la coordinación general del dispositivo y la producción y administración de recursos. Las tareas de *formación* están ligadas a la producción y transmisión de saberes.

La articulación de los intereses de los profesionales con las necesidades del servicio requiere un trabajo permanente de revisión de la práctica que se realiza en la *reunión semanal de equipo*, en las *supervisiones mensuales* y en las *jornadas anuales de evaluación y programación del dispositivo*.

El servicio Hospital de Día atiende una población proveniente de la ciudad de Paraná y localidades aledañas, con graves problemáticas de salud mental. Concurren personas que reciben o han recibido atención en otros servicios del hospital, tales como: Admisión, Consultorios Externos, Internación, Dispositivo de Atención Psicosocial, Grupo Institucional de Alcoholismo, Extensión Comunitaria, o derivadas de otras ins-

tituciones públicas o privadas. También se recibe demanda espontánea de la comunidad. En 2012 se intervino en forma directa con alrededor de cincuenta usuarios.

El servicio funciona de lunes a viernes de 7 a 13 hs, extendiéndose algunos días hasta las 15 hs.¹⁷

El Hospital de Día cuenta con un equipo integrado por trece trabajadores, que pertenecen a la planta hospitalaria: seis psicólogos, dos trabajadoras sociales, una terapeuta ocupacional, una acompañante terapéutica, una médica, una nutricionista y una secretaria.¹⁸

De estos trece profesionales, seis tienen una dedicación exclusiva al servicio y siete comparten su carga horaria con otros servicios hospitalarios. Se suman a la planta, profesionales de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental que desempeñan funciones asistenciales como parte del proceso formativo. Además se integran al equipo concurrentes ad-honorem estudiantes y graduados de diversas carreras y universidades.

El proceso de trabajo se organiza en torno a la noción de *equipo* que supone la construcción de la tarea con otros. Esto se materializa, con encuentros espontáneos o pautados en las reuniones de “miniequips” conformados por quienes están directamente involucrados en la atención de cada caso. El trabajo en equipo interdisciplinario es la forma de dar lugar a la complejidad de las situaciones que se abordan, siendo al mismo tiempo un criterio respecto del mejor modo de llevar adelante la atención. La clínica, en definitiva, busca dar lugar a la *creación*, término que resume la idea de salud en la que el dispositivo Hospital de Día se sostiene.

¹⁷ Ver gráficos 1 y 2.

¹⁸ Los datos vertidos en este apartado hacen referencia a la situación de Hospital de Día en 2012.

La articulación con diversas instituciones de la comunidad resulta indispensable para el desarrollo de la función específica del servicio y responde a una política de intersectorialidad propia del campo de la salud mental. Un dispositivo creado para la producción de lazo social podrá ser efectivo en tanto logre construir lazos con diversos sectores e instituciones de la comunidad.

El proceso de admisión es llevado adelante por un equipo. Los *criterios de admisión* son un marco general construido a los fines de recortar el campo de problemáticas que se reciben, por ello; se evalúa en cada ocasión, las posibilidades de beneficio personal, entendido como restitución de la subjetividad, tanto para el que demanda como para los que ya están admitidos, vale decir, las posibilidades de enriquecerse en algunas de las instancias individuales o grupales que ofrece el Hospital de Día, al momento de la admisión. Se admiten sujetos con sufrimiento psíquico que tengan una grave dificultad en generar y sostener el lazo social, priorizando la franja etárea entre 18 y 50 años.

Cabe aclarar que no se admiten sujetos con debilidad mental profunda y/o desorganización psíquica de origen orgánico. Tampoco se incluirán sujetos que se encuentren en situación de *grave crisis de descompensación* (que comprometa la posibilidad de responder por sí mismos o ponga en riesgo su subjetividad o la de otros). Se considera en particular la pertinencia de la inclusión en aquellos casos que presentan sintomatología ligada al consumo de sustancias.

Se acuerda en un principio un período de tratamiento de algunos meses, momento a partir del cual se realiza una evaluación de las condiciones de posibilidad para cada situación, pudiendo renovarse el acuerdo o decidir el cierre del mismo. Generalmente se trata de un tratamiento prolongado, que se enmarca en la problemática de la cronicidad.

Respecto a las *altas*, se evalúa en cada situación, si se han cumplido algunos de los objetivos planteados al inicio de la estrategia terapéutica o si el particular momento subjetivo amerita la posibilidad de un pasaje a otra instancia, dada la mejoría de los síntomas o porque se evalúe un detenimiento en la evolución esperable. Esa instancia puede configurarse en otro dispositivo del hospital, en otra institución de salud o en algún ámbito comunitario que permita el sostén y el despliegue de lo subjetivo.

El Hospital de Día presenta una estructura de conjunto: propuestas constituidas por espacios grupales (talleres, asambleas y espacios de convivencia) e individuales (consultas, entrevistas, abordajes individuales), dando lugar a la participación y el aporte de diversas disciplinas. Se diseña y se acuerda un particular recorrido para cada usuario que consulta.

A continuación se incluye un gráfico que representa las actividades propuestas para los usuarios en un corte transversal del dispositivo durante el año 2012. Cabe destacar que las actividades que se detallan en esta grilla se consignan a modo descriptivo. Como se podrá observar, algunas se realizan en horarios superpuestos. En la cotidianeidad las mismas se sostienen con un ordenamiento y frecuencia que se va modificando según necesidades y posibilidades del equipo y de los usuarios

Gráfico N° 1: Actividades del Equipo (año 2012)

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Entrevistas individuales	Entrevistas individuales	Entrevistas individuales	Entrevistas individuales	Entrevistas individuales
Visitas Domiciliarias	Participación en Comité Docencia e Investigación	Entrevistas de Admisión	Proyecto de Investigación	Reunión de Equipo / Supervisiones
Coordinación actividad grupal *	Coordinación actividad grupal *	Coordinación actividad grupal *	Coordinación actividad grupal *	Coordinación actividad grupal *
Entrevistas familiares	Coordinación intra e inter institucional	Proyecto Epidemiología	Coordinación intra e inter institucional	Elaboración de escritos para jornadas y publicaciones
Reunión de Miniequipos	Reunión de Miniequipos	Reunión de Miniequipos	Reunión de Miniequipos	Reunión de Miniequipos
Docencia	Gestión de Recursos	Entrevistas familiares	Visitas domiciliarias	Gestiones organizativas
Registro en H.C. y estadística	Registro en H.C. y estadística	Registro en H.C. y estadística	Registro en H.C. y estadística	Registro en H.C. y estadística

* Ver gráfico N° 2

Gráfico N° 2: Actividades Grupal (año 2012)

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
7 - 9	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
9 - 11	Mate Hits	Plástica	Literatura	Microempren- dimientos	Micro- empren- dimientos
	Informática	Microempren- dimientos	Paseos	Juegos	
10 - 11.30	Fútbol	Asamblea s/ necesidad	Fútbol	Huerta	Fútbol
12 - 13	Almuerzo	Almuerzo			
13 - 15		Caminata	Huerta	Proyecto Cine	

La admisión desde la perspectiva de la práctica del psicoanálisis en el dispositivo Hospital de Día ¹⁹

Javier A. Schubert

Hospital de Día aparece como uno de los dispositivos aptos para el tratamiento de las patologías psíquicas de relevancia tales como psicosis y neurosis graves en el espectro de propuestas diversas que, proviniendo del campo de la salud mental, apuestan a una lógica de sustitución de prácticas manicomiales.

Sabemos que este campo es heterogéneo y problemático, y el Hospital de Día aparece destacando la idea y el acto de trabajar desde una perspectiva interdisciplinaria para evitar la exclusión y cronificación del sujeto con padecimiento psíquico de gravedad. Su apuesta es al sujeto singular en su campo social, que lo constituye y atraviesa y a su habilitación como sujeto precisamente.

La admisión de un paciente al dispositivo es un proceso que puede constar de varias entrevistas en las cuales se intenta considerar y evaluar las circunstancias de la derivación, sus tratamientos anteriores, internaciones, su historia, estado actual e intentar situar su posición en relación al posible tratamiento en Hospital de Día. La apuesta consiste en que el sujeto pueda ir conformando en la medida de lo posible, un recorrido propio, singular, subjetivo, no protocolizado ni estandarizado pero sí atravesado por legalidades. Un universal dado por las normas y pautas propias de toda institución y una dimensión singular: particula-

¹⁹ Trabajo presentado en *II Jornadas Provinciales Salud Mental y Derechos Humanos. Intercambiando prácticas, pensando la región*. Organizadas por Agrupación ERA / Estudiantes de Psicología-UADER y Comité de Docencia e Investigación - Hospital "Dr. A.L. Roballos", Paraná, 10 y 11 de septiembre de 2010.

res posiciones y respuestas del sujeto en relación a la legalidad de su medio sociocultural.

Hospital de Día presenta una estructura de conjunto: propuestas constituidas por *espacios individuales* de intervención y *espacios grupales* (talleres artísticos, recreativos, de producción, asambleas, convivencias) y comunitarios; dando lugar a la participación y el aporte de diversas disciplinas, tales como Terapia Ocupacional, Comunicación Social, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, etc.

El lugar dado a la subjetividad y singularidad de cada uno implica que no se plantea un único recorrido, en tanto que, con cada paciente, se diseña y se acuerda un transcurrir particular. Este recorte se va delineando en relación al interés de cada sujeto que consulta.

Plantea con potencia la idea del trabajo interdisciplinario, como consecuencia de la producción de un equipo de trabajo: lo grupal y la conflictividad concomitante también en el terreno de los integrantes de ese equipo.

Admisión: algunas aproximaciones y vinculación con otros términos

El Diccionario de la Real Academia Española incluye los siguientes términos en relación a admitir: aceptar, recibir. Específicamente respecto a admisión, alude a: *“trámite previo en que se decide, atendiendo a aspectos de forma, si una demanda o recurso deben pasar o no a ser resueltos en cuanto al fondo”*.

Es posible extraer de dicha definición ideas tales como: momento preliminar de toma de cierta decisión, instancia previa en un proceso que supondría una temporalidad definida por un acto, tiempo de determinación, puerta de entrada y su asociación con otros términos: aceptación, acogida, asunción y derivación. Atendiendo a estas definiciones

cabe preguntarnos por aquello que en esta situación y marco particular llegamos a admitir o no admitir.

¿Qué se admite?

En el proceso de admisión, si bien hay aspectos formales y normas institucionales que se reconocen y consideran, lo que intentamos captar a través de ofrecer una escucha receptiva es fundamentalmente la particularidad del decir de cada paciente. Se avanza en posibilitar la palabra, alojar el malestar. Desde esta concepción la admisión no podría ser pensada sino desde la lógica del caso por caso.

El propósito consiste en que alguien pueda formular un pedido, una demanda. Esto nos aproximaría a la dimensión del deseo y por lo tanto a una suposición de sujeto que el tratamiento posible de la psicosis postula.

Se trata de una ocasión de historización de la vida de un sujeto y de su enfermedad, proponiéndole un andamiaje simbólico e imaginario. Un transcurrir que permita ciertos abrochamientos, identificaciones y soportes frente a la digresión, al sufrimiento psíquico y la ruptura del lazo social.

Un hacer en Hospital de Día, ya desde la instancia misma del proceso de admisión, supone el atravesamiento de pautas, ordenamientos (un tiempo y un espacio), oscilaciones y tránsitos por espacios grupales e individuales. Lógica del no-todo que apela a la permanente articulación entre la falta y una legalidad. Este escenario propuesto permite suponerle a quien consulta cierta responsabilidad: *“responsabilidad en la posibilidad de recorrer cierto trayecto, ir y venir, entrar y salir, permanecer y huir. Esta responsabilidad supuesta hiere la posición de goce (de*

exceso de goce) que la psicosis hace manifiesta al dejarse tomar-como desecho-por el Otro". (Iuorno, 1993)²⁰

Quizás sea posible ubicar y describir algunos modos de despliegue de este proceso:

El paciente que al comienzo de esta instancia plantea o solicita hacer algo puntualmente (escribir, dibujar, pintar, cocinar, jugar, pasear, etc.) y se evalúan las condiciones posibles de hacer efectivo ese hacer.

Una posibilidad en este decurso atiende al sentido posible que este hacer supone para el paciente y el reconocimiento del marco que facilitaría esta realización.

Otra posibilidad atiende a considerar en la misma instancia de admisión, la sugerencia-indicación de derivar a otro ámbito. En este punto es preciso indicar que la admisión en tanto dispositivo también contempla la posibilidad de no admitir como un hecho terapéutico en tanto ubica y apuesta a un sujeto que podría lograr otras inclusiones en ámbitos de la sociedad y la cultura diferentes a una institución de salud mental.

Si este fuera el caso, la derivación es un efecto de la admisión y como tal es puesto a trabajar en tanto el proceso de derivación pudiera inscribirse como un movimiento diferente pero decisivo de esta instancia.

Otra situación que puede ocurrir es cuando al paciente se le sugieren y hasta se le ofrecen "buenas razones" respecto a lo favorable de iniciar y sostener un tratamiento en el dispositivo. "El que es *mandado* por el médico o equipo tratante", por ejemplo. Allí será fundamental atender y reconocer si el consultante puede referir o articular un pedido diferenciado y particular, más allá de la sugerencia e indicación

²⁰ IUORNO, Rodolfo: "Dispositivos para el tratamiento de las psicosis. El Hospital de Día", en: RODRÍGUEZ, Sergio (Compilador). *Lacan... efectos en la clínica de las psicosis*, Lugar Editorial, Bs. As., 1993, pág. 110.

de otros, lo cual no es de menor valor dado el atendimento a aspectos transferenciales con quienes vienen interviniendo con el paciente.

Es preciso ofrecer este andamiaje de actividades como la posibilidad de llevar a cabo una experiencia que logre inscripciones, que produzca alguna marca en el sujeto y por lo que pueda poner en valor su permanencia y participación en algunos espacios.

Es, a su vez, la posibilidad de ofrecer un escenario, texto, letra que permitan un decir al paciente, conmover en algún caso la inmovilidad e inercia de ciertos momentos en la psicosis en el que el cuerpo pareciera no consistir en una unidad, puede perderse en un decir infinito, en palabras que no anclan o que anclan en un solo sentido absoluto. En cualquier sentido la apuesta consiste en habilitar un sujeto en tanto un hacer se torne significativo y el estar con otros, aún en la conflictividad o tensión, pueda suponer "hacer algo" con aquellos fenómenos de los que el sujeto testimonia.

La instancia de admisión es pensada como un dispositivo dentro de otro (Hospital de Día) y sólo puede constatarse en sus efectos retroactivamente, permitiendo la introducción de una pregunta que merecería ser respondida en la intención de incluirse, de participar, de estar con otros, como algunas de las exteriorizaciones posibles del lazo social. Es, por lo tanto, un acto necesario en el transcurrir contingente de un sujeto por el dispositivo.

Bibliografía Consultada

- *Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española*. Vigésima segunda edición. 2001.
- *Psicoanálisis y el hospital*. Publicación semestral de practicantes en instituciones hospitalarias. *En torno a la Admisión*. Año 1 N° 2. Bs. As. Noviembre 1992.

El exilio del tiempo en las psicosis ^{21 22}

Claudia Campins

*“el hombre es ese animal loco,
que con su locura inventó la razón”
Edgar Morin*

El trabajo que realiza el Hospital de Día es susceptible de ser pensado como en una frontera entre la locura y lo social, territorios excluyentes, y que adquieren un sentido, una definición a partir de esa separación.

Uno de esos territorios, la locura como contraria a la razón, obtiene las representaciones que la definen en esa delimitación territorial. La locura es la que queda por fuera de lo simbólico expulsada de la razón, por fuera de toda historia, de toda posibilidad de relato, exiliada del lazo, lugar del trauma.

Tanto el Hospital de Día como el Acompañamiento Terapéutico, en tanto dispositivos de tratamiento, comparten ese lugar definido por cierta oposición al modelo de encierro y aislamiento, que expulsa a la locura hacia un territorio ajeno. Se trata entonces de producir, dar existencia a los relatos y las historias, nunca hasta entonces tramadas como tales.

²¹ El concepto de “exilio” para designar lo que sucede en la psicosis, es una referencia al libro de Élica Fernández, *Las psicosis y sus exilios*. Ella propone tres exilios: del lenguaje, de una posición de haber encarnado aquello que encantara a la mirada de sus progenitores, exilio de un lugar en el que nunca estuvo, y el exilio del cuerpo como propio.

²² Una versión de este trabajo fue presentada en *II Jornadas Provinciales Salud Mental y Derechos Humanos. Intercambiando prácticas, pensando la región*. Organizadas por Agrupación ERA / Estudiantes de Psicología-UADER y Comité de Docencia e Investigación Hospital “Dr. A.L. Roballos”, Paraná, 10 y 11 de septiembre de 2010.

Los dispositivos alternativos por encontrarse en el límite entre la locura y lo social, trabajan en las porosidades existentes entre ambos territorios; como toda frontera sus límites no son para nada precisos. La apuesta es allanar accesos, establecer conexiones, señalar puentes, jerarquizarlos y acompañar ese tránsito de un lugar a otro. Del aislamiento al lazo social. De la soledad al estar con otro.

Acerca del espacio

El rasgo que comparten los usuarios de este dispositivo de tratamiento, orientado especial, aunque no exclusivamente a los modos de manifestación de las psicosis, es la falta de inclusión en espacios sociales y ese “salirse del surco” que encontramos en la etimología de la palabra delirio.

Frente a lo masivo de la transferencia en las psicosis, el dispositivo ofrece la posibilidad de inclusión en múltiples espacios, dando lugar a un despliegue transferencial, que constituye un entramado, una red de contención que abre el abanico de posibilidades a la hora de la intervención.

*Acompañar*²³ es un modo de hacer y entender la clínica de las psicosis, produciendo un ambiente de trabajo en que la disposición para el cambio sea un trazo definitivo.

Esa transformación es el objetivo principal del Hospital de Día, trabajamos con los efectos aplastantes de un Otro sin ley, arbitrario, que a puro capricho deja al sujeto desvanecido, objetivizado, sin recursos ante esa invasión.

²³ Compañero. (1081) Derivado del antiguo y dialectal *compaña* “compañía”, procedente del latín *Vg, Compañía* derivado de *Panis* “pan”, en el sentido de acción de comer de un mismo pan. (Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana Joan Corominas, Gredos, 2003).

La oferta del Hospital de Día es la de un espacio común, comunitario, que permite a partir de estar con otros dentro de un marco de regulación simbólica, una legalidad. Esta legalidad que atraviesa y engarza los distintos espacios, produce cierto apaciguamiento de la agresividad haciendo que éstos lazos adquieran su sentido terapéutico, incluyan una novedad.

Los diferentes espacios definidos a partir de cierta actividad que los convoca, como cuentas de un collar, son atravesados y ligados a una misma referencia que regula las relaciones. Así, los diferentes elementos que conforman ese collar no terminan sueltos y desperdigados por el piso. Riesgo de la fragmentación de un cuerpo imaginario, que reproduce el síntoma de aquello a lo que pretende dar tratamiento.

La idea de espacio comunitario no supone indiferenciación de lugares. No creemos que se trate de sostener una igualdad ilusoria y rene-gatoria, sino más bien producir a partir de un espacio social reducido, la posibilidad del reconocimiento del otro como tal. Para algunos, única posibilidad de realizar alguna producción o alguna actividad, que los arranque del sin sentido, de la inmovilidad y del aislamiento.

El sentido comunitario del dispositivo se logra a partir de la inscripción de las presencias y ausencias, de los cambios, produciendo una marca que permita la inscripción del otro como semejante.

Acerca del tiempo

*“Somos todos portadores de un nombre, de una historia singular (biográfica), ubicada en la historia de un país, de una región, de una civilización. Somos sus depositarios y sus transmisores, somos sus pasadores”.*²⁴

²⁴ HASSOUN, Jacques: *Los contrabandistas de la memoria*. Ediciones de La flor, Bs. As., 1996, pág. 32.

La pregunta por el tiempo ha atravesado todo el pensamiento humano a lo largo de los siglos, desde Heráclito que compara su discurrir con el curso de un río que nunca vuelve al mismo lugar, hasta el revolucionario planteo de Einstein acerca de la relatividad del tiempo y las inconmensurables consecuencias que trajo en nuestra cultura.

Es habitual que en época del capitalismo, pensemos el tiempo en un plano de materialidad cuyo valor se expresa en términos de ganancia y pérdida.

El psicoanálisis produce haciendo objeción a ésta valoración, una herida que desgarrar esa continuidad del tiempo que se compra, que se vende, el que atrapan los relojes y capturan en su movimiento infinito.

Hablar de la temporalidad conlleva necesariamente la interrogación por la transmisión, que nos ubica en la perspectiva de la filiación.

Las psicosis nos muestran la dificultad constitutiva del lazo social. Y el lugar que el otro asume habla de lo insoportable de su cercanía, de la falta de mediación entre el sujeto y el objeto materno.

La transmisión no ha sido lograda, hay algo de esa dificultad que las psicosis ponen en evidencia. El lazo filiatorio no se ha inscripto, al modo de una historia que pueda representar a un sujeto.

El Otro no permite la evocación de la distinción de los sexos y las generaciones, ni ofrece salida a la tensión propia de la dualidad.

Es en el Otro del lenguaje donde el sujeto va a situarse, en una búsqueda siempre a reiniciar, puesto que ningún significante basta para definirlo. En la Biblia podemos encontrar al modo de un mandato cómo es entendida la trasmisión; en el Deuteronomio leemos:

*“Pregunta a tu padre y él te revelará (tu historia) y pregunta a tus ancianos y ellos te dirán (lo que fue tu pasado)”.*²⁵

Hay una historia que es donada por un padre, y es en ese acto que se ofrece una ligazón a las generaciones anteriores, produciéndose así una genealogía, instaurando una pertenencia.

La dimensión del tiempo en las psicosis es diferente, nos encontramos ante un *tiempo* eternizado, detenido, congelado, tiempo rígido ya que el lugar al que es convocado el psicótico, es siempre el mismo; las fallas en esa transmisión no le permiten un lugar en esa genealogía. El psicótico hace el intento de conseguirla delirantemente.

En la novela *Baudolino*²⁶ la existencia es definida por Humberto Eco como: *“una eternidad que balbucea”*, habla del sentido que adquiere la vida a partir de la certeza de la muerte, de la posibilidad de pensarnos ausentes de manera definitiva, pone de relieve esa dimensión de corte absoluto que es la muerte y que nos confronta con la propia castración.

El corte en tanto resultado de la significación fálica no tiene lugar en las psicosis. Si no hay corte no hay marcas entre las cuales delimitar el tiempo. El reloj de las psicosis es un reloj sin marcas, sin agujas; un segundo eterno. Este reloj en blanco suspende la historización, ya que la ausencia de mojones, impiden la relación causal entre los sucesos que conforman una vida. Es por esto que esta evidencia clínica tiene valor orientativo respecto del diagnóstico. Nuestro trabajo va en la dirección de producir esas marcas, marcas que producen efecto de sujeto. Este punto se puede profundizar a partir del concepto freudiano de *imbricación pulsional*, que apunta al corte producido por la pulsión de muerte sobre la pulsión de vida.

²⁵ HASSOUN, Jacques: *Ob. cit.*, pág. 32.

²⁶ ECO, Umberto: *Baudolino*, Editorial Lumen, Argentina, 2000.

*“Conocemos que la pulsión de destrucción es **sincronizada** según reglas a los fines de la descarga, al servicio del Eros; vislumbramos que el ataque epiléptico es producto e indicio de una desmezcla de pulsiones, y vamos aprendiendo a comprender que entre los productos de muchas neurosis graves, entre ellas la neurosis obsesiva, merecen una apreciación particular la desmezcla de pulsiones y el resalto de la pulsión de muerte”.*²⁷

Sincronizar: derivado del griego Synkhronismós formado con la partícula *syn* que quiere decir *junto con* y *Khronos*.²⁸

Seguendo a Freud decimos entonces sincronizar, imbricar, mezclar las pulsiones. Se trata de una operación, y como tal podría no ocurrir. Momentos donde la imbricación falla, donde el fracaso de la abrochadura producida por el fantasma, desarma la estructura.

El discurrir de la pulsión, producto de la desmezcla, produce la deriva de la pulsión de vida –por la falta de corte que la pulsión de muerte aporta–. Lo mismo ocurriría cuando la pulsión de muerte en su impulsión muestra su aspecto de goce mortífero.²⁹

La mezcla pulsional permite que las agujas, los números y su mecánica, produzcan un reloj que marque el tiempo.

Agamben dice: *“La concepción del tiempo de la edad moderna es una laicización del tiempo cristiano rectilíneo e irreversible, al que sin embar-*

²⁷ FREUD, Sigmund: *Obras Completas*, “El yo y el ello”, Tomo XIX, Amorrortu Editores, Bs. As., 1989, pág. 42. Este término fue introducido en uno de sus “Dos artículos de enciclopedia” (1923), pero realiza un desarrollo extenso en “El yo y el ello” donde queda claro que la vida es el producto del compromiso de ambas aspiraciones. (El resaltado es nuestro).

²⁸ COROMINAS, Joan: *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*, Gredos, Madrid, 2003.

²⁹ La metáfora mortífera que nos aporta el cuerpo con la reproducción sin fin de células cancerígenas, metástasis vital, reproducción celular cuya falta de corte lleva hacia la muerte.

*go se le ha sustraído toda idea de un fin y se lo ha vaciado de cualquier otro sentido que no sea el de un proceso estructurado conforme al antes y el después. Esa representación del tiempo como homogéneo, rectilíneo y vacío surge de la experiencia del trabajo industrial y es sancionada por la mecánica moderna que establece la primacía del movimiento rectilíneo uniforme con respecto al circular. La experiencia del tiempo muerto y sustraído de la experiencia, que caracteriza la vida de las grandes ciudades modernas y en las fábricas, parece confirmar la idea de que el instante puntual en fuga sería el único tiempo humano”.*³⁰

El psicoanálisis a partir del concepto de resignificación a posteriori, subvierte esa concepción del tiempo como continuo, puntual y homogéneo, representada por la línea del tiempo, y por esa idea ingenua de que un tiempo históricamente anterior determinaría lo posterior. Idea sostenida por la fuerte convicción de una cierta materialidad del pasado.

Lacan tiene el mérito de haber rescatado el valor conceptual del *après-coup*, y producir un giro respecto del alcance del análisis. Ya en el seminario I Lacan pone en cuestión el modo de entender la historia, al modo de un determinismo clásico, donde un acontecimiento pasado determina la producción de un acontecimiento presente; y así propone el armado de una historia como un movimiento inacabado y el análisis como la apuesta a esa reescritura. Entendiendo a la historia en su estatuto de ficción, de relato a escribir.³¹

Dice Lacan: *“la historia no es el pasado. La historia es el pasado historizado en el presente, historizado en el presente porque ha sido vivido en el pasado”.*³²

³⁰ AGAMBEN, Giorgio: *Infancia e Historia*, Ed. Adriana Hidalgo, Bs. As., 2011, pág. 140/141.

³¹ *“Si por ficción se entiende el texto que declara su relación con el lugar singular de su producción”* Michel de Certeau. *Historia y Psicoanálisis entre ciencia y ficción*. Universidad Iberoamericana. Departamento de Historia Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. (2002)

³² LACAN, Jacques: *Seminario I (1953-54)*, Ediciones Paidós, Bs. As, 1981, pág. 27.

Es una apuesta al movimiento,³³ a la producción de bucles, a la posibilidad de reconstruir una historia, un llamado a la singularidad, a instaurar una temporalidad que se diferencia del tiempo congelado.

Lacan lo expresa en éstos términos: “*se trata menos de recordar que de reescribir la historia*”.³⁴

Si recurrimos a la Antigua Grecia para hacer uso de su mitología vemos que contaban con tres dioses para representar el tiempo y al contrastar con las referencias actuales, se nos hace evidente que no contaban con el tiempo del trabajo y de los relojes, de la regulación del ocio como ámbito propicio para el consumo.

El Aion es un dios que no tiene génesis, no es un dios nacido, siempre ha estado, sin principio ni fin, y es el tiempo eterno.

Cronos, que nace de Gea y el cielo, que con su nacimiento castra al padre³⁵, dado que al tener introducido su pene en la tierra separa el cielo de la tierra con su nacimiento, dando lugar a la existencia y a todo lo que se encuentra sobre la tierra, incluso la existencia del hombre. Cronos a modo de solución ante la advertencia de que sería traicionado por sus hijos, se va devorando sucesivamente a toda su progenie.

Me interesa remarcar esa condición de posibilidad que trae aparejada la presencia de Cronos, su cara amable, ya que su aspecto mortífero ha sido recurrentemente puesto en jerarquía.

Cronos, posibilita vivir y garantiza la muerte, o para decirlo de otra manera: garantizar la muerte posibilita la vida. Borges pudo imaginar una vida eterna en su cuento *Los inmortales*,³⁶ donde la existencia que-

³³ El tiempo sólo es aprensible a través del movimiento, modo de imaginarizarlo.

³⁴ LACAN, Jacques: *Ob. cit.*, pág. 29.

³⁵ No hacemos referencia al uso del concepto psicoanalítico de castración simbólica, sino al acto de cortar efectivamente el miembro al padre, según el relato mitológico

³⁶ BORGES, Jorge Luis: “El inmortal”, en *El Aleph*. Alianza Editorial, Madrid, 1998.

daba reducida a la petrificación, al sin sentido de toda acción, todo movimiento. Ya que cualquier acción o pensamiento que pueda perpetuarse por siempre le resta el sentido que la dimensión de lo finito aporta. La inmortalidad atenta contra las coordenadas de espacio y tiempo, suprime la idea del olvido y la memoria. Desarticula la posibilidad de entramar una historia.

Kairos es hijo de Zeus y Tijé, diosa de la suerte y la fortuna, es un dios menor, un daimon, y por ser hijo de la fortuna está relacionado con la oportunidad, representa al tiempo oportuno, la ocasión propicia. Podríamos pensar que se corresponde con el tiempo de la interpretación como acontecimiento, lo que sale del circuito de lo posible e incluye la sorpresa, lo contingente.³⁷

Los balbuceos de los que habla Umberto Eco, esos cortes propios de la dimensión mortífera de Cronos, permiten que haya historia, que haya sujeto con historia.

Es bien sabido que un orientador claro respecto del diagnóstico de psicosis, es esa falta de relatos, la dificultad de conectar sucesos y enlazarlos en una novela familiar, hay una verdad material que no puede encarnarse en historia.

Una derivación etimológica de Cronos es la palabra crónico, término que designa aquellas patologías que son sufridas de manera sostenida en el tiempo, así mismo define una clínica, un tratamiento y un pronóstico. Rótulo que señala la impotencia y el sin sentido de toda acción frente a lo imposible de cambiar.

Si sostenemos el valor de esa dimensión de corte, podemos sostener que el trabajo con las psicosis estaría orientado a “crono-ficar”, conmovier algo de ese cortocircuito en la temporalidad sostenido por

³⁷ También se lo relaciona con el momento de la inspiración, el momento creativo en las artes.

una presentificación eterna. Nuestro trabajo iría en la dirección de restablecer ese tiempo que progresa, dejándolo abierto al infinito. Situar mojones en ese continuo, artificio simbólico que ofrece espacios de intervención sobre ese existir sin historia, testimoniar acerca de una continuidad entre los intervalos, recolectando jirones de historia.

Ese ensanchamiento del espesor del presente borra el pasado y el futuro, ese derrumbe del tiempo producto de la falta de una dimensión deseante que bordea y contornea algo de esa diferencia, aplasta tonalidades, matices.

En el trabajo con la neurosis con eso contamos, los datos organizados al modo de una historia, donde se enlazan hechos armando una “historia del padecimiento”.³⁸ Contamos con el recurso de ficcionalizar lo vivido, elaborar hipótesis respecto de lo que le pasa, y trabajamos con esos dichos.

En cambio en las psicosis no contamos con el recurso de la ficción al modo de la novela familiar, ni con la historia al modo neurótico. Nos encontramos con agujeros, saltos, interrupciones, vacíos, que se pretende inscribir, prestándonos como testigos, como memoria. Agujeros que no son compatibles con el olvido, ya que el olvido es una forma de la memoria, “Lo que no se puede decir, no se puede callar” “hay una necesidad que conduce las historias forcluidas hasta el decir. Si por alguna razón esas historias no pueden ser transmitidas, entonces *será dicho por boca de otro*. Si son impensables, entonces sus huellas y sus restos se llevarán por generaciones, vividos como locura por alguien que está (en) cargado –en el doble sentido de la energía y de un deber que hay que llevar a cabo–”.³⁹

³⁸ FREUD, Sigmund y BREUER, Josef: *Obras Completas*, “Comunicación preliminar (1893)”, Tomo II, Amorrortu Editores, Bs. As., 1979.

³⁹ DAVOINE, Françoise y GAUDILLÉRE, Jean-Max: *Historia y Trauma. La locura de las guerras*, Fondo de Cultura Económica, Bs. As., 2011. Las cursivas son nuestras.

Se tejen relatos, se escribe la historia allí donde los agujeros denuncian la ausencia de sujeto que pueda enunciar, y que se sostenga en una suerte de continuidad que liga pasado, presente y futuro. Dimensión temporal minada por el advenimiento de las crisis.⁴⁰

La referencia al tiempo está permanentemente presente en este dispositivo, ¿qué días viene? ¿a qué actividad? son modos de producir marcas en ese continuo, se leen las ausencias y las presencias, apostando a que la temporalidad se instale a partir de una legalidad.

En el Hospital de Día la oferta de distintos espacios en determinado tiempo, pretende situar mojones en ese continuo, marcas que ofrece espacios de intervención sobre ese existir sin historia.

Algunas orientaciones nos guían, así también incertidumbre, pero sabiendo que hay que escuchar lo que aparezca del lado del paciente como propio. Destellos que en su intermitencia nos convocan, definen un lugar posible que es el de testimoniar acerca de una continuidad entre esos intervalos. Intento de recolectar retazos de la historia.

⁴⁰ Es necesario señalar que en su texto "La erótica del tiempo", Miller plantea a partir de una pregunta, explícitamente que no logra ver en el caso Schereber "*cómo viviría él en un presente eterno. Al contrario, Schereber tiene por completo la sensación de futuro, está a la espera de que Dios realice su proyecto. Debemos introducirlo entonces en el tiempo que progresa porque él tiene, muy claramente, esa experiencia del futuro*" (...) "*La manía en sentido psiquiátrico está marcada por la precipitación. Como si el sujeto viviese un presente demasiado estrecho con relación a aquello que él tiene para decir; mientras que el melancólico vive un presente demasiado largo. Podemos decir que el melancólico en sentido estricto está marcado por el predominio de un tiempo que retroactúa. De cualquier manera en la melancolía este vector que retroactúa está prácticamente en estado puro. El sujeto melancólico no vive el mismo tiempo que los demás; para él el tiempo va del futuro al pasado; para él el futuro pasa continua y rápidamente para el pasado. Eso es lo que da al melancólico ese sentimiento especial de detención del tiempo*". Es posible pensar que la experiencia del tiempo no es algo que pueda ser generalizado a todo lo que se incluye dentro de lo que llamamos las psicosis. Los casos clínicos con los que he trabajado y que me hicieron pensar en el modo particular en que la dimensión temporal se pone en juego, corresponden a lo que desde la psiquiatría se denomina esquizofrenia. Lejos de entender que esta hipótesis cierra un tema tan complejo como éste, intento pensar el enigma que para mí sigue siendo la psicosis después de muchos años de trabajo clínico en un Hospital Psiquiátrico.

El tratamiento se orienta en éste sentido, recogiendo relatos de lo cotidiano, anécdotas compartidas y prestando el material allí donde el sujeto no puede testimoniar acerca de eso.

Se trabaja aportando nuevas representaciones que conmuevan ese lugar alienante, y que confronten ese lugar asignado al loco. Sabemos que esa pretensión de la historia así pensada es una necesidad neurótica, que somos nosotros los que pretendemos algo que la estructura psicótica no cesa de denunciar como diferente, y que el objetivo no es adaptar al psicótico a una lógica neurótica, sino que pueda contar con fragmentos de su historia como recurso, para así anticipar una crisis, y ubicar el momento de pedir ayuda, para que pueda sostener proyectos en el tiempo y enlazarse a otros. De lo que se trata es de producir “*un llamado a la singularidad*”.⁴¹

Se presta el cuerpo para dar testimonio de los acuerdos que se van estableciendo en ese camino, confirmarlos le da valor a la palabra, referenciándose con esa legalidad común, restándole así al Otro poder absoluto, socavándole territorio, es un modo de trabajar separando espacios. Sobre lo público de la psicosis inaugurar un velo un espacio para lo privado. Privado de la mirada del Otro, ya que esa exposición lo arroja al exilio social. Aportar, al modo de prótesis, esa separación, ubicando lo que pertenece al ámbito de lo privado y de lo público.

El límite del pudor y del *no* puede ser sostenido a partir de una presencia que ubique y circunscriba. Ya que hay algo en las psicosis que persiste en ser mostrado, por falta de construcción del territorio de lo íntimo (diferenciación yo-mundo), ayudar a delimitar espacios e inaugurar así, mediante artificios, *lo privado*, priva al otro de su goce, construcción imaginaria del adentro y del afuera.

⁴¹ PERCIA, Marcelo: *Deliberar las psicosis*, Editorial Paidós, Bs. As., 2004. .

El trabajo con la locura nos enfrenta a ese vacío, a esa existencia material sin deseo, a esa apuesta que tenemos que hacer en nombre propio quienes pretendemos dar tratamiento, y que tenemos que interrogar cuándo la hacemos y cuándo no. Ya que hay muchos modos de faltar a la cita.

Sobre el equipo en Hospital de Día ⁴²

Andrea Flory

La noción de equipo

La noción de Hospital de Día no encierra necesariamente en sí misma la apuesta a la sustitución de lo manicomial, aunque sabemos que esto es uno de sus fundamentos originarios, una de las razones de su surgimiento. Toda práctica –cualquiera sea– encierra el riesgo de reproducir una lógica de aniquilamiento subjetivo.

Este dispositivo puede ser entendido como una herramienta de transformación institucional y subjetiva, ya que permite y ofrece una lógica de inscripción del lazo social. Opera interrogando los modos asistenciales hegemónicos que generan –por definición– invisibilidad y mudez en el sujeto que consulta.

Entendemos que para producir transformación institucional, las prácticas deben poder ser atravesadas por la interrogación, por la pregunta. Nada es así porque sí. Cada hacer, cada praxis está sustentado en una dimensión ética.

La noción de equipo es uno de los pilares claves para sostener y entender la posible dinámica de producción subjetiva en una institución que opera en el campo social, el de la salud mental.

Sólo hay posibilidad de producir sujetos, a través de la presencia de otros, que representan la cultura, lo simbólico. Esto es primordial para entender la clínica de las psicosis o de las neurosis graves, que

⁴² Una versión de este trabajo fue presentada en las *Jornadas Provinciales de Salud Mental y Derechos Humanos. Intercambiando prácticas, pensando la región*. Organizadas por Agrupación ERA / Estudiantes de Psicología - UADER y Comité de Docencia e Investigación Hospital "Dr. A. L. Roballos". Paraná. 18 y 19 de septiembre de 2009 y en el *VIII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos - UPMPM*, Bs. As. 19 al 22 de Noviembre de 2009

es la población que recibe diariamente el Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná.

El trabajo de constitución de un equipo

La construcción de un equipo supone una fuerte apuesta a la construcción de un cuerpo enmarcado en un orden simbólico, con reglas que lo atraviesen para dar una dinámica entrecruzada de todos y de cada uno, de lo grupal y de lo subjetivo.

La constitución del equipo es uno de los principales recursos de transformación de los modos fragmentarios de reproducción de lo manicomial. El equipo puede operar como estructura básica de transformación de la lógica de encierro, fragmentación, aislamiento y exclusión, permitiendo la producción de sujetos hacedores de prácticas alternativas y sustitutivas al manicomio, aunque en sí mismo no lo garantiza.

El Hospital de Día puede ser entendido como lugar de crítica al modelo manicomial, pero fundamentalmente y al mismo tiempo, ser un lugar de construcción de prácticas sustitutivas. Una pregunta podría ser ¿cómo construir una práctica sustitutiva? ¿con qué instrumentos?

Contamos con instrumentos de orden ideológico-político, teóricos y técnicos, que se ponen en juego entrecruzadamente. No hay uno sin el otro. Son las mismas herramientas para construir y deconstruir las prácticas.

Algunas nociones fundamentales y necesarias que nos ayudan a situar la clínica (y que no es la intención desarrollar aquí) son: el sujeto del psicoanálisis, el sujeto de la psicosis, lo inconsciente, transferencia en las psicosis, trabajo en equipo, interdisciplina, táctica, estrategia y política en términos clínicos, lo colectivo, lo múltiple, el valor de la escucha y la palabra, dispositivos para producir sujetos, la producción del lazo social, el tiempo y el espacio, el derecho y la ciudadanía. Estas

nociones se articulan y permiten conformar el sustento de determinadas y diversas prácticas, que toman consistencia en diferentes niveles en las intervenciones clínicas concretas: lo institucional, lo grupal, lo subjetivo, lo comunitario.

Al pensar en diversas situaciones institucionales, tenemos que considerar algunos elementos que conforman el escenario posible: a) *actores sociales* protagonistas de las posibles escenas institucionales, usuarios de los servicios de salud, familiares, profesionales, comunidad en general; b) *espacio*: en tanto lugar físico donde transcurren las prácticas, el que a su vez se representa en determinados usos con el consecuente peso simbólico de su utilización; c) *tiempo*: presupone un particular uso y una definición de la temporalidad para cada práctica. La temporalidad, en términos de una lógica particular que se pone en juego más allá de una perspectiva cronológica; d) *formas de lazo social*: se manifiesta a través de lo que se va produciendo en este entramado de actores que se entrecruzan en el dispositivo. Se establecen diferentes formas de lazo con el otro. Ubicamos aquí la dimensión del amor y la transferencia.

Respecto a los *actores sociales*, localizamos al equipo entendido como núcleo principal, en tanto receptor y productor de *transferencias*, receptor y productor de *sujetos*, receptor y productor de *discursos*, receptor y productor de *prácticas*, receptor y productor de *institución*, receptor y productor de *saberes* sobre el malestar, a la vez como receptor y productor de *espacios y tiempos* particulares para la *clínica* (escenas posibles para que transcurra la clínica) y como receptor y productor de *lazos sociales*.

Al pensar en la noción de equipo insiste la idea de construcción. Esto supone que no está dado de antemano. Para constituirse un equipo hace falta el encuentro y el desencuentro temporo-espacial de una serie de sujetos. Lo que irá permitiendo, con el atravesamiento de lo

temporal en determinado espacio social, la constitución de un adentro y un afuera del mismo. A la vez relativizando lo de adentro-afuera, en tanto lo de adentro de algún modo está afuera, lo de afuera también es el adentro. Dimensión éxtima. Esto determina posiciones posibles, los que están y pertenecen, los que no están y no pertenecen, los que estuvieron y se fueron. Ese encuentro presencial de varios (al menos dos) en principio es la condición, para que algo más se constituya. Compartir un tiempo y un espacio –lo que conforma las coordenadas de la historia– irá permitiendo la constitución de un cuerpo, lo que se enmarca en un adentro y un afuera. Decimos cuerpo imaginario y simbólico en tanto atravesado por significantes y normas que regulan su dinámica.

Si entendemos al equipo como un cuerpo, podremos pensar que tiene un borde, que marca exterioridad e interioridad. Cuerpo, en tanto forma biológica, sustentada por una dimensión significativa, nombrado como equipo de Hospital de Día. Está sustentado y a la vez produce significantes, es un productor de significaciones.

Un equipo posible supone transferencia de trabajo. Creer que con los otros se puede producir algo, confiar en los otros y tener, al menos algo en común que reúna, que convoque y que permita producir algo más allá del encuentro, en tanto efecto del mismo. Esto implica que el equipo soporte las transferencias que genera hacia adentro como hacia afuera, poniéndolo a trabajar para poder soportarlo, vía el diálogo, la supervisión, la escucha, la escritura, etc. La *supervisión* en nuestra historia como equipo ha sido el dispositivo clínico político que ha permitido generar otra escena, que es la de un tercero operando como exterioridad y permitiendo mirarnos, escucharnos, detenernos y seguir en el *mientras tanto* de la clínica como plantea Marcelo Percia.⁴³

⁴³ PERCIA, Marcelo: *Deliberar las psicosis*, Lugar Editorial, Bs. As., 2004.

Se trata de poder soportar las diferencias que nos constituyen y nos atraviesan, supone un trabajo y un deseo de trabajar con ese malestar que inevitablemente se produce. Por lo tanto, el equipo, es receptor y productor de *malestar*. El equipo se constituye en esa tensión permanente del adentro y el afuera, ya que lo que se recibe del exterior ya forma parte del interior. En este sentido es importante poder ir ubicando un cierto imaginario grupal que lo identifica como tal. La demanda va formando parte y conformando la posición del equipo. Hay equipo, en tanto se ofrece algo, lo que a la vez genera y produce determinada demanda; oferta y demanda son dos caras del lazo que produce el equipo en la institución y más allá de ella.

Hospital de Día representa la circulación diaria de muchos usuarios con grave padecimiento psíquico, que llegan, están, comparten espacios, actividades, produciendo encuentros y desencuentros, ausencias y presencias, una alternancia cotidiana en un tiempo y un espacio determinado. Atravesado por la posibilidad de producir *haceres, decires*, actividades, grupos, espacios individuales. Esto indica un tiempo acotado, definido por una entrada y una salida, a la vez un espacio determinado para tal o cual cosa. Paralelamente se encuentra el equipo que recibe, acompaña, escucha lo que los usuarios refieren, dicen, piden, comentan, permitiendo la producción de palabras, de significantes, lo que hace a una dimensión simbólica de la práctica. El Hospital de Día a través del equipo recibe, ofrece escucha y acompañamiento a los sujetos que llegan en crisis o con su malestar. Permite construir vínculos y referencias, ofrecer alivio a las demandas, producir lógicas de cuidado sustitutivas y en red. Por todo este montaje que se activa frente a la simple existencia de un equipo de salud, resulta imprescindible el cuidado del mismo, en tanto instrumento principal para la transformación subjetiva e institucional. El equipo genera determinadas formas de lazo social, según la lectura que haga de las demandas y de las ofertas que produzca hacia las mismas. Cada una de las decisiones que el equi-

po va tomando transfiere el montaje de supuestos que sostienen ese cuerpo en cuanto tal. Cada toma de decisión puede reproducir las lógicas que pesan sobre el equipo y sobre cada uno de los miembros que conforman el mismo, en tanto heterogéneo, múltiple, interdisciplinar e interdiscursivo.

Las prácticas en salud mental, al tratarse de producción de valores sobre lo humano, corren el riesgo de reproducir el manicomio, vertiente de la cultura que define que hay curadores y enfermos, que hay locos y cuerdos, que hay lugares determinados para depositar la locura y que hay algunos que definen y tienen poder de decidir sobre otros. El riesgo de reproducir la exclusión del que está fuera de la norma, es un punto a trabajar permanentemente cuando un equipo se intenta posicionar como productor de subjetividad. La posibilidad de pensar porqué y para qué hacemos lo que hacemos, es una herramienta fundamental para cuidarnos y poder cuidar a otros.

La dinámica del lazo social propia de cada equipo se pone en juego en las intervenciones que se hacen respecto a los usuarios, en cuanto y en tanto se intenta producir inscripciones en el sujeto. Estas inscripciones –dado la fragilidad subjetiva de los mismos– no son permanentes, pero van dejando huellas.

Hay actos que dejan marcas, que se conforman como recuerdos, anécdotas, imágenes. A través de esos nuevos relatos –producción simbólica–, se predispone el lugar para nuevas significaciones y otros locus (del latín, lugar, localización) para el sujeto que habla, que elabora un discurso contando algo de lo ocurrido en el paseo, en el almuerzo, en literatura. Para eso es necesario un *alguien* que pueda escuchar eso: un referente de la actividad, coordinador del espacio, quien lo recibe ese día, el grupo que está presente, el que realiza la entrevista individual. Esa figura del alguien (pequeño otro *no anónimo*) es el otro depositario del mensaje (discurso). Se van generando diversas instancias

de recepción y producción de discursividad (subjetividad). Cada uno de los microespacios son excusas para eso y propician eso. El equipo interpreta lo que allí se produce: hace una lectura. A la vez devuelve algún nuevo sentido al sujeto. Eso va generando un corpus simbólico discursivo, que baña lo real del sujeto (que viene generalmente descubierto de ello, con el “inconciente a cielo abierto”, dice Colette Soler).⁴⁴

Ese *alguien* es una figura clave en el campo de la clínica, es el que escucha y a partir del cual se producen significantes para entender lo que ocurre, el malestar que se atraviesa. Ese *alguien* también –desde la perspectiva del equipo– es el compañero con quien se puede pensar en voz alta o quien puede decir algo que permita destrabar lo incomprendible de tantas situaciones que se reciben permanentemente, diariamente, urgentemente.

El malestar en el equipo

Elías Mehry,⁴⁵ al referirse a los equipos de salud mental y al malestar por el que están atravesados, plantea que se trata de “producir más vida e impedir la muerte manicomial, en cualquier lugar que ocurra”. Destaca el valor de construir *escuchas* de nuestro hacer cotidiano para captar los ruidos, fallas, errores, en un cotidiano con intensas demandas de cuidado que los usuarios –en estado de crisis– tienen sobre el equipo. Se detiene en la tristeza y el agotamiento de los trabajadores, en la impotencia, en tanto que se trata de vivificar el sentido de la vida en otro (sobre todo en pacientes con diagnóstico de psicosis o con graves padecimientos subjetivos). Plantea el manicomio no sólo como

⁴⁴ SOLER, Colette: *El inconciente a cielo abierto de la psicosis*, JVE Ediciones, Bs. As., 2004.

⁴⁵ MEHRY, Emerson Elías: “En el ojo de la tormenta antimanicomial. Alegría y alivio como dispositivos analizadores”, en MEHRY, Emerson Elías y AMARAL, Heloísa (Organizadores): *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*, Capítulo 5: Los Caps (Centros de Atención Psicosocial) y sus trabajadores, Editora Hucitec. San Pablo, 2007.

un lugar, sino como una práctica social cultural, política e ideológica. Destaca la oposición tristeza-alegría como parte de lo cotidiano de las instituciones, por lo cual sostiene que es importante y necesario ver el *autocuidado* en lo cotidiano.

El mismo autor hace referencia al agotamiento que aparece en los trabajadores, la combustión del trabajador y del equipo (burn out), dado que los procesos de trabajo son altamente explotadores y alienadores, generando el *agotamiento del trabajador*. Plantea la necesidad de permitir producir nuevas posibilidades de vida, porque el equipo consume la suya propia. Si produce todo el tiempo –va a decir– se agota, entra en combustión su energía vital. Por lo cual considera que generar procesos en lo cotidiano que expongan esas cuestiones es permitir que el colectivo piense y hable sobre eso y así, actuar sobre la producción de esas situaciones y estados. La posibilidad de interrogarnos como modo productivo del propio hacer manicomial, interrogar lo que entristece y agota, abre nuevas oportunidades que resitúan al equipo, con más posibilidades antimanicomiales. Propone la construcción cotidiana de alivios, produciendo redes sociales para los trabajadores, intra e intersectorialmente. Plantea la idea de generar dispositivos en rotación/movimiento para impedir la manicomialización de los usuarios y de los cuidadores.

Retomando la perspectiva del equipo de Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental, este es entendido como una construcción permanente. La diversidad se pone en juego, lo heterogéneo de las diversas disciplinas, prácticas y discursos. Se intenta construir un estilo, un modo de hacer propio y común, un discurso y una praxis que contenga un consenso.

Desde cada disciplina, cada saber, cada miembro que participa y desde la heterogeneidad, se intenta apostar a un eje ordenador que principalmente es el abordaje del *problema* que llega al equipo, las po-

sibles demandas de atención, el malestar que se presentifica en cada sujeto que consulta. El objeto de intervención es la dialéctica del malestar-bienestar subjetivo.

La construcción del equipo –que recibe esas demandas atravesadas por el malestar subjetivo– necesita del pasaje por una lógica temporal; poder pensar en esos tiempos particulares y propios. Poder ubicar esos tiempos lógicos y cronológicos del equipo es crucial, permitiendo algunas de las condiciones necesarias para sustentar una mínima consistencia que permita abordar los malestares que se reciben.

Se trata de abordar el malestar que conlleva construir un equipo. Constituirse en equipo no es sin el malestar y no es sin ponerlo a trabajar. Ese malestar que el mismo equipo –al intentar constituirse– produce, genera una diversidad de síntomas.

Es a partir de abordar los síntomas y las diferencias que van apareciendo, las del uno a uno, que se podrá encontrar o trazar un camino para llegar a lo común. Eso común no es algo natural, sino que se produce e ineludiblemente está atravesado por algunos costos de orden subjetivo.

La historia del actual equipo de Hospital de Día, que se inicia a fines del año dos mil tres, debió atravesar un primer tiempo de constitución, donde fue fundamental, la apuesta al espacio de supervisión, con un psicoanalista ajeno al equipo, figura de exterioridad. En los tres primeros años de encuentros mensuales de supervisión se pudo trabajar sobre la dimensión del *nosotros*. La impronta imaginaria del equipo aparece inevitablemente como obstáculo y como motor, en el trabajo con los sujetos asistidos. Las diferencias, los acuerdos y desacuerdos, los objetivos del equipo, la apuesta a la transformación institucional, el adentro y el afuera del equipo, lo mortífero y lo vital, entre otros aspectos, han sido el material y las simientes para la conformación estructural del equipo. Construir un equipo es un trabajo sobre lo ma-

nicomial que cada uno porta y reproduce en las prácticas aisladas, en sus formas fragmentarias de reproducción de las mismas. Un equipo se constituye como constructor de palabras, constructor de circulación de palabras. Un equipo entendido como un lugar donde lo mortífero que generan las instituciones pueda circular, desplazarse y no quedar en un único lugar. Para ello, la dimensión de la pregunta es un recurso necesario, pero que a la vez supone soportar, cuando aparece, el vacío de algunas respuestas.

En otro momento el equipo pudo ir deteniéndose en la dimensión clínica producida, en la cotidianeidad generada, en la lógica que pone en juego el dispositivo, en el caso por caso que llega e interroga, problematiza, confronta con los saberes y las prácticas.

Un hospital de día para cada demanda, para cada recorrido propio, con la apuesta a cada sujeto, a su singularidad, aún en su absoluta precariedad simbólica. Apuesta que frecuentemente lleva a tener que soportar el sabor amargo y a la vez dulce de lo imposible de la clínica.

Bibliografía consultada

- Apollon, Bergeron, Cantin. *Tratar la psicosis*. Ed. Polemos. Bs. As. 1997.
- Belaga, Guillermo (compilador). *La urgencia generalizada*. Ed. Grama. Bs. As. 2004.
- Laurent, Eric: *Psicoanálisis y salud mental*. Editorial Tres Haches. Bs. As. 2000.
- Rossi, Gustavo. *El día más allá del Hospital*. En Bertran, Gustavo (compilador). *Hospital de Día. Particularidades de la clínica. Temas y Dilemas*. Ed. Minerva. Bs. As. 2004.

- Soler, Colette. *La angustia en la psicosis*. En Bertran, Gustavo (compilador). *Hospital de Día. Particularidades de la clínica. Temas y Dilemas*. Ediciones Minerva. Bs. As. 2004.
- Stolkiner, Alicia. *De interdisciplinas e indisciplinas*. En Elichiry, Nora (comp.). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As. 1987.
- Stolkiner, Alicia. *Prácticas en salud mental*. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Volumen 6. N° 1. Medellín, Colombia. 1987.
- Ulloa, Fernando: *La mortificación en las instituciones*, en *Novela Clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Paidós. Bs. As. 1995.

Los talleres como productores de grupos y de historias⁴⁶

Natalia Yujnovsky

Los espacios de *taller* ofrecen la posibilidad de encuentro con otros en un hacer. La apuesta a la construcción de lo grupal y a los proyectos es ubicada como uno de los ejes del tratamiento del malestar que desde el Hospital de Día realizamos. Los múltiples cruces que se producen en torno a la actividad compartida contribuyen a la constitución de ese *nudo* que es el grupo. Intentaremos aquí mirarlo desde algunas escenas del *taller de cocina*, propuesta que durante seis años convocó a un grupo numeroso de usuarios en la simple y a la vez maravillosa tarea de preparar con otros una comida y compartirla en un almuerzo.

Recurrimos a la imagen del grupo como un nudo (sentido presente en la etimología de la palabra grupo), pero un nudo particular, colorido, que se mueve. La invitación es a explorar lo que esta imagen ofrece. Un nudo hecho de muchas hebras, cada hebra tiene movimiento propio, se mueve en su lugar y también se está desplazando en varias direcciones. Cada hebra tiene uno o más colores con diferentes matices. En ese transitar, en ese moverse, pueden suceder varias cosas: confluyen en un sitio, pasan cerca, a veces se rozan, otras se cruzan, se entrelazan y, por fin, se anudan. Y, como siguen moviéndose, el nudo no es permanente, pero puede ser que el nudo haya marcado las hebras, que no quedan iguales después de haberse amarrado. Si continuamos con esta metáfora podemos pensar que habrá diferentes *intensidades* en colores, movimientos y anudamientos, y habrá diferentes *tensiones*

⁴⁶ Este trabajo fue presentado en las *I Jornadas de Salud Mental y Derechos Humanos. Intercambiando prácticas, pensando la región*. Organizadas por Agrupación ERA / Estudiantes de Psicología - UADER y Comité de Docencia e Investigación Hospital "Dr. A. L. Roballos", Paraná, 18 y 19 de septiembre de 2009 y en el *VIII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos - UPMPM*, Bs. As., 19 al 22 de Noviembre de 2009.

que requerirán más o menos elasticidad. Probablemente las marcas tendrán que ver con estas variaciones.

Alguien llega, pregunta por un compañero que no está: las hebras se acercan. Otro comenta que ha dormido mal y desata una cascada de intercambios en relación a la medicación, las dosis, el dormir bien o mal, la soledad: las hebras se entrelazan. Comienza la tarea, el grupo se organiza, se reparten funciones, se elige, se invita, se designan encargados. Mientras se desarrolla la preparación de la comida aparecen madres o abuelas evocadas en una receta o en un modo, *el modo* de hacer las cosas, aparece el comentario del día anterior, una preocupación, una buena noticia para compartir. Relatos que van formando la "red de identificaciones cruzadas" (Fernández, 1999)⁴⁷, el nudo comienza a armarse. Hay quienes permanecen afuera de este intercambio, pero van y vienen: no todas las hebras forman parte en todo momento del nudo, el nudo es dinámico, va variando su forma.

Los coordinadores del taller están allí encargándose de detectar el recorrido de las hebras, el movimiento propio de cada una, para promover los cruces, los intercambios: se escucha que alguien está buscando una pensión para ir a vivir, allí cerca está una compañera que vive en un lugar de estas características pero no registra tal inquietud, se hace necesario intervenir para que el intercambio se produzca. Es así que hay cruces espontáneos y enlaces provocados por los coordinadores, unos y otros son registrados, compartidos con el equipo.

La comida está lista, puesta la mesa, aparece el repaso de lo que falta, y de quienes faltan, y se comparte el almuerzo: el nudo se estrecha. Se toma un tiempo aquí para la organización del próximo menú, apelando a los *gustos*, el *taller de cocina* como espacio privilegiado para sentir y darse gustos. Se designan próximos cocineros y se registra en

⁴⁷ DEL CUETO, Ana María y FERNÁNDEZ, Ana María: "El Dispositivo Grupal", en DE BRASSI y otros: *Lo Grupal. Devenires e Historias*, Editorial Galerna, Bs. As., 1999.

un lugar visible quién traerá cada ingrediente, recurso que permite una inscripción del acuerdo, del compromiso con los otros. Se produce la despedida sabiendo que en una semana habrá que volver con algo, la receta, los huevos, un condimento. Hay quien pregunta adónde comprar cierto ingrediente, otro sugiere un lugar, se organizan para ir juntos: el nudo comienza a abrirse a un nuevo recorrido.

En las situaciones que recibimos en nuestro dispositivo predomina el aislamiento, la fragilidad de los lazos con otros, una dificultosa relación con el tiempo, con la experiencia del tiempo, lo que va de la mano de la limitación para construir proyectos y referir una historia que a veces sólo puede ser contada como historia de sufrimiento, fracasos, dolor, pérdidas, siendo éstas las inscripciones a las que más fácilmente se accede al momento de presentarse ante el otro. Se trate del diagnóstico que se trate, desde diferentes lecturas disciplinares o teóricas, son estos rasgos comunes los que configuran el malestar que recibimos y atendemos.

La figura del nudo conformado por diferentes hilos nos invita a pensar lo grupal como un cruce complejo, donde se entrelazan múltiples recorridos. Se *converge* en el nudo y se *diverge* hacia otro lado, otro recorrido, de otra forma. Haber estado en el nudo opera un registro que va haciendo historia, una historia inscrita en el vínculo con el otro y en la materialidad del objeto producido o el proyecto puesto a andar. Registro que no es permanente pero que podemos evocar y poner en movimiento.

El lazo generado en la actividad compartida se inscribe de un modo particular. Algunos años en esta tarea nos permiten reconocer cómo un reencuentro de dos o más que estuvieron compartiendo una experiencia grupal en un taller hace posible recuperar esa experiencia, la actualiza y provoca movimientos saludables.

Dos usuarios se reencuentran y recuerdan cuando en otro momento, estando ellos internados, hacían pan casero para vender. Ella dice: “*qué tiempos... ahí sí que trabajábamos*”, él le responde que muchas veces ha intentado hacer algo parecido, no ha encontrado con quién, comienza a ponerse en movimiento ese recuerdo, esa experiencia y empiezan a aparecer posibilidades, “*podríamos hacer pastelería, por pedido, venderla, ¿a dónde?, ¿con quiénes?...*” Algo se abre como ‘*por vení*’ en ese encuentro que recuerda otro. Hay una historia compartida. El “*podríamos*” indica posibilidades, que son tales a partir de ese encuentro.

Decimos que la marca del nudo es en el vínculo con el otro y con la actividad. La materialidad de un producto, el objeto producido juntos, ese proyecto compartido, cobra cierta independencia, es algo que está *afuera* pero que existe a partir de que alguien lo hizo, y mantiene con ese alguien una relación, lo convoca, lo provoca, lo hace presente para otros, en otros tiempos, en otros lugares.

Decir que los talleres pueden producir grupos e historias, es afirmar que pueden producir subjetividad, lazo social y devenires. Y para que algo de esto ocurra situamos como coordenada básica la oferta de un tiempo y un espacio. Sostenemos que tiempo y espacio son la condición mínima para un encuentro, un hacer, un tratamiento. Los talleres y los diversos espacios de atención en Hospital de Día, funcionan como ordenadores del tiempo. Pero, ¿de qué tiempo se trata?

Es posible reconocer al tiempo en su dimensión de *convención social*, el tiempo del reloj, el tiempo cronológico, aquel que permite acordar el día y la hora, el *tiempo social*. También el tiempo es el de la oportunidad, el tiempo subjetivo, el tiempo del acontecimiento, de lo nuevo. Pautamos un tiempo, acordamos un tiempo y *nos damos el tiempo* para que allí acontezca un encuentro. El taller de cocina propone que estos tiempos se desplieguen, el tiempo secuenciado necesario para elaborar una comida es el que predomina en la primer parte de la actividad,

allí habrá que ajustarse a lo que el proceso de preparación del menú elegido requiere. Si algún usuario no llega a horario con lo que tiene que traer esto tendrá consecuencias y habrá que decidir cómo hacer con esa ausencia. Si se descuida el tiempo de leudado de la masa no se estará a tiempo con las pizzas listas para el almuerzo. El reloj tiene jerarquía en esta primer parte del taller. La hora de almorzar, en cambio, parece dar lugar a otro tiempo, el tiempo del disfrute, del compartir, del encuentro en torno a la mesa. Un tiempo para la conversación. A diferencia de otros talleres, lo producido aquí se consume aquí, no está pensado un destino *más allá* del taller. En este sentido se valora la posibilidad de un tiempo *porque sí*. Cada taller de cocina es en sí mismo una experiencia de encuentro. En este sentido, retomando palabras de Julia Benassi *"Probablemente, en la sobreestimación del tiempo para algo, del tiempo actual en pos del mañana, (al que la posmodernidad ha dotado de carácter urgente), se nos suele solapar el valor del tiempo porque sí, del tiempo de la oportunidad del encuentro, del acontecimiento y de lo que con él acontece a nivel de la intersubjetividad"*.⁴⁸

La idea de *nudo dinámico* de la que partimos incluye esta dimensión del tiempo y aquí recurrimos a García Molina, para quien *"en el tiempo no se juega sólo el paso del tiempo como mera sucesión de momentos, sino el acontecer de la elaboración (tiempo subjetivo) de cada conciencia, cada memoria y cada sujeto, que produce efectos que escapan a cualquier pre-visión o pre-dicción. La elaboración niega la fugacidad del instante y nos remite a un proceso..."* (García Molina, 2005)⁴⁹. Es necesario un tiempo de elaboración para quienes sostienen la coordinación de los talleres. Decíamos que el nudo se mueve y las hebras transcurren. Pode-

⁴⁸ BENASSI, Julia: *Gramáticas temporales de las interacciones tempranas Adulto-Bebé. Narrativas de sentido en los pliegues del tiempo*. Inédito (Elaborado en el marco de la maestría en psicología cognitiva y del aprendizaje). FLACSO. UAM, Bs. As., 2009.

⁴⁹ GARCÍA MOLINA, José: "Tiempo, don y relación educativa", en SKLIAR, Carlos y FRIGERIO, Graciela: *Huellas de Derrida. Ensayos pedagógicos no solicitados*, Del estante Editorial, 2005, pág. 114.

mos sacar una foto al nudo e intentar una descripción, pero la riqueza del movimiento se pierde... Una lectura del acontecer de los talleres, de la clínica en juego allí necesita poder seguir algunos de estos recorridos, a partir del taller, y más allá del taller, con el equipo, la familia, y otros. Para que los talleres puedan ser productores de grupos y de historias tendremos que ofrecer las condiciones necesarias y a la vez estar atentos y abiertos a la complejidad de los lazos, enlaces y desenlaces que allí acontecen.

De la necesidad del trabajo interdisciplinario con sujetos con grave padecimiento psíquico⁵⁰

María Belén Betti

El staff profesional del dispositivo es un equipo interdisciplinario donde se trabaja intentando profundizar en la especificidad de cada disciplina apostando a la interdiscursividad de las prácticas, entendiendo que ningún saber es total.

En reconocimiento de la incompletud de todo campo de saber, la conexión práctica entre procedimientos discursivos diferenciados, no pretende la totalidad, pero intenta desde posiciones diversas, operar con la potencia propia de cada abordaje disciplinario. Los límites de cada concepción teórica, devienen de su propia posición, que permite e imposibilita determinadas intervenciones.

El trabajo en equipo permitiría una redistribución del malestar producto del encuentro y la intervención con sujetos con gran padecimiento psíquico, es la posibilidad de construir un caso de manera colectiva. Permite soportar lo mortífero que implica acompañar a quien testimonia ser objeto de un goce siniestro y que ninguna apuesta desde un supuesto saber hegemónico pudiera mitigarlo.

Es prestarle al usuario algo de lo vital propio, *vivificar el sentido de la vida en otro*, movimiento que trae aparejado y produce un desgaste que sólo puede ser soportado cuando hay un equipo detrás que sostiene, el compañero que apelando al humor permite descomprimir alguna

⁵⁰ Trabajo presentado en las *II Jornadas Provinciales Salud Mental y Derechos Humanos. Intercambiando prácticas, pensando la región*. Organizadas por Agrupación ERA / Estudiantes de Psicología – UADER y Comité de Docencia e Investigación - Hospital "Dr. A. L. Roballos", Paraná, 10 y 11 de septiembre de 2010.

situación, pasando de un sentimiento trágico a lo cómico, lo que en ocasiones permite reírnos de nosotros mismos.

La condición absoluta para que exista la interdisciplina, tal como la concibe nuestro equipo, es que las prácticas se conecten. El *hacer* en un caso en conexión con otra disciplina, trae aparejados cambios en cada campo. El hacer médico y el pensar del médico que puede intervenir en situación de conexión con la práctica del psicoanalista, no van a permanecer igual al de sus colegas, que no se implican en la práctica interdisciplinaria.

De la posición del médico en el equipo interdisciplinario

La relación médico-paciente puede remitir a dos subtipos de relación muy diferentes: la relación de servicio de reparación y la relación interpersonal (transferencia).

En la relación de servicio de reparación el paciente da explicaciones sobre los defectos de un objeto, su propio cuerpo, *su depresión* que él desea sea reparado. En los servicios mecánicos como un taller de autos, el objeto es depositado y el cliente pierde todo contacto con el mismo durante un tiempo. El técnico comenzará la reparación del objeto sin ningún contacto afectivo, ya que se trata de una cosa; y después lo devolverá a su dueño, con un pequeño ritual afectivo y cobrará su trabajo.

Desde esta perspectiva médica, cuando se considera sólo el órgano enfermo o el síndrome clínico a tratar (llámese depresión, esquizofrenia, etc.), el enfermo confía parte de su cuerpo o sus *trastornos* al médico, de modo que este especialista establece una entrevista directiva o ritualizada a fin de obtener un diagnóstico del *mal funcionamiento* y el tratamiento consiguiente derivado. Lo subjetivo queda relegado, a veces totalmente olvidado. A lo sumo, el médico-reparador tendrá en

cuenta algunas nociones de lo que consiste una buena relación terapéutica, pero sin contar con que sea el propio sujeto quién despliegue su discurso a través de la palabra.

El abordaje farmacológico desde la otra perspectiva es entendido como una herramienta que posibilita el trabajo con el paciente, permitiendo que se establezcan ciertas condiciones para poder comenzar a trabajar con su malestar.

Como psiquiatras no podemos ignorar los avances científicos actuales respecto de la medicación psicotrópica, ni tampoco los límites de su eficacia o el impacto clínico de su utilización en el conjunto de un tratamiento. Se trabaja evitando un uso rutinario e indiscriminado de la medicación, se incluye a la misma como parte de una estrategia terapéutica trazada en forma conjunta por el equipo interdisciplinario tratante.

Entendemos que la medicación no tiene efecto sobre la relación que mantiene el psicótico con los otros, ni sobre el lazo social que él debe crear, por lo que la apuesta es adicionar los efectos propios de ella al trabajo realizado en las diversas instancias terapéuticas del dispositivo. Instancias donde se fomenta la participación del paciente en su tratamiento, ya que la misma es un elemento central para obtener su colaboración y que este se pueda implicar activamente.

Se trata de una forma de posicionarse que permite devolverle a este sujeto algún saber en relación a su padecimiento psíquico y también que sea posible un trabajo interdisciplinario. Esto implica correrse de ese lugar de poder hegemónico, ceder goce y soportar la incertidumbre y el malestar que genera en el encuentro-desencuentro con el otro, tanto compañero de equipo como paciente.

La dimensión espacial como coordenada para producir diferentes clínicas⁵¹

Andrea Flory

Introducción

El Hospital de Día es un dispositivo clínico político de salud mental, que asiste a personas con graves padecimientos subjetivos.

La propuesta terapéutica de este dispositivo está centrada en ofrecer un lugar, vale decir, un espacio determinado para dar alojamiento al malestar, atravesado por actividades e intervenciones de corte clínico. Por ello la *dimensión espacial* (topos) cobra tanta importancia como la *dimensión temporal* (cronos), dado que son las coordenadas donde se introduce la perspectiva simbólica e imaginaria y donde se habilita la posibilidad de generar nuevas inscripciones sociales, vale decir *lazos sociales* (eros) en sujetos que padecen de una gran fragilidad subjetiva estructural, que se manifiesta fundamentalmente a través del aislamiento y la exclusión social.

Por eso la *dimensión del espacio* –en esta clínica de lo cotidiano, lo subjetivo y el lazo social– se nos presenta con la perspectiva de tomarlo como un recurso clínico privilegiado.

Podríamos entender como algo universal que las comunidades o los grupos –en la medida en que habiten el espacio en determinadas condiciones– tendrán diferentes posibilidades para su calidad de vida como para sus modos de enfermar y de sanar.

⁵¹ Una versión de este trabajo fue presentada en *II Jornadas Provinciales Salud Mental y Derechos Humanos. Intercambiando prácticas, pensando la región*. Organizadas por Agrupación ERA / Estudiantes de Psicología - UADER y Comité de Docencia e Investigación - Hospital "Dr. A.L. Roballos", Paraná, 10 y 11 de septiembre de 2010.

El espacio puede ser entendido como una ocasión para que el sujeto psicótico –tomado por un Otro que lo goza– pueda habitarlo y habitarse. El espacio es el escenario donde transcurre la historia. Pero no sólo es el escenario, sino que tiene la carga significativa proveniente del orden social, simbólico, quizás instituyente.

El espacio localizado en una institución psiquiátrica, tiene en sí mismo el germen de la práctica manicomial. El hospital psiquiátrico ha sido –para la historia de la humanidad– el locus, el lugar, donde se ha debido localizar y albergar la locura. Marcando así una territorialidad para aquello que no debe circular por el espacio común. A partir de ahí, tomando los aportes de Foucault,⁵² sabemos que no hay inocencia en la creación de los dispositivos –lugares– de control de la locura. Y que son lugares para el disciplinamiento.

Por lo tanto, siguiendo con esta perspectiva, no es menor poder situar la eficacia simbólica que opera –a través del uso de determinados espacios delimitados en una comunidad– en los sujetos que requieren la intervención de Hospital de Día.

La designación de quiénes deben circular por dichos espacios viene de la mano de la pregunta por el cómo, cómo se debe circular por allí. Para ello tenemos el clásico texto de Goffman⁵³ que nos detalla el modo en que las instituciones totales, usan el espacio para el borramiento subjetivo.

⁵² FOUCAULT, Michel: *Historia de la locura en la época clásica. Breviarios*, Ed. Fondo de Cultura Económica, 4ta. reimpresión, México, 1986.

⁵³ GOFFMAN, Erving: *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1970.

Condiciones edilicias

Durante varios años –desde el 2006 hasta el 2011– en el espacio físico designado institucionalmente para el funcionamiento del Hospital de Día, se tuvo que convivir con una gran precariedad edilicia, ligada a abundantes filtraciones de agua –de origen y estado desconocido–, provenientes de los baños públicos de la planta superior, que caían a través de una gran superficie del techo donde funcionan la cocina y el comedor del dispositivo. El mencionado techo se encuentra a muy baja altura (2 metros y poco más), lo que representa un ámbito con escasísima circulación de aire, por un lado por la altura y además por no contar con ventanales o aberturas que permitan la salida del aire viciado y entrada de aire nuevo y de luz solar directa.

Algunas de las actividades grupales y fundamentalmente el estar cotidiano de las personas que concurren al dispositivo, se llevan a cabo en dicho espacio, dado que es el más amplio. Como recién se mencionaba, en dicho lugar está instalada –aunque precariamente– la cocina y el comedor, contando con una mesa y bancos donde suelen circular y permanecer muchas personas. Es aquí donde transcurren desayunos, almuerzos, mateadas, juegos, reuniones, asambleas, aperturas, momentos de mirar películas, ver televisión, escuchar radio o simplemente estar. Es aquí también donde se pueden *cocinar* o producir modos de salud o diferentes formas de intervenir con el malestar subjetivo, el de cada uno en particular y el de todos en general.

Este *desbarranco* y humidificación del edificio nos ha confrontado históricamente con un gran malestar e impotencia que, además de trascender al Hospital de Día en particular, da cuenta de la salud pública en nuestro país, en nuestra provincia, en nuestra ciudad, da cuenta de las instituciones que tenemos, de esta institución. Habla de nuestra salud, de la locura, de las condiciones en las que trabajamos, de nuestras condiciones de salud, de nuestros modos de tolerar o no tolerar lo

que se nos impone como real indeseado. Y del lugar que le seguimos dando a la locura y a *lo mental* desde los organismos públicos de salud.

Dada la situación generada en el espacio mencionado, respecto a la superficie afectada y a la cantidad de agua que ha fluido (a modo de chorros) es que, en determinado momento, hubo que desalojar el lugar y acomodarse en otros espacios, modificando –de más está decir– y obstaculizando la circulación habitual y las actividades programadas para cada día.

Más allá de la incomodidad momentánea que se atravesó en diferentes ocasiones, lo que ha resultado altamente preocupante y grave es que esta precariedad edilicia, ha sido, sin dudas, pernicioso y riesgoso para la salud y seguridad de los que circulan por allí diariamente.

Nos preguntamos en innumerables ocasiones si esas eran las condiciones mínimas y óptimas para habitar y sostener un servicio de salud, si contábamos con una estructura edilicia mínima para hospedarlos y hospedar⁵⁴ a otros, fundamentalmente tratándose de una oferta asistencial en salud.

Esas condiciones son estructurales del edificio, dado que dicho predio no ha sido construido para las funciones que ha venido cumpliendo desde 1993. Además hay que aclarar que el edificio hospitalario no ha tenido las mejoras ni el mantenimiento necesario, desde su construcción, en 1963.

Abordaje que se ha realizado de la cuestión edilicia desde el equipo de Hospital de Día

Lo que se ha intentado producir, desde una perspectiva de construcción político-clínica sustitutiva al manicomio durante los años de funcionamiento de este dispositivo, como una de las tareas y funciones

⁵⁴ El vocablo *Hospital* proviene de *hospedale*, *hospedar*.

del equipo, más allá de los magros presupuestos hospitalarios y del proyecto de *reforma edilicia del hospital*, han sido las mejoras permanentes del precario recinto de trabajo. Para lo cual hemos tomado las actividades de reciclado, mantenimiento y mejoras del lugar como un recurso clínico, de cuidado y construcción de subjetividad tanto como de derechos de ciudadano, operativizado a través de diversas acciones realizadas comunitariamente, tales como pintura de paredes, arreglo del sistema eléctrico, colocación de mosaicos, instalación de cortinas, cambio de cerraduras, reciclado de muebles viejos, cambio de vidrios y otros recursos rotos, instalación de luces, pintada colectiva de murales en el frente, limpieza del lugar; aún sin contar por mucho tiempo con personal designado para tal efecto. Como corolario de esto, la remodelación y reciclado completo de dos espacios precarios que se transformaron en consultorios y sala de reuniones. Construcción colectiva que ha sido un proceso de ocupar, transformar y habitar la institución, además de mejorar nuestras condiciones cotidianas de trabajo.

El recorte relatado intenta dar cuenta acerca de cómo el tema del espacio ha sido y sigue siendo –a la vez que una localización particularizada para lo sano y lo enfermo– un recurso, una ocasión, que al atravesarlo por una lectura clínica, propone una dimensión que ofrece efectos en la subjetividad de los usuarios.

Dado la intensidad del malestar que se atraviesa en diferentes momentos, se propiciaron intervenciones para generar mejoras edilicias como recurso y ocasión de restituir algo de lo propio de los usuarios⁵⁵. No sólo se ha tratado de una *reparación* del espacio físico, sino que estas acciones han tenido y siguen teniendo la consistencia del trabajo diario, del pensamiento en equipo y de los cuerpos enfrentando la vida y la muerte propias de lo cotidiano.

⁵⁵ *Usuario* precisamente hace referencia a quienes hacen uso del lugar, quienes hacen uso del servicio.

Proyecto reforma edilicia año 2011/2012

Como decisión política del estado nacional, se definió la restauración de una serie de edificios públicos de las provincias, edificios pertenecientes a diferentes ministerios. En este caso, el Hospital Escuela de Salud Mental es incluido en lo que se llamó *Plan de reforma histórica*, proyecto entre los que se encuentra la reforma y mejoramiento del Hospital de Día.

Entre los meses de diciembre de 2011 y mayo de 2012, se llevaron a cabo las obras de mejoramiento y reformas del predio de Hospital de Día, entre otros dispositivos y áreas del hospital. Para este servicio, esta obra ha posibilitado contar con mínimas y necesarias condiciones de funcionamiento.

El espacio *nuevo* está siendo habitado. Esto ha permitido, entre otras cosas, la apertura de las actividades que estaban en suspenso, la circulación de los usuarios, la disposición a nuevas admisiones, el reordenamiento de tareas, la posibilidad de avanzar y detenernos sobre la clínica que aquí se produce, pero fundamentalmente, a renovar y redoblar la apuesta que genera la pasión por la clínica.

A modo de cierre: La intención de transmitir estas reflexiones tiene que ver con trascender las paredes y la dinámica interna de la institución, apelando a visibilizar el malestar en otros ámbitos, abrir el debate sobre el estado de los edificios públicos y tratar de inscribir su incidencia en la producción de subjetividad.

Bibliografía consultada

- Apollon, Bergeron, Cantin: *Tratar la psicosis*. Ed. Polemos. Bs. As. 1997.

¿Por qué se hacen actividades en el Hospital del Día?⁵⁶

Natalia Yujnovsky

Está naturalizado que en el Hospital de Día se ofrecen actividades, nombradas también como *talleres, espacios de...*, lugares donde alguien puede ir a hacer algo, y esta idea de la oferta en ocasiones da forma a cómo se presentan las demandas: “yo quiero venir a hacer algo, a distraer la mente...”, “quiero que mi hija venga para que esté ocupada, haga algo”, “sería bueno que ‘fulanito’ después de la internación vaya a Hospital de Día, sino va a estar todo el día en la casa sin hacer nada”.

Si bien no es lo único que se oferta ni lo único que se demanda, la actividad ocupa un lugar clave en la propuesta de los hospitales de día, y por esta *naturalización* es muy pocas veces reflexionado su sentido, discutida su función. El imperativo de que quienes han quedado por fuera del intercambio social hagan, produzcan, suponiendo que de este modo han de rehabilitarse, es algo con lo que me encuentro cotidianamente en mi práctica como terapeuta ocupacional, más allá del marco del Hospital de Día, por lo cual es un tema que no me es indiferente. Este *mandato* y lo que hacemos con él merece ser reflexionado, fundamentalmente por quienes trabajamos con las actividades.

¿Cuál es *el hacer que hace bien?*, ¿siempre que se hacen actividades se está promoviendo la salud o la rehabilitación de alguien?, ¿qué son las actividades?, ¿por qué alguien tiene que venir a pintar, a tejer o a charlar a un hospital?

Entendemos que actividad es un conjunto de acciones con un fin y un ordenamiento propio, que produce efectos sobre una realidad y sobre quien hace. El fin está más o menos pensado por quien hace,

⁵⁶ Trabajo presentado en un *Ateneo* del Hospital “Dr. A.L. Roballos”, Paraná, 27/06/01.

hay un producto imaginado, una idea previa. El ordenamiento de la actividad es la técnica, aquello transmitido culturalmente, perteneciente al sistema simbólico. Cuando alguien emplea una técnica con un fin, es decir cuando alguien hace, se producen efectos, se modifican cosas, y es por esto que se puede suponer a la actividad como un medio terapéutico. Pero que lo sea va a depender de quién hace, qué hace, por qué hace, con quiénes, para qué. Es decir, no cualquier actividad, en cualquier contexto ni con cualquier fin tiene efectos terapéuticos, y para darnos cuenta de esto basta con pensar en todo lo que hacemos cotidianamente.

¿Y qué serían *efectos terapéuticos*? Si lo terapéutico tiene que ver con algún alivio a algún malestar o a algún problema, entonces va a depender de cuál sea el malestar o los problemas de las personas con las que trabajamos.

Haciendo un recorte de los problemas con que se nos presentan quienes vienen a Hospital de Día es posible ubicar: la fragilidad o el deterioro de vínculos con otros; la ausencia, pérdida o empobrecimiento de proyectos vitales; la dificultad o imposibilidad de sostener un lugar en el intercambio social. Nos encontramos muchas veces con que, para quienes llegan, lo cotidiano no existe como construcción propia, aparece como un vacío o como una rutina impuesta por algún otro.

J. nos dice que *durante el día no hace nada. A veces ve televisión, pero se aburre. No tiene amigos, no trabaja, casi no sale sola de su casa. Dice que su padre le da todo lo que necesita y que su madre decide por ella. Pero se aburre*, y es a partir de esto que podemos acordar una modalidad de trabajo, de la que forma parte comenzar con una actividad en Hospital de Día.

Entonces ¿qué ofrecemos cuando ofrecemos actividades? ¿ofrecemos un remedio a un problema? Preferimos decir que ofrecemos la actividad como una *invitación*. El ordenamiento de la actividad (se-

cuencias, pasos, modos) se presenta como el *fondo*, la base a partir de la cual alguien podrá producir una marca, algo propio. La actividad invita a formar parte dentro de las coordenadas de un tiempo, un espacio, técnicas. Formar parte, participar, pertenecer: *los de jardinería, los del taller de radio*. Ofrece nombres: *las tejedoras, el cocinero*. Hacer con otros invita también a ajustarse a convenciones sociales, códigos, intereses. Hay que hacer acuerdos, soportar desacuerdos, decir ideas, opinar. Las actividades tienen efectos en quien hace y en un contexto. El producto, el fin, puede ser más o menos previsto y algunos efectos también, pero no todos; lo que significa que hay lugar a la sorpresa, a la novedad, a esto también invita la actividad.

Pensamos a la actividad como una invitación, y las invitaciones pueden ser tomadas o no, pero el que invita espera, está allí. Por eso en el Hospital de Día tenemos el *cronograma*, ese cuadro con los días, nombres y horarios para cada actividad. Quien coordina cada una es responsable de sostener la invitación, de hacer de anfitrión.

Y digo que la actividad invita, la actividad es una propuesta, porque las actividades *por sí mismas* no tienen *virtudes o defectos*, lo que posibiliten o no va a depender de cuáles sean las condiciones en que se hacen. Virtudes podrá tener si en esas condiciones está contemplado un lugar para el sujeto, si hacen posible alguna creación.

La actividad es actividad para alguien y de alguien, existe porque existimos las personas que hacemos. Si suponemos en la actividad *per se* toda una serie de virtudes, entonces bastaría con sugerir o indicar a nuestros pacientes que hagan determinada cosa, que vayan a talleres o cursos, seguramente mejores en variedad de recursos y técnicas que los nuestros, en la comunidad. Pero precisamente las personas con las que trabajamos llegan acá porque no están pudiendo con esto, no están pudiendo acceder a estos espacios, tener un trabajo, justamente porque están por fuera del circuito donde esto se produce, por fuera

del circuito de la cultura, por supuesto que no de manera absoluta. Y acá viene la función del Hospital de Día: de promover en los sujetos la posibilidad de construcción de un circuito en la cultura, el acceso a los bienes y derechos de pertenecer a un conjunto social. Y de esto se tratan los tratamientos, circuitos construidos por cada sujeto, no *adaptación al medio*, sino lugares para un sujeto.

O, O y M quieren tejer, tejer para vender, tejer como trabajo. Desde Hospital de Día acompaño en la construcción de esta inquietud como *proyecto de trabajo*. En el recorrido que vamos haciendo ven que necesitan mejorar la técnica y para esto empiezan un curso en una escuela técnica. Se incluyen en un grupo, se hacen de amigas, toman otro colectivo, circulan por lugares nuevos y diferentes. El acceso a este curso tuvo efectos de resocialización y rehabilitación, y pudo ser así porque fue parte de un recorrido que empezaron a hacer en el Hospital de Día (para llegar al curso tuvieron primero que venir a tejer acá).

Entonces, en el Hospital de Día se hacen actividades porque son un recurso válido, que como todo recurso podrá o no ser bien usado y tener un *aprovechamiento* en función de algún fin. En este caso este recurso será *aprovechable* si está enmarcado en alguna dirección, en un tratamiento, en una estrategia para cada caso.

Sonar con otros ⁵⁷

Natalia Yujnovsky

Introducción

El trabajo presenta el relato de una experiencia: la formación de un dúo de músicos con dos usuarios del Hospital de Día, un dispositivo de atención ambulatoria en salud mental para personas con grave sufrimiento psíquico. En el tratamiento que allí se ofrece ocupan un lugar importante los espacios de taller, de actividades grupales que organizan y dan soporte al día a día en el dispositivo. Es desde la práctica como terapeuta ocupacional en la coordinación de esos espacios que se plantea este trabajo. Partiendo del relato de la experiencia se pretenden señalar como claves en los procesos de la clínica del hacer en salud mental:

- la posibilidad de construir proyectos con otros,
- la atención a la calidad de los productos que se ofrecen al intercambio,
- la importancia de la presencia y la apuesta de alguien poseedor de un saber y una experiencia relativa a la técnica del hacer en juego,
- la disposición *obstinada* a alojar y renovar la apuesta de quienes estamos a cargo de la clínica.

Nos detenemos en las implicancias de *sonar a dúo y construir un repertorio*.

⁵⁷ Una versión de este trabajo fue presentada en *II Jornadas Provinciales Salud Mental y Derechos Humanos. Intercambiando prácticas, pensando la región*. Organizadas por Agrupación ERA / Estudiantes de Psicología - UADER y Comité de Docencia e Investigación - Hospital "Dr. A.L. Roballos", Paraná, 10 y 11 de septiembre de 2010.

Se intenta así, volver sobre la noción de proyecto como ficción que instala una temporalidad, un hito a futuro y por lo tanto un posible trazado de camino a recorrer, devolviendo sentidos y nominaciones que enlazan al sujeto con un presente a ser habitado con otros. Desde esta lógica se invita a repensar los dispositivos grupales que ofrecemos en salud mental como productores de vida.

El relato

Cuando Juan pasó por Hospital de Día unos años atrás y nos preguntó cuándo íbamos a organizar la *fiesta de la salud mental*,⁵⁸ entendimos que estaba buscando un lugar. Había trabajado con él durante algunas de sus internaciones. Aquella vez le propusimos una entrevista de admisión y desde entonces no dejó de venir. Desde que Juan asiste a Hospital de Día ha podido transitar acompañado momentos y decisiones importantes de su vida: un reclamo laboral pendiente, acuerdos y desacuerdos con su ex pareja respecto de las visitas a su hija pequeña, dejar y volver a empezar con su trabajo de ventas ambulantes, la relación y convivencia con sus hijos mayores, y el constante intento de *ordenar su medicación* aspecto particularmente central en su problemática. Este tránsito ha sido sostenido desde los espacios de entrevistas individuales y los diversos talleres en los que se ha incluido logrando un lazo importante con la mayoría de los compañeros y el equipo. En varias ocasiones Juan tomaba la guitarra y acompañaba momentos grupales con algunos temas de rock nacional u otros de su autoría. Este gusto por la música fue lo que permitió que Alberto pensase en él como la persona con la cual formar un dúo.

⁵⁸ Los 20 de diciembre, con motivo del día de la Salud Mental, suele organizarse un festejo en el hospital en el que se presentan números musicales, se prepara alguna comida especial, se baila.

Con Alberto habíamos hecho muchos intentos de inclusión en este dispositivo. Todos ellos interrumpidos, suspendidos, y en todos ellos apareciendo su interés y su gusto por la música. Estaba claro para nosotros la necesidad de ofrecer un espacio que alojara y potenciara esto. En la última admisión establecimos un acuerdo formal respecto de las condiciones de la misma, en el que incluimos un tiempo destinado a organizar una producción que tuviese que ver con la música. Este acuerdo formal fue el modo de renovar la apuesta del equipo, con un encuadre más preciso debido a la gravedad de la situación, dada por la fragilidad de Alberto y su familia. Le proponemos que no esté solo en este proyecto con la música y enseguida decide invitar a Juan a formar un dúo.

Pautamos un encuadre, inauguramos un cuaderno de registros, se define un proyecto: ir construyendo un repertorio. Se organiza así un espacio al que Alberto denomina *encuentro musical*. Se inicia un proceso en el que compartir recorridos y experiencias con la música, composiciones anteriores, algunas que han hecho a partir de este encuentro, temas que cada uno sabía tocar. Se suma el intercambio de CD de las bandas que a cada uno le gustan y el escucharlos juntos. Juan y Alberto se encuentran en el proyecto de formar un dúo, cada uno valora el recorrido del otro, funcionan como compañeros, amigos. Vamos acompañando este proceso. Sumamos a un profesor de música, se necesita alguien que desde el saber de la música ofrezca recursos. La llegada del profesor de música, potencia de modo importante este proceso, enseguida se instala con él un vínculo de confianza. El compromiso con el espacio empieza a ser diferente, el dúo se centra más en la tarea, la presencia del profesor acota la posibilidad de desplegar malestares, de esos que abundan cada lunes a la mañana. Se empieza a decir acerca de lo que hay de *trabajoso* en este encuentro. El dúo empieza a sonar, y el *encuentro musical* es alegre, se va escuchando bien.

Con el repertorio definido ya es hora de mostrar, compartir lo que se viene haciendo. Ponemos una fecha de presentación, hay que nombrar al dúo. Aparecen nombres vinculados a la condición de pacientes, en tono de humor, nos hacen reír. Interrogamos estos nombres, preguntamos por qué, cómo eligen los artistas los nombres de sus bandas, si les gustaría que el nombre los ligue al hospital. Finalmente aparece la imagen del agua, el fluir, lo claro y sale el nombre *manantial*. Unos días después se anuncia la presentación del *Dúo Manantial* con *Mate Literario* en el *Bar Los Cronopios*. Tres proyectos, tres dispositivos hospitalarios, que se cruzan, organizan juntos un agradable momento de *letra y música* con café y alfajores. La fecha hace necesario intensificar los días de ensayo, aparece la ansiedad por el momento de mostrar lo trabajado. Juan y Alberto se encuentran dos veces al día a ensayar, alternando hospital y casa de Alberto. Juan pide que grabemos porque él quiere “poder volver a escuchar ese momento todas las veces que quiera”.

Y así llega el día, el *Dúo Manantial* se presenta al numeroso público que está en el *Bar Los Cronopios*, son aplaudidos, les piden *otra*. Han venido algunos familiares y amigos.

Algunas lecturas

Desde la propuesta de este espacio ubicamos a la música como un recurso para el tratamiento, al mismo tiempo que entendemos el *hacer música* como un fin, como un hecho creador, y en ese sentido abierto y productor.

La técnica en tanto ordenamiento consensuado en la cultura, implica una invitación a enlazarse con ésta, a formar parte de ese consenso, de ese campo común. Intervenir sobre la técnica está fuertemente vinculado a la inscripción de una producción en la cultura. Entendemos

que los procesos son tan importantes como los productos, que unos hablan de otros. Que cuando en un proceso ligado a cualquier hacer no hay posibilidad de conocer y manejar recursos propios de la técnica de ese hacer, el proceso y el producto se empobrecen y por lo tanto los sujetos protagonistas de ese hacer. Si lo que alguien hace no entra en un circuito de intercambios, no puede ser visto, valorado, reconocido, el sujeto de ese hacer no podrá inscribirse en una red de intercambios, en el campo de los otros, en la cultura. Es por esto que si vamos a acompañar a alguien en un proyecto, en este caso el de *hacer música* es conveniente procurar la presencia de un otro, ajeno al mundo de *terapeutas*, que esté atendiendo a la transmisión de la técnica, que esté pudiendo ofrecer desde su saber y experiencia en esa técnica los recursos a los sujetos que atendemos, es el lugar del profesor. Es tarea de los terapeutas procurar que esa transmisión funcione, ofrecer soporte a ese encuentro (del profesor con los sujetos, del sujeto con la técnica), procurar que haya una apropiación de la misma, que siempre será singular.

Decíamos también de la disposición particular que se requiere para trabajar en este campo, a renovar las apuestas, a volver a creer que algo es posible, una disposición obstinada, que pueda recuperar los pasos dados, los intentos hechos, y construir un punto de partida nuevo cada vez. Una disposición totalmente antagónica con el fuerte y famoso enunciado institucional de *eso ya se hizo, eso ya se intentó* que funciona como oclusión de cualquier nuevo intento, como si los momentos, los equipos y los sujetos fuésemos siempre iguales y respondiésemos siempre del mismo modo.

Nos interesa detenernos en dos ideas/acciones que tienen fuerza en esta propuesta por lo que la lógica de ambas implica en el tratamiento de las problemáticas que el Hospital de Día recibe:

La idea de *repertorio* designa la producción de este espacio. ¿Qué es un repertorio? Un conjunto de elementos diversos que se muestran, en este caso temas musicales. A la vez es el objetivo que orienta y enmarca al grupo en una dirección. Repertorio en tanto concreción, materialización del proceso creador compartido. *Armar un repertorio* supone la selección de temas, no puede ir todo, puede ir algo. ¿Qué quiero que vaya?, en el repertorio que armo decido qué quiero mostrar, qué quiero decir, qué quiero comunicar. Tengo que elegir y para eso explorar, buscar, escuchar, jerarquizar. La idea de repertorio se opone aquí a la de serie, en el repertorio hay variedad, hay diversidad, hay selección. No elijo un tema porque sí, lo elijo porque me gusta como suena, porque me identifico con la emoción que expresa la letra, porque lo escuché en aquel lugar que recuerdo especialmente, porque lo tocaba con tal amigo, porque lo compuso tal artista, porque me gusta cómo me sale. Hay también en juego un criterio de belleza. Armar un repertorio es armar un recorte, desde ese recorte elijo presentarme. La idea de repertorio se complejiza y enriquece cuando es un repertorio de dos, no de uno. Armar un repertorio con otro es armar un espacio común, un nosotros, nosotros nos presentamos así, nosotros sonamos así, nosotros nos emocionamos con esto.

El *dúo* como modalidad implica dos tocando juntos. Tocar como dúo supone sonar con otro. Sonar con otro es una operación que necesita la disposición a escuchar el sonido de ese otro, a la vez que requiere que despliegue mi sonido, que me escuche. Sonar con otro necesita la renuncia a escuchar sólo mi sonido, y a la vez requiere que no me pierda en el sonido del otro. A mi sonido lo escucho en relación con el del otro, relación que necesita armonía para *sonar*. A la vez sonando con el del otro mi sonido se embellece, se potencia. Es escuchando el sonido del otro que puedo registrar una nota desafinada, un error en el tono, un detenimiento o un apuro en el tiempo. El sonido del otro sonando con el mío me devuelve otro sonido, que es de los dos.

Juan y Alberto, al decir de varios compañeros, andaban solos con su música, *sonando sueltos* por ahí. Había intentos pero no lograban cada uno por propia cuenta organizar con esto un proyecto que los enlazara. La posibilidad del dúo como proyecto ofrece a ambos un modo de presentarse, no ya sólo como pacientes sufrientes, sino también como sujetos capaces de producir belleza.

Construcción de ciudadanía en salud mental desde Hospital de Día ⁵⁹

Adriana Montini

En la ciudad en la que vivo, para demostrar el domicilio de una persona, el Registro Civil y de Capacidad de las Personas solicita un comprobante de titularidad de un servicio (luz, gas, agua, cablevideo o internet). El ente estatal que otorga los documentos nacionales de identidad, requiere una constancia como consumidores, para luego darnos la certificación como ciudadanos. Es la figura del “*ciudadano devenido consumidor. La migración del soberano...*”, planteado por Ignacio Lewkowicz. ⁶⁰

Tomo este hecho que me resulta significativo, para situar una inquietante evidencia del contexto en el que desarrollamos las prácticas y a la vez en el que nos incluimos como habitantes.

Desde el equipo de Hospital de Día, que atiende a personas con grave sufrimiento psíquico se trabaja desde diversos espacios la posibilidad de ejercer ciudadanía por parte de los usuarios, cuestión que nos implica, también como ciudadanos, a los miembros del equipo.

El dispositivo está destinado a sujetos y familias que padecen grave malestar subjetivo. Han quedado excluidos de su comunidad, de la

⁵⁹ Una versión de este trabajo fue presentada en el *V Congreso Internacional de Trabajo Social*. El trabajo social, la rehabilitación social y ocupacional y la terapia ocupacional, hacia un enfoque integrador de actuación profesional biopsicosocial y transdisciplinar. La Habana, Cuba, 26 al 31 de octubre de 2009.

⁶⁰ LEWKOWICZ, Ignacio: *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Editorial Paidós, Bs. As., 2006. En este texto el historiador argentino, aborda las mutaciones que han tenido lugar en las instituciones mismas productoras de subjetividad: la figura del ciudadano devenido consumidor; la prisión como depósito de pobres; el estatuto de la ley jurídica desprendido de la ley simbólica; el yo; sujeto de pensamiento en vías de extinción. Posteriormente, conjetura un recorrido posible a partir de las incipientes configuraciones colectivas del pensamiento en la fluidez.

posibilidad de acceder al mercado laboral, al sistema educativo, habitacional, de salud, etc.; con la particularidad de que en muchos casos también están excluidos de su propio seno familiar. La oferta está dirigida a personas con diagnóstico de psicosis o neurosis graves. Hablamos de fragilizadas relaciones con el entorno social, lo que en algunos sujetos se manifiesta a través del aislamiento, la fragmentación y la vivencia de percibirse como *desecho social*. Ello repercute en la posibilidad de reconocimiento de sí mismo como sujeto autónomo y de reconocimiento del *otro* en tanto semejante.

Como oferta de tratamiento ambulatorio, sin internación, que se considera alternativo al sistema manicomial, el Hospital de Día pone a disposición diferentes espacios individuales y grupales, algunos estables y otros *movedizos*, en los cuales se puedan ir ejerciendo distintas instancias de decisión, de elección, en el marco siempre de la escasez de recursos económicos de la propia institución hospitalaria y de la población asistida.

Pequeños actos de libertad, de toma de decisión, que pueden aparecer como irrelevantes, pero que resultan significantes, en tanto constitutivos de subjetividad. Entendiendo ésta como “hecha de vínculo y cultura”, tal como lo propone Sternbach:⁶¹ *“La subjetividad puede entonces ser considerada producción intersubjetiva y social, por ende, históricamente construida. Sin embargo no es historia coagulada sino historización permanente en relación con las marcas productivas que los encuentros con los otros y con la experiencia cultural van produciendo a lo largo de la vida”*.

En los espacios grupales como el taller de cocina (coordinado durante varios años conjuntamente entre terapeuta ocupacional y trabajadora social) la propuesta es ofrecer un espacio-tiempo en el que sea

⁶¹ STERNBACH, Susana: “Identidades”. Artículo publicado en *Revista Topía*. Bs. As., noviembre, 2002.

posible decidir grupalmente. Allí, durante la elaboración de los alimentos ocurre un entramado de relaciones que dan lugar al equipo a intervenir en aspectos vinculados a la dinámica del grupo participante y a las situaciones individuales, que refieren a la vida familiar, a las experiencias dolorosas o expectativas por cumplir. Entramado que va adquiriendo diferentes formas en las distintas tareas consistentes en la preparación de la comida, en el almuerzo mismo y en el posterior momento de lavar la vajilla y dejar el espacio en condiciones para la actividad del día siguiente.

La tarea resulta una excusa. Se puede tratar del taller de cocina, del taller de literatura, del espacio de paseos por distintos lugares de la ciudad, del espacio de capacitación en informática, del taller de plástica, o de herrería. La propuesta es similar. En ese marco de tratamiento la apuesta es generar espacios que den lugar al surgimiento de los propios intereses, al intercambio de saberes y de no saberes, a la explicitación de lo posible y también de la limitación; se trata de generar un tiempo y espacio para que circule la palabra, los decires, los intereses, para ser escuchados por otros, interrogados por otros, para poder soportar el malestar propio y el del compañero.

La invitación a la construcción de ciudadanía atraviesa, tiñe las actividades y las reflexiones cotidianas en Hospital de Día.

Tomo aportes de Esther Custo⁶² cuando plantea que *“la ciudadanía es un proceso instituido que va tomando su definición en términos históricos y se pone en práctica a través de un abanico de actividades históricamente situadas (...) Los componentes centrales de la noción de ciudadanía –pertenencia, jerarquía, igualdad, desigualdad, virtud, derechos, deberes– adquieren mayor o menor relevancia según el momento histórico en que se inscriba el análisis de la ciudadanía. (...) La construcción de ciudadanía*

⁶² CUSTO, Esther: *Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social*, Editorial Espacio, Bs. As., 2008, págs. 44/48.

*plena está relacionada con la posibilidad de generar espacios donde los sujetos sean capaces de emanciparse de las limitaciones que les impone la pobreza y su condición de asistidos”.*⁶³

Al reflexionar sobre la práctica cotidiana, suele invadir una sensación de pequeñez, de insignificancia, cuando la meta o utopía es una transformación social que permita acceder a mayores niveles de igualdad, y menor exclusión. No obstante considero imprescindible, también como modo de ofrecer resistencia al neoliberalismo que arrasa con las singularidades, con las diferencias, con las pequeñas cosas, con las prácticas particulares; destacar el accionar del equipo del que formo parte, un equipo interdisciplinario que desarrolla su labor, en Hospital de Día en un hospital psiquiátrico. Y aquí es donde pienso al equipo también como construcción colectiva.

En ese sentido tomo el planteo de Nora Aquin, cuando refiere: *“La ciudadanía ofrece potencialmente la posibilidad de constitución de autoimagen social colectiva, en tanto permite defender algún sentido de lo común, contra los procesos de atomización inherentes al desarrollo neoliberal. En esta perspectiva, permite pensar en la reconstitución permanente de un ‘nosotros’ que en distintos momentos históricos fue capaz de establecer consensos básicos articuladores de demandas de democratización. Por lo tanto, renueva el fortalecimiento del espacio público pen-*

⁶³ Por otra parte Roberto García Jurado en Las Dimensiones de la ciudadanía - Reseña de “Ciudadanía y Clase Social” de T. H. Marshall, en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. mayo-agosto. Año/vol XLIV. N° 179. UNAM. México. 2000, refiere: “Tradicionalmente se había aceptado sin objeción que la calidad de ciudadano se adquiría a través del pleno disfrute de un conjunto definido de derechos civiles y políticos. Dentro de los primeros destacaban, por ejemplo, la libertad personal, de pensamiento, expresión y religión. Dentro de los segundos, se contaba principalmente la facultad de formar parte del gobierno o de elegir a quienes formarían parte de él. De esta manera, la diferencia introducida por Marshall fue agregar a estos dos tipos de derechos un tercer, el de los derechos sociales, consistentes fundamentalmente en el derecho a la educación y a los servicios sociales básicos, sin los cuales, argumenta, toda consideración ciudadana carece de sentido y efectividad”

sado siempre como espacio común desde el cual es posible desarrollar acciones tendientes a que el Estado actúe en función de la sociedad".⁶⁴

Transmitiré tres experiencias, considerando el valor de la construcción de subjetividad y ciudadanía en los actos cotidianos. Actos cotidianos de los miembros del equipo y de las personas asistidas que están ligados, anudados, articulados, también diferenciados.

Restauración del consultorio

Hospital de Día funciona en un espacio acondicionado hace más de 10 años para otra actividad en el subsuelo del edificio hospitalario. Las condiciones de habitabilidad no son buenas, hay excesiva humedad y escasa ventilación. Se caracteriza por ser un ambiente poco agradable.⁶⁵ No obstante, es habitado, se generan encuentros, discusiones, festejos, trabajos, reuniones, producciones plásticas, literarias, gastronómicas, discursivas, delirantes, sufrimientos, afectos. En las oportunidades en las que recibimos visitas de estudiantes, autoridades o profesionales de otras instituciones que vienen a conocer el trabajo o la oferta de tratamiento, nos pasa como en nuestra casa. Comenzamos a mirarla como creemos que lo harían quienes nos visitan: desde afuera, desde otro lugar. Allí registramos el deterioro, la naturalización –que como habitantes de ese lugar– hacemos de la falta de respuesta de las autoridades responsables de mantener mínimas condiciones de habitabilidad de los lugares destinados a la salud. Intentamos ordenar, acondicionar rápido, pero los revoques caídos y los cables colgantes nos dejan expuestos: el edificio evidencia el abandono.

Consideramos que hacer uso de la ciudadanía consiste en solicitar y exigir que los funcionarios con mayores niveles de responsabilidad

⁶⁴ AQUIN, Nora (Compiladora): *Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social*, 1ª ed., Espacio Editorial, Bs. As., 2003, pág. 8.

⁶⁵ Lo descripto hace referencia a la situación edilicia en 2009.

del estado, se hagan cargo del deber indelegable al respecto. Podemos pensar en diferentes estrategias para ello. En nuestro caso, no faltaron las notas, las audiencias, los pedidos, las argumentaciones, los reclamos, las asambleas, las esperas, los enojos, las decepciones. No recibimos respuestas...

No obstante, el lugar es nuestro, en el sentido de que hay apropiación por parte del equipo, y por parte de los usuarios. Tenemos un reconocimiento de otros sectores del hospital y de otras instituciones que se acercan a consultar, a derivar, a conocer. No fuimos capaces de construir movimientos más amplios, de lograr transformaciones más profundas. Sí nos propusimos hacer de un pequeño consultorio (el que tiene menos humedad) un lugar más agradable, más lindo, más habitable, más parecido al de un hogar, –sin olvidar que no todos los hogares son agradables–. Encontramos otro modo de construir. Tomamos la decisión de restaurar ese espacio. Convocamos a quienes tuvieran ganas: se sumaron estudiantes de trabajo social, de acompañamiento terapéutico, usuarios que participan en distintos talleres del dispositivo, un médico residente, la secretaria y una enfermera. Lo más importante fue tomar la decisión de transformar ese espacio físico, con la convicción de que el tránsito por esa transformación nos transformaría a quienes participáramos en ella y así fue.

Comunicamos por *Sin chaleco* –un tríptico comunicacional de circulación interna del hospital– la decisión y la convocatoria a todos quienes quisieran aportar ideas para reciclar, ganas de trabajar y/o materiales para hacerlo.

Comenzamos retirando los andamiajes instalados, estanterías que sostenían adornos empolvados, clavos en las paredes que ya no sostenían nada, cables colgantes de instalaciones provisorias y cartones que cubrían los vidrios faltantes en la pequeña ventana. ¿Con qué materiales restauraríamos el lugar? Trabajamos durante algún tiempo de-

ciendo a qué lugares solicitar donaciones: pinturas, pisos, lijas, pinceles, luminarias, llaves de luz, cortinas, y por qué no un sillón, como en un living, como en un lugar para recibir a alguien y compartir un momento. Fue necesario decidir quién se ocuparía de realizar la nota, quién tenía conocidos de tal o cual comercio o quiénes se acercaría al lugar elegido para hacer el pedido. No siempre el que se comprometió se hizo cargo. Eso se trabajó en las instancias de reunión semanal. En cada encuentro se hacía necesario retomar los acuerdos anteriores, remontar cada punto de llegada para volver a convertirlo en un punto de partida, no sin esfuerzos. El interés de los participantes iba fluctuando, y se fueron renovando los integrantes. Las donaciones de comerciantes de la ciudad y compañeros del hospital se fueron logrando y el trabajo se continuó. A medida que se produjeron modificaciones aparecía el interés de sectores ajenos a Hospital de Día en brindar un aporte o simplemente en preguntar “cómo va el trabajo”.

Buscamos y descubrimos compañeros de trabajo de otros sectores dispuestos a ofrecer su saber y su hacer: un electricista que embutió la instalación eléctrica, un empleado administrativo y su compañero de limpieza, que sabían colocar pisos; un paciente que sabía revocar, todos los demás que pintamos y dimos la terminación, no sin antes lijar y pasar enduido.

Pero, por qué vincular esta minúscula experiencia con la construcción de ciudadanía? Y con la construcción de subjetividad?

No se trata de la tarea en sí misma, sino de la perspectiva que le imprimimos: la posibilidad de decidir con otros, la decisión de reclamar a quienes son los responsables, pero también la decisión de no perder la dignidad esperando que lo resuelvan. Haciendo evidente, al solicitar donaciones, la falta de responsabilidad de los funcionarios de salud y poniendo en acto la capacidad de construir, de quienes son considera-

dos incapaces, también ejerciendo la responsabilidad que implica ser ciudadanos, usuarios, habitantes.

Consideramos que es necesario desplegar la capacidad de generar proyectos que tengan como objetivo trascender la *autoconservación de la existencia*, como refiere Silvia Bleichmar.⁶⁶ En este sentido es un aporte el que esta autora hace cuando distingue la “*autoconservación del yo*, entendida como los modos mediante los cuales el yo toma a cargo los intereses de la vida: conservación del cuerpo en tanto organismo, representación biológica de la supervivencia” de la “*autopreservación del yo*: la forma mediante la cual el sujeto preserva la representación nuclear de sí mismo...”.

Entendemos el desafío de promover aspectos vinculados a la autoconservación del yo atendiendo a la vez a los procesos de autopreservación.

El tipo de prácticas al que hacía referencia más arriba habilita otros modos de intercambio. Al interior de la organización institucional, los efectos son favorables, posibilita una reciprocidad de saberes, es un modo de calzarse otras lentes para mirar a quien tenemos al lado y dejarnos ver, también, desde otra perspectiva. Probablemente no incidamos en la maquinaria burocrática, pero el modo de vincularnos con los compañeros de otros sectores de la misma institución, puede ser diferente, imprime una complicidad constructiva.

Es fundamentalmente una apuesta a la construcción de subjetividad. Si bien todos los que participamos de la experiencia nos sentimos parte de una construcción colectiva, los destinatarios principales de este desafío son las personas que concurren a tratamiento, ya que han sido vulneradas en sus derechos humanos, sociales y políticos, durante mucho tiempo.

⁶⁶ BLEICHMAR, Silvia: *Dolor País*, Libros del zorzal, Bs. As., 2002, pág. 68.

“Es en este plano donde se forjan expectativas y donde es posible el aprendizaje de derechos y responsabilidades. A ello apunta Elizabeth Jelin⁶⁷ cuando propone la construcción de ciudadanía ‘desde abajo’, a partir de la construcción social de los derechos y el carácter resolutivo de los mismos, en tanto sean capaces de generar conciencia colectiva”... “El aprendizaje de prácticas solidarias, el reconocimiento de asuntos comunes, pueblan la escena pública revalorizando diversas y renovadas formas de interacción, las cuales se expresan en distintas organizaciones que se fortalecen en la medida en que se produce la comprensión de que las cuestiones políticas y sociales son asunto de todos”.

*“Lo dicho hasta aquí no pretende suplir una concepción de la ciudadanía ligada al Estado, sino reconocer una doble asociación: por un lado, al Estado, que es el garante máximo del desarrollo y consolidación de la institucionalidad democrática: y por otro lado, a la sociedad, ese espacio indeterminado que permite la generación de prácticas consecuentes con el ideario democrático y sus arreglos institucionales”.*⁶⁸

Un espacio de alimentación más digno

Desde que comenzó este equipo en Hospital de Día –diciembre 2003– se generaron espacios de alimentación más dignos. Diariamente se elabora el desayuno. Los días lunes se almuerza en el dispositivo, solicitando las porciones al comedor de las salas de internación y los días jueves funciona el taller de cocina que culmina con el almuerzo. El modo de acceder a la alimentación es diferente. La elaboración está a cargo de los participantes, con acompañamiento de miembros del equipo, se promueve el espacio y tiempo para compartir los alimentos,

⁶⁷ JELIN, Elizabeth: “¿Cómo construir ciudadanía? Una visión desde abajo”. *Revista Europea de Estudios y Documentación Latinoamericana* (CEDLA), 1993, citada por AQUIN, Nora, 2003.

⁶⁸ AQUIN, Nora: *Ob. cit.*

considerando la presencia de otros, causando la circulación de la palabra, el intercambio de opiniones y un exquisito tiempo de sobremesa.

Las personas asistidas en Hospital de Día, en muchos casos han pasado cuantiosos años internados en el hospital o en otras instituciones psiquiátricas. Y ha quedado como resabio de esos momentos *la costumbre o el acuerdo* de continuar concurrendo al comedor destinado a las personas internadas, instalado en el fondo del edificio, con las características propias de los espacios de las instituciones totales: un modo generalizado, desubjetivizado, voraz de ingerir los alimentos, donde el único objetivo pareciera ser la conservación con vida del organismo. Espacio al que se fueron incorporando personas que en algún momento determinado no contaban con un lugar donde alimentarse y fueron quedando a lo largo de los años cronificadas en esa posición.

A partir de una decisión de la dirección del hospital respecto de que sólo debían concurrir al comedor de las salas de internación quienes se encuentren internados, el equipo de Hospital de Día toma esta disposición y comienza a trabajar con cada uno de los sujetos que venían sosteniendo este *acuerdo o costumbre*, basada en una necesidad cierta, justificada, pero en otro contexto. El equipo intenta construir singular y grupalmente otros modos de dar respuesta al derecho fundamental a la alimentación. Se apuesta de esta manera a la responsabilidad del estado y a la vez a la capacidad de cada sujeto de constituir un espacio más digno para transitar, configurando un espacio agradable, con tiempo para hablar y ser escuchado. Considerando como propone Silvia Bleichmar, que “la presencia del semejante es inherente a su constitución misma. En el otro se alimentan no sólo nuestras bocas sino nuestras mentes; de él recibimos junto con la leche el odio y el amor, nuestras preferencias morales y nuestras valoraciones ideológicas; el otro está inscripto en nosotros, y esto es inevitable”.⁶⁹

⁶⁹ BLEICHMAR, Silvia: *Ob. cit.*, pág. 56.

Se trata de “la preservación de identidad que refiere al conjunto de enunciados que articulan el ser del sujeto, no solo en su existencia material sino también en sus representaciones simbólicas, en su ideología y en sus valores”⁷⁰

Actualmente se están trabajando los modos de construir otra forma de acceder a la alimentación; en algunas situaciones se coordina con comedores oficiales o comunitarios cercanos al domicilio del paciente, en otras se promueve la posibilidad de elaboración de los alimentos en forma individual o agrupándose con compañeros del dispositivo. Asimismo, se evalúa la propuesta de ampliar los días en que se elabora el almuerzo en Hospital de Día.

Y aquí cabe la pregunta, si es más digno un comedor comunitario que el comedor de la sala del hospital. Estamos seguros que la cronificación, la desobjetivación, y la institución manicomial atraviesan todos los caminos, no sólo los pasillos y las salas y consultorios del hospicio. No obstante, la apuesta es movilizar, desenquistar, acompañando la construcción de espacios con otros, la gestión de recursos y lazos en la comunidad. Creemos en un estado que sea responsable pero sin borrar la libertad, la posibilidad de construir, de generar, de desarrollar capacidades de cada uno de los sujetos que a la vez pueda contar con los otros y resolver colectivamente una necesidad esencial.

Es preciso ejercitar la autonomía de otro modo, aprender a construir otros espacios, habitar otros lugares, circular en otros ámbitos, gestionar otras inclusiones.

El equipo se ve exigido a repensar permanentemente en el seno del interjuego de las lógicas que sostienen cada intervención: protección / promoción; derechos / responsabilidades; asistencia / autonomía.

⁷⁰ CUSTO, Esther: *Ob. cit.*, pág. 28.

Microemprendimientos

El sostenimiento de espacios de generación de microemprendimientos productivos fue surgiendo a propuesta de los usuarios interesados en diferentes actividades (elaboración de velas y jabones artesanales, ensaladas de frutas, alfajores, collares). Propuesta que el equipo tomó y fue acompañando en los distintos procesos individuales y grupales. Fue necesario la coordinación interinstitucional ya que luego se enmarcaron en Programas de Empleo Comunitario dependientes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación, proyecto mediante el cual los participantes reciben \$ 150 mensuales⁷¹. Se trata de microemprendimientos productivos, de servicios (limpieza y mantenimiento del espacio asistencial); como también actividades de capacitación (informática). Una vez más podemos preguntarnos si esta remuneración es suficiente. Seguro que no, considerando que resulta muy difícil articular un proceso de inclusión con ese monto de dinero.

Esta posibilidad constituye para el equipo un pre-texto. La utilizamos de base para pararnos sobre un mínimo posible.

En este sentido el equipo promueve procesos de construcción de espacios laborales en instituciones públicas de distintas áreas y dependencias. Ya desde el momento mismo de la gestión y aún más cuando se efectiviza el ingreso al lugar de trabajo, inclusive con la remuneración simbólica referida, la repercusión en la subjetividad de los pacientes es decididamente alentadora: se evidencian modificaciones en la presentación, en la vestimenta, disminuyen alucinaciones cenestésicas y auditivas, toma presencia *un otro* a quien dirigir la acción, a quien ofrecer un hacer, o un servicio que sea necesario, requerido.

Como conclusión diremos con Nora Aquin que *“La ciudadanía tiene como componente irrenunciable la participación (...) La participación ciu-*

⁷¹ Equivalentes a casi u\$s 40 en 2009.

dadana en el espacio de intersección entre Estado, Economía y Sociedad –espacio privilegiado de la intervención de nuestra disciplina– resulta apta para movilizar y capacitar en procesos de representación, negociación e interlocución, procesos que precisamente hacen a la constitución del ciudadano, que no es un hecho a priori, sino un trabajo de construcción. Este aspecto resulta, a nuestro criterio fundamental, en tanto se constata que aquellos sujetos e instancias sociales que más necesitan de su propia participación para revertir las asimetrías que los afectan, son quienes cuentan con menos condiciones y disposiciones para lograr intervenir.

Nos interesa dejar claro que nuestro interés en la ciudadanía se presenta como complemento y no como sustituto de la participación política a través de sus distintos formatos, como contribución, y no como interferencia, en la formación de políticas públicas, con base en un horizonte universalista de espacios compartidos y de agregación de intereses”.⁷²

Es en ese proceso de producción, de resignificación y de reparación subjetiva, que implica también un proceso de constitución del ciudadano, en el que intervenimos, desde Hospital de Día, cotidiana pero no ingenuamente. Es en ese proceso en el que se nos presenta la posibilidad de aportar en la construcción de la figura del ciudadano e interferir así en su devenir como consumidor.

⁷² AQUIN, Nora: *Ob. cit.*, págs. 8 y 9.

La “clínica”, a sol y sombra ^{73 74}

María Belén Rastelli

Para introducir la idea que intento transmitir desde este ateneo hago mías las palabras de Ana María Fernández:

“... si bien en todo recorte social (...) laten en diferentes intensidades diversos núcleos de significaciones que caracterizan el momento socio-histórico en que se despliegan sus prácticas, operan también en latencia –latiendo allí en la superficie– las significaciones imaginarias que dan sentido a las instituciones donde están inscriptos. En las instancias institucionales se reactualiza la tensión instituido–instituyente tanto en su dimensión reproductiva como transformadora”. ⁷⁵

Mi intención es poder reflexionar acerca de algunos conceptos, que bien podrían pensarse como *significaciones* que orientan y argumentan nuestras prácticas cotidianas como trabajadores de la salud en una institución de salud mental.

Cuando hablo de significaciones me estoy refiriendo al término inaugurado por Castoriadis, que tiene que ver con la noción de *imaginario social*, donde las *significaciones sociales* hacen que un colectivo se instituya como tal; estas, en tanto producciones de sentido, inventan el

⁷³ Este trabajo fue presentado en el Ateneo Clínico de la RISAM (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental) del Hospital Escuela de Salud Mental, el 13 de septiembre de 2011.

⁷⁴ El título remite al nombre del dispositivo al que se hace referencia en este trabajo: “Fútbol, a puro sol”. El mismo se encuentra inspirado en el libro de Eduardo Galeano, *El Fútbol a sol y sombra*, el cual rinde homenaje al fútbol, rescatando su esencia como música del cuerpo, fiesta de los ojos; sin dejar pasar las aristas más oscuras en torno a las estructuras de poder que empañan la magia de este deporte.

⁷⁵ FERNÁNDEZ, Ana María: *Las lógicas colectivas: Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*, Ed. Biblos, Bs. As., 2007.

mundo en el que se despliegan; operan en lo implícito y establecen el modo de ser de las cosas, los valores, los individuos.

Partiendo del recorte de una situación particular acontecida en el espacio de fútbol del hospital, trataré de reflexionar acerca de categorías tales como *dispositivo*, *intervenciones* y *clínica*; que podríamos pensarlas como *significaciones* que permiten que se instituyan prácticas, discursos; pero que al mismo tiempo generan cuestionamientos en tanto se tensionan con lo instituido.

Comenzaré realizando una breve reseña del *dispositivo de fútbol*, recientemente creado, para contextualizar la situación a plantear y dar cuenta de cómo surge un espacio pensado como dispositivo clínico.

En marzo del presente año (2011), transitando mi primer año de la RISAM en Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental, ponemos en marcha, junto a un compañero de dicho dispositivo (personal administrativo) un proyecto denominado *Fútbol a puro sol*. Proponemos la creación de un espacio de entrenamiento y práctica de fútbol destinado a personas que reciben tratamiento en los diferentes servicios y dispositivos del hospital (hospital de día; salas de internación; consultorios externos; grupo institucional de alcoholismo), con la pretensión de armar un equipo de fútbol que pueda intercambiar experiencias con otros y competir en campeonatos y/o encuentros deportivos.

Este espacio estuvo ideado como una oferta más de tratamiento, nombrado desde su concepción como dispositivo clínico, lo cual estuvo pensado inevitablemente desde mi formación como terapeuta ocupacional. Entendiendo que el fútbol es un hacer significativo para aquellas personas en las que este deporte ha formado parte de sus vidas de alguna u otra manera, es que se ofrece un tiempo y un espacio para practicarlo, intentando dar lugar a la reconstrucción de una historia desde la mirada histórico-ocupacional de cada integrante del equipo. Considerando el malestar subjetivo que padecen los usuarios del hos-

pital a quienes está destinado el espacio, se apuesta al trabajo sobre el sentido y el lazo social de estos sujetos, ofreciendo un lugar de alojamiento de ese malestar, un lugar donde encontrarse, relacionarse y construir con otros.

De esta manera iniciamos, con la idea de contribuir a que los usuarios que participen del dispositivo se motiven a pensar en un proyecto personal y colectivo en función de un deseo propio; que les permita participar de un espacio con otros, descubrir nuevas experiencias y crear lazos con la comunidad.

En un primer momento pensamos que este espacio lo podríamos llevar adelante los iniciadores solos (el entrenador y yo); rápidamente vimos la necesidad de poder contar con un equipo de profesionales que aporten diferentes miradas, y contribuyan en la lectura de las situaciones y en las intervenciones. Así se sumaron un psicólogo concurrente y el profesor de educación física del hospital; luego una trabajadora social y una terapeuta ocupacional residentes; un estudiante de psicología; un médico; y una comunicadora social concurrente.

De esta manera hoy constituimos un equipo interdisciplinario que enriquece el trabajo cotidiano y sigue fortaleciendo el dispositivo.

A raíz de ciertos cuestionamientos escuchados últimamente respecto de si las intervenciones realizadas en el espacio de fútbol pueden tener efectos clínicos en las personas que participan, es que pensé en compartir el recorte de una situación vivida por Ariel en este dispositivo. La misma sucede en los inicios de éste, cuando aún no contábamos con el actual equipo de trabajo.

Respecto de su historia de vida

Ariel tiene 34 años; desde alrededor de los 20 que se encuentra padeciendo malestares que podemos relacionar a su estructura psicótica, sin un tratamiento que pudiera alojarlo subjetivamente. Lo cual se puede ver reflejado en su notable deterioro y pérdida de lazos sociales.

Ariel vive con su madre y dos de sus hermanos, uno mellizo suyo y el otro mayor, quienes también padecen la misma problemática.

Desde hace poco más de un año (julio 2010) formo parte del equipo interdisciplinario que interviene en la situación de la familia. En el marco de este tratamiento integral que está recibiendo es que se ha podido incorporar al espacio de fútbol desde sus inicios. Sin ser azarosa su participación, ya que este deporte forma parte de su vida de manera significativa, su historia se encuentra marcada por el mismo. De adolescente jugaba al fútbol muy bien y a los 20 años se va a probar en un club de Buenos Aires, con altas probabilidades de quedar jugando en primera división de la A.F.A. Su hermano mellizo, Jorge, también hace el mismo proceso. El mismo año fallece su hermana y ninguno de los dos vuelve a Buenos Aires, abandonando el fútbol. En este período es donde se ubica el momento de descompensación de Ariel (también el de Jorge).

Una cuestión a tener en cuenta es el vínculo simbiótico que siempre han tenido ambos, y al mismo tiempo la posición de inferioridad en la que se encuentra Ariel en relación a Jorge dentro de la dinámica familiar. Postura que se ve reforzada por el discurso de su madre, quien permanentemente está confirmando con su accionar que “uno es el que puede hacer todo y el otro nada”, anulando totalmente la persona de Ariel.

Habiendo introducido cuestiones básicas de su historia de vida, puedo pasar a narrar la situación específica que nos convoca; la misma acontece en mayo del presente año.

Ariel se encontraba participando desde los inicios del dispositivo, concurriendo a las prácticas dos veces a la semana. Su hermano Jorge también. Llegada la hora del primer partido del equipo, luego de dos meses de entrenamiento, con todas las expectativas de los jugadores por el primer desafío, sucede que Jorge no concurre a las dos últimas prácticas previas al mismo, manifestando que el día del partido tiene que rendir un examen (de curso de auxiliar de farmacia) por lo tanto tampoco estará presente ese día. Ariel sí continúa los entrenamientos normalmente y el día del partido se hace presente junto a sus compañeros, jugando de titular.

Habiendo transcurrido gran parte del partido, llegan al hospital Jorge con su madre diciendo que fueron a mirar jugar a Ariel. Ante la pregunta respecto del examen por el cual supuestamente había suspendido sus prácticas, su respuesta es ambivalente y poco clara. De todas maneras se invita a Jorge a que se incluya en el equipo y, como Ariel sufre una lesión en su pierna minutos antes, se realiza el cambio entre ellos. En el mismo momento pude advertir el grave error que se estaba cometiendo, pero ya era irreversible.

Evidentemente esta intervención causó en Ariel un efecto devastador; uno de sus comentarios al finalizar el partido fue “Jorge vino a salvar el partido”, y posteriormente dejó de concurrir a las prácticas semanales, a pesar de enviarle mensajes de texto, o llamarlo por teléfono; y no sólo a este espacio, sino también a las entrevistas con el médico y la psicóloga (quienes lo atienden por consultorios externos), y a los talleres de radio *La Bisagra* (otro dispositivo clínico-político del hospital), donde también estaba participando en ese momento. Lo que podía manifestar era que “continuaba lesionado”.

Habiendo pasado varias semanas, su psicóloga y su médico realizan una visita domiciliaria; continúa refiriendo que le duele la pierna y que por eso no está llegando al hospital. Advirtiéndole que esa molestia realmente no le impide movilizarse, se interviene para que retome su tratamiento.

Ariel concurre al hospital esa misma semana, va a las entrevistas pautadas y también al entrenamiento de fútbol. En éste expresa que *“sólo va a ‘mirar’ la práctica porque continúa lesionado”*. Mi intervención ahí tiene que ver con escuchar lo que trae para contar luego de tantos días de ausencia, y sugerirle que comience realizando una caminata alrededor de la cancha y que en los próximos entrenamientos vaya incorporando actividades de mayor exigencia hasta recuperarse completamente. Acordando con mi sugerencia, realiza la caminata junto a uno de sus compañeros que ese día no se encontraba en condiciones de practicar, mientras el resto del grupo entrena como habitualmente lo hace.

En la siguiente práctica Ariel llega diciendo que ya está bien de su lesión, y que los ejercicios realizados en el encuentro anterior fueron los que *“me curaron”*, expresándome: *“yo te quiero agradecer porque gracias a vos no me duele más la pierna”, “ahora ya puedo seguir entrenando”*.

Hasta aquí el recorte de la situación. Actualmente Ariel continúa integrando el equipo de fútbol y cuenta con el reconocimiento de sus compañeros como un jugador importante dentro del mismo.

Creo que no quedan dudas de los efectos que en Ariel han tenido las diferentes intervenciones. Ahora lo que me pregunto es si las mismas pueden ser consideradas *clínicas*.

Sin lugar a dudas hay intervenciones que producen marcas, como ocurre en todas nuestras prácticas, no sólo en instancias grupales; es-

tas pueden resultar mortíferas, o bien devolver dignidad al sujeto marcando un camino.

*“Hay intervenciones del coordinador que producen marcas en el tiempo, producen surcos en un planeta cerrado, instauran marcas allí donde el trazo diferencial tiende a ser borrado, que propician algo del trazo propio por los caminos de un buen anudamiento”.*⁷⁶

En este sentido Graciela Jasiner plantea que en relación con los tiempos grupales podemos trabajar con dos tipos de intervenciones: de ligadura y de corte. Las primeras son aquellas que propician *trama*, y las de corte son las que propician *trazo singular*, es decir, en palabras de la autora, “la producción de lo propio agujereando la trama del Otro.”

Ahora bien, para continuar reflexionando respecto de si pueden ser consideradas *clínicas* las intervenciones, sus efectos, el dispositivo, he recurrido a los orígenes del término.

Es un concepto que proviene de la medicina, tradicionalmente la clínica (del griego *kliné*: lecho, cama) es el diagnóstico realizado al pie de la cama del enfermo a través del relato de su sintomatología y de los signos obtenidos en la exploración física. Con el diagnóstico de una enfermedad se pauta un tratamiento.⁷⁷

Obviamente esta definición corresponde a los orígenes de la medicina, muchos son los años que han transcurrido desde entonces; tal vez desde la medicina tradicional se continúa utilizando el término con esta acepción; habría que preguntarle a nuestros compañeros médicos especialistas en salud mental si en este campo lo han ido resignificando o es éste el concepto de *clínica* que orienta sus prácticas... pero no sólo a ellos, también al resto de los profesionales que pertenecemos a

⁷⁶ JASINER, Graciela: *Coordinando Grupos. Una lógica para los pequeños grupos*. Lugar Editorial, Bs. As., 2008.

⁷⁷ <http://es.wikipedia.org/wiki/Clínica>.

otros campos disciplinares... de qué hablamos cuando decimos *clínica*? Los trabajadores sociales, los psicólogos, los terapeutas ocupacionales ¿tenemos otra idea de lo que la *clínica* significa? ¿hay diferencia entre la manera de pensarla desde las diversas disciplinas que componen el campo de la salud?

Al mencionar la creación del dispositivo de fútbol explicaba desde mi perspectiva el por qué considero ese espacio como un dispositivo clínico, y dista mucho de la definición originaria recién descrita, ya que lejos de querer arribar al diagnóstico de un enfermo, se piensa en alojar una subjetividad, que más allá del padecimiento que la atraviese, trae su singularidad en relación a una historia de vida, una familia, una cotidianeidad. En este sentido, para pensar en un dispositivo clínico, tomo la propuesta de Basaglia de poner “la enfermedad entre paréntesis” para poder ocuparnos del sujeto en su experiencia. Lo cual no significa negar la existencia de experiencias que producen dolor, sufrimiento o malestar.

Ahora bien, de las categorías a trabajar planteadas al comienzo del ateneo, nos resta reflexionar acerca de cómo pensamos un *dispositivo*.

Como se sabe, la noción de dispositivo es producida por Foucault, quien trata de pensar el entramado de elementos discursivos y extra-discursivos, refiriéndose a los dispositivos sociohistóricos y/o institucionales *ya dados* en lo social. También Deleuze toma y trabaja este concepto.

En este momento he preferido tomar la idea de Ana María Fernández, que me permite pensar al *dispositivo* como un artificio creado por nosotros, como máquina que dispone a..., que crea condiciones de posibilidad, que provoca o hace visibles latencias grupales.

Tal vez en un primer momento el espacio de fútbol distaba bastante de ser considerado un dispositivo, a pesar de que en ningún momento

fue pensado con otra intención. Igualmente en muy poco tiempo ha crecido rápidamente, causando efectos y repercusiones importantes en sus participantes y en la comunidad; pero al mismo tiempo me ha superado en relación a las energías y el tiempo demandado. Fue en esos momentos en que acontecieron situaciones como la de Ariel, que daban cuenta de la necesidad de contar con más profesionales que pudieran aportar otras miradas, otras lecturas y poner el cuerpo en esto que fue creciendo vertiginosamente.

Hoy, habiendo transcurrido cinco meses de desarrollo, contando ya con un equipo interdisciplinario que día a día se va fortaleciendo y consolidando, no sé si puede considerarse un dispositivo clínico, pero sí estoy segura de que es a lo que aspiramos y por lo que trabajamos cotidianamente.

Del espacio participan usuarios de los diferentes servicios del hospital, son entre diez y quince los jugadores que integran el equipo Fénix, quienes se sienten convocados y fuertemente identificados en su rol de futbolistas, demostrando un gran sentido de pertenencia al grupo. Pienso que uno de los objetivos iniciales se ha logrado en algunos de ellos, que es encontrar un lugar social a partir de la elección de formar parte de este proyecto, un proyecto colectivo que aloja y sostiene.

Consideraciones finales

Planteaba al inicio del ateneo la idea de poder pensar estos conceptos como *significaciones*, en la acepción castoridiana del término. Ya que es lo que me ha permitido comprender ciertos cuestionamientos y debates acontecidos este último tiempo con diferentes profesionales del hospital, y compañeros del equipo interdisciplinario del dispositivo de fútbol.

Me sirvió pensar que nociones como dispositivo, clínica, intervenciones, y otras como salud, lazo social, autonomía, terapéutico, entre tantas otras que subyacen a nuestra práctica, pueden representar los núcleos de significaciones que caracterizan este momento sociohistórico en el que nos encontramos, pero no son explícitas para quienes intentamos instituir las.

Pienso que muchas de nuestras prácticas intentan ser transformadoras y pueden ser consideradas instituyentes, por eso es que reciben cierta resistencia y se tensan permanentemente con lo instituido.

Varias son las incertidumbres que me movilizaron para pensar este ateneo. A mí me sirvió pensarlo de este modo, pero dejó abierto el debate para continuar reflexionando, ya que considero que no existen verdades absolutas y siempre es enriquecedor cuestionar y repensar la *caja de herramientas* con la que contamos; siempre es enriquecedor cuestionarnos, repensarnos.

Bibliografía consultada

- Amarante, Paulo. *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicossocial*. 1ª ed. Topía Editorial. Bs. As. 2009. Traducido por: Fátima França.
- Deleuze, Gilles. *¿Qué es un dispositivo?* En Varios Autores, Michel Foucault, filósofo. Gedisa. Barcelona. 1990.

Cuando la letra convoca ⁷⁸

Lucina Palleiro

A continuación presentaré un escrito acerca del funcionamiento del taller literario nombrado *Mate Literario*. El mismo se lleva a cabo dentro del dispositivo de Hospital de Día desde hace muchos años, siendo un espacio que se caracteriza por tener una coordinación desde diferentes disciplinas, que han abarcado tanto el campo de la salud mental como el de las ciencias sociales.

Dentro del dispositivo de Hospital de Día, se lleva a cabo el taller literario. Llegan allí personas que han transitado el proceso de admisión, instancia en la cual se puede vislumbrar algo del interés por la literatura, en el mejor de los casos. Entre las diferentes modalidades de atención pensadas para un tratamiento, se encuentra la instancia grupal. Nos encontramos muchas veces que el interés, el deseo o el pedido mismo se puede ubicar desde un primer momento, pero hay ocasiones en donde la demanda no se hace presente, es entonces cuando es menester que el usuario haga un recorrido por los diferentes talleres que representan parte de la oferta de Hospital de Día para así, en este transitar, dar lugar a una elección de inclusión en un espacio grupal.

En el taller literario, la actividad está mediada por un grupo variable de personas que concurren cada semana. Territorio singular acompañado de una nominación, un punto de identificación que sostiene la identidad del espacio en lo matutino de los miércoles: *Mate Literario*. El mate como nexos y fiel compañero e insignia de estos momentos, “es lo que nos representa”, dijeron, de allí la nominación del taller.

⁷⁸ Una versión de este trabajo fue presentada en el VII Congreso Internacional, VIII Iberoamericano y III Brasileño de Acompañamiento Terapéutico. *Polifonía. Las diversas voces del A.T.*, San Pablo, Brasil, 15 al 17 de noviembre de 2012.

A modo de establecer una inscripción en sujetos donde la temporo-espacialidad muchas veces se muestra fragmentada, este espacio se caracteriza por un funcionamiento anclado en un día y un horario determinado; marcando una regulación allí donde el gran padecimiento psíquico hace desbordes.

La literatura es el punto de encuentro. Da lugar a la comunión entre pares, hombres y mujeres adultos que muchas veces buscan y (se) encuentran en las letras, un modo de tramitar algo del malestar presente.

El tiempo compartido, los invitados recibidos, las anécdotas que se personifican en una poesía, en la letra de una canción, se enlaza con lo más subjetivo y se abrocha a algún significante con un autor leído en la infancia por ejemplo, un punto de historización mediado por la palabra tanto escrita como hablada.

El taller de literatura es un lugar de creación. Todos allí mutamos y somos escritores-lectores firmes a la consigna establecida por los coordinadores o por algún integrante del grupo. Dar lugar a la creatividad, en palabras de Apollon, "encontrarse con la creación es un poco desear crearse. Es reconocerse en sí mismo y confirmar el deseo de arriesgarse. Arriesgarse, he allí el desafío primero del gesto, de la palabra, de la puesta en forma, de la producción"⁷⁹ Poner en palabras algo de lo propio, universo inventivo, creación misma. Aparece la imaginación como herramienta, las palabras, sus alas que dan vuelo a un modo de comunicación, un registro, un anclaje a la letra, una inscripción, otra modalidad de hacer lazo social.

La escritura es un ejercicio habitual en el espacio que aquí nos concierne. Una hoja en blanco, donde el vacío se hace presente como absoluto, nos hace pensar en la historia misma, o en la ausencia de ella.

⁷⁹ APOLLON, W. - BERGERON, D. - CANTIN, L.: *Tratar la Psicosis*, Polemos Editorial, Bs. As., 1997, pág. 191.

Parfraseando a Foucault, *“la conclusión evidente es que aún el peor dolor es preferible a una existencia vegetativa, porque la mente tiene realmente la capacidad de crear y embellecer, incluso a partir de la más desastrosa de las existencias”*.⁸⁰ Una crisis, momentos dolorosos de los diferentes usuarios que participan en el taller, se plasman también allí, en la dinámica con otros, lo grupal.

Si nos remitimos a las nociones de palabra y escritura encontraremos que ambas acepciones, según el psicoanálisis, no están separadas. *“La palabra es primera respecto de la escritura y lo que la escritura escribe no es otra cosa que lo que del goce se fija. Dicho en otros términos el goce se fija al escribirse”*.⁸¹ Goce fijado, sujeto sujetado entonces a un trozo de papel, a una tinta-sello que dejará lo mortífero de lado, para dar lugar a la vida de una creación, una prosa, un cuento.

La mirada fija frente al papel, y de repente una idea, o una cascada de ellas. De lo que se trata es de alojar, escribir, plasmar un lugar, un tiempo-espacio posible con palabras. Con-versos convertir a la letra en asociación de algún recuerdo, rememorar un día de campo, el barrio, un momento de paz, permitir un enlace entre significantes.

“Hoy le he escrito a mi hija que viaja” refiere una usuaria al iniciar el taller. Una posibilidad de escribir-inscribir ausencias, una carta de despedida, un lugar mediatizado por la palabra, la anticipación a un encuentro con su hija para regalarle algo suyo, lo propio, algunas palabras. Un momento de filiación.

⁸⁰ FOUCAULT, Michel: Diario *La Nación*, Septiembre 2012, <http://www.lanacion.com.ar/1509936-michel-foucault-la-maxima-aspiracion-del-poder-es-la-inmortalidad>.

⁸¹ *Revista de Psicoanálisis de la comunidad de Madrid*. “Letras”, noviembre de 2012 <http://letraslacanianas.com/el-pase/14-la-funcion-de-la-escritura-en-la-experiencia-psicoanalitica>.

Germina la letra y adviene la singularidad, allí donde muchas veces la imposibilidad del relato, la enunciación del mismo resulta complejo en lo cotidiano de esa persona.

El amor, la muerte, la seducción, las estaciones del año son algunos ejemplos de un mínimo recorrido con el que se trabaja, a fin de apostar a la producción de subjetivaciones en sujetos donde la estructura predominante es la psicosis.

*“Para los psicóticos como para todo el mundo, leer un texto es frecuentar a alguien. Escribirlo es hacerlo nacer. Decirlo es recitarlo, es prestarle su voz para darlo a luz: es darle los colores, es un poco prestarle la propia vida”.*⁸²

*“El trabajo de la psicosis será siempre para el sujeto una manera de tratar los retornos en lo real, de operar conversiones; manera que civiliza el goce haciéndolo soportable”.*⁸³ La escritura, la letra en sí ocupa un lugar fundamental en la psicosis. Colette Soler llamará “sublimaciones creacionistas”⁸⁴ a las que darán lugar a un “nuevo simbólico”, “ficciones sucesivas” allí donde el agujero se hace presente.

Sublimación y creación. Será entonces dar lugar a la creatividad en la línea de la artesanía. Artesanía que no ubicaremos en la misma linealidad que al arte, ya que al arte lo podemos pensar casi como una conjunción locura-genialidad y rápidamente asociar maravillosos nombres que han dejado huellas incomparables. En cambio la artesanía responde a una actividad reiterada y creativa, accesible, entre semejantes. Entonces llamaremos artesanía a la construcción con palabras de un mundo, esta vez apostando a rentabilizar algo del orden delirante

⁸² APOLLON, W. - BERGERON, D. - CANTIN, L.: *Tratar la Psicosis*, Polemos Editorial, Bs. As., 1997, pág. 194.

⁸³ SOLER, Colette: *Estudios sobre la Psicosis*, Editorial Manantial, Bs. As., 1991.

⁸⁴ SOLER, Colette: *Ob. cit.*

al hablar de psicosis, y otorgándole el valor de creación literaria. Elaboración que tiene el sello singular y un valor propio para el autor y para los que participamos del espacio de taller. En sí, un efecto de palabra, de inscripción que nos sorprende en lo matutino y nos acompaña en lo cotidiano de la clínica.

Y para finalizar, las definiciones más precisas acerca de este taller, las palabras que tan generosamente nos enseñaron algunos de sus protagonistas:

- *“Es un espacio en el que cada uno puede volcar sus pensamientos, sus sentimientos y sus proyectos para un futuro y además compartirlos con los compañeros. Este espacio proporciona la oportunidad de escribir sobre temas que ni siquiera teníamos pensado hacerlo. Ayuda a desarrollar la capacidad de pensar en términos literarios y a algunos a concebir poemas”.*
- *“El Taller Literario nos sirve para leer lo que nos gusta. Junto con mis compañeros del taller compartimos nuestras lecturas todos los miércoles.”*
- *“Es un lugar donde uno puede traer sus poemas y mostrarlos a los demás. Poder enterarte de las poesías de los demás compañeros.”*
- *“Me llamo María, me inicié en el Taller de Literatura con el profesor Carlos Acevedo, hacíamos escritos sobre la vida y sentimientos, leíamos poesías y así me pude dedicar a hacer poesía. Es un taller compuesto por varios compañeros y eso estimula a seguir con el ritmo.”*
- *“Escribir para mí es crear, crear mediante la escritura. Es encontrar respuestas. Leer es para mí también encontrar respuestas”.*

Bibliografía consultada

- Nebil, Mayra. *Psicosis y Escritura ¿Medio o Fin?* Septiembre 2012.
<http://es.scribd.com/doc/34154847/Psicosis-y-creacion>

Lo atípico en una intervención familiar. Desde Hospital de Día al domicilio ⁸⁵

Adriana Montini
Lucina Palleiro
Melina Suárez

El dispositivo Hospital de Día está pensado como una estructura intermedia, que ofrece un espacio asistencial ambulatorio intensivo dirigido a sujetos que presentan un gran padecimiento psíquico y dificultades en la construcción y sostén del lazo social.

Se puede pensar que en la mayoría de los casos, la función de Hospital de Día se caracteriza por promover la *articulación entre el aislamiento y la socialización*.

Si se toma como eje la continuidad de un tratamiento, podemos ubicar en los momentos de crisis subjetiva, también una *función de mediación entre el discurso y el acto*. Es decir, en algunas situaciones, Hospital de Día ofrece un punto de ruptura entre el discurso y el pasaje al acto, entendido éste último desde una perspectiva psicoanalítica, como un acontecimiento clínico que no se sitúa a nivel de la palabra, sino al nivel de la acción. Supone un límite en la interpretación, en tanto que lo que se pone en escena es algo para lo cual el sujeto no tiene palabras, aunque con esto está queriendo decir algo. Define del sujeto un lugar y una función respecto del Otro, estableciendo una operación efectiva sobre el sufrimiento, es un intento de enmudecer al padecimiento, en exceso real.

⁸⁵ Una versión de este trabajo fue presentada en II Jornadas Provinciales Salud Mental y Derechos Humanos. Intercambiando prácticas, pensando la región. Organizadas por Agrupación ERA / Estudiantes de Psicología - UADER y Comité de Docencia e Investigación - Hospital "Dr. A.L. Roballos". Paraná, 10 y 11 de septiembre de 2010.

En ambas situaciones, la de *articulación* y la de *mediación*, Hospital de Día habilita la posibilidad de un tratamiento, constituido por espacios diferenciales, que acreditan intervenciones.

La modalidad de ingreso a este dispositivo es a partir de entrevistas de admisión.

Habitualmente la admisión a Hospital de Día está pensada como un proceso en el que miembros del equipo reciben un pedido o derivación. El pedido es recibido por un equipo, un grupo, una urdimbre de relaciones y tareas que se desarrollan en un tiempo y un espacio, que intenta ser acotado.

Este proceso suele implicar más de una entrevista, incluyendo encuentros con quienes derivan para conocer el tránsito que ya han hecho con el paciente y los motivos por los que consideran el dispositivo como alternativa para un posible tratamiento. La oferta se construye en cada caso según intereses, historia de vida, historia laboral, experiencia de tratamiento, dificultades, limitaciones y también posibilidades. La propuesta de tratamiento puede consistir en un pasaje por todos los espacios grupales para luego optar por algunos o puede definirse desde el comienzo la inclusión a uno de ellos.

Los espacios grupales son diversos y se modifican considerando intereses y posibilidades del equipo de Hospital de Día, de la institución hospitalaria y de la población atendida.

El tratamiento se arma en función de cada situación tomando en cuenta su singularidad; en algunas situaciones se define que el tránsito no sea por espacios grupales sino sólo en entrevistas individuales: psicológicas, psiquiátricas, sociales o de terapia ocupacional.

En otros casos es necesario, para definir el tratamiento, realizar distintas intervenciones: visitas domiciliarias, o coordinación con diferentes instituciones públicas o privadas, ya sean del ámbito judicial,

asistencial, laboral, educativo, previsional, promocional, etc. Por eso decimos que la intervención se estructura en función de la singularidad de cada situación que llega a la admisión.

Asimismo, cuando pensamos la intervención, podemos decir que en este sentido lo típico, lo habitual, lo que con mayor frecuencia sucede, estaría dado por la concurrencia del usuario a Hospital de Día.

A continuación presentaremos el proceso de tratamiento de dos usuarios a quienes llamaremos Olga y Darío; ambos con un diagnóstico de estructura psicótica, quienes recibieron su primera atención por consultorios externos del Hospital Escuela de Salud Mental en diferentes períodos.

Para contextualizar la intervención ubicaremos tres momentos. *En primera instancia*, el ingreso y atención por consultorios externos. *Un segundo momento* en el que transcurre la admisión a Hospital de Día de los dos usuarios. En este dispositivo se conocen y entablan un lazo afectivo que los llevará a independizarse de la relación con sus familiares convivientes, a formar pareja y a interrumpir el tratamiento en Hospital de Día. Esta interrupción coincide con el embarazo y nacimiento de la hija de ambos. Destacamos que continuaron su tratamiento (psicológico, psiquiátrico y social) por consultorios externos.

Identificamos un *tercer momento* de readmisión a Hospital de Día cuya intervención llamaremos *atípica*. Nos centraremos en esta instancia para desarrollar lo atípico en una intervención, en virtud de que por un lado la misma se realiza con una familia y por otro lado, es el equipo interdisciplinario quien se traslada al domicilio para posibilitar el tratamiento; diferenciándose de lo que mencionamos anteriormente, con respecto a una intervención típica, en la que lo habitual estaría dado por la concurrencia de un paciente a la institución.

Situaremos un suceso desencadenante, en tanto emergente, que posibilitó un proceso de intervención, una demanda en situación de emergencia frente a una inundación en el domicilio de la familia aludida

La historia familiar cobró un protagonismo relevante en el servicio de Hospital de Día, teniendo en cuenta que ocho años antes el dispositivo fue testigo de la conformación de esta familia y la llegada de su hija, ocurriendo este hecho, como lo contextualizamos en el segundo momento.

Si bien, cuando acontece la inundación la familia no concurría a Hospital de Día, los miembros del equipo que continuaron como referentes, fueron convocados por Olga, para intervenir en la emergencia.

Es así que se constituye el equipo tratante para concurrir al domicilio y asistir en la urgencia, respondiendo a esa demanda, considerando que el Hospital de Día en tanto institución, era el referente.

Por otro lado consideramos que este acontecimiento adquirió características de catástrofe no solamente como desastre natural sino como algo disruptivo donde la subjetividad se desmorona, como refiere Rossi.

*“Ante estas situaciones de amenaza para la integridad personal, la prioridad es ofrecer un medio físico estable que restablezca un entorno relativamente constante y equilibrado”.*⁸⁶ Se articula, entonces con familiares los cuales se encontraban parcialmente desvinculados, como así también con instituciones presentes en la comunidad, para resolver el alojamiento temporario ya que se debió evacuar el domicilio.

Una vez resuelta la emergencia, el equipo elabora una estrategia para trabajar en la *vuelta al hogar* frente a la pregunta de Olga respecto

⁸⁶ ROSSI, Gustavo: *Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*, Polemos Editorial, Bs. As., 2007, pág. 51.

de qué hacer con sus muebles de madera y objetos inundados, acumulados, almacenados en la habitación.

Por lo tanto la demanda en la emergencia producida por la inundación, se fortalece teniendo en cuenta la historia, y habilita nuevas intervenciones que ordenarán un tiempo y fundamentalmente un espacio.

Es preciso mencionar que en la casa que habitaba la familia, los espacios estaban indiferenciados, en tanto la pareja y la niña compartían una pequeña habitación. La existencia de una segunda habitación no era reconocida como posibilidad para ser ocupada como dormitorio. Durante siete años, no fue posible desocupar ni movilizar la significativa cantidad de muebles que contenían objetos en desuso pertenecientes a familiares fallecidos. Esta imposibilidad se resquebraja frente a la inundación, y es aquí donde el equipo toma la demanda explicitada por Olga “qué hago con estos muebles que ya no pueden sostener lo que hasta ahora guardaban”... “se me va a caer todo...”

Pasada la emergencia, el trabajo consistió en que el equipo se trasladara hacia el domicilio durante un lapso aproximado de tres meses, con intervenciones semanales, para acompañar el proceso de discernimiento, respecto de qué objetos descartar, cuáles conservar, y cuáles ceder para beneficio de otros; pudiendo despejar esta otra habitación, disponerla y acondicionarla para que sea utilizada como dormitorio de la pareja. Despejar, despegarse de una historia colmada por recuerdos sujetos a elementos inmovilizados y temerosos pertenecientes a padres fallecidos. Lugar tenebroso, vinculado a construcciones de orden delirante.

El equipo de trabajo no descartaba una crisis ante la movilización en sentido literal y subjetivo, por lo cual esta *desocupación* se realizó en un tiempo prolongado, prudencial, relativamente largo, considerando que la *evacuación* –ya posterior a la emergencia– requería un tiempo de procesamiento, de elaboración. Ese proceso cuidado y sostenido dio

lugar a que el desprendimiento de los objetos no fuera vivido como despojo.

El equipo toma la propuesta que efectúa Olga, el pedido de sustitución de los muebles descartados por estanterías metálicas para así guardar sus pertenencias y las de Darío. Consideramos que de este modo se da lugar a nuevos amoblamientos, *estanterías*, andamiajes, resistentes a otra posible inundación y generando una nueva forma de *sostén* a partir de estas *estructuras*.

Entonces diremos como hipótesis, que el trabajo realizado, la intervención atípica contribuyó a construir un soporte simbólico que sostuvo algo de la organización espacial en la familia.

Esta intervención atípica, que si bien concluyó, a los tres meses de la intervención de emergencia, fue el puntapié para continuar con un nuevo proceso. Por un lado posibilitó que la niña comience a tener un ámbito de *acompañamiento terapéutico* cuyo objetivo fue promover la discriminación, en el sentido de diferenciación, en el vínculo entre madre e hija. Se dio lugar a un espacio propio, no sólo en el domicilio, sino fundamentalmente se promovió la creación de lazo entre pares, siendo el juego una herramienta privilegiada, dando lugar a nuevos espacios de vinculación.

A la vez se genera un nuevo circular, en el que Olga y Darío salen del aislamiento y sus relaciones cristalizadas, iniciando nuevos recorridos, que los vincula con algunos otros espacios sociales, comerciales, etc.

La intervención atípica conjuntamente con el encuadre establecido por el acompañamiento terapéutico, representaron ese *"elemento tercero que irrumpe en la relación dual (...) Algo del orden de una ley, que atraviesa al paciente, a la familia"*.⁸⁷

⁸⁷ ROSSI, Gustavo: "Usos y variaciones del "encuadre" en el acompañamiento terapéutico", en SILVA, Alex Sandro Tavares da. E-Book AT *Conexoes clínicas do acompanhamento*

Es así que se continúa con un abanico de acciones desde el equipo de Hospital de Día; algunas consistentes en sostener tratamiento psicológico, psiquiátrico, social y de acompañamiento terapéutico para Olga y Darío. Otras, en cambio se fueron definiendo en la construcción de un proceso de derivación a una institución acorde a la edad de la niña.

Podemos decir a modo de cierre, como plantea Benyakar, que *"el encuadre debe ser estable y coherente, pero en especial tiene que 'ser flexible y servir de espacio transicional en el sentido psicológico, personal e interpersonal'. Debe conjugarse entonces una elasticidad del encuadre con ciertas condiciones de estabilidad y continuidad requeridas. De ahí su complejidad"*.⁸⁸ Por ello, el hecho de haber decidido alojar una situación atípica y hacer flexible el encuadre, posibilitó que el equipo de profesionales de Hospital de Día acondicionara la oferta asistencial al pedido; que lo particularizara y así acompañara la construcción de una demanda, que dio lugar a una intervención atípica.

to terapeutico, Porto Alegre, 2012. [http://: siteat.cjb.net](http://siteat.cjb.net)

⁸⁸ BENYACAR, Moty. En ROSSI, Gustavo: *Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*, Editorial Polemos, Bs. As., 2007.

Un dispositivo para cada sujeto

Andrea Flory

Javier Schubert

Natalia Yujnovsky

*“... así como el sujeto psicótico inventa
para tratar su goce, la Institución
también debería inventar para alojar a ese sujeto”
Marcela Errecondo*

Uno de los sentidos con que se inaugura este ciclo de ateneos clínicos institucionales 2010 ⁸⁹ es el de poder, a partir de compartir un caso, construir una lógica de trabajo común desde la perspectiva de la salud mental.

El caso que elegimos presentar nos permite pensar cómo es posible producir una respuesta institucional diferente a la manicomial a partir de que un equipo, en tanto grupo de profesionales, toma la decisión de *alojar* a un paciente. Este acto que parece tan sencillo y tan básico es, sin embargo, de una complejidad importante, en el sentido de que es un acto posible cuando hay una apuesta en común, una perspectiva compartida y una posición subjetiva que se conjuga con un momento institucional y de la vida del paciente que hacen que el rumbo o destino que parece escrito para él pueda tomar un giro nuevo, con una dirección más *saludable*.

⁸⁹ Los ateneos clínicos realizados a partir del año 2010, son organizados por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Escuela de Salud Mental. En el marco de estos Ateneos cada servicio presenta una situación clínica para transmitir la modalidad de trabajo sostenida por los diferentes equipos.

Aparecen aquí entonces tres ejes: *el equipo y su decisión, el paciente y su momento y la institución y la demanda.*

Respecto del equipo

Quienes integramos el equipo pertenecemos al dispositivo Hospital de Día, venimos compartiendo un recorrido extenso e intenso en relación a la construcción de una modalidad de atención en salud mental ambulatoria e interdisciplinaria, modalidad que consideramos imprescindible para el trabajo con sujetos con grave padecimiento subjetivo. Este recorrido compartido hace que exista un marco de consenso, de acuerdos básicos, respecto de cómo alojar el sufrimiento y ofrecer un tratamiento. Trabajar en equipo es, además de una necesidad, una decisión que implica la disposición a soportar el malestar del desencuentro y el desacuerdo para poder construir ese marco de encuentro y acuerdo. Es por esto que situamos que la posibilidad de que haya *un equipo dispuesto* no es un dato espontáneo, es resultado de un trabajo.

Respecto del paciente y su momento

Silvio concurre al hospital desde hace varios años y ha realizado distintos pasajes por el Hospital de Día en diferentes momentos. En su *historia de paciente* es posible ubicar un circuito definible como: internaciones y atención ambulatoria por consultorios externos en Hospital Escuela de Salud Mental, internación en otra institución, vuelta a atención ambulatoria en Hospital Escuela de Salud Mental, participación intermitente en radio La Bisagra y en espacios grupales en Hospital de Día, vuelta a internación en otro hospital, circuito que fue teniendo sus *matices*, con internaciones intercaladas, manteniendo una circulación asistencial inestable.

Cuando situamos el comienzo de esta *nueva etapa* del tratamiento parecía a simple vista, un momento más en el circuito que veníamos pudiendo leer. A posteriori pudimos ubicar que la errancia propia de este sujeto, se anudó a la falta de coordinación de los distintos servicios intervinientes en este hospital y con la otra institución, a tal punto que el pedido con el que llega en un principio, era ser atendido en el Hospital de Día mientras permanecía internado en aquella, manteniendo permisos de salida. ¿Es posible reconocer aquí una forma de demanda?

Una condición fundamental que se establece para definir su admisión en Hospital de Día en este momento, es el acto de concurrir con un certificado de alta de la institución en que se encontraba internado. Esto representa una marca y define una diferencia determinante de lo que vendrá después.

La institución y la demanda

El certificado que el paciente -en su modo errático de circular- trae, informa que se le ha dado el alta y advierte de la gravedad del cuadro, el riesgo para sí y para terceros y la necesaria continuidad de un tratamiento ambulatorio. La dirección del Hospital Escuela de Salud Mental toma la decisión de centralizar la atención exclusivamente en el servicio de guardia (médica) como modo de acotar y ordenar su circulación. Esta decisión provoca la reacción de los dispositivos que venían recibiendo a Silvio (radio La Bisagra y Hospital de Día) y a quienes él dirigía diversos pedidos, en tanto representaban sus referencias institucionales. Esta decisión de la dirección obligó a los equipos a interrogarse respecto del modo y los alcances de la atención que venían efectuando. Esta interrogación es el marco fundamental para la toma de decisiones clínico-institucionales que sobrevendrán a posteriori.

Una respuesta desde Hospital de Día

En Hospital de Día se impuso en principio la evaluación de las posibilidades de intervención, el deseo de quienes pudieran participar, la idea de *hacer cuerpo* a la complejidad del caso y las condiciones necesarias a ser planteadas y pautadas con él y sus familiares, enfatizando aquellos aspectos relativos al *contrato* necesario para el tratamiento.

Así, se consideran aspectos que de no tenerse en cuenta podrían impedir o no hacer posible la continuidad del tratamiento. Se diseñó un *acta acuerdo* a firmar por el equipo, el paciente y sus familiares, contando con el aval de la dirección. En el mismo se explicitan días y horarios en que deberá concurrir el paciente, a qué espacios, con qué profesionales, como así también aspectos inherentes al tratamiento farmacológico y a las entrevistas periódicas con los familiares. Se establece además que la internación sólo será coordinada por el equipo de Hospital de Día, en caso de ser necesaria (para intentar evitar el *cortocircuito institucional*). Este contrato cumple la función de operar como instrumento que materializa el acuerdo y ordena el encuadre del tratamiento. Permanece como una referencia a la cual volver, retomar, revisar, permitiendo un marco simbólico (para Silvio y sus familiares, para el equipo de Hospital de Día y para el hospital en general, representado en sus diversos actores y servicios) En tanto acta acuerdo -elaborado con palabras- permite darle consistencia en ese contorno, a determinados significantes que otorgan sentido, y direccionalidad al tratamiento, en principio.

Conformar un *mini-equipo* dentro del equipo de Hospital de Día para acompañar una situación en particular, permite que la transferencia se multiplique y diversifique, tomando cada profesional desde su recorte disciplinar una especificidad, un rasgo diferente en la misma, a la vez que compartiendo el marco general.

Este *mini-equipo* tiene una larga historia de trabajo, lo que permite funcionar con determinados códigos, acuerdos tácitos, modos de entender el problema y de intervenir. Esto, de algún modo, –tomada la decisión de hacerse cargo del caso– permite tener un cuerpo con cierta consistencia para trabajar la situación, tan compleja y de tanta fragilidad. Para lo cual es necesario ofrecer un dispositivo claro y minimizar los posibles e inevitables malentendidos, apelando a una oferta de lugares para distribuir ordenadamente la transferencia disparada –salvaje y fragmentadamente– para cualquier lado. Se decide ofrecer las entrevistas de terapia individual con dos profesionales, apostando a promover situaciones transferenciales que alojen, que permitan producir sujeto y acotar el goce, brindando de este modo, un cuerpo simbólico tanto para él como para el equipo. *“La institución nace en el punto donde el analista se ve llevado a maniobrar en la transferencia, afectándose como sujeto, ‘dando testimonio’ junto con otros de su imposibilidad (estructural) en la función de interpretación”.*⁹⁰

Se toma la transferencia como recurso privilegiado para intervenir frente a la vulnerabilidad subjetiva, lo que permite donar una cierta consistencia temporo-espacial en el dispositivo Hospital de Día.

Esta dinámica de circulación acordada permite sostener entradas y salidas (ausencias y presencias) demarcadas, con una inscripción significativa. Una disposición coordinada del *mini-equipo* interdisciplinario, con funciones diferenciadas, delimitadas y explicitadas, permite la multiplicación de la transferencia. Esta dinámica opera como un eje central desde el cual se define la dirección del tratamiento, la estrategia particular diseñada para el caso en este momento de su historia,

⁹⁰ IUORNO, Rodolfo: “Dispositivos para el tratamiento de las psicosis. El Hospital de Día”, en RODRÍGUEZ, Sergio (compilador): *Lacan...efectos en la clínica de las psicosis*, Lugar Editorial, Bs. As., 1993, pág. 105.

tanto como los acuerdos –encuadre– y negociaciones que hacen a la posibilidad de inscribir lazos de trabajo.

La respuesta a ofrecer frente al pedido de Silvio debía ser clara y precisamente definida por el *mini-equipo*, para marcar una diferencia (en alusión a otro tiempo de su transitar por Hospital de Día), en tanto una de las condiciones que pudieron pensarse inicialmente fue la necesidad de introducir un orden y definir claramente aspectos fundamentales en relación a un tratamiento posible. Su *alojamiento* en el dispositivo debió ser cuidadosamente pensado, en función de sus modos anteriores de circulación por el mismo. Diversas argumentaciones aparecieron a posteriori respecto a esta determinación, que llega a pensarse en términos de *condición necesaria*:

* Poder ofrecer un *cuerpo con cierta consistencia* frente a la fragmentación y fragilidad de Silvio. Esto pareciera plantear varias consecuencias. Por un lado, atiende al marco necesario de mayor permanencia y frecuencia en los encuentros para él con el equipo, en función de su fragilidad; por otro, supone –para quienes intervienen– una función imaginaria del compañero con el que se escucha al paciente y a la vez la oportunidad de un intercambio mayor en relación a lo desplegado en cada instancia. Funciones imaginarias y simbólicas que colaboran en el sentido de poder sostener la apuesta –que de otro modo resultaría un *exceso o demasía* para quienes sostienen la escucha– en cuanto a *ser testigos* del goce mortífero de Silvio en cada una de sus manifestaciones en las que se advierte el vacío, su vivencia de caos, “las palabras no me alcanzan” y la infinitización de su ser. Tomando a luorno, “la institución a la que la transferencia en la psicosis da lugar, no es –como la clínica lo demuestra– el establecimiento del análisis como función interpretante ajustada al inconsciente, sino que más bien se trata de *la institución concebida como la entrada en juego de pequeños otros*. La

institución resulta para el psicótico el encuentro que este realiza con el conglomerado de pequeños otros *que se lo derivan*".⁹¹

* La escucha de cada uno y sus intervenciones opera en la transferencia, complejizando la trama y ofreciendo mayores posibilidades de acotamiento del padecimiento de Silvio. Se traduce además en una suerte de mayor discriminación de su parte respecto de dónde, a quién y en qué momento poder dirigir alguna pregunta o interrogante.

* El *mini-equipo* pudo tomar a la letra el pedido de tratamiento de Silvio en Hospital de Día. Advertimos en su determinación e insistencia y en sus posibilidades de tolerar una espera en la respuesta institucional, una posición más decidida de su parte. Esto determina también la posición en cuanto a la apuesta del *mini-equipo*. Al paciente pareciera habersele *pedido más* por parte del equipo en el sentido de la apelación a su responsabilidad y compromiso, que en oportunidades anteriores. Esto podría desprenderse de su momento particular y de sus posibilidades de sostenerse en el pedido.

De lo anterior se deriva el valor del texto escrito del *contrato de tratamiento* en el que se acuerdan condiciones y pautas que atienden a explicitar y definir espacios, tiempos, circulaciones, compromisos y responsabilidades, integrando en estos acuerdos a la familia del paciente.

En el *contrato* es introducida también la posibilidad de que pudiera no continuar el tratamiento en el dispositivo, luego de un tiempo determinado de evaluación. Operación que apela a un mayor compromiso subjetivo de Silvio, a cierta sustracción de goce, en tanto se conmueve una lógica del todo... *"En términos generales el hospital ordena científica y legalmente el sufrimiento humano, en principio lo que se le demanda es un orden, al exceso de goce que el brote psicótico, la descompensación*

⁹¹ IUORNO, Rodolfo: *Ob. cit.*, pág. 105.

*neurótica o la quietud de una cronicidad en las costumbres de vida de un sujeto, ponen al descubierto”.*⁹²

Un dispositivo “dentro” de otro

Se entiende al dispositivo como un artefacto o artificio para producir efectos de sujeto; en ese sentido Hospital de Día es un dispositivo, que dentro de sí, produce dispositivos particulares para cada sujeto. Presenta coordenadas y ofertas previstas, pero a la vez, permite la posibilidad de construir un dispositivo único y posible para cada usuario, sólo para ese. Por eso decimos que en las coordenadas habituales y esperables de todo dispositivo asistencial que sostiene la lógica de un hospital de día, en tanto coordenadas estables y constantes, se produce un mapa de circulación sólo para Silvio, un mapa sólo para Juan, un mapa sólo para Susana. Por lo tanto podríamos decir que habrá tantos dispositivos como sujetos sean asistidos. Cada modo de circular que se va estableciendo genera un devenir particular, lo que a la vez va promoviendo estrategias que se van redefiniendo en función de los efectos que se van pudiendo leer en cada usuario.

Para este caso en particular, se ubican diferentes *planos de intervención* en continuo movimiento, apareciendo por momentos algunos por encima de otros, lo que va organizando un tratamiento singular, un dispositivo para Silvio, que abarca: lo cotidiano, la circulación en espacios grupales y en la comunidad, lo artístico, el tratamiento psiquiátrico, la terapia individual, el acompañamiento en gestiones y trámites y el abordaje familiar. Se hará un recorte centrado en algunas referencias a la terapia individual.⁹³

⁹² IUORNO, Rodolfo: *Ob. cit.*, pág. 103.

⁹³ Se sugiere la lectura de YUJNOVSKY, Natalia: “Sonar con otros” y BETTI, María Belén: “De la necesidad del trabajo interdisciplinario en sujetos con grave padecimiento

Recorte del primer tiempo de trabajo en terapia individual

Silvio se presenta con un aspecto de gran fragilidad y languidez, pareciera que fuera a desmembrarse o quebrarse, que su cuerpo pudiera caerse frente a un viento fuerte. Esa imagen no sólo representa su aspecto físico, sino su posición subjetiva, fundamentalmente en este momento.

¿Qué le ocurre a Silvio? ¿qué puede decir de lo que le ocurre? ¿qué dice de lo que le ocurre? ¿qué escuchamos de lo que nos dice que le ocurre? ¿qué hace él con lo que le ocurre? ¿qué hacemos nosotros con eso?

En principio se ofrece *escucha* y se intenta hacer una lectura, varias lecturas. En función de esto, se va definiendo una *dirección del tratamiento*, que apunta a que el sujeto pueda seguir diciendo. En tanto hable y diga, da la ocasión de ser escuchado y de escucharse, y desde ahí, *resignificar* aquellos dichos que lo dejan pegado, alienado al goce, al mandato superyoico, a lo mortífero. A partir de las palabras dichas –y escuchadas por alguien no anónimo– podemos pensar en acotar algo del sufrimiento, algo del más allá del principio del placer.

En las primeras entrevistas se encuentra muy disgregado, “angustiado”, según refiere. Plantea gran dolor por la ruptura con su pareja. Una vivencia melancólica y una sensación de pérdida es lo que denuncia discursivamente al comienzo, durante muchas sesiones.

De a poco refiere sentirse más aliviado. Va transmitiendo un cierto orden discursivo, en términos de no quedar con largos silencios y dispersión de las ideas, concentrándose en algunos temas principales, la relación con sus familiares, ubicando la posibilidad de aceptarlos como son, su interés en estudiar una carrera universitaria. Va ubicando

psíquico”, para tener una idea más abarcativa de la complejidad jugada en este tratamiento.

el valor de algunos recursos que tiene para acotar sus pensamientos abrumadores, a la vez que puede ir reconstruyendo diferentes momentos de su historia. En ocasiones relata situaciones, según dice “muy desagradables”, donde se ha sentido muy mal. Se va trabajando permanentemente en sostener lo acordado: medicación, entrevistas, espacios grupales, sobre todo cuando por momentos esto flaquea, valorando y reconociéndole a la vez, lo que efectivamente va pudiendo sostener.

La fragmentación de los tiempos y el espacio, la clara y repetida situación de “no continuidad”, como él lo enuncia, de “interrupción” en sus diversos intentos y la circulación errática por varios espacios de la institución y por fuera de ella, dan cuenta, contundentemente de la fragilidad subjetiva que –en esos momentos– sostiene a ese cuerpo delgado, a punto de quebrarse.

Frente a la pérdida de un ser querido, él queda perdido, melancolizado. Hay grandes pérdidas en su historia, donde cada una, remite de algún modo a una anterior. Muestra y denuncia a través de su relato, el encuentro con un real no atravesado por lo simbólico, escasamente bañado por el lenguaje, un real que insiste en mostrarse descarnadamente, en cada malentendido, en cada no dicho, en cada desencuentro y en cada posible encuentro.

Pareciera que los intentos de generar lazo con pequeños otros, repitieran un prototipo que tiende a ser fragmentado, quedando –en ocasiones– a pura pérdida. Se pierde al otro y se pierde su propio yo, ese yo, lábil y acuoso, que se desdibuja, que pierde contornos; siendo la dispersión libidinal, sin referencias estables ni claras, el modo predominante de hacer lazo.

La vía del arte aparece en su historia, desde pequeño, como un recurso, en términos de un posible camino para tramitar la angustia,⁹⁴ una herramienta para dar consistencia a su subjetividad. *“Me pasaba muchas horas haciendo música (...) era un refugio frente al pánico que sentía”*, frente al miedo a estar con otros de su edad –semejantes– potenciales enemigos.

Luego de un primer tiempo de trabajo individual, donde el tinte era de caos y dolor, podemos llegar a reírnos con él, de tanto sufrimiento, porque el lazo transferencial que se va estableciendo lo permite, y se habilita –a través del *humor*, excelente recurso para la clínica– el poder reírnos de la desgracia. El humor se presenta como un recurso que ofrece una capa simbólica (algunas capas más de cebolla) permitiendo acotar el goce, resignificar el dolor, recubrirlo, amortiguarlo, mitigarlo, lo que no es negarlo.

“Las palabras no me alcanzan” manifiesta en ocasiones, al no poder decir algunas cosas que querría decir en determinados momentos.

Hace referencia a otro tiempo en el que temía que los otros pudieran leer y tener control sobre sus pensamientos.

Dice: *“Por momentos me siento bien, pero por momentos comienzo a sentirme mal (...) Siento un caos dentro mío, que adentro mío está todo roto y después me bajoneo (...) Siento horror dentro mío, sensación de espanto que es realmente insoportable, no me puedo soportar a mí mismo en esos momentos, es una pesadilla (...) No soporto nada (...) Tengo que aprender a convivir con ese malestar y hacer lo que me hace bien (...) Se trata de acotar algo de esto y de resignificar las experiencias (...) No hay estabilidad en mi ánimo”*.

⁹⁴ Como lo enuncia SOLER, Colette en su Conferencia: “La Angustia en las psicosis”, en BERTRÁN, Gustavo (compilador): *Hospital de Día. Particularidades de la clínica. Temás y Dilemas*, Editorial Minerva, Bs. As., 2004, pág. 35.

Con el transcurrir de las entrevistas semanales, va manifestando una mejoría en su estado de ánimo, aunque a veces dice sentirse *“abrumado, atormentado por ciertos recuerdos”*. Pero va ubicando algo que cambia. *“Siento que mi adolescencia termina”*. Refiere sentirse por momentos bien, aunque a la vez dice *“siento que estoy desordenado y que nunca puedo empezar a caminar (...) Me aparece angustia, que es un sentimiento que amenaza la integridad de uno, trato de olvidarme de lo feo y seguir adelante (...) Trato de tener sentido del humor”*.

Cuando le preguntamos qué recursos tiene para ordenar el tiempo y el espacio manifiesta *“venir acá (a Hospital de Día) (...) cuesta salir del encierro para venir acá (...) alternar entre estar con otros y estar solo (...) Siento que he cambiado”*. Va marcando un pasaje a otra etapa, como una despedida de la adolescencia, según lo manifiesta.

Se pregunta y nos pregunta sobre la relación del diagnóstico con el deterioro. Se le devuelve la idea del trabajo particular con los síntomas que aparecen y los recursos que se pueden capitalizar como una herramienta para enfrentar el malestar, más allá de cualquier diagnóstico, dado que esa perspectiva tanto como esa posibilidad mejoran la calidad de vida y permiten trabajar subjetivamente la cuestión del posible deterioro, en cualquier situación.

En una entrevista plantea su gran malestar frente a *“pensamientos abrumadores”* que se le presentaron en uno de los grupos donde participa, refiriendo que pudo aliviarse con la medicación, tocando música y planteándolo en el espacio individual. Va sosteniendo en algunos períodos un discurso y una posición diferente respecto a lo que le pasa. *“Trato de estar bien, de no tener preocupaciones (...) todo tiene solución, menos la muerte (...) Voy entendiendo lo que es dar continuidad, es estar ahí, a pesar de lo que vaya pasando (...) Tiene que ver con comprometerse”*.

“...Parece que estoy saliendo de un terremoto”, haciendo referencia a la catástrofe subjetiva que fue atravesando durante un largo período,

y al reconocer que se encuentra un poco mejor, más ordenado, más tranquilo. Va historizando algunas situaciones desagradables que le ocurrieron.

Dice *“ahora me puedo reír un poco de aquello que tanto me asustaba antes”*, se interroga sobre sus pensamientos. *“Pueden ser irrealistas, fantasmáticos, (...) soy paciente, tomo medicación, hago psicoterapia, tengo paciencia (...) saber eso me alivia bastante (...) Hay un desorden dentro mío, quizás no se vaya, es una condición mía, esa desestabilización, cuando aparece tengo que tratar de mitigarlo con asociaciones, poniendo las cosas en su lugar (...) Es todo un trabajo (...) Estoy amigado conmigo mismo, uno tiene que vivir aceptándose de acuerdo como uno es (...) sin hacerse daño”*. Refiere estar *“enganchado”* con algunas actividades que sostiene.

El recorrido que muestra este trabajo y los recortes discursivos seleccionados, intentan transmitir además de una lógica del dispositivo, algunos momentos de la subjetividad, intentando mostrar aspectos con los que nos encontramos a diario en esta clínica. Interesa a su vez, poder localizar ciertas condiciones de posibilidad o imposibilidad que prestan las instituciones para las intervenciones. Así también se intenta dar cuenta de la apuesta a la transferencia como herramienta fundamental para producir subjetividad y algún acotamiento y contorno del goce desenfrenado que acontece en cada sujeto.

Para cerrar concluimos diciendo que el Hospital de Día se erige en la particularidad de ser un lugar para la producción de lazo, pero apunta fundamentalmente a la creación artesanal y singular de un dispositivo para cada sujeto.

**Acerca del cierre de un tratamiento.
Preguntas y tensiones a la hora de poner en práctica
el *nuevo paradigma*⁹⁵**

María Belén Betti

Valeria Yonson

Natalia Yujnovsky

El presente trabajo aborda una situación de la práctica en el Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental, que tiene la particularidad de plantear algunas preguntas y mostrar las posibilidades y límites a la hora de hacer lugar, en las intervenciones cotidianas, a la subjetividad y al *nuevo paradigma* de trabajo en salud mental. Con *nuevo paradigma* se hace referencia al modo en que se enuncia la transformación que viene a proponer la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que se identifica en concordancia con la apuesta que ha direccionado el trabajo en el dispositivo Hospital de Día desde su creación. Se valora el actual momento como de particular riqueza, ya que la sanción de esta ley confirma y avala un modo de trabajo que hasta no hace mucho debía ser defendido y argumentado constantemente frente a una lógica manicomial hegemónica.

Es entonces la intención poner a trabajar las *tensiones*, las dificultades que aparecen en las prácticas cotidianas de un dispositivo de atención ambulatoria en salud mental, permitiendo la crítica y auto-crítica de las mismas y entendiendo que hay un recorrido transitado pero que aún queda mucho por aprender respecto del modo de trabajo

⁹⁵ Trabajo presentado en las *III Jornadas Provinciales de Salud Mental y Derechos Humanos. Intercambiando prácticas, pensando la región*. Organizadas por Agrupación ERA / Estudiantes de Psicología - UADER y Comité de Docencia e Investigación Hospital Escuela de Salud Mental. Paraná, septiembre de 2011.

que aquí se ha decidido sostener. Es en las tensiones, en los conflictos, donde realmente es posible producir conocimiento respecto del campo en el que se está, porque es allí donde aparecen las preguntas, donde el saber encuentra un límite. Son las situaciones concretas de la clínica cotidiana las que mejor evidencian lo posible respecto de esta transformación.

Para trabajar la situación se propone partir de un relato de lo ocurrido, señalando que se trata del egreso de un usuario y que es de interés del equipo poder trabajar esta particular instancia de los tratamientos.

Se formulan algunos interrogantes en relación a los alcances y límites de los equipos, al ejercicio de la interdisciplina, la particularidad de la práctica médica, los avatares con el uso de la medicación. Así mismo, se aproximan algunas reflexiones respecto de la dimensión de derechos que afianza la nueva Ley Nacional de Salud Mental y el correlato en el trabajo cotidiano que esto supone.

El relato

Pablo concurrió desde el año 2004 a Hospital de Día. Previo a esto estuvo durante dos años internado. Tras el alta comienza su tránsito por este dispositivo.

Venir a Hospital de Día le permitió en palabras de él “relacionarse con otros”, en palabras del equipo construir lazo social en el tránsito que propone el tratamiento en el dispositivo. Este tránsito le permitió explorar, iniciar y sostener actividades en la comunidad (educativas, productivas, recreativas) y construir una *imagen de sí* en la relación con estos *otros* de adentro y de afuera del Hospital de Día. Siendo en este sentido fundamentales los beneficios sociales que se pudieron gestionar (pensión nacional, programa de empleo comunitario) que permitieron un, aunque mínimo, soporte económico para esta circulación. En

los espacios grupales pudo inscribirse en proyectos colectivos y sostenerlos, ocupando el lugar de buen compañero, siendo quien más promovía encuentros sociales entre usuarios por fuera del dispositivo. En el espacio individual desplegó una serie de escritos producidos por él, cuya publicación funcionaba al modo de un horizonte, una misión. Las intervenciones llevadas a cabo con la familia, en función del tratamiento, fueron permitiendo desplazamientos del sufrimiento, apareciendo las dificultades de los demás integrantes del grupo familiar, resultando necesario ofrecer a algunos de ellos en diferentes momentos, la posibilidad de contar con espacios de atención. Es a partir de esto que Pablo comienza a ver que ha estado en el lugar del *enfermo de la familia* y comienza a incomodarle.

Pablo, se pregunta qué pasaría si dejara de tomar medicación y trae esta pregunta al equipo tratante. Con una argumentación coherente a este planteo coloca sobre el escritorio (literalmente) la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 que en el hospital se venía distribuyendo para conocimiento de todos. Habla de su derecho a tomar decisiones.

Ante esto el equipo responde que la medicación es aún necesaria para él, y que forma parte del tratamiento en el dispositivo, resultando una condición para la continuidad del mismo su adhesión a esta indicación, recuperando que en el proceso se ha podido dialogar al respecto y se ha ido realizando una disminución progresiva, no resultando conveniente una interrupción del esquema farmacológico por los riesgos que esto supone respecto de la estabilidad de su cuadro.

Pablo sorprende diciendo que de ser así entonces no vendrá más a Hospital de Día. Durante un tiempo se sostiene un espacio para trabajar esta decisión, incluyendo en este trabajo la figura de Defensoría de Pobres y Menores como instancia tercera ante quien el equipo tiene que dar cuenta por su responsabilidad en el tratamiento y también él puede manifestar su decisión responsabilizándose de la misma. Se realiza

una comunicación con defensoría explicando la situación y advirtiendo que tal vez sea necesaria una audiencia con Pablo y familiares, propuesta que es tomada y llevada a cabo. Se propone simultáneamente una instancia de *escritura* donde cada parte pueda dar cuenta de su posición, estrategia que es pensada como modo de ir trabajando esta decisión y comprometiendo la palabra de otro modo. Pablo elabora un primer escrito que es trabajado con el equipo y después él reformula. El equipo elabora uno a ser trabajado con Pablo, otro a modo de informe a defensoría y otro finalmente para ser firmado por los familiares.

Viendo que de parte de Pablo no había negociación posible en relación a su decisión de abandonar la medicación, el equipo decide retroceder en esta primera condición planteada, flexibilizando el criterio y sugiriendo que podría continuar viniendo al menos a alguno de los espacios, como modo de continuar el vínculo con el Hospital de Día. Esto es rechazado por Pablo ya que a esta altura la posibilidad de “vivir sin venir al hospital” termina por instalarse como algo interesante, como un modo de demostrar a su familia y a sí mismo que él no es “el enfermo”. Comienza a imaginarse cómo sería su vida y no le parece mal. Valorando las amistades y relaciones que ha hecho en el hospital, considera que podrá bien continuarlas aunque no venga. También se le ocurre que podría tener más tiempo para trabajar en sus escritos.

Finalmente se produce entonces el cierre de su paso por el Hospital de Día, se firman los escritos, el suyo planteando su decisión y responsabilizándose de la misma desde una historización en relación a su condición de paciente, y el del equipo explicitando su desacuerdo con esta interrupción, dando cuenta de los logros que el tratamiento posibilitó y los riesgos que implica su interrupción.

Hasta el momento⁹⁶ no se ha sabido que Pablo se haya descompensado o necesitado de alguna intervención por el servicio de guardia.

Algunas preguntas que la situación plantea:

* Respecto de la medicación, ¿es posible que alguien sea usuario de Hospital de Día sin tomar medicación? más aún ¿es posible que un equipo de salud mental acompañe a un usuario en esta decisión? Queda en evidencia que el hecho de que un usuario decida abandonar un espacio grupal o un espacio de entrevistas individuales no provoca lo mismo que la decisión de abandonar la medicación. El movimiento que esto suscita en la clínica nos dice respecto del lugar que ocupa el tratamiento farmacológico.

* Respecto del egreso del dispositivo, el fin de un tratamiento, esta situación termina *precipitando* un egreso que hasta el momento no había podido ser pensado, contemplado, ni por el equipo, ni por el usuario, entonces se plantea la pregunta de ¿hasta dónde y hasta cuándo se sostiene la presencia de los equipos en las vidas de los usuarios? Sabiendo de la imposibilidad de establecer generalizaciones, esta pregunta nos lleva a pensar la dimensión *temporal* en los tratamientos, la inclusión de plazos, períodos, etapas como posibilidad de inscripción necesaria y saludable (atendiendo al riesgo del anacronismo mortífero de la psicosis y el manicomio). A la vez la necesidad de que como equipo trabajemos en la producción de lazos, *redes* que permitan un soporte. Se identifica el riesgo de permanecer como referentes indeterminadamente en el tiempo. Si esto es así ¿es porque algo de la clínica no está funcionando? ¿cómo influyen las condiciones sociales?

* La situación nos obligó a considerar la palabra y decisión de Pablo en tanto sujeto de derechos. El ser sujeto de derechos implica también

⁹⁶ Se hace referencia a la fecha de presentación del trabajo en las Jornadas. No obstante esta situación se sostiene hasta diciembre de 2012, (N. de Compiladoras).

contraer obligaciones y por lo tanto la dimensión de la responsabilidad queda puesta en juego en su decisión.

Algunas reflexiones

Respecto de la interdisciplina, se entiende que el trabajo en equipo obedece a la necesidad de ampliar el campo disciplinario. El trabajo interdisciplinario puede por momentos ser mera yuxtaposición de funciones e incumbencias de cada profesional, lo que llevaría a prácticas desarticuladas, fragmentadas. En el devenir práctico de los equipos las funciones de cada disciplina se entrecruzan, se intercambian modos de pensar y de sentir entre profesionales, permitiendo así ampliar márgenes disciplinarios y trascender las diferentes miradas estableciendo acuerdos superadores de éstas, pero contemplando los atravesamientos que cada una porta. La figura del médico en los equipos interdisciplinarios, soporta una particular tensión relacionada a la responsabilidad que socialmente queda instalada en esta figura y a las representaciones vigentes respecto de la locura y a cómo abordarla. No olvidemos que el estigma y la peligrosidad en relación a la locura instaladas en el imaginario social se configuraron a partir de la existencia de todo el dispositivo asilar y el poder de los psiquiatras -a lo largo de los siglos- para justificar el encierro y el control.

La sustitución de la lógica manicomial supone que cada disciplina pueda también sustituir los modos manicomiales de sus prácticas, y en este sentido la práctica médica tiene tal vez una *mochila más cargada* que desarmar.

El equipo transitó diferentes momentos en relación a cómo poder acompañar la decisión de Pablo, momentos de malestar intra-equipo, momentos de angustia, que implicaron el cuestionamiento de las pro-

pías intervenciones, posiciones antagónicas y contradictorias tuvieron que ponerse a trabajar. De alguna manera el poner a trabajar el malestar intra-equipo permitió interrogarnos respecto de las prácticas, la delgada línea que las atraviesa en cuanto a seguir sosteniendo modelos custodiales de tratamiento, tal vez velados por momentos, y cómo en determinadas situaciones -si no es posible abrir alguna interrogación- se termina por reproducir los mismos modos de responder a la locura, en este caso, la desacreditación de la palabra del otro y de los derechos del mismo.

Pareciera que, en principio, se comparte un amplio acuerdo con la nueva ley de salud mental, pero cuando el malestar aparece muy fácilmente se vuelan prejuicios. Así, cuando la palabra dentro del equipo puede circular de otro modo, resulta posible la escucha y a partir de esto repensar las posiciones.

El reconocimiento del derecho a la salud basado en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado, requiere de una política de integralidad de derechos, también incluye *el derecho a la no medicalización de la vida*. La medicalización es inherente a la mercantilización de la salud. Esta temática es trabajada por Stolkiner y para esta autora el objetivo de mercantilización extrema de la salud requirió de un borramiento de la idea de derechos sociales y, por derivación, de derechos humanos.

Cada práctica en salud debe propender a la subjetivación, poder abrirse a la escucha del sujeto, de lo que este tiene para decir y poder acompañar las decisiones que tome, poniendo a trabajar las mismas, como en el caso antes ilustrado.

Stolkiner plantea también el antagonismo central de nuestra época: la tensión entre la tendencia a la *objetivación* y la *subjetivación*. El fenómeno de la objetivación se expresa en prácticas desubjetivantes, que anulan el sujeto de derecho, por eso, lo antagónico de la objetiva-

ción es la vigencia efectiva de los derechos. De ahí la importancia de la nueva ley de salud mental que introduce el concepto de los derechos humanos.

A modo de conclusión

Compartimos algunas líneas del escrito que trae Pablo en relación al cierre de su tratamiento.

* “Pablo (...) es quien deja asentado el pedido de cierre de tratamiento psicológico y psiquiátrico, en el Hospital Escuela de Salud Mental (...)”.

* “Mi interés no es repentino pues desde hace años he deseado el cese de tratamiento, porque el mismo me traía problemas familiares, el mismo me hizo ver (...) como una persona con discapacidad”.

* “Según leí sobre la ley de salud mental, si mi caso fuese juzgado por esta nueva ley, claramente resalta, que yo no tuve la atención adecuada, al comienzo de todo, por lo que yo expreso (...) por un análisis médico errado quizás por sus creencias involucradas en el análisis, cosa que ellos no deben hacer y por la falta de una ley de salud mental, como la actual, no fui escuchado al principio y por eso me sucedieron muchas cosas”.

* “Aclaro que el corte de mi tratamiento es por sentirme capaz de valerme por mi mismo, sin seguir el consejo de nadie. Lo he demostrado en pleno tratamiento, que fui capaz de obtener un título (...) tengo un comportamiento sociable y nadie de los que me conocen pueden quejarse”.

* “Por todo lo que aprendí en pleno sufrimiento, lo cual me da mérito, quiero ser considerado como una persona capaz (...) y como una persona común y corriente, que no necesita de ningún tratamiento, que

puede valerse por sí misma, siendo responsable y consciente de sus propias decisiones, de vida y de salud, como toda persona libre, que respeta las leyes establecidas por el estado, en plena democracia”.

* “Por eso por mi propia decisión quiero hacer valer mis derechos, tal cual expresa la ley”.

Bibliografía consultada

- Stolkiner, Alicia. *Revista de Medicina Social*. Vol. 5 N° 1. 2010. <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/410>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10

Docencia, epidemiología e investigación en Hospital de Día

Claudia Campins

Adriana Montini

Los inicios del Hospital de Día en el Hospital Escuela de Salud Mental, como se menciona al comienzo de esta publicación, se remontan al año 1993, donde un grupo de médicos y psicólogos residentes diseñó esta propuesta terapéutica y sostiene junto a otros profesionales hasta aproximadamente el año 1998.

Ubicamos un momento que consideramos refundacional a partir de 2003. Un grupo de profesionales de distintas disciplinas asume el trabajo del dispositivo inscripto en la línea de las experiencias anteriores, apostando a la constitución de un nuevo equipo y a la redefinición del modo de abordaje.

Consideramos este tránsito como necesario para la conformación de un adentro, que requirió libidinizar los lazos que dieron lugar a un equipo, orientados por una intención común, sostenidos en un deseo compartido. Primera constitución imaginaria de un adentro al que le siguió un tiempo en el que el equipo estuvo en condiciones de asumir una perspectiva exterior a sí mismo caracterizada por definiciones de política institucional. Entender estas dos zonas como separadas es un artificio simbólico para intentar comprender algo de lo que por su complejidad, excede ampliamente las intenciones de este escrito.

Cuando se logra consolidar un modo de funcionamiento y tratamiento, se hace más evidente la necesidad de efectuar lecturas del hacer clínico, para intentar transformar esos datos en herramientas de ejecución política. El trabajo con el saber que se desprende a partir de cada caso habilita para producir un conocimiento que genere lectu-

ras sobre los efectos transformadores del dispositivo en el conjunto de usuarios que concurren.

La institución continúa el proceso de transformación de Hospital Neuropsiquiátrico a Hospital Escuela de Salud Mental. Se avanza en la interdisciplinariedad de una residencia que comenzó siendo de médicos y psicólogos y en 2009 incluye, a trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Esta situación junto con la presencia de estudiantes de distintas carreras vinculadas a la salud mental, dio lugar a una mayor circulación de recursos humanos en formación por distintos dispositivos del hospital y especialmente interesados en la propuesta de trabajo de Hospital de Día.

Este hecho tan enriquecedor para los diferentes servicios fue modificando paulatina y sustancialmente la identidad de la institución hospitalaria, y generando la necesidad de asignarle otra nominación: *hospital escuela*. A la vez genera en lo íntimo del equipo de Hospital de Día una serie de interrogantes que permitieron visibilizar cuestiones vinculadas a la dinámica propia del equipo, a los objetivos del servicio y a la población atendida; aspectos que requirieron ardua revisión y redefinición.

Como modo de afrontar esa situación, se organizan, en el año 2010, las primeras jornadas de Hospital de Día⁹⁷, que tuvieron como finalidad reflexionar al interior del propio equipo, sobre los ejes problemáticos en las prácticas del dispositivo, los obstáculos y posibilidades para el cumplimiento de los objetivos incluidos en la propuesta clínica y planificación de estrategias a corto y mediano plazo.

La eficacia del dispositivo Hospital de Día –como de cualquier otro– requiere de esta lectura para poder comparar con otras modalidades de atención, entendiendo que lo que allí se hace es inscribir y forma-

⁹⁷ *Jornadas de Trabajo Estrategias clínico-políticas del dispositivo Hospital de Día del Hospital Dr. A.L. Roballos. Realizadas en Paraná los días 14 y 15 de octubre de 2010.*

lizar el hacer clínico, teniendo como uno de los objetivos evitar las internaciones, a las que convencionalmente se ha recurrido como único recurso y aún hoy se apela ante las descompensaciones subjetivas.

A modo ilustrativo, se hace referencia al relevamiento de internaciones anteriores y posteriores a la admisión a Hospital de Día efectuado en las jornadas, con el fin de conocer con mayor rigurosidad la información comparativa entre el modelo convencional de atención hospitalaria y la propuesta de este dispositivo ambulatorio. Resulta relevante tomar un caso, por ser representativo en número y significación, de una usuaria con diagnóstico de psicosis que es admitida en Hospital de Día, contando en su haber con prolongadas y reiteradas internaciones (veintiuna durante nueve años). A partir de su admisión se logra romper con ese circuito que además de ineficaz resulta iatrogénico, y se da lugar a un tratamiento que ofrece una alternativa al aislamiento propio de las internaciones, evitándolas así por el lapso de siete años y hasta la actualidad, generando efectos concretos de estabilización y producción de subjetividad.⁹⁸

Este y otros registros, análisis y revisiones que pudieron producirse durante esas primeras jornadas dieron lugar a la definición de nuevas líneas de trabajo, que marcan un crecimiento en el equipo de Hospital de Día.

A propósito de la circunstancia que se mencionara como emergente –el ingreso de estudiantes y residentes de diferentes disciplinas– y que diera lugar a la instancia de revisión y reflexión, una de las propuestas que se elabora es la de sistematizar la formación del recurso humano, conformándose un *espacio de docencia* destinado a estudiantes y graduados.

⁹⁸ Ver Gráfico de Relevamiento de Internaciones pre y post ingreso a Hospital de Día.

La otra línea pretendió construir un *instrumento epidemiológico* para responder a la necesidad de evaluación del dispositivo, desde una perspectiva ética y clínica. Los registros tradicionales en salud sólo leen patologías, por lo que fue necesario elaborar un instrumento que permitiera incluir y analizar la oferta asistencial de Hospital de Día y otros dispositivos de atención en salud mental. Para ello se considera fundamental incorporar la lectura de las prácticas o intervenciones propias del campo de la salud mental y que no se ajustan a la intervención médica tradicional de consultorio, ya que el trabajo interdisciplinario y la multiplicidad de prácticas no aparecían visibilizadas ni cuantificadas en ningún registro del sistema de salud de la provincia.

Consideramos de importancia inscribir estas prácticas, por entender que exceden el abordaje tradicional de la consulta individual y se enmarcan en tratamientos tendientes a la producción de subjetividad.

Fue necesario sondear en los prejuicios del propio equipo acerca de qué registrar, quiénes registran y cómo se registra.

Este interés deja de ser una propuesta producto de la voluntad de un grupo de profesionales y encuentra un marco normativo favorable para el desarrollo de estas acciones en la Ley N° 26.657 sancionada en 2010.

A fines de 2010 se establece relación con la universidad; a partir de puntos de coincidencia con un grupo de docentes preocupados por la falta de información en salud mental en la provincia de Entre Ríos. El criterio común es el entendimiento de que esta deficiencia no permite la planificación y la concreción de una propuesta política basada en el conocimiento de la realidad. Asimismo se acuerda que el diseño de una nueva planilla de recolección de datos sobre las prácticas en salud mental, permitiría hacer una lectura sobre las problemáticas, la oferta asistencial y la eficacia de las prácticas.

Es así que a partir de ese encuentro entre Salud Pública y Universidad, habitualmente definido como Estado-Universidad, se delinea un proyecto de extensión universitaria donde el objetivo fue el diseño y desarrollo de planillas e instructivo de recolección de datos sobre las intervenciones profesionales y diagnósticos de usuarios en salud mental en la provincia de Entre Ríos.⁹⁹

Y por último, la tercera línea intrínsecamente vinculada a las anteriores se centró en la necesidad y oportunidad de iniciar *procesos de investigación* acerca de la práctica sostenida durante el período transcurrido, con la perspectiva de evaluar, transmitir y replicar la experiencia asistencial en otros territorios.

El interés de esta reconstrucción es transmitir la importancia que para el equipo de Hospital de Día tuvo el hecho de reconocer los ejes problemáticos que lo atravesaban, analizar el dispositivo con sus obstáculos y fortalezas y elaborar proyectos que se articulen con instituciones educativas, sanitarias y culturales, del ámbito provincial y nacional, posibilitando nuevos alcances que evidencian el crecimiento del servicio.

Se presentan a continuación las producciones que tuvieron su origen en las jornadas mencionadas y que se desarrollan hasta la actualidad, dando lugar a tres proyectos: *docencia, epidemiología e investigación* que parten e incluyen el caso clínico pero lo trascienden y dejan traslucir la dimensión política de la intervención en salud mental.

⁹⁹ Esta propuesta fue premiada en diciembre de 2011 con su publicación por parte de la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación en el marco del Concurso Buenas Prácticas en la Construcción de Base de Datos, Procesamiento y Sistematización de Información en Salud Mental y Adicciones. Además en 2012 la propuesta fue presentada en la 12ª convocatoria de proyectos de extensión impulsada por el programa de promoción de la Universidad Argentina, del Ministerio de Educación de la Nación.

Relevamiento de internaciones pre y post ingresos a Hospital de Día ¹⁰⁰

Género y edad	Fecha de Ingreso	Frecuencia semanal	Abordaje en Hospital de Día		Internaciones	
			Según Disciplinas	Según Instancia	Pre-ingreso	Post-ingreso
Mujer 60	01/12/06	5 días	Psiquiatría	Individual	11-04-97 / 14-04-97	
			Psicología	Grupal	22-10-97 / 27-10-97	
			T. Social		03-11-97 / 29-12-97	
			T.Ocupac		03-01-98 / 06-01-98	
			A.Terapeut		19-01-98 / 21-01-98	
			ComSocial		22-01-98 / 27-01-98	
					14-03-98 / 28-04-98	
					20-05-98 / 22-05-98	
					27-09-98 / 28-09-98	
					01-09-98 / 04-09-98	
					07-09-98 / 14-10-98	
					22-12-98 / 23-12-98	
					29-09-99 / 01-10-99	
					02-05-00 / 11-05-00	
					19-06-00 / 26-06-00	
					03-07-00 / 12-06-00	
					14-05-03 / 20-05-03	
					16-01-05 / 19-01-05	
					02-03-05 / 15-03-05	
					15-05-05 / 20-05-05	
		12-07-05 / 28-07-05				
		24-10-05 / 15-12-05				
		13-03-06 / 07-04-06				
		09-06-06 / 07-12-06				

¹⁰⁰ El relevamiento realizado analiza varios casos, aquí se toma sólo uno a modo ilustrativo

Espacio de Docencia

Claudia Campins

Natalia Yujnovsky

*“...una transmisión lograda ofrece a quien la recibe
un espacio de libertad y una base que le permite
abandonar (el pasado) para (mejor) reencontrarlo”*

Los contrabandistas de la memoria.

Jacques Hassoun

El espacio de docencia es una propuesta que busca recibir y acompañar a profesionales y estudiantes que transitan su formación en el Hospital de Día. La docencia es pensada aquí a partir de la revisión de las experiencias que cada profesional en formación realiza en el dispositivo y desde ellas, los conceptos, las categorías teóricas que las sostienen, las enriquecen, las complejizan. Revisar las experiencias supone construirlas como tales, y aquí se hace posible en el encuentro con otros y a partir del relato, la interrogación, el intercambio. De este modo el espacio de docencia se vuelve una instancia de *producción de conocimiento*, dado que la singularidad de cada experiencia supone nuevas articulaciones. Una producción de conocimiento propiciada además desde la interdisciplinariedad e interdiscursividad en función de la diversidad de recorridos de quienes aquí confluyen: estudiantes de diversas carreras y universidades y profesionales de diversas especialidades.

Este espacio se formaliza en coincidencia con el pasaje de *Hospital Roballos* a *Hospital Escuela de Salud Mental*, si bien el tránsito de profesionales en formación es anterior al mismo. El equipo venía preguntándose respecto de los modos y las posibilidades de recibir y acompañar a los interesados en conocer el dispositivo y su modalidad de trata-

miento. La pregunta por la transmisión de nuestra experiencia venía planteándose en el equipo, y se pudo articular con la política institucional que se orientaba en la transformación de un hospital psiquiátrico en hospital escuela.

Por qué un lugar para la docencia en el Hospital de Día

El malestar producido por el equipo, encontró su expresión en la pregunta por la transmisión, tanto porque la incorporación de recurso humano hizo estallar los contornos precisos del equipo, como por darle lugar al traspaso generacional lógico y necesario.

Pensar en un espacio de docencia es pensar algo de la transmisión, pone en juego la dimensión del don, por lo tanto sólo es posible a condición de pensarnos faltando. ¿Cuál sería su sentido si *estamos nosotros* para sostener en presencia ese saber?. Esa es una cuestión que en sí misma convoca a algo del orden del límite propio.

Para que un equipo esté en condiciones de pensar la transmisión debe haber habido primariamente una construcción de un *saber hacer* respecto de ese real en juego. Etapa de armado, de libidinización de los vínculos, de reconocimiento del otro, para producir un saber. En nuestro caso pensar un tratamiento posible para las psicosis a partir de armar un lugar habitable en una institución hospitalaria. Hacer definido por la inscripción de presencias y ausencias, cuestión fundamental a la hora de imaginarizar la ausencia propia, que instala la necesidad de *dar a otro para que siga haciendo y en el mismo acto se inscriba lo hecho*.

El real con el que trabajamos es la transferencia en la psicosis, o en la locura y esto no es indiferente; hay que responder estando, sosteniendo acuerdos y testimoniando aún las ausencias. Presentificación del fracaso de la inscripción. Lo que hacemos es dar testimonio a una historia personal, establecer marcas sobre un continuo, subjetividad

arrasada. Cuestión teórica que nos da elementos para no responder, no responder desde el lugar que transferencialmente nos es propuesto, frente a la demanda sin mediación, el consecuente rechazo. Rechazo que lo confirma en el lugar del abandono, del desecho, del olvido, del perjuicio. Perjuicio estructural, ya que el psicótico es alguien a quien no se le ha donado.

La docencia como práctica “anticronificación”

El espacio de docencia funciona a partir de un encuentro semanal al que son convocados quienes están transitando alguna experiencia de formación vinculada al servicio: residentes, concurrentes y estudiantes. La diversidad de los destinatarios hace que la composición del grupo sea muy variable en cantidad, recorridos, experiencias, formación, disciplinas. Decíamos que el encuentro se organiza en torno a la revisión de las experiencias que cada uno viene desarrollando en el dispositivo, que son presentadas, construidas y trabajadas allí. Esta modalidad hace que sea el mismo dispositivo el que se somete a revisión constante, dando lugar a una lógica de retroalimentación: se ofrece la posibilidad de formación y esto a la vez posibilita una revisión de las prácticas. Así mismo, siendo un lugar de confluencia de quienes se incluyen en diversos espacios de atención a los usuarios, contribuye a articular y enlazar los mismos, potenciando la clínica. Por esto podemos afirmar que sostener como política del servicio un espacio de estas características, va en la línea de apostar a la vitalidad del dispositivo como tal, en la línea de impedir la *cronificación* de las prácticas, el congelamiento de las categorías, operando como lugar para la creación.

Diseño y desarrollo de una planilla de recolección de datos sobre diagnóstico de usuarios e intervenciones profesionales en salud mental. Entre Ríos, 2011 ¹⁰¹

*Adriana M. Beade
Analía L. Bressan
Claudia Campins
María P. Duarte
Mariángeles Estapé
Adriana M. Montini
Claudio M. Staffolani*

Resumen

Entre Ríos no cuenta hasta el momento con sistemas de información en salud mental que permitan relevar adecuadamente los procesos de salud-enfermedad-atención en este campo de la salud pública. A partir de dicha realidad y de la necesidad de avanzar en la adecuación a los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, por iniciativas académicas, necesidades del sistema de salud y decisión política, se conformó un equipo de trabajo –con el objetivo de diseñar y desarrollar planillas de recolección de datos sobre diagnósticos de usuarios e intervenciones profesionales en salud mental en la provincia de Entre Ríos– integrado por docentes, investigadores y personal del área, con el propósito de suplir el déficit. Para no repetir antiguas experiencias, posicionadas desde una gestión normativa de los cambios e implementación de nuevos procedimientos, se decidió trabajar en forma hori-

¹⁰¹ Una versión de este trabajo fue publicado en el *Boletín Experiencias de Sistematización de Información en Salud Mental y Adicciones 2012* por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones como reconocimiento a la participación en el *Concurso Buenas Prácticas en la Construcción de Bases de Datos, Procesamiento y Sistematización de Información en Salud Mental y Adicciones..*

zontal y de intercambio de saberes y experiencias adquiridas a partir de la capacitación y la práctica profesional, con los distintos tipos de efectores que integran servicios relacionados con salud mental en la provincia. Se decidió encarar un trabajo en búsqueda de consenso que sea inclusivo y participativo. Se diseñó, por lo tanto, un estudio de metodología cualitativa implementando diversas técnicas. Se realizó recopilación documental de archivos oficiales y estadísticos y revisión de literatura pertinente. Las técnicas utilizadas se corresponden con entrevistas a informantes claves, grupos focales y de discusión.

Participaron de la experiencia actores sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos y del Ministerio de Salud Provincial, pertenecientes a los diferentes efectores de salud de los tres niveles de atención: centros de salud, hospitales y nivel central de la ciudad de Paraná. Se discutió y diseñó un instrumento denominado *planilla de Informe diario de consultas de salud mental*, para posteriormente implementarlo mediante prueba piloto. Se seleccionaron las siguientes variables: Establecimiento, Servicio / Dispositivo, Fecha, DNI, Usuario, Barrio y Localidad, Cobertura de Salud, Edad, Género, Diagnóstico, Motivo de Consulta o de la Actividad, Consulta Primera o Ulterior y Actividad. Se propuso mantener la codificación por CIE-10 pero no limitarla a ella, permitiendo de esta forma que puedan surgir alternativas de registros para el proceso salud-enfermedad-atención. La codificación propuesta para las actividades tiene como fin ser lo suficientemente amplia para que los diferentes paradigmas puedan encontrar un espacio donde consignar sus acciones, y así mismo, tener un nivel de codificación que permita el análisis de las diferentes prácticas en salud mental, leer su eficiencia y sus efectos. Con respecto a la clasificación de actividades, la misma está relacionada con las acciones propias de los equipos de salud mental, que son condiciones habitualmente desconocidas por los registros vigentes. Se destaca el trabajo interinstitucional e intersectorial como pilar para la implementación efectiva.

Objetivo general

Diseñar y desarrollar planillas de recolección de datos sobre diagnósticos de usuarios e intervenciones profesionales en salud mental en la provincia de Entre Ríos en el año 2011.

Duración

La experiencia se comenzó a desarrollar hace un año.¹⁰² Se enmarca dentro de un proyecto más amplio, aún no finalizado, que contempla la promoción de prácticas epidemiológicas y de desarrollo de estructuras de gestión que permitan la sistematización y utilización de la información para su utilización estratégica en el campo de la salud mental en toda la provincia de Entre Ríos.

Resultados

Con la participación de los diversos actores sociales que intervinieron, se revisaron normativas nacionales y provinciales sobre informes y resúmenes de consultorio así como experiencias realizadas sobre el tema.^{103 104}

Se discutió y diseñó un instrumento denominado *planilla de informe diario de consultas de salud mental* (ver Anexo I) y el instructivo correspondiente (ver Anexo II) para posteriormente implementarlo mediante prueba piloto. Se consideró la complejidad del trabajo en salud mental en el abordaje desde el registro y la sistematización de datos; teniendo en cuenta tanto las cuestiones que hacen al padecimiento, al

¹⁰² A fines de 2010.

¹⁰³ Departamento Salud Mental. Ministerio de Salud. Provincia de Río Negro. Actividades del equipo de salud mental. Definiciones y registro. Informe diario y resumen mensual de actividades y consultas de salud mental, Viedma, 2004.

¹⁰⁴ Dirección de estadísticas e información de salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Sistema de Información de Salud. Conjunto Mínimo de datos básicos (CMDB) aprobados de interés nacional. Edición actualizada. Argentina, 2004.

sufrimiento, a la enfermedad, como aquellas más ligadas al eje de la salud, eje que históricamente ha sido dejado de lado remitiéndose -o reduciéndose- el trabajo en salud al trabajo con la enfermedad.¹⁰⁵ Las discusiones previas a la constitución del equipo de trabajo se centraron en la incapacidad de los instrumentos vigentes para registrar la diversidad de prácticas desarrolladas y por lo tanto la necesidad de buscar e implementar otros instrumentos que se adecuen a las actividades y modalidades efectivamente realizadas, lo cual confrontaba permanentemente con la falta de disposición por parte de los niveles de decisión y técnicos para desarrollar sistemas de registro y análisis de las prestaciones realizadas. El equipo de trabajo se constituyó con el objetivo de plantear un cambio en el sistema de registro de prácticas en salud mental. Los ejes centrales de discusión han sido originalmente las variables necesarias para conformar un instrumento adecuado para poder reflejar el perfil y patrón epidemiológico de la salud mental de la población de Entre Ríos, pero también la complejidad de las prácticas de todas aquellas disciplinas que intervienen sobre la realidad de la salud mental, tanto en aquellas acciones que tienen por objeto al individuo, al grupo o la comunidad, desde una intervención disciplinar o interdisciplinar, a través de acciones individuales o de equipo de salud. En un segundo momento, la discusión se centró en la clasificación de las consultas pero sobre todo de las prácticas, ya que son éstas las menos trabajadas por la literatura, además de las más complicadas para organizar en categorías que permitan una sistematización. Se espera que en los avances que se hagan respecto de la implementación de las planillas, surja como necesidad la reflexión sobre las perspectivas teóricas que imperan en el campo de la salud mental y la repercusión de éstas sobre las organizaciones e instituciones que conforman este

¹⁰⁵ AUGSBURGER, Ana: "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave", en *Cuadernos Médicos Sociales N° 81*, Rosario, 2002, págs. 61/75.

campo de cara a superar los obstáculos que se puedan presentar para el registro epidemiológico y de la prácticas. Las posiciones teóricas y/o epistemológicas que en esta instancia se pusieron en juego han sido las relacionadas con el argumento epidemiológico. La intención ha sido no quedar presos de una visión que se centre sólo en una perspectiva estadística, donde priman los valores cuantitativos, sino avanzar hacia un análisis que permita un abordaje complejo del fenómeno salud mental integrando todas las partes del proceso salud-enfermedad-atención.¹⁰⁶

Se propuso sistematizar las siguientes variables y categorías: Establecimiento, Servicio / Dispositivo, Fecha (día, mes y año), Documento Nacional de Identidad, Usuario, Barrio y Localidad, Cobertura de salud, Edad, Género, Diagnóstico, Motivo de Consulta o Actividad, Consulta (primera o ulterior) y Actividad.

Consignar la variable *diagnóstico* provocó intensas discusiones tanto al interior del equipo como en la ponencia en común con el resto de los actores sociales, enfatizando en que existen problemas de salud mental que no son posibles de delimitar con las clasificaciones propuestas. Se tuvo en cuenta que el departamento de Bioestadística por normativa nacional codifica según CIE-10 de la OMS¹⁰⁷ y opera según SIS (Sistema de Información de Salud) en su actualización 2004 de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. En base a lo citado anteriormente y analizando la factibilidad se propuso mantener la codificación por CIE-10 pero no limitarla a ella, permitiendo de esta forma que puedan surgir alternativas de registros para el proceso salud-enfermedad-atención. Esta decisión intencionada se corresponde con la posibilidad de investigación

¹⁰⁶ MENÉNDEZ, Eduardo: "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en *Ciencia y Salud Colectiva*, 8(1). Río de Janeiro, 2003, págs. 185/207.

¹⁰⁷ Organización Mundial de la Salud: *Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Décima Revisión. Ginebra, Suiza, 1990.

a futuro y luego de la implementación de la planilla, de modalidades de registro o clasificaciones en salud mental diferentes de las actuales.

La variable *actividad* es central en la propuesta de registro de datos, ya que al hacer intervenir las actuaciones profesionales individuales y de los equipos, se pretende incorporar a la atención, entendiéndola como parte del proceso salud-enfermedad-atención. Las actividades propuestas dentro del campo de la salud mental responden a un modo de abordaje cuya concepción varía de acuerdo al paradigma en el cual se inscribe. Dar cuenta del modo en que se construye el objeto de estudio a abordar, la oferta de atención, determina la demanda que se pone en juego. La codificación propuesta para las actividades tiene como fin ser lo suficientemente amplia para que los diferentes paradigmas puedan encontrar un espacio donde consignar sus actividades, y así mismo, tener un nivel de codificación que permita hacer un análisis de las diferentes prácticas en salud mental, leer su eficiencia y sus efectos. La clasificación de actividades está relacionada con las acciones propias de los equipos de salud mental que son condiciones habitualmente desconocidas por los registros vigentes.

Obstáculos y resoluciones

En el proceso de elaboración del instrumento se evidenciaron dos obstáculos. El primero ha sido cumplir con la premisa de dar lugar a todas las perspectivas epistemológicas que participan en el campo de la salud mental, que llevó a tomar la decisión de adoptar la CIE-10 como herramienta de categorización de las enfermedades, con el objetivo de que se pueda comparar los datos epidemiológicos con los registros internacionales, aunque se dejó abierta intencionadamente la posibilidad de nuevas clasificaciones en salud mental que puedan surgir en un futuro como consecuencia del seguimiento de la experiencia. De la misma manera costó lograr acuerdos sobre el registro de las

actividades profesionales, para lo cual se resolvió categorizarlas como: *individuales, grupales, institucionales y comunitarias*; con el objetivo de que se puedan incluir todas las prácticas que efectivamente se realizan habitualmente.

El segundo obstáculo fue compatibilizar el nuevo instrumento con las prácticas de registros periódicos ya existentes dentro del Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos, basada en la consignación sólo de enfermedades e incluso de aquellas que se suponen de seguimiento epidemiológico obligatorio. Se realizaron encuentros pautados con autoridades sanitarias y encargados de Bioestadística, para consensuar la planilla a utilizar y verificar que todos los datos relevados actualmente se sigan remitiendo. Surgieron además obstáculos en cuanto al ensamble de datos entre las variables *actividades* y usuarios de la planilla, que la puesta a prueba del instrumento en terreno por los equipos de salud de efectores de Paraná, permitió encontrar y corregir para su adecuada implementación.

Recomendaciones a otros actores

Se destaca el trabajo interinstitucional e intersectorial que contempla la experiencia y saberes de aquellos que van a operar con el instrumento diseñado, para ser de esta manera efectivamente implementado. Resulta necesario que el registro del usuario sea de una manera consensuada y unificada que permita salvaguardar la identidad de la persona, una sugerencia es la de adoptar una clave de identificación territorial además del DNI.

Reconocer la importancia de la epidemiología como herramienta indispensable en salud y la consecuente valorización de las prácticas en salud mental que se enmarcan dentro de la ley, posibilitando la visibilización de la ineficacia de prácticas asilares.

Anexo I

**Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos
 INFORME DIARIO ACTIVIDADES Y CONSULTAS DE SALUD MENTAL**

Establecimiento:
 Servicio/Dispositivo:
 Localidad:

DNI	Usuario	Barrio y Localidad	Cobertura de salud		Edad Género	
			SI	NO	M	F

Actividad asistencial Individual	Actividad Asistencial Grupal
A.1- Entrevista de admisión y orientación A.2- Entrevista o consulta A.3- Entrevista Familiar A.4- Intervención Domiciliaria A.5- Acompañamiento Terapéutico A.6- Interconsulta A.7- Intervención de Urgencia A.8- Evaluaciones y Contactos para fines administrativos A.9- Actividad Inter o Intrainstitucional A.10- Reunión de equipo por usuario A.11-Otras	B.1- Evaluación y orientación de la demanda grupal B.2- Grupo Terapéutico B.3- Taller B.4- Asamblea B.5-Otras

Anexo II

Instrucciones para completar el informe diario de actividades y consultas de salud mental¹⁰⁸

- ***Establecimiento:*** registrar el nombre del establecimiento que presta el servicio.
- ***Servicio / Dispositivo:*** detallar en qué área o subsector se realizan las actividades consignadas en la planilla.

Las planillas registran prestaciones de un servicio de salud mental, por lo que el concepto que subyace es el trabajo en equipo. Es por ello que se deberá propender a la confección de una planilla única. En equipos numerosos esta actividad puede resultar engorrosa. Sin embargo, es un desafío sostener espacios comunes, como los necesarios para la confección conjunta de la planilla, dado que facilitan la horizontalidad de saberes y prácticas, siendo éste uno de los pilares de la salud mental comunitaria.

- ***Localidad:*** referencia geográfica del establecimiento.
- ***Fecha:*** registrar día, mes y año en que se realizan las actividades que se informan.
- ***Hoja N°:*** numerar las hojas utilizadas diariamente, comenzando con la N° 1 en forma correlativa.
- ***DNI:*** se registrará el número de D.N.I. del usuario como número de acceso a la información de los servicios de salud, quedando sujeto a modificaciones conforme se resuelva relevar las prácticas y/o prestaciones a nivel provincial y nacional. Se cree necesario registrar

¹⁰⁸ Elaboradas en base al documento Actividades del equipo de salud mental. Definiciones y registro. Informe diario y resumen mensual de actividades y consultas de salud mental. Realizado por el Departamento Salud Mental. Ministerio de Salud. Provincia de Río Negro, Viedma, 2004 y adaptadas a la realidad de los servicios de la provincia de Entre Ríos.

esa identificación como herramienta para las acciones propias de los centros de salud.

- *Usuario*: registrar la o las personas, grupo de personas, equipo, organización o institución que demandan o a quien está dirigida la práctica. Si es un solo sujeto o varios consignar apellidos y nombres completos.
- *Cobertura de salud*: se registra con una X en el casillero "SI", en el caso que el usuario posea:
 - *Obra social (incluye PAMI)*: es decir cobertura de salud que obtienen los trabajadores por el descuento en sus salarios, en su haber previsional o a través de su aporte (para los monotributistas o autónomos). Incluye a los familiares del titular. Este descuento les permite estar afiliados a obras sociales sindicales, de empleados estatales nacionales, provinciales o municipales, del poder judicial, del poder legislativo o del PAMI.
 - *Prepaga a través de obra social*: es decir se considera la pertenencia al sistema de medicina privada a través del aporte de una obra social.
 - *Prepaga sólo por contratación voluntaria*: sistema de salud privado, contratado voluntariamente y pagado en su totalidad por el titular. Excluye: contratación de un servicio de emergencias médicas que solamente preste el servicio de traslado en ambulancia desde el domicilio particular a un centro de atención de salud
 - *Programas o planes estatales de salud*: programas o planes de salud estatales nacionales –como el PROFE o el plan NACER–, provinciales, municipales entre otros, que otorga derecho a atención médica mediante la inscripción en un padrón.¹⁰⁹

¹⁰⁹ *Documento Metodológico Preliminar. Anexo 1: Definiciones de las variables del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 – INDEC.*

Se registra con una X en el casillero “NO”, en el caso que el usuario no tenga obra social, prepaga o plan estatal: ausencia o carencia de tipos anteriormente mencionados.

- *Barrio y localidad*: consignar barrio y localidad de residencia habitual.
- *Edad y género*: registrar la edad en años (cumplida). En el caso de que el usuario sea menor de un año, consignar el número de meses, agregando la letra “m” según género correspondiente.

Ej.: mujer de 42 años: anotar en casillero “F” 42. Respecto del género se consigna en femenino (F) o masculino (M), entendiendo que la identidad de género debe ser definida por el usuario, independientemente de su datos filiatorios y/o apariencia física. Este dato deberá ser preguntado por el referente del establecimiento/servicio al usuario.

- *Diagnóstico*: registrar el diagnóstico (CIE-10)¹¹⁰ presuntivo o definitivo del usuario, en los casos que corresponda.
- *Motivo de consulta o de la actividad*: consignar el motivo de consulta o el de la actividad, implica dar entidad a situaciones que exceden la clasificación de patologías pero que requieren intervención. El objetivo es dar lugar a estas situaciones que históricamente han quedado invisibilizadas, desde un paradigma positivista. Ej.: conflictos vecinales, violencia escolar.
- *Consulta de primera vez o ulterior*: consignar con una X en “1ra. Vez”, cuando el usuario consulta por primera vez al sistema de salud mental municipal o provincial. En el caso de que consulte en un servicio de salud mental pero ya haya concurrido a otro, se registrará como “ulterior”.

¹¹⁰ En relación a los diagnósticos, se utiliza la *Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud* (CIE-10), Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99) y Capítulo XXI: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99).

- *Actividad*: la actividad por tipo y código (Ej. A1, B3, C4, etc.), adecuándose a lo estipulado en el siguiente instructivo.

A – Actividad individual

Toda actividad que puede o no ser de carácter asistencial, realizada por uno a varios agentes de salud, dirigida a una persona o usuario.

En el registro de Actividades A, deben consignarse todos los datos que se solicitan en la *planilla del Informe diario de actividades y consultas de salud mental*: datos personales del usuario, diagnóstico o motivo de consulta y la actividad que se realiza.

A 1 - Entrevista de admisión y orientación de la demanda

Consulta en la cual una persona tiene un primer contacto con el servicio de salud mental y en la cual se evalúa y organiza su demanda, a los fines de ofrecer una orientación vital o brindar información precisa para que pueda pedir algún servicio específico (sanitario, terapéutico o de otra índole) de la misma o de otra institución, y que puede realizarse por un profesional o un equipo interdisciplinario.

Registro: Para resolver las cuestiones planteadas por la persona, podrá realizarse más de una consulta. Se registra como una actividad cada entrevista realizada.

Excluye: A 2 - *Entrevista o consulta*

A 2 - Entrevista o consulta

Actividad realizada por un profesional o varios, destinada a un usuario del servicio de salud mental, en el marco de una estrategia terapéutica.

Se registra como una actividad cada entrevista o consulta.

A 3 - Entrevista familiar

Actividad realizada por uno o más profesionales a miembros de la familia o referentes de un usuario, en el marco del tratamiento del mismo o de una intervención en salud mental.

Excluye: B 1 - *Evaluación y orientación de la demanda grupal.*

A 4 - Intervención domiciliaria

Actividad asistencial programada y puntual, que se realiza en el domicilio o lugar de referencia comunitaria del usuario.

Se registra como una actividad las acciones que se realicen durante la intervención domiciliaria programada.

Excluye: A 7 - *Intervención de urgencia* realizada en el domicilio

A 5 - Acompañamiento terapéutico

Actividad realizada por un profesional o un técnico en el marco del tratamiento de un usuario o una situación vinculada al sostenimiento del tratamiento, de la cotidianeidad y/o al restablecimiento del lazo social. Puede realizarse en un ámbito institucional, domiciliario o comunitario.

Excluye: A 4 - *Intervención domiciliaria*

A 6 - Interconsulta

Atención de un servicio de salud mental por solicitud proveniente de otro servicio o dispositivo de la misma u otra institución.

Se registra como una actividad cada atención realizada por el servicio de salud mental, por solicitud de otro servicio o dispositivo de la institución o de otra.

Si la interconsulta es por un usuario internado por otro sector se registra en este ítem.

A 7 - Intervención de urgencia

Intervención que se realiza de urgencia, tanto en ámbitos sanitarios como fuera de éstos, siendo indistinto que se realice durante la guardia pasiva/activa o durante el horario habitual de trabajo hospitalario.

Se registra como una actividad todas las acciones que se realicen en la atención de urgencia. Por ejemplo, si en una urgencia se prescribe medicación y se realiza una evaluación y orientación de la demanda, ambas están incluidas en una actividad de atención de urgencia.

Excluye: cualquier intervención pautada.

A 8 - Evaluaciones y contactos para fines administrativos

Actividad para evaluar el estado o condición de salud mental, a un usuario persona o más a pedido de una institución y/o autoridad (judicial, laboral, policial, sanitaria, etc.).

Se registra como una actividad cada entrevista para la evaluación o peritaje.

Incluye: evaluación para certificados múltiples, peritajes, evaluaciones judiciales y policiales.

A 9 - Actividad inter o intrainstitucional

Intervención que realiza un profesional o varios, en función de la atención de uno o varios usuarios, en coordinación con otros dispositivos de la institución y/o con otras instituciones (judiciales, sanitarias, recreativas, culturales, gubernamentales, educativas, ONG, etc.).

Incluye: derivación.

Excluye: A 6 - *Interconsulta*

A 10 - Reunión de equipo por usuario

Actividad de coordinación entre los miembros del equipo en el marco de un tratamiento. Se consigna el nombre del usuario.

A 11 - Otras

Registrar cualquier actividad no incluida en los ítems anteriores. Describir la actividad realizada.

B - Actividad grupal

Toda actividad que puede o no ser de carácter asistencial, realizada por uno a varios agentes de salud, dirigida a dos usuarios o más.

Cada reunión grupal es una actividad. En cada actividad se deben consignar los datos de todos los usuarios: datos personales y diagnóstico (si corresponde) y motivo de consulta o de la actividad. La actividad se registra de la siguiente manera:

Usuario	Actividad
Sánchez María	} B2
Peter María	
Peter Juan	

B 1 - Evaluación y orientación de la demanda grupal

Consulta en la cual dos o más personas (grupo de familiares, grupo de vecinos, etc.) tienen un primer contacto con el servicio o dispositivo de salud mental, a fin de que éste pueda evaluar y orientar la demanda planteada. El objetivo es brindar información, contención y un espacio de reflexión acerca de distintas problemáticas.

Para resolver las cuestiones planteadas por el grupo, podrá realizarse más de una consulta.

Se registra como una actividad cada reunión grupal. Se consignan los datos personales de todos los participantes.

Excluye: B 2 - *Grupo terapéutico*

B 2 - Grupo terapéutico

Atención grupal dirigida a usuarios cuyas problemáticas son comunes o agrupables, en el marco de un tratamiento. Esta actividad presenta la característica de ser programada y con un encuadre establecido.

Se registra como una actividad cada reunión grupal. Se consignan los datos personales de todos los usuarios participantes.

Incluye: grupo terapéutico de familiares, de usuarios del servicio de salud mental, terapia familiar y otros.

Excluye: B 1 *Evaluación y orientación de la demanda grupal*

B 3 - Taller

Actividad grupal programada, de la que pueden participar, tanto usuarios de un servicio como personas de la comunidad en general; pudiendo tener el eje en lo artístico, educativo, laboral, asistencial, etc.

B 4 - Asamblea

Espacio de participación colectiva, no jerárquica, definida como una actividad programada o a partir de una problemática puntual, que requiera toma de decisión y con capacidad resolutive.

B 5 - Otras

Registrar cualquier actividad no incluida en los ítems anteriores. Describir la actividad realizada.

C - Actividad institucional

Estas actividades son no asistenciales, y son efectuadas con sectores o integrantes de las instituciones (sanitarias, educativas, judiciales, etc.) como instancia de capacitación permanente, o para definir estrategias de intervención ante problemáticas detectadas

C 1 - Actividad interdisciplinaria e intersectorial

Actividad que designa a toda reunión programada y con un objeto definido.

Se registra cada reunión interdisciplinaria o intersectorial como una actividad, de la siguiente manera:

Ejemplo:

- Usuario: equipo interdisciplinario de violencia.
- Barrio y localidad: barrio y localidad del equipo interdisciplinario de violencia.
- Motivo de la actividad: planificación
- Actividad: C1

Incluye: participación en equipos interdisciplinarios/intersectoriales de por ejemplo adicciones, VIH-SIDA, Violencia, Adolescencia, Educación para la Salud, prevención inespecífica, entre otros.

C 2 - Formación del equipo de salud mental

Actividad que implica formación y capacitación para los efectores del servicio de salud mental, ya sea mediante cursos, congresos, reuniones locales o provinciales específicas de salud mental, reunión de lectura bibliográfica, espacios de lectura y capacitación, supervisiones, etc.

Se registra cada encuentro como una actividad.

Ejemplos:

En el caso de una reunión provincial de equipos de salud mental, se registra de la siguiente manera:

- Usuario: equipo de salud mental
- Barrio y localidad: donde se realice la misma. Ej.: Barrio El pescador - La Paz
- Motivo de la actividad: reunión provincial
- Actividad: C2

En el caso de una capacitación interna, se registra de la siguiente manera:

- Usuario: el grupo al que se dirige la capacitación. Por ej: Equipo de salud mental, RISAM, concurrentes del Hospital de Día, etc.
- Barrio y Localidad: localidad del servicio de Salud Mental.
- Motivo de la actividad: tema de la capacitación. Ej.: Facilitadores y obstáculos en la constitución de equipos.
- Actividad: C2.
- Observaciones: detallar número de participantes.

Excluye: C 4 - *Docencia y asesoramiento*

C 3 - Reunión equipo de salud mental

Actividad periódica, pautada donde los miembros del equipo de un servicio o dispositivo de Salud Mental se reúnen para reflexionar, diagramar, planificar y evaluar estrategias de organización e intervención en cuanto a la práctica asistencial, institucional y comunitaria, como así también, novedades de guardia, pase de sala y toda aquella información que implique socializar las actividades.

Se registra cada reunión de equipo como una actividad, de la siguiente manera:

- Usuario: equipo de admisión.

- Barrio y Localidad: barrio y localidad del servicio del equipo de admisión salud mental
- Motivo de la actividad: planificación, pase de sala, ateneo clínico, etc.
- Actividad: C3

Incluye: espacio pautado o generado por una necesidad del equipo de salud mental a fin de reflexionar acerca de la tarea o de problemáticas en la relación de sus miembros; reuniones de áreas específicas que se desarrollen en el servicio (Ej. operadores, GIA, RISAM).

C 4 - Docencia y Asesoramiento

Actividad de docencia y/o de asesoramiento, cuyos usuarios son integrantes de otros sectores institucionales sanitarios del mismo hospital o de otro hospital o establecimiento.

Se registra cada encuentro como una actividad, de la siguiente manera:

- Usuario: Ej: equipo de salud mental de otros sectores institucionales sanitarios del mismo establecimiento o de un establecimiento diferente al que organiza la actividad.
- Barrio y localidad: barrio y localidad donde se realiza la actividad.
- Motivo de la actividad: tema a trabajar. Ej.: violencia institucional.

Incluye: capacitación de enfermería, asesoramiento a agentes sanitarios, participación en comités de docencia e investigación, docencia, asesoramiento y/o supervisión a servicios de salud mental de otros establecimientos.

C 5- Otras

Registrar cualquier actividad no incluida en los ítems anteriores. Describir la actividad que se realiza.

D - Actividad comunitaria

Actividad puntual o sostenida en el tiempo, espontánea o programada, dirigida a una comunidad o a un segmento de la misma, que apunta al trabajo de prevención y promoción con las normas, usos, ideales, mitos y creencias de la misma con un objetivo determinado.

Criterio general para el registro de actividades D: Caracterizar la población destinataria, según problemática, edad, o territorio. Ej: Adolescentes de la escuela secundaria, grupo de tercera edad del centro comunitario, etc.

D 1 - Actividad de prevención o promoción

Actividad de gestión comunitaria destinada a promover la inclusión de personas o grupos de personas en instancias relacionadas con salud, trabajo, cultura, recreación y educación, tendiendo a la mayor inserción social. Ej.: radio abierta, taller de educación sexual en la escuela, etc.

Se registra cada encuentro:

- Usuario: comunidad del barrio Consejo.
- Motivo de la actividad: construcción de redes sociales.
- Actividad: D 1

D 2 - Promoción y acompañamiento de actividades autogestivas

Acompañamiento por parte del servicio de salud mental de actividades autogestionadas de la comunidad, promoviendo el fortalecimiento de las capacidades individuales y grupales de autogestión.

Ej: grupos, familias, vecinos, usuarios y amigos que se convocan por una necesidad para satisfacción de la misma.

Se registra como una actividad cada encuentro, de la siguiente manera:

- Usuario: nombre del grupo que solicita la prestación (grupo de abuelas del barrio Belgrano, grupo de familiares de usuarios de salud mental, etc.)
- Barrio y localidad: barrio y localidad del grupo que consulta.
- Motivo de la actividad: se registra la demanda de la persona o grupo (constitución de una asociación civil, participación en asamblea comunitaria, etc.)
- Actividad: D 2

D 3 - Otras

Registrar cualquier actividad no incluida en los ítems anteriores. Detallar la actividad que se realiza.

Investigación en Hospital de Día

María Paula Duarte

Valentina Cozzi

Mariángeles Estapé

Yasna Hamann

Natalia Yujnovsky

“La racionalidad instrumental elevó la desconsideración por el proceso de construcción de las cosas a un límite máximo, desconociendo y desvalorizando los efectos que un determinado proceso de trabajo va produciendo durante su transcurso. Un proyecto no debería ser evaluado sólo por el resultado final, sino también por los efectos producidos durante su concepción y ejecución.

Cualquier juzgamiento centrado sólo en resultados finales es limitado”.

Gastao Wagner de Souza Campos¹¹¹. 2009

A partir del trabajo en espacios internos de revisión de las prácticas en el Hospital de Día hacia fines de 2010 surge la inquietud de sistematizar algunos datos que permitan dar cuenta de la complejidad y pertinencia de las prácticas que allí se desarrollan. En ese marco y en articulación con el Programa de Epidemiología¹¹² de la Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos, se elabora y presenta este Proyecto de Investigación en la convocatoria 2012 de las Becas *Ramón Carrillo - Arturo Oñativia* de la Comisión Nacional Salud Investiga.

¹¹¹ Gastão Wagner de Souza Campos nació en 1952, en Brasil, Estudió Medicina en la Universidade de Brasilia. Es magíster en Medicina (Medicina Preventiva) por la Universidade de São Paulo (1986), y doctor en Salud Colectiva por la Universidade Estadual de Campinas (1991), de la cual es profesor. Médico, docente, militante de la democracia y de la justicia social, y escritor, publicó una decena de libros sobre salud

¹¹² Denominación vigente a partir de fines de 2012.

El mismo fue aprobado por la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación recibiendo la beca de iniciación a la investigación, la Lic. en Trabajo Social Mariángeles Estapé, miembro del equipo de Hospital de Día.

Para llevar adelante la investigación se constituye un equipo de trabajo, integrado por la becaria, la directora del proyecto, profesionales del equipo de Hospital de Día y una técnica del programa de epidemiología¹¹³.

La tarea de investigación se llevó a cabo desde mayo 2012 hasta mayo 2013. A continuación se presentan los aspectos fundamentales del proyecto y los resultados o conclusiones.

Título de la Investigación

La oferta de atención en salud mental de un servicio de Hospital de Día y los cambios en los procesos de salud mental de sus usuarios. Estudio evaluativo. Paraná, Entre Ríos. Período 2006-2012.

El proyecto se centró en evaluar el servicio de Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental de Entre Ríos a partir de la construcción de relaciones entre la oferta de atención y los cambios en los procesos de salud mental de sus usuarios en el período comprendido entre 2006 y 2012. Se trató de un estudio evaluativo, tipo descriptivo con una mixtura de abordaje metodológico cuantitativo, utilizando fuentes primarias y secundarias. Se aplicaron entrevistas a los diversos actores sociales relacionados con el servicio.

¹¹³ Cabe señalar que la constitución del equipo a lo largo del proceso, que incluyó la instancia de elaboración y postulación del proyecto a la CNSI y la posterior aprobación de la beca y desarrollo del estudio, se vio modificada; siendo parte integrante del mismo durante la primera instancia la Lic. Adriana Montini.

Funcionó como disparador del proyecto la constatación empírica de que la población con sufrimiento mental grave asistida en Hospital de Día, había mejorado su calidad de vida pudiendo tener una referencia institucional como soporte, logrando la disminución en el consumo de psicofármacos y atravesando sus crisis en su medio habitual de vida. Esta realidad, a su vez enmarcada en el paradigma sobre el que se funda la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, plantea la necesidad de sistematizar estos datos y por sobre todo producir conocimiento, siendo la investigación la vertiente a desarrollar y consolidar en lo que hace a la tríada asistencia-docencia-investigación.

Se constituye así el desafío de aportar, en este caso mediante la investigación, insumos para la reflexión de los actores involucrados en el servicio, como así también contar con material que permita dar mayor visibilidad a este tipo de abordaje en relación a efectuar ciertas consideraciones sobre la pertinencia o no de extender la modalidad de Hospital de Día en el territorio provincial y modificar las políticas de salud mental.

Planteamiento y justificación del problema

Históricamente en la provincia de Entre Ríos se ofrecieron para la asistencia de personas con grave sufrimiento psíquico, tratamientos farmacológicos e internaciones prolongadas con el consiguiente costo económico para el estado y costo subjetivo para el propio usuario y su familia, considerando los efectos iatrogénicos ampliamente descriptos que este tipo de intervenciones genera. En tal sentido, es pertinente señalar según la información brindada por el Ministerio de Salud de Entre Ríos a través de la Sala de Situación, Panel de Salud Mental,¹¹⁴ en re-

¹¹⁴ Ministerio de Salud. Gobierno de Entre Ríos. Sala de Situación. Panel de Salud Mental. Fuente: Evaluación de políticas, planes y servicios de Salud Mental en Argentina, 2007. GERLERO et al. *Salud Investiga*.

lación a la red de atención sanitaria en salud mental de la jurisdicción, que existen actualmente en la provincia cuatro hospitales monovalentes –con un total de cuatrocientos veintiocho camas– y tres hospitales generales con servicios de salud mental con cincuenta y siete camas. La disponibilidad de camas para salud mental prevalece en los hospitales monovalentes, destacándose el tiempo de institucionalización de los pacientes en este tipo de dispositivos: más del 50% vive hace más de cinco años en ellos. En cuanto a la modalidad de atención ambulatoria, la misma se presta en cuarenta hospitales generales y cincuenta y siete centros de salud del territorio provincial (20% del total de los centros de atención primaria).

Frente a la problemática producto de esta lógica asilar manicomial se han ido ofreciendo distintas alternativas al sistema, entre las que se encuentra el servicio de Hospital de Día, que ofrece asistencia ambulatoria intensiva e interdisciplinaria desde uno de los hospitales monovalentes de la provincia, ubicado en la ciudad de Paraná, capital de la misma. Cabe destacar que se trata del único Hospital de Día constituido como oferta institucional –con las características que más adelante se exponen– tanto en el ámbito público como privado, dependiendo jerárquica y financieramente del nosocomio monovalente citado.

En cuanto al presupuesto de salud destinado a salud mental en la provincia, la partida asignada muestra una tendencia de incremento recién a partir del año 2009 alcanzando sólo el 5,16% del total del presupuesto de salud,¹¹⁵ lo cual marca una tendencia en los modos de gestión de las políticas y el lugar de la salud mental en ellos, además de ser destinado exclusivamente para los hospitales monovalentes y los programas dependientes del nivel central específicos de salud mental.

¹¹⁵ Ministerio de Salud. Gobierno de Entre Ríos. Informe citado.

El Hospital de Día, se viene sosteniendo con fluctuaciones en su composición y por consiguiente en la oferta terapéutica, desde 1993, año en que es creado por un equipo de residentes como experiencia piloto de este modo de abordaje. Desde el 2003 la dirección del hospital da nuevo impulso al proyecto, afectando a un grupo de profesionales de planta a *reconstruir el equipo de Hospital de Día*.

Esta modalidad de abordaje pionera en la provincia se ha sostenido en condiciones de gran precariedad respecto de la planificación y programación de políticas de salud, la asignación de recursos financieros y edilicios y la estabilidad laboral de los trabajadores. Cabe destacar que el reconocimiento oficial del servicio por parte de la Dirección de Salud Mental de Entre Ríos –siempre dentro del ejido de un monovalente– recién se efectúa el 11 de febrero de 2009 a partir de la disposición N° 01/2009 que *“reconoce el funcionamiento del dispositivo Hospital de Día que se encuentra desarrollado en el Hospital ‘Dr. Antonio Roballos’ de Paraná, el cual realiza tratamiento ambulatorio de pacientes con padecimientos psíquicos, mediante instancias terapéuticas alternativas...”*; no encontrándose aún en la estructura orgánica hospitalaria vigente.

La actividad que se realiza en el servicio –ha estado y está– centrada en la construcción de un espacio de promoción y asistencia en salud mental a personas con grave padecimiento psíquico. La clínica del Hospital de Día se desarrolla fundamentalmente en el edificio del que actualmente se dispone en el Hospital Escuela de Salud Mental, pero no se restringe a este ámbito, ya que la atención a la problemática de la que este dispositivo se ocupa supone prácticas en diferentes escenarios, tales como: domicilios, calle, otras instituciones, espacios culturales, etc. Así mismo la modalidad de atención es individual y grupal.

La población destinataria del servicio se caracteriza por ser adultos de 18 a 60 años de edad, hombres y mujeres, en su mayoría desempleados, con graves padecimientos psíquicos y dificultades en el lazo

social (neurosis graves y psicosis asociadas a problemáticas de violencia, adicción, exclusión social). Tales patologías requieren por su complejidad y gravedad del abordaje familiar y de sus grupos de referencia. Esta población reside en diversos barrios de la ciudad de Paraná y pueblos o ciudades cercanas. En la actualidad se interviene en forma directa con alrededor de cincuenta personas, e indirectamente (familiares, referentes, etc.) con ciento cincuenta personas aproximadamente.

Se percibe que la población con sufrimiento mental grave, asistida en Hospital de Día ha mejorado su calidad de vida pudiendo tener una referencia institucional como soporte, evitando internaciones, como también logrando la disminución en el consumo de psicofármacos y pudiendo atravesar sus crisis en su medio habitual de vida.

En función de estas impresiones de la realidad, que a su vez se enmarcan en el paradigma sobre el que se funda la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y teniendo en cuenta el desarrollo alcanzado por este dispositivo, es que se instala hoy la necesidad de aportar información que permita dar cuenta del rendimiento del servicio y las ventajas de esta modalidad de atención en el contexto local.

En esta línea, un elemento que debe estar siempre presente es el componente político, el lugar que ocupa el servicio en análisis, dentro del campo de las políticas públicas en determinado contexto. En este sentido, se puede decir que todavía el sistema de atención en la provincia está centrado en el modo hospitalocéntrico con una historia reciente en cuanto a las modalidades alternativas, que cobran vigencia –algunas– o se comienzan a instalar –otras–, a partir de la sanción de la ley nacional a pesar que la legislación provincial, la *Ley de protección a las personas con trastornos psíquicos* N° 8806/94, desde hace aproximadamente dos décadas postula en cuanto a la asistencia, “privilegiar la alternativa terapéutica que menos restrinja la libertad”, lo cual no ha sido tomado como un lineamiento de la política en salud mental.

Sosteniendo que las investigaciones pueden subsidiar la toma de decisiones en salud y que el proceso evaluativo de una intervención sanitaria repercute indirectamente sobre la población de alcance del programa o servicio, es que se constituye así el desafío de aportar, en este caso mediante la pesquisa, insumos para la reflexión de los actores involucrados en el servicio, como así también contar con material que permita dar mayor visibilidad a este tipo de abordaje en relación a efectuar ciertas consideraciones sobre la pertinencia o no de extender la modalidad de Hospital de Día en el territorio provincial, en tanto servicio asistencial ambulatorio que propugna la producción de subjetividad y el ejercicio de ciudadanía de los usuarios.

La información será puesta a disposición de diferentes actores sociales, tanto del dispositivo –profesionales y usuarios– como del Ministerio de Salud y de la Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos, pretendiendo sirva como información científica en el contexto local para definir y ejecutar las políticas más eficaces que en el campo de la salud mental se requieran con el propósito último de optimizar la situación de salud de la población entrerriana.

Caracterización del ámbito de estudio

El servicio de Hospital de Día, único en la jurisdicción provincial, se encuentra geográfica y funcionalmente dentro del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, el cual se constituye en un centro de referencia de formación en salud mental en la provincia, siendo sede de la residencia interdisciplinaria en salud mental, a la vez que recibe numerosos estudiantes de diversas carreras universitarias vinculadas al campo, lo que implica la articulación con diversas instituciones de educación superior, como Universidad Nacional de Entre Ríos, Universidad Autónoma de Entre Ríos y Universidad Nacional del Litoral.

La oferta de atención del Hospital de Día tiene la particularidad de ser singular y compleja, ya que si bien existe una oferta general plasmada en una grilla que organiza los espacios de atención grupal y los horarios de atención individual, para cada usuario esa oferta se singulariza en función de su situación. En este sentido es que se dice que cada usuario con el equipo define un recorrido y una frecuencia, que a su vez son periódicamente revisados y recordados en función de los procesos. Los trabajadores de la salud del dispositivo son aproximadamente veinte personas con las siguientes disciplinas: psicólogos, comunicadores sociales, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, administrativos y médicos.

El conjunto de estrategias, espacios y actividades desde las cuales se trata el sufrimiento de los usuarios son:

Espacios de atención grupal: talleres, cursos, reuniones, asambleas, festejos, salidas, paseos.

Espacios de atención individual: entrevistas psiquiátricas, entrevistas psicológicas, abordajes individuales de terapia ocupacional, trabajo social, acompañamiento terapéutico.

Intervenciones familiares: entrevistas con familiares y/o referentes afectivos de los usuarios.

Intervenciones domiciliarias y/o comunitarias: abordajes en el domicilio de los usuarios, visitas, acompañamiento en la circulación en la comunidad.

Reuniones de equipo: instancia donde se diseña, coordina y evalúa la evolución del proceso de atención.

Coordinación con otros profesionales vinculados al usuario y/o con otras instituciones.

Supervisión: instancia donde se convoca a un profesional de referencia para el equipo y se trabajan las dificultades u obstáculos surgidos en el tratamiento de algún usuario o en el proceso de algún espacio grupal.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la situación diagnóstica del servicio Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, a partir de la construcción de relaciones entre la oferta de atención y los cambios en los procesos de salud mental de sus usuarios en el período comprendido entre 2006 y 2012?

Marco teórico

La evaluación de servicios comienza a surgir después de la segunda guerra mundial en América Latina, sin embargo siguiendo los aportes de la bibliografía existente, se explicita que *“son escasos los estudios que priorizan la evaluación en los servicios substitutivos en salud”*.¹¹⁶ *“Hasta el momento se cuenta con una producción marginal y dispersa en el campo de la investigación cualitativa de los servicios de salud en América Latina. De cualquier forma, la temática de los servicios reviste especial importancia para los profesionales de la salud, para las instituciones formadoras, y sobre todo para las instancias encargadas de la acción de las intervenciones sanitarias, ya que el aporte de los estudios cualitativos podrían servir para comprender otras prácticas igualmente importantes en el ámbito de la promoción y la atención de la salud, dialogar con ellas y sobre todo, aprender de las mismas”*.¹¹⁷

¹¹⁶ FIDELIS de ALMEIDA, Patty y ESCOREL, Sarah: Da avalidacao em saúde á avaliacao em Saúde Mental: genese, aproximacoes teóricas e questoes atuais. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V 25, N° 58. Maio/Ago. 2001, págs. 35/47.

¹¹⁷ MAGALHAES BOSI, María Lucía y MERCADO, Francisco Javier (organizadores): *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud*, 1ª ed., Lugar Editorial, Bs. As., Argentina,

En la revisión bibliográfica el término *evaluación* se encuentra asociado a un espectro variable de definiciones que van desde el juicio subjetivo del desarrollo de determinada práctica social hasta la investigación evaluativa. Existe así gran diversidad conceptual al respecto. (Silva-Formigli, Juárez Pereira Furtado).

Para Guba y Lincoln (1989) el campo de la evaluación en su historia puede ser dividido en cuatro generaciones, el autor aclara que esta división es más bien didáctica y en la realidad los referenciales de evaluación coexisten. El pasaje de un estado para otro se hace por el desarrollo de los conceptos y la acumulación de los conocimientos. El primer estado está basado en la medida (de los resultados escolares, de la inteligencia, de la productividad de los trabajadores). En esta fase el evaluador es un técnico que construye y debe saber usar los instrumentos que permiten medir los fenómenos estudiados. El segundo estado se fortalece en los años 20 y 30, y en él se trata de identificar y describir cómo los programas permiten alcanzar sus resultados. El tercer estado está basado en el juicio basado en referenciales externos. La cuarta generación es una alternativa a las anteriores, considera la evaluación como un proceso de negociación entre los actores incluidos en la intervención a ser evaluada.¹¹⁸

Para la OMS (Organización Mundial de la Salud) el proceso evaluativo está vinculado al planeamiento de las actividades y respuestas en salud, considerándolo también Contandriopoulos como un auxilio en la toma de decisiones. Para Cohen & Franco (1998) la evaluación debe obtener la eficacia de los programas y la eficiencia en la utilización de los recursos. En general la mayoría de los autores coinciden en que evaluar significa emitir un juicio de valor sobre una intervención o uno de sus componentes.

2007, págs. 34 y 50.

¹¹⁸ FIDELIS de ALMEIDA, Patty y ESCOREL, Sarah: *Ob. cit.*

Para Aguilar & Ander-Egg (1995), la evaluación se clasifica según sus funciones en formativa (genera información para identificar y superar problemas del programa durante su desarrollo) y sumativa (genera juzgamientos del programa revisando si los objetivos propuestos fueron alcanzados, basado en el modelo de caja negra). Este modelo de caja negra es criticado por Denis & Champagne (1997), porque presupone una intervención descontextualizada del medio donde es introducida, y en la práctica los programas están influenciados por factores externos.

Donabedian (1990) considera tres enfoques para el proceso evaluativo, la estructura (recursos utilizados y organizaciones de atención), el proceso (actividades desarrolladas) y los resultados que suponen cambios en los estados de salud (consecuencias en la salud de la población atendida por el servicio).

Cavalcanti-Araujo Carvalho coinciden en la definición con Contandriopoulos, afirmando que el juicio puede ser resultado de criterios y de normas (evaluación normativa) o elaborarse a partir de un procedimiento científico (investigación evaluativa). Consideran a una intervención como el *“conjunto de medios (físicos, humanos, financieros, simbólicos) organizados en un contexto específico, en un momento, para producir bienes o servicios con el objetivo de modificar una situación problemática”*, puede ser un tratamiento, una práctica, una política o un programa. Existen diferentes actores involucrados, cada cual con sus propios objetivos en relación a la intervención: evaluadores, población, usuarios, administradores, profesionales y financiadores.

Históricamente, el concepto de *servicios de salud* se construye ligado a la biomedicina y a la mirada de los profesionales. Al decir de autores como Mercado y Magalhaes Bosi, *“la concepción tradicional sobre los servicios de salud por lo común remite por lo general a un conjunto de estructuras, procesos, recursos y acciones que directa o indirectamente*

se vinculan a la consecución de la salud, a su promoción y, sobre todo, a la prevención, atención y limitación de la enfermedad y su rehabilitación".¹¹⁹ Según el planteo de estos autores cabe preguntarse si se trata de servicios de salud o de sistemas de atención a la enfermedad. Yendo más lejos, y siguiendo autores como Foucault, hay quienes plantean que los servicios en tanto organización producen activa y estructuralmente dominación, alienación y control. No obstante, hay quienes plantean *"que esa producción instituida en una dirección, puede y debe ser estimulada para producir otros sentidos: creación, solidaridad, amistad, etc."*¹²⁰

Acordando con esta posición y entendiendo que los servicios de salud vinieron al mundo para "producir salud", resulta interesante el pensamiento de Onocko, al hacer referencia a que los servicios asistenciales de salud tienen un valor de uso vinculado a las modalidades clínicas, que muchos gestores y equipos suelen ligar a la eficiencia substituyendo la lógica de la producción de salud por la de producción de procedimientos.

Al decir de Onocko *"La eficiencia es una medida relacionada a la producción en el tiempo, en relación a su costo. Cuanto más produzco, en menos tiempo y a menor precio, más eficiente soy. Pero la gran pregunta es: ¿produzco más de qué? ¿Produzco para qué?... Nos enseñaron a producir procedimientos, que son cosas fáciles de contar, para mostrar productividad: consultas, radiografías, suturas, endoscopias. Pero esos procedimientos, ¿qué producen? Digo, ¿esas consultas producen salud? ¿Mejoran la vida de las personas? ¿Disminuyen su riesgo de morir, o su dolor y sufrimiento?"*.¹²¹

¹¹⁹ MAGALHAES BOSI, María Lucía y MERCADO, Francisco Javier (organizadores): *Ob. cit.*, pág. 49.

¹²⁰ ONOCKO CAMPOS, Rosana: "Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria", en SPINELLI, Hugo (Org.): *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*, Lugar Editorial, Bs. As., Argentina, 2004, págs. 103/120.

¹²¹ ONOCKO CAMPOS, Rosana: *Ob. cit.*

Ante estos interrogantes, Testa propone “*introducir la categoría de eficacia, definiéndola como la probabilidad de que una actividad alcance el máximo de su efecto potencial*”.¹²²

Los servicios así entendidos no serán ya lugares como los plantea Foucault de represión, exclusión, disciplina, control y vigilancia, sino “*como dispositivos estratégicos, como lugares de acogimiento, de cuidado y de intercambios sociales. Como servicios que trabajan con personas y no con enfermedades, deben ser lugares de sociabilidad y producción de subjetividades*”;¹²³ y en ese punto radica su eficacia.

Teniendo en consideración la perspectiva de Saraceno-Bologaro el modelo a construir para la evaluación en salud mental no debe tener en cuenta la supresión o reducción de los síntomas, sino que se debería analizar además la inserción familiar, en el trabajo y la vida cotidiana, variables denominadas *soft*, por la dificultad en su medición. Dicho inconveniente –mensurabilidad de ese tipo de variables– se suma a la complejidad de los dispositivos sanitarios o abordajes más actuales en la respuesta a la atención en salud mental. A su vez en el campo de la evaluación, al modificarse las condiciones clásicas en las que se realizaban (condiciones intramuros que garantizaban uniformidad y coordinación de las actividades), el proceso de desinstitucionalización puso en evidencia problemas de la metodología, entre ellos: -imposibilidad de aislar la intervención, ya que se encuentran implicados varios actores, -inconvenientes en cuanto a la homogeneidad de los datos debido a la individualización y multidimensión del abordaje, -existe una amplia gama de diferencias en los programas (prioridades, servicios, organización), en cuanto son respuesta a necesidades individuales de atención.

¹²² TESTA, Mario: *Pensar en Salud*, Lugar Editorial, Bs. As., 1993, pág. 233.

¹²³ AMARANTE, Paulo: *Superar el Manicomio. Salud Mental y Atención Psicosocial*, 1ª ed., Topía Editorial, Bs. As., Argentina, 2009.

Los antecedentes del Hospital de Día a nivel mundial datan de 1935 en Moscú. Esta experiencia estuvo asentada en su momento en el quite de camas en lo que hace al tratamiento por internación, pero quedando situado en relación a un ordenador económico para las políticas de salud, en tanto el eje central era la reducción de costos. Tiempo después, en 1947, en Canadá, se retoma esta experiencia pero produciendo un corrimiento de la reducción de costos a una idea que afectó el orden institucional mismo, ya que lo que se sostenía como fundamento de la práctica era: *“cuanto menos institución mejor”*. Así, *“lo que comienza por incidir sobre una política deriva bien pensado, en una idea de trabajo, que afecta a la concepción clásica de tratamiento asilar de la locura”*.¹²⁴

En las décadas del 50 y 60 el desarrollo de corrientes como la anti-psiquiatría y el movimiento de desmanicomialización expanden el surgimiento del Hospital de Día en E.E.U.U. y Europa. En esta línea, en América Latina la bibliografía da cuenta de uno de los primeros Hospitales de Día en Porto Alegre en 1962 y en La Habana en 1965.

“En la Argentina de los años 60 se inscribe así el Hospital de Día como un dispositivo ejemplar dentro de un conjunto de elementos conceptuales, clínicos y hasta políticos sociales”.¹²⁵ Haciendo una breve historización respecto de su surgimiento en nuestro país, podemos comenzar mencionando que *“el Dr. Jorge García Badaracco inauguró en 1967 el primer Hospital de Día del país en su servicio del Hospital ‘J. T. Borda’. El Centro de Salud Mental N° 1, de la ciudad de Buenos Aires, tuvo su Hospital de Día a principios de los 70, al igual que el Hospital Infante Juvenil ‘Carolina Tobar García’. Este último fue el primero de su género en nuestro país. En esa*

¹²⁴ Fundamentos de la práctica en Hospital de Día. *Jornadas Interinstitucionales de Hospital de Día. Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García*, Bs. As., 16 al 20 de noviembre de 1990.

¹²⁵ ROSSI, Gustavo: “El Día, más allá del Hospital: Apuntes desde la supervisión en acompañamiento terapéutico”, en BERTRAN, Gustavo Fernando (Compilador). *Hospital de Día. Particularidades de la Clínica. Temas y Dilemas*. 1ª ed., Ediciones Minerva, Bs. As., Argentina, Octubre de 2004, pág. 124.

década aparecen entre otros, los hospitales de día del Hospital Italiano de Buenos Aires y en 1972, el Hospital 'Braulio Moyano' desarrolla una experiencia de hospital de día. En los años 80 surgen varios más, como el del Hospital 'T. de Alvear' y el del Hospital 'T. Alvarez'. En la provincia de Santa Fe se creó un Hospital de Día en el Hospital Psiquiátrico de Rosario. En Córdoba, Misiones, La Pampa y Mendoza se registraron diversas experiencias. Seguramente en este inventario incompleto deberán ser agregadas otras informaciones locales y regionales que se mantienen dispersas por la carencia de registros nacionales de los servicios asistenciales".¹²⁶

Como se puede observar en nuestro país, la instauración de esta modalidad de abordaje ha sido paulatina, resultando, según fuente oficial del boletín de la DNSMyA *"Más camas en hospitales generales y dispositivos comunitarios, menos camas en manicomios"*, a mayo de 2011, *"la existencia de centros y hospitales de día del sector público en once provincias argentinas con un cupo de 2369 usuarios"*. No se registra en esta información el servicio de hospital de día objeto del presente estudio.

Hecho este recorrido histórico que aporta a la conceptualización, se pretende profundizar en la noción de Hospital de Día entendiendo que se constituye hoy en un dispositivo de tratamiento *"límite entre la internación y el consultorio externo, entre la internación y la vuelta a la cotidianeidad, límite entre la idea asilar de exclusión y marginación de la locura y la de tratamiento y recuperación del paciente por la sociedad. El concepto mismo de Hospital de Día supone la idea de una sociedad en falta con respecto a los problemas de la locura, supone una sociedad parte y responsable del fenómeno violento e irruptivo de la locura. Así esta experiencia, en su origen, sanciona el sentido de que 'el loco' es recuperable para la sociedad. Asimismo establece una marca, un rasgo importante de 'reducción de costos', tanto en el orden sanitario como en*

¹²⁶ STAGNARO, Juan Carlos: "El Hospital de Día. Notas sobre su historia y su originalidad terapéutica", en BERTRAN, Gustavo Fernando (Compilador): *Ob. cit.*, págs. 20/21.

*el orden de las consecuencias a la familia del paciente. No solo se elimina la cama del tratamiento psiquiátrico de la locura, sino que reduce las posibilidades de cronificación del paciente, propias de las culturas asilares de tratamiento”.*¹²⁷

En el caso de los hospitales de día cuyo trabajo está centrado en sujetos con graves sufrimientos psíquicos –tal es el caso del servicio en estudio– *“podemos decir que la dirección general del tratamiento se dirige a acotar el padecimiento mortificante, el goce desbordado del delirio, las alucinaciones, síntomas, pasajes al acto; poner un corte que a su vez permita disponer de esa energía para restablecer al Otro social”.*¹²⁸ Así, *“el tratamiento apunta a restituir una esfera de actividades psíquicas subjetivas a partir de la cual un psicótico puede articularse con la vida social, tomar distancia de su locura, reconquistar un control suficiente de su vida personal y social y, finalmente, obtener cierta satisfacción de la coexistencia... un tratamiento intensivo, personalizado y que lleve, a mediano y largo plazo, a una autonomización progresiva del vínculo social...”.*¹²⁹

“Se trata de que el paciente pueda ‘echar mano’ a sus recursos, para poder hacer algo con su padecer. La contrapartida de esto, un equipo funcionando, escuchando para evaluar las posibles estrategias para cada paciente (...) creemos que cada Hospital de Día es un sistema diferente, con invenciones y creaciones de estrategias distintas, cada uno ofertando áreas distintas, teniendo cada terapeuta un no-todo de su lado, dentro de lo que ofrece en ese equipo. Este no-todo nos lleva necesariamente a pen-

¹²⁷ IUORNO, Rodolfo: *En el hospital*, Ed. Catálogos, 1ª ed., Bs. As., Argentina, 2004, pág. 84.

¹²⁸ GHENADENIK, Gabriel: “Efectos del trabajo psicoanalítico en la psicosis. Relato de un tratamiento en Hospital de Día vespertino”, en BERTRAN, Gustavo Fernando (Compilador): *Ob. cit.*, pág. 175.

¹²⁹ APOLLON, Willy y Otros: *Tratar las psicosis*, Polemos, Bs. As., 1997.

sar en los límites mismos del dispositivo y en las posibles invenciones que podemos lograr a partir de allí".¹³⁰

Es ampliamente difundida la nominación de *paciente* para quien recibe asistencia en los servicios de salud. En otra perspectiva teórica, se opta por el concepto de *usuario* en tanto viene a contraponerse a la figura del *paciente pasivo*.

Este cambio en la terminología viene de la mano de las transformaciones en la década del 70, ligado a la relevancia que cobran los movimientos comunitarios, de defensa de los derechos civiles y las asociaciones de familiares y amigos, entre otros, actores que se van consolidando como nuevos sujetos del ámbito de la salud.

En América Latina, en países como Uruguay y Brasil, el concepto de usuario queda plasmado en la legislación, "*buscando destacar el protagonismo de lo que anteriormente era apenas un paciente. Esa expresión pasó a ser adoptada con sentido bastante singular en el campo de la salud mental y atención psicosocial, en la medida que significaba un desplazamiento del lugar social ocupado por las personas en sufrimiento psíquico*".¹³¹

Es en función de esta conceptualización que se hace uso del término, a sabiendas que el mismo, desde hace un tiempo ya y en los devenires de una praxis crítica, ha comenzado a ser reflexionado, problematizado, en tanto queda vinculado según lo que plantean ciertos sectores a una lógica mercantilista.

Para el criterio de los autores del proyecto, la propuesta del concepto *oferta de atención* da cuenta de un posicionamiento teórico, ético y político de los servicios de salud. La misma se encuentra estrecha-

¹³⁰ VALLEBELLA, Valeria: "La invención de un dispositivo: un trabajo en equipo", en BERTRAN, Gustavo Fernando (Compilador): *Ob. cit.*, págs. 188/189.

¹³¹ AMARANTE, Paulo: *Ob. cit.*

mente relacionada con la categoría *usuario* anteriormente abordada. Entender que los servicios de salud están *ofreciendo* a la población un conjunto de prácticas coloca a quien es receptor del servicio en posición de tomar o no dicha oferta. En este sentido referirse al tratamiento que se brinda como una oferta de atención implica un sentido antagónico a la tradicional *prescripción*, noción que ha tenido gran fuerza en las prácticas de salud y que se articula con la idea de paciente. De un modo simplificado podría decirse que el paciente es quien debe acatar la prescripción médica y en cambio el usuario es alguien que podrá o no considerar y tomar una oferta de atención, *hacer uso* de un servicio de salud que le es puesto a disposición. En esta lógica el destinatario de la atención es reconocido como sujeto de derecho que podrá responsabilizarse de su decisión, lo cual ya es una afirmación necesaria para la clínica que se sostiene desde el Hospital de Día.

Souza Campos precisa esta cuestión diciendo que *"la noción de 'oferta' difiere de la noción de 'prescripción' porque presupone la posibilidad de que el usuario la analice de modo crítico, en una relación dialógica con el profesional, y a continuación se tome una decisión compartida"*.¹³²

Por lo tanto la noción de oferta de atención también implica que el profesional podrá hacer un uso de su saber sólo en relación a las decisiones del usuario, quedando así replanteado y acotado su lugar de poder (Foucault).

Esas diversas categorías analíticas no son componentes estancos ni aislados, sino que forman parte de un proceso dinámico considerado salud enfermedad atención. Se entiende por él, un proceso complejo determinado por la confluencia de múltiples factores y actores que interactúan de tal manera que no son aislables. Por lo que dicho proceso no puede ser comprendido *sumando* enfoques parciales e interdepen-

¹³² SOUZA CAMPOS, Gastao: "Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte Paideia en el trabajo en salud", en *Salud Colectiva*. Volumen 1, Nº 1, Enero-Abril 2005, págs. 59/67.

dientes. En este sentido el carácter de complejo está dado por las interrelaciones que lo constituyen. El autor Eduardo Menéndez sostiene al respecto que se ha dado una *“tendencia a-relacional que ha dominado el estudio del proceso salud enfermedad atención tendiendo a colocar el acento sobre cada actor en sí, en lugar de colocarlo sobre el proceso relacional que incluye todos los actores significativos que intervienen en el mismo”*.¹³³

Siguiendo el planteo, se puede decir que *“los modelos de salud enfermedad son, entonces formas a priori heredadas culturalmente para la recepción e interpretación de circunstancias existenciales. Son en esencia, las mismas formas con las que la sociedad resuelve de manera práctica las exigencias recurrentes que le plantea su supervivencia como totalidad social, solo que traducidas en términos de significantes individuales”*.¹³⁴ Esto implica reconocer que la manera como interpretamos la realidad en términos de valores de salud o en otras palabras las interpretaciones que hacemos sobre “las diferentes formas de vivir y morir”, está doblemente determinada por la historia social y la historia individual.

De este modo, *“... referir la enfermedad y sobre todo la salud a los condicionantes sociales que operan sobre la misma constituye la posibilidad inicial de definir una política para la salud y no sólo para la enfermedad... Implica asumir que el proceso salud enfermedad, no sólo es un problema circunscripto al ámbito profesional, sino que implica a los conjuntos sociales...Las explicaciones y acciones sobre el proceso salud enfermedad no sólo incluyen al personal de salud, sino también a los grupos sociales...”*

¹³³ MENÉNDEZ, Eduardo L.: “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en SPINELLI, Hugo (org.): *Ob. cit.*, pág. 37.

¹³⁴ ALMEIDA FILHO, Naomar y otro: “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”, en *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 75, Rosario, mayo 1999, pág. 80.

de tal manera que el saber médico pase a ser sólo una parte del proceso de atención".¹³⁵

Se define a los procesos de salud mental como los tránsitos desarrollados por los usuarios del Hospital de Día a partir de la oferta de atención, que posibilitan la construcción de autonomía y reducción del sufrimiento.

Se entiende por *autonomía* "la capacidad de comprender y de actuar sobre sí mismos y sobre el contexto, estableciendo compromisos y contratos con el deseo, el interés y los valores de otros sujetos".¹³⁶ La construcción de autonomía se manifiesta en: la ampliación de la red de vínculos, la participación/circulación en espacios comunitarios, la posibilidad de tomar decisiones respecto de la propia vida y responsabilizarse de las mismas, la posibilidad de sostener acuerdos y el ejercicio de los derechos de ciudadanía. Desde esta perspectiva un proceso de salud mental no es un proceso carente de conflictos, por el contrario se considera al conflicto constitutivo del mismo –en un proceso de salud mental pueden presentarse crisis que forman parte del *tránsito*–.

Cabe destacar que en lo que respecta a la literatura brasilera autores como, Silva Filho 1996, Amarante y Carvalho 1996, Pitta 1997 y Libério 1999, ya planteaban a la luz de los movimientos contra hegemónicos, la necesidad de generar nuevos instrumentos de evaluación capaces de superar los históricamente utilizados por la clínica psiquiátrica. Estos autores han trabajado en la construcción de nuevos parámetros, teniendo como fuente a los servicios de salud mental y las relaciones que en su interior se establecen entre los diversos actores. Por su parte Saraceno y Bolongaro son contundentes al expresar que

¹³⁵ MENENDEZ, Eduardo L.: "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en *Salud Colectiva*, Volumen 1, N° 1. Enero-Abril 2005, pág. 11.

¹³⁶ SOUZA CAMPOS, Gastao Wagner de: *Método Paideia. Análisis y gestión de colectivos*, Editorial Lugar, Bs. As., 2009.

el modelo a ser construido para la evaluación de servicios en salud mental no debe considerar solamente la reducción o supresión del síntoma, sino que se debe avanzar en considerar las variables que ellos denominan como *soft* y que dan cuenta de la inserción en la familia, el trabajo y la vida cotidiana.

Específicamente, en lo que respecta a introducir el concepto de *autonomía* en los estudios evaluativos, encontramos antecedentes en un estudio realizado por el Laboratorio de Investigación en Salud Mental del Departamento de Medicina Preventiva de la USP, en el marco de un estudio multicéntrico de Evaluación de Calidad de Programas y Servicios de Salud Mental, desarrollado por la OMS en los estados de Río de Janeiro y San Pablo. Dicha pesquisa tenía como objeto caracterizar a la población atendida en un servicio ambulatorio de salud mental en el municipio de San Pablo, dando lugar a los aspectos epidemiológicos clásicos e investigando entre los usuarios la presencia o ausencia de autonomía.^{137 138}

A su vez, la *producción de autonomía* también fue incluida como una de las variables posibles para pensar la evaluación de calidad de los servicios en salud mental, en un estudio, que fuera realizado en un CAPS en el estado de Minas Gerais, tomado por los autores Santos y Almeida en su producción *La autonomía del sujeto psicótico en el contexto de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. 2000*.

Dentro del marco situacional que caracteriza la red de atención de salud mental en la provincia, anteriormente mencionada, y los fundamentos de la nueva ley de salud mental nacional, es que este estudio

¹³⁷ PITTA, Ana María: "Cuidados com o cuidar em saúde mental: estratégias de avaliação", *Cadernos IPUB*, 3.

¹³⁸ PITTA, Ana María: "Caracterização da população atendida em um ambulatório de saúde mental no município de São Paulo durante uma semana típica", in VENANCIO, Ana; LEAL, Erotildes & DELGADO, Pedro (Orgs.): *O campo da Atenção Psicossocial*, Río de Janeiro, Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, págs. 375/403.

plantea la necesidad de revelar mediante un análisis crítico cuáles son los alcances que ha tenido la oferta del único Hospital de Día de salud mental del territorio provincial en los procesos de salud mental de sus usuarios.

Objetivo general

Evaluar el servicio Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos en el período 2006-2012, a partir de la construcción de relaciones entre la oferta de atención y los cambios en los procesos de salud mental de sus usuarios.

Objetivos específicos

Describir el servicio de Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos en el período 2006-2012 en tanto planificación, organización y recursos físicos y humanos

Caracterizar la oferta de atención del Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos en el período 2006-2012.

Describir los procesos de salud mental de los usuarios y los cambios en los mismos a partir de su inclusión en el servicio.

Establecer relaciones entre la oferta de atención y los cambios en los procesos de salud mental de los usuarios.

Tipo de estudio y diseño

Para dar respuesta a la pregunta de la investigación se plantea una investigación evaluativa de carácter descriptivo, con una mixtura de

abordaje metodológico cuantitativo. Este enfoque permite la complementariedad y mejor poder descriptivo del objeto de estudio.

La investigación evaluativa se refiere al proceso sistemático de hacer preguntas sobre el mérito y la relevancia de determinado asunto, propuesta o programa, teniendo como propósitos el reducir incertidumbres, mejorar la efectividad de las acciones y propiciar la toma de decisiones relevantes, todo esto en el marco del fortalecimiento del movimiento de transformación en pro de la ciudadanía y de los derechos humanos. Es un tipo de diseño que proporciona información para la planificación y conocimiento del desempeño y utilidades de un programa o servicio.

Es de fundamental importancia para la definición de políticas públicas y particularmente en salud, el conocimiento del desempeño de un sistema, plan, programa o servicio de salud, para determinar los factores que inciden en ellos y permitir cambios que concluyan en mejores resultados. Citando a Murray y Frenk *“Disponer de información fiable y comparable sobre el desempeño de un sistema de salud y sobre los factores que explican las variaciones en el desempeño puede servir para fortalecer los fundamentos científicos de la política sanitaria a nivel nacional e internacional”*.¹³⁹ Es en este punto donde se focaliza la importancia de la pesquisa evaluativa en tanto insumo científico para la posibilidad de la modificación de una realidad concreta por quienes son los encargados de tomar las decisiones en el sector salud, tomando aún mayor relevancia la propuesta al incorporar en el componente analítico cada uno de los actores sociales que están implicados en el servicio y formando parte del equipo de investigación personal del mismo.

¹³⁹ MURRAY, C.J. - FRENK, J.: “Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud”, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos N° 3, 2000.

¿Por qué una evaluación interna? Desde una determinada tradición en relación a la evaluación de servicios de salud se considera que la evaluación externa es la más indicada ya que la distancia respecto del fenómeno a estudiar garantizaría una mayor rigurosidad y objetividad. Este estudio se plantea desde una posición diferente ya que supone que la cercanía y pertenencia al servicio es una fortaleza que puede potenciar el proceso investigativo. En este sentido se retoma lo planteado por los autores canadienses Apollon, Bergeron y Cantin, que a partir de investigaciones realizadas en el Centro de tratamiento psicoanalítico para jóvenes adultos psicóticos “388”, concluyen que *“los modelos empleados por los investigadores externos, a menudo resultaron inadecuados e imprecisos, en la medida que no consideraban justamente la especificidad del abordaje clínico, de los objetivos a corto y largo plazo del programa ni la particularidad de los servicios ofrecidos (...) ciertos aspectos del proceso evaluativo son discutibles y parecen tener que ver, justamente, con la falta de conocimiento, por parte de los investigadores, del abordaje clínico que rige a la vez los objetivos y la estructura de los servicios del programa. Desde otro punto de vista la evaluación de la evolución de los pacientes plantea una dificultad muy particular, inherente al campo de la clínica en el área de las ciencias humanas. Los criterios establecidos, aún los más adaptados al tipo de servicios ofrecidos, no llegan a captar y a medir una realidad clínica”*.¹⁴⁰

Conclusiones del estudio

La caracterización del Servicio y su situación en el marco del campo de la salud mental en la provincia de Entre Ríos, han permitido identificar que el mismo constituye una propuesta de valor, en tanto ofrece una modalidad de atención ambulatoria, compleja e interdisciplinaria

¹⁴⁰ CANTIN, Lucie: “Reflexiones sobre la investigación evaluativa en Apollon”, WILLY y otros: *Ob. cit.*, págs. 202/205.

que se encuentra en consonancia con los postulados de la Ley Nacional N° 26657 y la Ley Provincial N° 8806.

La creación y continuidad del Servicio no responde a decisiones políticas del nivel central de gestión sanitaria, sino más bien a la decisión y apuesta de los profesionales de la institución que, comprometidos con un concepto de atención alternativo al modelo manicomial, han sostenido y desarrollado a lo largo de veinte años una serie de prácticas que han contribuido a la atención de la salud mental de personas con graves padecimientos psíquicos.

El desarrollo de este tipo de servicio y de estas prácticas ha tenido un escaso nivel de formalización en la provincia, vinculado a la ausencia de implementación de políticas de salud mental. Es decir que, aún cuando se encuentran las directrices legislativas que enmarcan las acciones a considerar en la atención en salud mental, no se ha avanzado en la ejecución de las mismas desde el plano gubernamental de la jurisdicción. Esto se evidencia en la falta de inscripción formal del servicio y en las dificultades en la disponibilidad de recursos ampliamente explicitadas por los profesionales.

En un contexto socio histórico en el cual existe legislación específica, el equipo de trabajadores ha elaborado y revisado una planificación de la oferta y las diferentes gestiones institucionales de diversos modos han avalado y propiciado el desarrollo de este tipo de Servicio. Sin embargo los lineamientos políticos y ejecutivos del nivel ministerial sanitario a lo largo de los años no lo han potenciado, tampoco han intentado su replicación en el resto del territorio provincial. Esta situación podría vincularse al lugar históricamente postergado de la Salud Mental en las políticas de salud.

La preocupación por mejorar los modos de registro, con la consiguiente inclusión de profesionales del Servicio en el proyecto *“Diseño y desarrollo de planillas de recolección de datos sobre las intervenciones*

profesionales y diagnósticos de usuarios en salud mental en la provincia de Entre Ríos. Constitución de un equipo de trabajo para su elaboración”, constituye el paso preliminar a la realización de este estudio habilitando el espacio de la investigación como práctica. Es posible identificar entonces cómo un Servicio institucional puede operar como generador de cambios propiciando la implementación de políticas en el sector, relacionando los niveles de micro y macro gestión. En referencia al registro de las prácticas en el Servicio, se considera que si bien en los últimos dos años se ha avanzado en lo relativo al registro estadístico y al reparo en los aspectos cuantitativos de la atención, hay dimensiones vinculadas a este punto que aún requieren ser mejoradas. Al respecto interesa mencionar que para la realización de este estudio se utilizaron como fuente secundaria diversos registros. Se identificaron dificultades concretas –tales como ausencia o dispersión de datos– al momento de la lectura de los procesos de salud enfermedad atención de los usuarios ligadas a los registros producidos en el mismo Servicio, tanto de los que permiten caracterizar la población usuaria como los que dan cuenta de la duración de los tratamientos.

La modalidad de organización del proceso de trabajo se encuentra claramente basada en el funcionamiento como equipo de carácter interdisciplinario. Se valora el intento de intercambio y revisión constante de las prácticas como reaseguro contra la cronificación que suele darse en las instituciones. Si bien la referencia a lo desgastante de la tarea aparece de diversos modos en los relatos de los profesionales, esta dimensión no ha sido tomada en este estudio, y ameritaría una profundización en función de las implicancias que tiene para los trabajadores y por lo tanto para sus prácticas. Cabe considerar el lugar de particular tensión que supone construir prácticas transformadoras con escasos recursos y posibilidades de reconocimiento.

Respecto de la oferta de atención se destaca que la misma es resultado de un proceso de construcción que, si bien encuentra referen-

cias en algunas experiencias y formulaciones teóricas puntuales, tiene características propias dadas por el modo en que esas referencias se han ido articulando con la historia singular de este Hospital de Día y las prácticas concretas de sus actores. En líneas generales la oferta de atención logra sostenerse a partir del trabajo en equipo, dando lugar a criterios de diversidad, flexibilidad y variabilidad, lo que a su vez plantea el permanente esfuerzo por coordinar las acciones de modo que la misma funcione de manera articulada y no como una sumatoria de propuestas. Esta es una preocupación identificada en el equipo para el cual hay una constante búsqueda de modos de coordinación de las acciones, aspecto que resulta complejo por lo numeroso de los integrantes y la condición transitoria de algunos de ellos.

Se ha caracterizado a la oferta del Servicio como una oferta compleja, fundamentalmente en tanto busca sostenerse una lógica del caso por caso que se opone a la posibilidad de generalizaciones y por tanto de protocolizar las acciones. Esta lógica, si bien representa un criterio ampliamente fundamentado para la atención de las problemáticas que recibe el Servicio, en ocasiones opera en detrimento de la posibilidad de establecer y formalizar algunas pautas de acción, y si bien se evidencian numerosos intentos en este sentido, no siempre logran inscribirse. Al mismo tiempo la lógica del caso por caso desde la que se sostiene la oferta supone la disposición a que la misma se revise constantemente, aspecto que contrasta con la duración de algunas propuestas y modalidades que se sostienen desde los orígenes del Servicio. La prolongación en el tiempo de algunos espacios que conforman la oferta, se enlaza con la problemática de la temporalidad en los tratamientos. Al respecto cabe considerar la posibilidad de que lo que constituye una característica de la problemática, termine volviéndose un rasgo también de la oferta, en tanto no logren situarse e inscribirse tiempos o momentos diferentes en el proceso de atención.

Desde la perspectiva del estudio y a los fines de caracterizar la oferta, se diferenciaron los distintos momentos de la misma (admisión, tratamiento y alta) identificándose dificultades en la instancia del alta. Es un punto de discusión para el equipo en tanto son muy pocos los casos en que la misma se efectivice en términos de cierre de un proceso, dándose en mayor medida interrupciones decididas por los usuarios y que difícilmente se inscriben como tales para el equipo. Esta falta de inscripción de los intervalos en los tratamientos, dados por interrupciones o abandono por parte de los usuarios, dificulta estudiar la duración de los mismos y la relación con los períodos de internación producidos a posteriori de la admisión al Servicio. A su vez la dificultad para la inscripción de los períodos de interrupción de los tratamientos podría encontrarse ligada a la modalidad de vínculo que se establece entre los profesionales del Servicio y los usuarios, particularmente para los primeros el hecho de que un usuario deje de asistir es en principio tomado como una posibilidad en el proceso y se acepta sostener una espera que, si bien puede tratarse de una decisión clínica conveniente en muchos casos, a veces se prolonga en demasía y termina por no inscribirse la interrupción como tal.

Respecto de la dificultad para las altas han podido analizarse los factores que se vinculan con la misma, identificando al respecto la función de soporte o sostén que provee el Servicio en relación a la ausencia de otros efectores con una oferta similar que operen en red y en el marco de políticas intersectoriales de salud mental e inclusión social. En otras palabras, un Servicio que por la definición misma de la atención que brinda ofrece soporte y alojamiento a personas en condiciones de gran vulnerabilidad y exclusión social está expuesto al riesgo de volverse el único lugar de recepción e inclusión de estas personas. En este sentido cabe al equipo de trabajo interrogarse respecto de la posibilidad de que sus prácticas habiliten nuevos espacios de inclusión, horizonte que aparece como el inicio de una búsqueda para los

profesionales del Servicio en estudio, expresada en la pregunta acerca de cómo fortalecer o desarrollar las prácticas comunitarias. A la vez resulta evidente que la problemática de la exclusión de los usuarios trasciende a las acciones que puedan ser llevadas adelante por un equipo de un efector. Es en este sentido que se evidencia la necesidad de desarrollo, implementación y articulación de políticas públicas que impliquen la creación de otros efectores de salud mental (tales como Cooperativas de Trabajo, Viviendas compartidas), la coordinación con efectores existentes en diversos niveles de atención, fundamentalmente atención primaria, como así también la articulación intersectorial explicitada en los marcos regulatorios vigentes.

Respecto de las modalidades que toma la oferta, presentadas como individual, grupal y comunitaria, es posible situar que las dos primeras resultan claras para el equipo y los usuarios respecto del sentido y el lugar en el tratamiento. Respecto de lo comunitario se encuentra que si bien aparece mencionada en los documentos programáticos, no aparecen explicitadas las actividades que contempla tal dimensión. Es entonces que el equipo construye diferentes modos de comprenderlo y que en función de esto se desarrollan también diferentes prácticas implicadas bajo esa nominación. En este estudio se ha identificado que lo comunitario aparece referido a la comunidad del Hospital de Día, al desarrollo de acciones en escenarios de la comunidad (práctica “extramuros”) y a una lógica de trabajo que va más allá de la localización geográfica de la acción. Para el equipo resulta un aspecto a desarrollar, a la vez que se identifica lo dificultoso del sostenimiento de prácticas en el afuera, en parte por la dimensión de los recursos necesarios para ésto –movilidad, tiempo– pero también por la transformación de las representaciones que supone para algunos profesionales desarrollar acciones en escenarios que no sean el institucional.

Se ha podido identificar que este tipo de acciones comunitarias suponen un plus de complejidad y suelen ser sostenidas en su mayoría por Acompañantes Terapéuticos, especialidad ampliamente valorada en relación a los procesos a que da lugar. Es necesario revisar los modos en que su función se articula con los tratamientos, ya que el riesgo que se corre es que recaiga sobre éstos, a veces de modo exclusivo, un aspecto de la tarea que supone una gran exigencia que no siempre es identificada por los demás profesionales, a lo que se suma que la mayoría de ellos son estudiantes o profesionales recientemente graduados.

La noción de práctica comunitaria constituye junto con la noción de autonomía y ciudadanía un conjunto de categorías que, si bien forman parte de las referencias conceptuales del equipo de trabajo, requieren de una problematización de su sentido y alcance en función de propiciar una apropiación de las mismas que permita la revisión de los modos en que se sostienen las prácticas concretas. En este sentido se ha señalado oportunamente que, por ejemplo, la noción de autonomía ingresa de modo más activo al discurso de los profesionales del Servicio a partir del desarrollo de este estudio, no siendo anteriormente una categoría a la que el equipo hiciese referencia de modo habitual. Si bien los aspectos aquí situados como constitutivos de la autonomía venían siendo claramente incluidos en los abordajes, se considera que nombrar de este modo el propósito de algunas acciones habilita al desarrollo de nuevas prácticas.

Por último en relación a la oferta de atención como una oferta intensiva, modo en que es caracterizada por el equipo, cabe mencionar que a los fines de estudiar este aspecto fue necesario conceptualizar la intensidad en función de valorarla. Se concluyó que la intensidad reúne un aspecto cuantificable (cantidad de abordajes) y otro de orden cualitativo, dado por el modo en que los profesionales se involucran en dife-

rentes momentos con cada usuario y en función de los requerimientos que cada situación va presentando. En tanto esta característica estaría subsumida a la lógica del caso por caso, se describe a la oferta como de intensidad variable. Esto ha implicado también poner en tensión la modalidad de funcionamiento que actualmente ha cobrado el Servicio, con las representaciones y sentidos respecto de la idea de Hospital de Día como un lugar al que los usuarios asisten a diario y permanecen durante muchas horas.

La lectura de los procesos de los usuarios y el modo en que los mismos se relacionan con el Servicio ha permitido identificar que en gran medida se logran algunos de los propósitos con los que se formula la oferta, tales como alojar, sostener, acompañar, permitir el encuentro con otros, dar lugar a proyectos, instalar referencias que permitan la reorganización témporo-espacial. En menor medida se identifica la posibilidad de que el tratamiento habilite la inclusión social de los usuarios y se produzca la sustitución de este soporte brindado por el Servicio, constatándose que un porcentaje importante de usuarios lleva más de seis años de atención en el Servicio. En relación a lo planteado respecto del alta, cabe situar aquí que para los usuarios no aparece problematizada la dimensión de la permanencia en Hospital de Día, por el contrario muchos de ellos valoran el poder contar con este espacio, y son pocos los que incorporan la posibilidad de concluir el tratamiento como proyección más o menos inmediata.

Los usuarios entrevistados destacan el buen trato que reciben, resultando evidente la fuerte referencia que la mayoría construye en relación al Hospital de Día, siendo un lugar en el que les resulta agradable estar y quedarse. Es así que las nociones de sostén y soporte que caracterizan la oferta aparecen en tensión con la generación de otros espacios sociales de referencia, lo que a su vez se vincula a la autonomía y el ejercicio de ciudadanía. De este modo aspectos que por

un lado son una fortaleza del Servicio por otro pueden volverse un obstáculo en la medida que no haya una revisión constante de lo que en cada caso viene siendo necesario. Esto constituye una preocupación actual del equipo, y se ha valorado que el mismo reconoce el riesgo de la cronificación tanto de los usuarios como de sus propias prácticas. La co-responsabilización en el tratamiento es identificada en la lectura de los procesos de los usuarios, habiendo quienes logran, en mayor o menor medida, dar cuenta de la posibilidad de decisión y elección en el mismo, incluido el aspecto del uso de la medicación.

Los usuarios entrevistados pueden identificar y definir cómo logran grados mayores de autonomía en relación al transcurso del tratamiento. Pueden definir a la misma como el reconocimiento de las propias posibilidades y limitaciones. La red de vínculos en la mayoría de ellos es restringida o acotada, siendo a su vez una de las aristas más relevantes en su valoración. Se ha apreciado que la construcción de vínculos y la inclusión social son aspectos que se ven atravesados por la vigencia de prejuicios sociales respecto de las personas con sufrimiento mental, aspecto que debería ser incluido en mayor medida en las prácticas.

Es necesario destacar, en relación a los procesos de salud mental de los usuarios y a la posibilidad de generar autonomía, los condicionamientos que operan las situaciones concretas de existencia de los mismos: vivienda digna; recursos para vestirse, alimentarse y trasladarse; disponibilidad y estabilidad de ingresos; capacitación e inserción laboral; y acceso a los bienes culturales. Resulta significativa la importancia que la mayoría de los usuarios otorgan al trabajo en su proceso de salud y sin embargo, ninguno de ellos cuenta con un empleo formal.

La construcción de relaciones entre la oferta y los procesos de salud enfermedad de los usuarios permiten concluir que la primera condiciona a los mismos. A su vez se valora la capacidad del Servicio de

ser permeable a la perspectiva de los usuarios en la construcción de su oferta.

Relevancia del estudio

El desarrollo de este estudio permite identificar la necesidad e importancia de la transformación de los modos de relación profesionales de salud-usuarios en los Servicios de salud mental. Se ha valorado el lugar relevante que ocupan en la atención el buen trato, el respeto y el reconocimiento del usuario en tanto sujeto capaz de decidir y responsabilizarse.

Así mismo, se desataca la importancia de la existencia de Servicios de salud mental que brinden atención de modo ambulatorio, potenciando la autonomía y la ciudadanía de las personas con sufrimiento mental, encontrándose pertinente recomendar la creación por territorios de Servicios de estas características, lo que permitiría un anclaje mayor de los usuarios en la comunidad. El emplazamiento en un Hospital Monovalente condiciona el desarrollo de prácticas en este sentido.

Se recomienda la inscripción formal de las prácticas y/o servicios que surgen como modalidad alternativa de atención al sufrimiento mental y que en la actualidad son reconocidos como necesarios, habiéndose identificado que la no inscripción de los mismos los mantiene en un nivel de marginalidad respecto de las políticas de salud y la consiguiente asignación de recursos.

Se ha evidenciado que el trabajo en equipo interdisciplinario resulta posible en tanto haya una disposición de los profesionales al mismo, aspecto encontrado en el Servicio objeto del estudio, y que su ejercicio produce respuestas acordes a la complejidad de las situaciones, lo que redundaría en calidad de atención para los usuarios del Servicio.

La posibilidad de que los usuarios concluyan los tratamientos ha sido identificada como un aspecto problemático ligado a varios factores analizados e informados oportunamente. Cabe mencionar aquí que resultaría ventajoso para potenciar la finalidad de un servicio de estas características la presencia de otros efectores de salud mental (previstos en la Ley N° 26657) que se vinculen con éste, tales como Cooperativas de Trabajo, Viviendas Compartidas, y el fortalecimiento de políticas que articulen el campo de la salud mental con los efectores de Atención Primaria de la Salud.

Por último, resulta oportuno mencionar el proceso transitado por el equipo de investigación, destacando la ventaja que ha representado su conformación interdisciplinaria y la composición del mismo con miembros que son integrantes del Servicio en estudio y miembros que no lo son. A lo largo del proceso pudieron conjugarse miradas diferentes, con mayor o menor distancia e implicación. A la vez, durante el proceso fueron dándose cambios en la mirada de los investigadores y en el mismo Servicio, y fue paulatinamente inscribiéndose para el conjunto del Hospital de Día la práctica de la investigación como parte de las acciones que en el mismo se pueden llevar adelante. Para que el proceso de investigación pueda alcanzar resultados óptimos en su aporte a la salud de la población resulta necesario el acompañamiento institucional y su instauración como práctica en los servicios de salud.

El Servicio objeto del presente estudio asume entre sus funciones la formación de recursos humanos en el marco de su pertenencia al Hospital Escuela de Salud Mental, institución que, como su nombre lo indica, ha optado por la formación como una línea de trabajo institucional. Los resultados del presente estudio serán articulados con los diferentes espacios de formación que funcionan al interior de esta institución, y ofrecidos a las diversas unidades académicas que se vinculan al Servicio y al Hospital.

Así mismo se destaca la necesidad de que, para que los servicios de salud produzcan salud, sería útil la capacitación y trabajo -con el personal que se desempeña en los diversos sectores y niveles de la red sanitaria pública de la provincia- sobre las características y ventajas de una atención humanizada, de una atención que logre propiciar el avance en los grados de autonomía de las personas.

Los diferentes aspectos a partir de los cuales fueron estudiados los procesos de salud de los usuarios de Hospital de Día podrían ampliarse y complejizarse en función de profundizar el conocimiento respecto de los modos en que las respuestas de los servicios contribuyen a la salud.

Así mismo la dimensión del imaginario social respecto del sufrimiento mental, la vigencia de prejuicios acerca de la locura, ha sido identificado como un condicionante de la inclusión de los usuarios del Servicio en espacios de la comunidad, y aún en otros servicios de salud, y su papel en los procesos de salud es quizás otro aspecto que amerita un estudio en profundidad.

Las condiciones en que los trabajadores sostienen la tarea cotidiana y el impacto en ellos de la gravedad de las situaciones con que a diario tienen contacto ha sido apenas mencionado en este estudio y se considera que representa un campo problemático respecto del cual resultaría valioso ampliar el conocimiento, ya que un recurso fundamental en este campo está dado por la subjetividad de los actores implicados en sostener una oferta de atención.

Por último el valor de los recursos tecnológicos desplegados en la modalidad de trabajo del Servicio podría también ser foco de otras investigaciones en vistas a formalizar una serie de prácticas que se encuentran en construcción.

Sobre los autores

- **BARBAGELATA, NORMA**

Lic. en Filosofía. Psicóloga. Psicoanalista. Docente de cátedra *Teoría Psicoanalítica III. Escuela Francesa*. Carrera de Psicología. FHaYCS - UADER. Docente de grado y posgrado en UNER. Supervisora del equipo de Hospital de Día HESM (2008-2013) y otros equipos. Autora de numerosas publicaciones.
normabargelata@arnet.com.ar

- **BEADE, ADRIANA**

Psicóloga. Psicoanalista. Coordinadora de la Carrera de Psicología FHaYCS - UADER. Coordinadora de la cátedra *Salud Pública. Salud Mental* y Docente adjunta de la cátedra *Teoría Psicoanalítica*. Carrera de Psicología. FHaYCS - UADER.
adrianabeade@gmail.com

- **BETTI, MARÍA BELÉN**

Médica. Especialista en Salud Mental. Instructora de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de Entre Ríos. Integrante del equipo interdisciplinario del Hospital de Día - HESM. Docente de la cátedra *Seminario en Acompañamiento Terapéutico*. Carrera de Psicología. FHaYCS - UADER.
belen_betti@hotmail.com

- **BRESSAN, ANALÍA**

Lic. en Psicología. Integrante del Programa de acompañamiento, asistencia y protección de testigos, querellantes, víctimas y/u operadores intervinientes en las causas judiciales contra el terrorismo de Estado - Secretaría de Justicia. Ministerio de Gobierno y Justicia de la provincia de Entre Ríos. Docente de la cátedra *Salud Pública. Salud Mental*. Carrera de Psicología. FHaYCS - UADER.
analiabressan@yahoo.com.ar

- **CAMPINS, CLAUDIA**
Psicóloga. Integrante del equipo interdisciplinario de Hospital de Día - HESM. Docente adjunta a cargo de la cátedra *Teoría Psicoanalítica*. Carrera de Psicología. FHaYCS - UADER. Docente adjunta de la cátedra *Seminario en Acompañamiento Terapéutico*. Carrera de Psicología. FHaYCS - UADER.
campinsec@hotmail.com
- **COZZI, VALENTINA**
Técnica en Epidemiología. Integrante del Programa de Epidemiología de la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos.
valencozzi@gmail.com
- **DUARTE, MARÍA PAULA**
Médica. Especialista en Epidemiología de Campo, Ministerio de Salud de Entre Ríos. Responsable del Programa de Epidemiología de la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos.
pauartear@yahoo.com.ar
- **ESTAPÉ, MARIÁngeLES**
Lic. en Trabajo Social. Especialista en Salud Mental. Ex Jefa de Residentes de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de Entre Ríos. Integrante del equipo interdisciplinario del Hospital de Día - HESM.
mariangelesestape@hotmail.com
- **FLORY, ANDREA**
Lic. en Psicología. Especialista en Salud Mental. Integrante y ex coordinadora del equipo interdisciplinario de Hospital de Día - HESM. Docente titular de la cátedra *Seminario en Acompañamiento Terapéutico*. Carrera de Psicología. FHaYCS - UADER
andreaflory@hotmail.com
- **HAMANN, YASNA**
Lic. en Trabajo Social. Integrante del equipo interdisciplinario de Hospital de Día - HESM
yakkhe@hotmail.com

- **MONTINI, ADRIANA**
Lic. en Servicio Social. Integrante del equipo interdisciplinario de Hospital de Día - HESM. Integrante de equipos de Centros de Hemodiálisis
admontini@yahoo.com.ar
- **PALLEIRO, LUCINA**
Lic. en Psicología. Integrante del equipo interdisciplinario de Hospital de Día. HESM. Docente de la cátedra *Seminario en Acompañamiento Terapéutico*. Carrera de Psicología. FHAYCS - UADER.
lucinapalleiro@hotmail.com
- **PELLEGRINI, OSCAR**
Médico Psiquiatra y Psicoanalista. Amplia trayectoria en la salud pública santafesina. Participa activamente de los Congresos Internacionales de Salud Mental y Derechos Humanos. U.P.M.P.M. Supervisor del equipo de Hospital de Día - HESM (2004-2007). Médico de sala, jefe de departamento médico y director en la Colonia Oliveros (Santa Fe), en una experiencia de gestión colectiva en salud mental. Coordinación de salud del Programa de protección y acompañamiento a testigos y querellantes en los juicios contra el terrorismo de estado, actuando también como perito técnico para fiscalías y querellas.
oscarpellegrini521@hotmail.com
- **RASTELLI, MARÍA BELÉN**
Lic. en Terapia Ocupacional. Residente de 4º año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. Integrante del equipo interdisciplinario de Hospital de Día - HESM.
mbel_ras@yahoo.com.ar
- **SCHUBERT, JAVIER**
Lic. en Psicología. Especialista en Salud Mental. Integrante del equipo de Hospital de Día - HESM. Docente Lic. en Psicología y Lic. en Psicopedagogía. Facultad de Humanidades "Teresa de Avila" - UCA
javschu@hotmail.com
- **SUÁREZ MELINA**

Técnica en Acompañamiento Terapéutico. Integrante del equipo interdisciplinario de Hospital de Día - HESM.

melayna_340@hotmail.com

- STAFFOLANI, CLAUDIO

Lic. y Prof. de Enseñanza Superior de Filosofía. Especialista en Participación Comunitaria y Promoción del Desarrollo. Especialista y Magister en Metodología de la Investigación Científica. Docente e Investigador de UADER y UNR.

cstafol@hotmail.com

- YONSON, VALERIA

Lic. en Psicología. Integrante del equipo interdisciplinario de Hospital de Día - HESM.

valeriyonson@hotmail.com

- YUJNOVSKY, NATALIA

Terapeuta Ocupacional. Coordinadora del equipo interdisciplinario de Hospital de Día - HESM. Docente de la cátedra *Práctica Profesional IV*. Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNL.

nataliayuj@yahoo.com.ar

