



Odorizzi, Evangelina



Criterios de salud mental en un hospital de día: Una historia de vida institucional del hospital de día, del hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero

Tesis presentada para la obtención del grado de Licenciada en Sociología

Director: Negri, Graciela

Este documento está disponible para su consulta y descarga en [Memoria Académica](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar), el repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata**, que procura la reunión, el registro, la difusión y la preservación de la producción científico-académica éditada e inédita de los miembros de su comunidad académica. Para más información, visite el sitio

www.memoria.fahce.unlp.edu.ar

Esta iniciativa está a cargo de BIBHUMA, la Biblioteca de la Facultad, que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados. Para más información, visite el sitio

www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar

Cita sugerida

Odorizzi, E. (2004) Criterios de salud mental en un hospital de día: Una historia de vida institucional del hospital de día, del hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.493/te.493.pdf>

Licenciamiento

Esta obra está bajo una licencia Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5 Argentina de Creative Commons.

Para ver una copia breve de esta licencia, visite

[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/)

Para ver la licencia completa en código legal, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/legalcode.>

O envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA.

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA.

TESIS DE LICENCIATURA:

“Criterios de salud mental en un hospital de día”

**Una historia de vida institucional del hospital de día,
del hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos,
Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero**

Tesista: Evangelina Odorizzi.
Director: Graciela Negri.
Octubre de 2004.

ÍNDICE.

JUSTIFICACIÓN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	5
DISEÑO Y MÉTODO.....	7
PRIMERA SECCIÓN:	
“Criterios de salud mental...”.....	9
SON CUESTIONES CULTURALES.....	9
SOBRE LA HISTORIA DE LA LOCURA.....	11
Una breve recorrida por el mundo.....	11
En Argentina.....	15
En Buenos Aires.....	17
En la ciudad de La Plata.....	17
SEGUNDA SECCIÓN:	
“... en un hospital...”.....	18
SOBRE LAS INSTITUCIONES TOTALES.....	18
LA HISTORIA DEL HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO EN AGUDOS Y CRÓNICOS. NEUROPSIQUIÁTRICO DR. ALEJANDRO KORN.....	20
LA HISTORIA DEL PUEBLO DE ROMERO.....	24
EL HOSPITAL HOY. SU FUNCIONAMIENTO.....	26
TERCERA SECCIÓN:	
“... hospital de día.”.....	29
LOS COMIENZOS DEL HOSPITAL DE DÍA.....	29
LA HISTORIA DESDE LOS PROTAGONISTAS.....	31
OBJETIVOS Y PROPÓSITOS DEL HOSPITAL DE DÍA.....	36
ESPECIFICACIONES DE LAS ÁREAS QUE LO COMPONEN.....	37
Asistencia técnica.....	37
Capacitación.....	37
Atención familiar y comunitaria.....	37
Talleres de expresión.....	40
Matrices de aprendizaje dentro del ámbito terapéutico....	41
El proceso creador como proceso terapéutico.....	42
FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA.....	45
Un día en el hospital de día.....	45
La admisión al hospital de día.....	46
Cómo se trabaja para el logro de los objetivos.....	46
Descripción física de las instalaciones del hospital de día.....	49
EL TRABAJO CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	53
Los pasantes.....	55
LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DÍA.....	56
Algunos casos concretos.....	57
CONSIDERACIONES FINALES.....	64
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	71

JUSTIFICACIÓN.

El tema del presente trabajo surge de la realización de una pasantía en el Hospital de día, durante el año 1999. Dicho plan llevaba por nombre “Programa de reinserción socio comunitaria y vincular para pacientes con sufrimiento mental; usuarios del hospital de día”. Se conformaba por una serie de talleres de expresión, realizados por la mañana y coordinados por alumnos de ciertas carreras, entre las que estaban los de Sociología. El taller en el que participé, era el de Expresión Plástica, que se llevaba a cabo los días miércoles.

Al término de la pasantía, luego de un año, mi interés por el tema institucional en relación a la salud mental, seguía vigente. Tal vez porque siento que hay mucho por hacer todavía en este campo. Y es acá donde se mezclan las tareas como profesional y los temas pendientes como persona. Porque desde el primer año de la carrera, que en Sociología General estudiamos a Goffman con sus “Internados”, sentí que algo me había conmovido plenamente: el cómo. Cómo la ciencia adelanta y con ella la sociedad, y sin embargo seguimos tratando a la locura y a los locos casi como lo hacían en la época del “Gran Encierro”. Porque todavía existe una definición “animalesca” en el imaginario social del loco. Porque vivimos constantemente con la locura y aún nos cuesta aceptarla y nos empeñamos en definirla más que en acompañarla.

Y porque este hospital de día que conocí, además de admirar su funcionamiento y su metodología de trabajo enfocada hacia la externación; funciona geográficamente aislado de la ciudad, pero casi unido con el más alto exponente de la locura en ella: el hospital general. Donde se interna; donde se calla; donde nadie quiere mirar.

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo tiene la forma de una historia de vida institucional. Tiene por objeto contar, como su nombre lo indica, la vida y la historia del hospital de día que funciona en el neuropsiquiátrico Alejandro Korn, de Melchor Romero.

El título de la tesina es “Criterios de salud mental en un hospital de día”. Quiere significar que la creación de cada institución se corresponde con ciertos criterios culturales sobre el tema. En este caso el de la salud; y la salud mental específicamente. Este hospital de día (HD) maneja criterios de “la locura” tal vez un tanto diferentes a los que estamos acostumbrados. Y esta idea fue la que motivó el trabajo; que se conozca, que se haga ver.

El trabajo comienza con una fundamentación teórica que sustenta la postura que he tomado durante el desarrollo del mismo. Luego contiene una parte referida a la metodología adoptada para el tratamiento de la información. A partir de allí comienza el desarrollo del tema. Para esto, se divide en tres secciones; como así también se divide el título con ellas, dándoles el nombre.

La primera sección, denominada “**Criterios de salud mental...**” trata de definir estos criterios, culturalmente. Luego contempla una parte histórica, en la que se quiere resumir las distintas concepciones de la locura a lo largo de la historia; desde una mirada foucaultiana. Tratando de demostrar cómo los criterios del “loco” van cambiando a medida que cambian las sociedades que los sustentan.

La segunda sección, va particularizándose. Lleva por título “**...en un hospital...**” y, como se verá es la segunda parte de título general. Aquí se tratará el tema de las instituciones, en general, con un aporte de Goffman; y, en particular, el Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn. Se desarrollará la historia del hospital, su fundación, su vida y su actual funcionamiento. Al terminar, se cuenta la recorrida habitual de un paciente cualquiera, con un tono un tanto melodramático; pero que creo, ejemplifica correctamente a lo que refiere.

La tercera sección trata en particular sobre el hospital de día. Por esto se llama “**...hospital de día.**” Cuenta la historia de este dispositivo, sus dificultades, las ideas que lo sustentan, las circunstancias. Contiene una parte histórica desde los protagonistas; y otra mirada un poco más técnica que describe el funcionamiento, objetivos y propósitos. Al final se contempla, a modo de juicio valorativo, si se quiere, la opinión de un terapeuta con respecto a algunos pacientes en particular; donde se cuenta cómo viven el HD.

La intención es, partiendo desde lo más general, arribar en el objetivo particular que da vida a esta tesina: la historia de vida del HD.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Después de haber indagado en distintos autores, navegando en la nave de los locos foucaultiana, hasta casi perderme en la amplitud del tema; consideré que debía acotarlo y delimitar mis objetivos. Propongo, entonces como hipótesis de trabajo la consideración de que el funcionamiento del dispositivo hospital de día, además de novedoso para mi, es sumamente eficiente; o mejor dicho, no se trata de una mayor o menor eficiencia relativa, sino a un cambio de objetivo fundamental: allí donde el paciente llegaba para quedarse, estará ahora el mínimo tiempo posible. Se propone entonces, invertir la dirección funcional del hospicio haciendo aparecer como objetivo general la externación. El interés de mi indagación es entonces, conocer el funcionamiento de dicho dispositivo concreto, su nacimiento, su basamento teórico, sus dificultades. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es conocer el nacimiento de esta institución; describir su funcionamiento, lo que se propone y cómo trata de lograrlo.

Para el tratamiento metodológico me ha sido de mucha utilidad la lectura de Grimson¹ donde plantea su experiencia de un dispositivo similar que pone en funcionamiento en el hospital Estévez, de Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires; al que denomina Centro Piloto.

Por lo tanto, adoptaré para este trabajo, dentro de los instrumentos cualitativos, la construcción de una historia de vida institucional, que; como es sabido, trata de reconstruir la historia desde la perspectiva de los actores, considerando sus experiencias. Para esto utilizaré:

- entrevistas en profundidad a algunos de sus integrantes,
- observación de las reuniones del equipo y días de trabajo,
- lectura de documentos: memorias anuales, reglamentos de funcionamiento y archivos.

Fundamento entonces mi postura desde la psicología institucional que, según Bleger, por psicología de las instituciones no entiende el origen psicológico de las instituciones sociales; ni defiende sólo el carácter subjetivo de las mismas, ni niega el carácter objetivo de ellas, sujetas a leyes de la estructura social y económica de la sociedad. “Por psicología de las instituciones se entiende el estudio de los factores psicológicos que se hallan en juego en la institución, por el mero hecho de que en ella participan seres humanos y por el hecho de la mediación imprescindible del ser humano para que dichas instituciones existan”².

Toda la vida de los seres humanos transcurre en instituciones; pero no me interesa aquí estudiar el papel de las mismas en la estructuración de la personalidad; tampoco el origen y la estructura de las instituciones en relación con los procesos básicos de producción, distribución de la riqueza y control del comportamiento de los seres humanos. Sí me interesa la dinámica que tiene lugar en cuanto al hecho de que cada individuo tiene comprometida su personalidad en las instituciones sociales y se conduce respecto a las mismas como portadores y productores de relaciones humanas y en calidad de depositarias de partes de su propia personalidad.

La institución forma parte de la organización del sujeto. El ser humano encuentra allí un soporte y un apoyo, un elemento de seguridad, de identidad y de inserción social o pertenencia.

¹ GRIMSON, Wilbur. Sociedad de locos. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1972.

² BLEGER, José. Psicohigiene y psicología institucional. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1994. Pág.79.

Desde el punto de vista psicológico, la institución forma parte de su personalidad y la medida en que ello ocurre, tanto como la forma en que ello se da, configuran distintos significados y valores de la institución para los distintos individuos o grupos a que ella pertenecen. “Cuanto más integrada la personalidad, menos depende del soporte que le presta la institución dada; cuanto más inmadura, más dependiente es la relación con la institución y tanto más difícil todo cambio de la misma o toda separación de ella”.³

De esta manera, toda institución no es sólo un instrumento de organización, regulación y control social, sino que al mismo tiempo es un instrumento de regulación y de equilibrio de la personalidad. De la misma manera en que la personalidad tiene organizadas dinámicamente sus defensas, parte de éstas se hallan cristalizadas en las instituciones.

Por esto, si bien la institución tiene una existencia propia, externa e independiente de los seres humanos individualmente considerados, su funcionamiento se halla considerado no sólo por las leyes objetivas de su propia realidad social, sino también por lo que los seres humanos proyectan en ella.

³ Op Cit. pág. 80.

DISEÑO Y MÉTODO.

Las historias de vida han tenido una vida azarosa en la historia de las ciencias sociales. Durante la década del cincuenta y comienzos de los años sesenta, daba la impresión de que la historia de vida como técnica, con la excepción de su uso en psicología clínica, estaba muerta. La técnica se hallaba entonces demasiado asociada con la imprecisión, con la subjetividad y hasta con cierto romanticismo de una ciencia social perteneciente a un pasado aparentemente remoto y superado. En esos años se identificaba con dos corrientes: Por un lado, con la antropología europea y norteamericana que trataba de registrar con lujos de detalles la forma de vida de grupos o sociedades. Por otra parte, con la sociología de la época de oro de la escuela de Chicago, donde se la usó para registrar los detalles y percepciones de los participantes del proceso de industrialización y urbanización en los Estados Unidos.

A partir de aquel entonces, los sociólogos se habían volcado masivamente a usar técnicas de recolección de datos aparentemente más sofisticadas y habían adquirido una preocupación casi obsesiva con los problemas de confiabilidad de la información y representatividad de las muestras.

Durante las dos décadas siguientes la ciencia social redescubre el interés por los procesos sociales básicos de la interacción cotidiana; retoma la tradición macro histórico – comparativa marxista y weberiana, se reubica y adquiere mayor conciencia que nunca sobre su propia inserción en la sociedad, y se dirige a ésta no sólo como objeto de estudio sino como receptor básico de sus mensajes. Es una ciencia social renovada, aún cuando conviva en forma más o menos incómoda con las tendencias formalizadoras – cuantificadoras – experimentales existentes contemporáneamente. Estos cambios en la ciencia social contemporánea incidieron en las preferencias por objetos teóricos y objetivos prácticos, haciendo posible nuevos usos de las historias de vida.

Esta forma de utilizar historias de vida, entonces, va mucho más allá de la reconstrucción de la historia de un agregado social como sujeto pasivo de un torbellino de cambios. Los miembros de dicho agregado, aunque quizás no hagan *la* historia, hacen *su* historia con los elementos que en gran medida les son dados. En este proceso encontramos la sustancia de la interacción entre biografía personal, estructura social e historia.

En particular, esta historia de vida fue tomando forma después de varios encuentros con el Hospital de día. De varias visitas, de muchos recuerdos. Después de varios encuentros con Graciela, quien gentilmente me abrió sus puertas y me ayudó. Algunos quedaron en el grabador y tomaron forma de entrevistas en profundidad. Otros han sido meras charlas o recomendaciones que han quedado en un cuaderno; pero que también están presentes en este producto final.

Además de entrevistar a Graciela, me han brindado datos útiles la secretaria y las enfermeras; con quienes he mantenido algunas charlas.

También he realizado observación participante y no participante, de reuniones y de talleres. Y he leído documentos, fuentes de primera mano, archivos periodísticos y publicaciones del hospital. Además de recorridas y descripciones propias de los lugares.

Según Sautu, en la reconstrucción del trascurso de la vida es necesario encontrar hitos analíticos alrededor de los cuales sistematizar los datos y elaborarlos mediante la aplicación de un esquema integrador. El informe de una investigación recoge los resultados; para ello los datos son sistematizados y analizados. No existe una receta única sino prácticas construidas en la investigación, las que responden a los requerimientos planteados en el objetivo del estudio. Los datos cualitativos se sistematizan haciendo uso del análisis temático, que consiste en la generación inductiva de núcleos temáticos.

Para la construcción de esta historia he partido del planteo de algunas dimensiones que me han servido de guía, por lo menos en su fase inicial. Ellas se denominaban:

Hospital general; justificación del HD (teoría, basamento y objetivos); funcionamiento del HD; nacimiento del HD (su parte histórica); relaciones con el personal: enfermería, médicos y psiquiatras, psicólogos, pasantes; descripción del lugar físico; pacientes (quiénes acuden, cómo diagnóstico, tratamiento).

Con este criterio fue analizada la primer entrevista que tuve con Graciela. Con el sucesivo manejo del material y la interiorización cada vez con más profundidad en el tema, fui depurando algunas de estas dimensiones, redefiniéndolas, agrupándolas y creando nuevas. Algunas han quedado como títulos y temas tratados aparte. Otras han quedado disueltas o agregadas. Pero no puedo negar que el haberlas planteado me ha sido de gran utilidad y organización. Ya que, desde el principio he discernido los temas que consideré importantes para que se conozca esta institución y su manejo. Y, aunque cambiando tal vez un poco la forma, el contenido siguió siendo casi el mismo.

La bibliografía específica para el manejo metodológico del método escogido ha sido la siguiente; que creo conveniente citar por separado de la bibliografía consultada general:

ANGELL, Robert. "El uso de documentos personales en Sociología". En BALÁN, Jorge, compilador; Las historias de vida en ciencias sociales. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

BALÁN, Jorge y JELIN, Elizabeth. "La estructura social en la biografía personal". Estudios Cedes. N.9. Buenos Aires. 1979.

BECKER, Howard. "Historias de vida en Sociología". En BALÁN, Jorge, compilador; Las historias de vida en ciencias sociales. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

BERTAUX, Daniel. "Los relatos de vida en el análisis social". En Historia y Fuente Oral. N.1. Instituto Nacional de Historia. Barcelona. 1989.

HAMMERSLEY, Martyn y ATKINSON, Paul. Etnografía. Métodos de Investigación. Editorial Paidós: Buenos Aires, Barcelona, México. 1994. (capítulos 1, 8 y 9)

SAUTU, Ruth. "Estilos y prácticas de la investigación biográfica". En SAUTU, Ruth, compiladora. El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores. Editorial de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires. 1998.

PRIMERA SECCIÓN: “CRITERIOS DE SALUD MENTAL...”

SON CUESTIONES CULTURALES.

El problema del sufrimiento humano se plantea siempre como un intenso desafío: tanto en lo que respecta a la capacidad de discernimiento y comprensión, como a las posibilidades de decisión y acción. “A pesar del profundo desasosiego que genera toda situación que limita con el dolor, o quizás por ello mismo, necesitamos dar con respuestas aunque no podamos escapar a la presencia recurrente del sufrimiento pues parece ser parte de la propia experiencia del vivir. Pero darnos la oportunidad de enfrentarlo abiertamente puede ser el primer paso para iniciar la búsqueda de algo que otorgue aún más sentido al dolor. Y a nosotros mismos”.⁴

El sufrimiento humano aparece de muy diversas formas, y nunca de una sola textura. Es obstinadamente escurridizo. Eso hace que no se pueda contar con pautas fijas, ni siquiera con perspectivas unificadas para enfocarlo. El acto mismo de nombrarlo, de darle sentido en los referentes generales de una visión de la realidad, es extraordinariamente variable. Depende, en términos amplios, del enlace entre la experiencia social y su pauta cultural. Si aceptamos la diversidad en las representaciones de la salud y la enfermedad, así como de los esquemas conceptuales y las prácticas consecuentes; esta diversidad no estará aislada. Cada cultura da marcos de comprensión específicos y circunstanciados para significar los distintos hechos vitales: entre ellos, la vida, la muerte, la salud, la enfermedad.

La elaboración de un criterio de salud es un punto de partida posible para la caracterización y evaluación de estructuras asistenciales, situaciones institucionales y en la formación debida de los agentes de salud.

Al analizar las distintas categorías utilizadas por las ciencias del hombre para abordar el problema de la “salud” y “enfermedad”, de “lo normal” y “lo patológico”, nos parece entrar en un terreno esquivo, ambiguo, lleno de indefiniciones o definiciones contradictorias.

El análisis de los distintos criterios y definiciones de la salud y de las formas de organización y asistencia que aquéllas inspiran o justifican nos remite a sus condiciones históricas, económicas y políticas. Toda teoría de la salud y la enfermedad implica y reenvía una concepción del sujeto, del mundo y de la historia que lo fundamenta.

La norma de comportamiento, el criterio que permite establecer si la conducta de un sujeto es “adaptada”, “normal”, “correcta”, “ordenada” o “patológica” y “desviada”, está emparentada con: primero, con un sistema de representaciones y segundo, con una infraestructura de relaciones sociales legitimadas a su vez en ese sistema de representaciones; que orienta las expectativas sociales y las encuadra.

El criterio de salud, la norma que evalúa la forma de “aprehensión” de la realidad, es funcional al sistema de relaciones sociales. Quien rompe alguna de estas normas, jurídica, de salud, o estética, entre otras; ligadas por su origen común (las relaciones sociales) y una función

⁴ ARRUE, W. y KALINSKY, B. De “la médica” y el terapeuta. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1991. Pág 14.

compartida (el control social), se hace acreedor, en nuestro sistema, de la misma sanción social: la marginación y la descalificación sistemática de sus actos y pensamientos.

Si entendemos en términos generales a la locura como un recorte de la amplia problemática relacionada al sufrimiento humano; la reclusión en el hospicio será, de hecho, una forma concreta que asume esa sanción.

SOBRE LA HISTORIA DE LA LOCURA.

Una breve recorrida por el mundo:

En la Edad Media, con la caída de las culturas griegas, romanas y el advenimiento de la Europa Medieval, el enfermo mental se consideró poseedor de un alma mal dirigida y era tratado por los clérigos. Se creía en una alteración de los poderes físicos del hombre bajo el efecto de una intervención demoníaca.

Durante este período, el tratamiento humanista se sustituyó por una mezcla de supersticiones, astrología y rituales mágicos. En 1487, después que una gran parte de Europa se había visto asolada por la enfermedad, el hambre y la peste, dos monjes dominicanos del norte de Alemania, Sprenger y Kramer, publicaron el *Malleus Maleficarum*, un tratado que señalaba métodos precisos para juzgar y torturar a las supuestas brujas. Los diversos métodos para exorcizarlos incluían quemaduras en la hoguera, asfixias, estrangulaciones, decapitación y cirugías cerebrales. A los enfermos no detectados, los mantenían prisioneros sus familiares en sótanos y áticos; y muchos otros se abandonaban para que vagaran hasta que adquirieran un aspecto de posesión demoníaca.

Se creía que, de entre todos los espíritus; Satán elegía por predilección y facilidad a los más frágiles, a aquellos cuya voluntad y piedad eran menos fuertes. En primer lugar a las mujeres, inconstantes en razón de su complejión, de creencias poco firmes, impacientes, por no poder regir sus afectos. Después a los melancólicos, quienes igualmente por alguna pérdida o por cualquier otra cosa, entristecen ligeramente, sometiéndose mediante irritación o tristeza. Y por último, a los insensatos. El diablo, sin trastocar en nada ese orden natural sobre el que tiene poder, sabe por tanto, obtener provecho de las debilidades y de los defectos que ese orden puede provocar en las almas y apropiarse así de ellas.

Se pasa así de un orden del mundo, en el que el diablo está sometido, a los desórdenes de un alma que, a su vez, él somete. El *Malleus* no decía otra cosa cuando afirmaba que el demonio se beneficiaba de que “el cerebro fuese la parte más húmeda del cuerpo y de la influencia de la luna que excita en él los humores”⁵.

Durante el Renacimiento fueron cambiando un poco estas actitudes. La figura más simbólica que aparece como objeto nuevo en el paisaje imaginario del Renacimiento es la *Nef des Fous*; la nave de los locos. Un extraño barco ebrio que navegaba por los ríos tranquilos de Renania y los canales flamencos, transportando de una ciudad a otra sus cargamentos insensatos. Los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia errante. Es que, de una manera general, la locura no se encontraba ya unida al mundo y a sus fuerzas subterráneas; sino más bien al hombre, a sus debilidades, a sus sueños y a sus ilusiones. Todo lo que tenía la locura de oscura manifestación cósmica, ha desaparecido en esta época. La locura ya no asecha al hombre; se insinúa en él o, más bien, constituye una relación sutil que el hombre mantiene consigo mismo.

⁵ *Malleus Maleficarum*, pág.40. Citado por Foucault en La vida de los hombres infames. Editorial Altamira. La Plata. 1996. Página 15.

A mediados del siglo XVII, Jean Weyer publicó su tratado donde atacaba a la demonología para muchas enfermedades mentales. A través de su experiencia clínica describió una gran cantidad de entidades diagnosticables y sintomáticamente asociadas, las cuales incluían psicosis tóxica; epilepsia; psicosis senil; pesadillas; delirios; paranoia y depresión. Este trabajo de Weyer se consideró que era muy adelantado para su época, lo que provocó rechazo en la mayoría de sus contemporáneos, llegando a acusarlo de ser él mismo un brujo y un mezclador de venenos, por haber siempre defendido a las brujas y envenenadores.

El debate que a esta altura tiene lugar entre Sprenger y los argumentos de Weyer, no cuestiona la existencia del demonio ni su presencia en los hombres; sino que únicamente se plantean sus modos de manifestación, la forma en que su acción se transmite o se oculta bajo las apariencias. No existe pues un conflicto entre lo natural y lo sobrenatural, sino una difícil polémica sobre las modalidades de verdad de la ilusión. Weyer defiende que de todas las facultades del alma, la imaginación es la más material; o mejor dicho, en ella es donde a cada instante se opera el paso del cuerpo al alma y del alma al cuerpo. Por lo tanto, este poder, limitado al espacio de la imaginación, se encuentra por ello mismo reduplicado en profundidad. Puede engañar así no sólo a sus víctimas y a sus cómplices, sino incluso a aquellos cuya piedad debería hacerlos más resistentes a sus tentaciones. Creer en la realidad de todos esos poderes físicos es una forma más de someterse a Satán. E, inversamente, negar las modificaciones físicas, dado que las operaciones que produce son imaginarias, es ser víctima de los engaños del demonio. De todas formas este imperio triunfa y no hay forma de salir de lo demoníaco: cuando uno lo persigue para condenarlo, se reafirma; y si se niegan sus poderes físicos, se le favorece.

Paradójicamente, los médicos del siglo XVI, no han liberado de la presencia demoníaca más que a las cosas inanimadas; lo han situado en las vecindades inmediatas del alma, en su superficie de contacto con el cuerpo. Weyer, al igual que otros contemporáneos suyos como Molitor o Erastus, han inscripto los poderes físicos bajo la forma de la imaginación; enraizando lo demoníaco en el cuerpo. “Es esta operación la que mucho más tarde, permitirá una reducción de tipo naturalista que no se producirá, no obstante en el siglo XVI, en una época en la que lo imaginario no es lo existente, ni el cuerpo, ni la naturaleza”.⁶

El desarrollo del saber médico en el siglo XVI no está ligado a la sustitución de lo sobrenatural por lo patológico, sino a la aparición de los poderes de trasgresión del cuerpo y de la imaginación. Médicos como Molitor o Weyer no han podido naturalizar lo demoníaco bajo forma de enfermedad; ellos hicieron del demonio un médico sutil capaz de doblegar los cuerpos a sus engaños y de imponerles la falsa imagen de sus poderes. La prueba de ello se producirá en el siglo XVII, cuando se obligará a sufrir el mismo tipo de exclusión, en el internamiento, a los visionarios, a los fanáticos, a los insensatos, en fin, a todos aquellos que se imaginan y equivocan.

Tal es así que el siglo XVII mostró un creciente interés en los fenómenos psicológicos, pero las instituciones no evidenciaban mejoría en el tratamiento del enfermo mental, siendo aún los monasterios las primeras instituciones que recibieron enfermos mentales. La locura, cuya voz había liberado el Renacimiento, será reducida al silencio en la época clásica.

⁶ Foucault, M. Op. Cit. Pág.18.

En el camino de la duda, Descartes encuentra a la locura al lado del sueño y de todas las formas del error. Así el peligro de la locura ha desaparecido del ejercicio mismo de la razón.

En esta época, la nave de los locos atraca en el hospital. Se sabe bien que en el siglo XVII se han creado grandes internados, indicando que aquél era el lugar natural para la locura.

El primer asilo europeo se fundó en España, Valencia, en 1409. Más tarde se construyeron cinco hospitales más en otras ciudades españolas. En 1656, con la creación del Hospital General de París, los locos comienzan a encerrarse como regla y, aunque no mejora el tratamiento, la locura comienza a percibirse como un problema y una enfermedad. En este edicto del 27 de abril de 1656 que hacía nacer al Hospital General, comienzan a delinearse los primeros momentos del “gran encierro”. Desde el principio, la institución se proponía tratar de impedir la mendicidad y la ociosidad como principales fuentes de todos los desórdenes. De este modo, el Hospital General no tiene el aire de ser un simple refugio para aquellos a quienes la vejez, la invalidez o la enfermedad les impide trabajar. Tiene no sólo el aspecto de un taller de trabajo forzado, sino también el de una institución moral encargada de castigar, de corregir una cierta ausencia moral que no podría ser reformada sino por la severidad de la penitencia. El hospital General tiene un estatuto ético.

Lo que caracteriza al siglo XVII no es que haya avanzado por el camino que conduce al reconocimiento del loco y por allí al conocimiento científico. Por el contrario, lo distingue con menos claridad, lo ha reabsorbido en una masa indiferenciada. El loco de esta época, encerrado junto a los venéreos, los homosexuales y libertinos, ha perdido los indicios de su individualidad, se disipa en la indiferenciación de la sinrazón.

A lo largo del siglo, se ha producido no sólo la evolución de las instituciones, sino una alteración de la conciencia de la locura representada en asilos, internados, prisiones y correccionales. La locura se convierte así en un asunto de sensibilidad social al colocarse al lado del crimen, del desorden y del escándalo. Por lo tanto el aislamiento de la locura no es tanto de la ciencia médica, como de una conciencia social susceptible del escándalo.

Durante el siglo XVIII se descubre la necesidad de dar a los enfermos mentales un régimen especial. En 1744, una ley del parlamento de Inglaterra estableció normas para la atención del paciente mental. Bajo esta influencia, en la América colonial de 1756, aparece el primer hospital que tenía como principio subyacente el tratamiento del alienado.

El afán de los clasificadores del siglo XVIII significa la transferencia de los desórdenes de la enfermedad al orden de la vegetación. El orden de los botánicos y las enfermedades se reparten según un orden y en un espacio que son los de la razón misma. Lo demuestran en sus tratados los científicos como Boissier de Sauvages (1763 “Nosología médica”); Linneo (1763 “Genera Morborum”) y Weickhard (1790 “Der Philosophische Arzt”). “La enfermedad será obra de la razón y razón de su obra. Obedecerá al orden, y el orden estará secretamente presente como principio organizador de cada síntoma. Lo universal vivirá en lo particular”.⁷

En 1793, Phillipe Pinel, rompió la atmósfera inhumana y los tratamientos comenzaron a mejorar. Médico y director del asilo de alienados de la Salpêtrière de París. Obtuvo permiso del

⁷ FOUCAULT, M. Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica. 7ma reimpresión. México.1998. Tomo I, pág. 297.

gobierno para liberar a los pacientes de sus cadenas para aplicar un tratamiento moral, considerando a la enfermedad mental como un desequilibrio de las pasiones. Para ello, el terapeuta debía tratar al paciente con amabilidad y firmeza, hasta que entrara completamente bajo su control. Esta práctica posibilitó la participación del paciente en diversas actividades dentro de un ambiente estructurado.

Benjamin Rush, considerado el padre de la psiquiatría norteamericana, inventó la silla tranquilizante a la cual se sujetaba el paciente de pies y manos, con la cabeza en una sola posición. Su propósito era reducir la actividad muscular y motora para disminuir la frecuencia cardíaca y el pulso.

Hacia 1800, los hospitales mentales empezaron a evolucionar en sus tratamientos. Es así como se instituye la función del hospital psiquiátrico del siglo XIX; lugar de diagnóstico y de clasificación, rectángulo botánico en el que las especies de las enfermedades son distribuidas en pabellones cuya disposición hace pensar en una gran huerta. Pero también es un espacio cerrado para un enfrentamiento, lugar de lidia, campo institucional en el que está en cuestión la victoria y la sumisión. “El gran médico de manicomio es a la vez quien puede decir la verdad de la enfermedad gracias al saber que posee sobre ella y quien puede producir la enfermedad en su verdad y someterla a la realidad gracias al poder que su voluntad ejerce sobre el propio enfermo. Todas las técnicas o los procedimientos puestos en práctica en los manicomios del siglo XIX – aislamiento, interrogatorio público y privado, tratamientos / castigos tales como la ducha, los coloquios morales (para estimular o amonestar), la disciplina rigurosa, el trabajo obligatorio, las recompensas, las relaciones preferentes entre el médico y determinados enfermos, las relaciones de vasallaje, de posesión, de domesticación, y a veces de servidumbre que ligan al enfermo con el médico –, todo esto tenía como función convertir a la figura del médico en “el dueño de la locura”: el médico es quien la hace mostrarse en su verdad (cuando se oculta, permanece emboscada o silenciosa) y quien la domina, la aplaca y la disuelve, tras haberla desencadenado sabiamente”.⁸

Pero parece que todas las grandes conmociones que ha sacudido la psiquiatría desde finales del siglo XIX, ha puesto en cuestión esencialmente el poder del médico y el efecto que producía sobre el enfermo más que su saber y la verdad de lo que decía sobre la enfermedad. Se podría hablar pues de una antipsiquiatría, corriente que atraviesa la historia de la psiquiatría moderna. Con la antipsiquiatría se trata más que de una salida del espacio manicomial, de su destrucción sistemática. Mediante un trabajo interno se trata de transferir al enfermo mismo el poder de producir su locura y la verdad de su locura. En el corazón de la antipsiquiatría está la lucha con, en y contra la institución. Cuando a comienzos del siglo XIX se pusieron en marcha las grandes estructuras manicomiales se las justificaba mediante la existencia de una maravillosa armonía entre las exigencias del orden social – que debía ser protegido frente al desorden de los locos – y las necesidades de la terapéutica – que implicaba el aislamiento de los enfermos –. Para justificar el aislamiento se daban cinco razones fundamentales: 1) asegurar su seguridad personal y la de sus familiares; 2) librarlos de las influencias exteriores; 3) vencer sus

⁸ FOUCAULT, M. La vida de los hombres infames. Op, Cit, pág. 52-53.

resistencias personales; 4) someterlos por la fuerza a un régimen médico; 5) imponerles nuevos hábitos intelectuales y morales. Queda claro que todo es un asunto de poder: controlar el poder del loco, neutralizar los poderes exteriores, imponerle un poder terapéutico y corrector, en fin, una ortopedia. Ahora bien, es contra la institución en tanto que lugar, forma de distribución y mecanismo de esas relaciones de poder, contra el que presenta sus ataques la antipsiquiatría.

“La medicina del siglo XIX creyó que establecía lo que podría denominar las formas de lo patológico, creyó conocer lo que en todos los lugares y en todos los tiempos debería ser considerado como enfermedad, creyó poder diagnosticar retrospectivamente todo aquello que debería haber sido discernido como patológico pese a que se le confirió, por ignorancia, un estatuto distinto.

La medicina de hoy ha llegado a ser conciente de la relatividad de lo normal y de las considerables variaciones a las que se ve sometido el umbral de lo patológico: variaciones que radican en el propio saber médico, en sus técnicas de investigación y de intervención, en el grado de medicalización alcanzado por un país, pero también en las normas de vida de la población, en su sistema de valores y en sus grados de sensibilidad, en su relación con la muerte, con las formas de trabajo impuestas, en fin, con la organización económica y social. En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado”.⁹

En Argentina:

Con la creación de la facultad de Medicina, en 1852, se pensó en un proyecto civilizador pero durante el primer período de la reforma médica, los hospicios continuaron como espacios de reclusión. Se sostenía la intención de separar a los locos del resto de la población. En parte, dado por el aporte discriminatorio de la nosología francesa y por el concepto de locura relacionado con improductividad y rebeldía. En los hospitales generales, las dos terceras partes de los internados eran enfermos mentales crónicos y su reubicación era una exigencia para la asistencia a enfermos orgánicos.

El primer manicomio que se inaugura es el Hospicio de Mujeres en 1854 y nace con un sello ambiguo que mezclará libertad y encierro, pues allí fueron las mujeres que provenían de la cárcel, como las que deambulaban por los suburbios. La vida transcurría en un ambiente que utilizaba el trabajo como medio moral de tratamiento y había un sistema de recompensas por laboriosidad y buena conducta; sin dejar de tener en cuenta el lugar privilegiado que ocupaban las prácticas religiosas con la presencia protagónica de las monjas. En esta concepción se vislumbra la locura como una suerte de pecado del cual se podía sustraer a través de la fuerza de voluntad, el trabajo y la oración. Durante años la función médica quedó reducida a una breve visita. En los 20 años que siguieron, el número de internas creció considerablemente; ya que de 60 en 1854, ascendió a 461 en 1878. Aceleración paralela a una mortalidad del 20%.

⁹ FOUCAULT, M. Op Cit. Pág 21.

En 1858 se construye el Hospital General de Hombres; con la misma concepción, metodología y tratamiento que el anterior; ubicado cercano al de mujeres y se inaugura en 1863 con 123 internados, siendo su capacidad para 120.

La creación de los manicomios en la capital, responden a iniciativas y jurisdicciones distintas en hombres y mujeres. El hospicio de Mujeres dependía de la Sociedad de Beneficencia, mientras que el Hospital General de Hombres, de la Municipalidad. Éste será el comienzo de una separación que se mantendrá por muchos años.

En líneas generales, durante el siglo XIX; la noción de enfermedad mental y la intervención del médico, transforman el marco inicial de una filantropía cristiana hacia un ordenamiento positivista que trata de poner orden en esa población realizando relevamientos de enfermos periódicamente y examinando el total de curaciones sobre la totalidad de enfermos, lo cual deriva en una observación metódica de la evolución de cada paciente. Esta práctica nos habla también de su momento histórico.

La medicina mental tiende a organizarse independientemente dentro del campo de la medicina general, publicando sus propios escritos y creando asociaciones, también las ligadas a los hospicios.

El manicomio aparece como un banco de prueba en el que pueden elaborarse recursos de control que la ideología higienista permite difundir y se prepara una medicina mental política que se hace cargo de las cuestiones de orden público necesarias para un buen gobierno de las masas.

Pinel inaugura un nuevo camino en lo referente a la medicina mental. Será seguido por Alejandro Korn y José Ingenieros. Mientras que el método anatomopatológico busca la sede orgánica de la enfermedad; la medicina mental busca los síntomas por orden de aparición. Entre el síntoma y el tratamiento, el campo de la locura sufre una transformación que permite la percepción del reintegro de la razón: El chaleco de fuerza consagrado por Pinel, constituye una herramienta importante en la reforma asilar. Esta forma de represión hacia adentro del cuerpo no impide el desplazamiento y permite ser llevado a la luz para estudiarlo.

Esta modalidad de la contención del chaleco permite la prevención, evitando agresiones y tumultos. Las reincidencias exigen agresiones más severas pero siempre acompañadas del poder sugestivo de la palabra. El espacio asilar tiende a parecerse a una gran casa de familia, según el modelo patriarcal siguiendo un orden jerárquico. El orden en la institución es esencial para las observaciones exactas, por ello se comienza a convivir con los internos y aparecen las causas morales de la locura. La secuestación, el aislamiento del medio exterior, es una condición del tratamiento moral y hace ocupar al manicomio ese lugar de la familia virtuosa y verdadera.

Ya en los albores del siglo XX sigue perdurando la lógica de la exclusión, de la desviación, del encierro y de la segregación del diferente. Según Grimson, la psiquiatría tradicional argentina no tiene a dónde dirigirse. Asustada del psicoanálisis, al que por otra parte ignora totalmente; desconocedora de los adelantos en psiquiatría social; ausente de la comprensión de la investigación, no está preparada para realizar una tarea renovadora. “Su mentalidad es, antes que la de la preocupación científica o la salud pública, la de una psiquiatría

clasificatoria más emparentada con la literatura que con la realidad. Tiene las disposiciones y capacidades para cumplir su papel de *policía de la imaginación* y provocar la marginación social de una proporción importante de habitantes”.¹⁰

Con cada nuevo hospital, crecen a la vez que declaraciones de grandes propósitos; el hacinamiento en un espacio que, de modelo de la organización soñada, se contamina con la propia marginalidad que contiene.

A la vez, una distinción de los internos tranquilos y capaces de trabajar, va a instaurar una categorización valorativa del paciente colaborador, que sirve a una jerarquización interna del espacio asilar. Antes que cualquier consideración terapéutica, el trabajo de los asilados es una exigencia de sobrevivencia institucional. Después, el tratamiento moral va a imponer a ese “loco colaborador” como modelo de salud que enarbola la equivalencia de laboriosidad y obediencia con la razón recobrada.

En Buenos Aires:

En los asilos de Buenos Aires pasarán años hasta que el espacio de reclusión se convierta en un espacio de despliegue de la locura.

En 1889, se inaugura la Colonia Nacional de Alienados Open Door. El objetivo de esta institución es iniciar un sistema psiquiátrico de puertas abiertas. Su realizador fue Domingo Cabred, quien establece un peculio para los que trabajan en los talleres del establecimiento, combinando en el tratamiento orden y beneficio económico. Este sistema se basa en el establecimiento de un orden material e interno que tiende a dar el aspecto de un pueblo, a proporcionar libertad y a hacer del trabajo un elemento importante en el tratamiento moral. Se da mayor amplitud a las faenas al aire libre, dotando a las colonias y asilos de tierras cultivables.

En la ciudad de La Plata:

Mientras tanto, en la recién trazada ciudad de La Plata, se iba constituyendo el actual Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos Neuropsiquiátrico “Dr. Alejandro Korn”.

SEGUNDA SECCIÓN: “...EN UN HOSPITAL...”

SOBRE LAS INSTITUCIONES TOTALES.

¹⁰ GRIMSON, W. Sociedad de locos. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1972. Pág.58.

Para hablar sobre las instituciones, creo necesario en primer lugar revisar, desde una perspectiva sociológica, las principales ideas expuestas por Irving Goffman.

Se llaman instituciones a los establecimientos sociales donde se desarrolla regularmente determinada actividad. Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros; tiene, en síntesis tendencias absorbentes. Esta tendencia absorbente y totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y el éxodo de sus miembros. Toma forma material en: altos muros, puertas cerradas, alambres de púa que rodean. Goffman llamará a este tipo de establecimientos instituciones totales. Y ubicará a los hospitales psiquiátricos, en su categorización como una institución total “erigida para cuidar a aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además, una amenaza involuntaria para la comunidad”¹¹.

El hecho clave de las instituciones totales consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de los conglomerados humanos. A quienes se les confía la supervisión es a un personal cuya actividad específica no es la orientación, sino la vigilancia: ver que todos hagan lo que se les ha dicho claramente que se exige de ellos.

Hay una escisión básica entre un gran grupo manejado, los internos; que estereotípicamente suelen sentirse inferiores, débiles, censurables y culpables, y un pequeño grupo supervisor que, socialmente integrado con el afuera, se siente superior y justo. La conversación entre ambos grupos suele restringirse, como así también el paso de la información. Es característico mantener a los internos en la ignorancia de su propio destino, y esta exclusión proporciona al personal una sólida base para guardar las distancias y ejercer su dominio sobre los internos.

Desde los internos, estar afuera o encerrado no tiene ningún sentido, sino en oposición a la idea de estar afuera o libre. En este sentido, las instituciones totales crean y sostiene una tensión particular entre ambas circunstancias y usan esta tensión como palanca estratégica para el manejo de los hombres.

El interno llega a la institución con una concepción de sí mismo y las disposiciones sociales que la hicieron posible. Apenas entra, de le despoja del apoyo que éstas le brindan; comienzan una serie de depresiones, humillaciones y degradaciones del yo. La barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo; asegurando un profundo corte que aislará los roles del pasado con la actual programación total del tiempo y las necesidades, y su consecuente despojo de ese rol.

El procedimiento de admisión y los tests de obediencia pueden caracterizarse como una despedida. Y como un comienzo. Señalado por la desnudez física y el desposeimiento de toda propiedad. Al ingresar, probablemente se le despoje de su acostumbrada apariencia, así como de los instrumentos y servicios con que la mantiene, sufriendo así una desfiguración personal. Pero, para sustituir esos efectos personales, hace entrega de otros objetos de grosera calidad, de ropa que no corresponde a su talle, siendo en general, prendas viejas. Con estas actitudes se viola, en primer lugar la intimidad que el interno guarda sobre sí mismo.

¹¹ GOFFMAN, Irving. Internados. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1996. Introducción. Pág.15.

Durante el proceso de admisión, los datos concernientes al pasado y a su conducta, se recogen y registran en un legajo, o historia clínica, que queda a disposición del personal; imprescindible ante cualquier movimiento y que adquiere una especie de identidad documental.

La situación de inferioridad de los internos con respecto a la que ocupaban en el mundo exterior, establecida inicialmente a través de los procesos de despojo, crea una atmósfera de depresión personal que los agobia con el sentimiento de haber caído en la desgracia.

“...las instituciones totales no reemplazan la peculiar cultura propia del que ingresa, por algo ya formado; confrontamos algo más restringido que una aculturación o asimilación. Si algún cambio cultural ocurre efectivamente, derivará tal vez de la eliminación de ciertas oportunidades de comportamiento y la impotencia de mantenerse al día con los cambios sociales recientes en el exterior”¹².

De ahí que, si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado desculturación; o sea un desentrenamiento, una pérdida para adquirir los hábitos que corrientemente se requieren en la sociedad en general, que lo incapacita temporariamente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a él y en el momento que lo haga.

Según sus declaraciones oficiales, las instituciones totales se ocupan de la rehabilitación del interno; o sea, de reparar sus mecanismos autorreguladores. En realidad, este pretendido proceso, rara vez se cumple. La ansiedad ante la idea de salir, no se siente con ganas ni con fuerzas para asumir la responsabilidad de la que fue liberado.

Es que la desculturación y la estigmatización, hacen que al volver al mundo exterior se encuentre una fría acogida, hasta a veces imposible.

¹² Op. Cit. Pág. 26.

LA HISTORIA DEL HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO EN AGUDOS Y CRÓNICOS. NEUROPSIQUIÁTRICO DR. ALEJANDRO KORN.¹³

La historia del hospital Melchor Romero es parte fundamental del entorno histórico, en el contexto nacional, local y provincial. Tal es así que su origen, su construcción, su diseño, tienen que ver con ese momento crucial en la historia de Argentina, que es la capitalización de la ciudad de Buenos Aires, en 1880, luego del enfrentamiento civil de ese año, y como consecuencia de él. La provincia de Buenos Aires quedaba sin su ciudad capital y una nueva sede para los poderes públicos debía surgir. Le fue delegada al entonces gobernador Dr. Dardo Rocha la tarea de fundar una nueva ciudad, la ciudad compromiso, novedosa en la concepción, en su filosofía urbanística, símbolo de la modernidad, en ser hecha expresamente para capital provincial. Se ordenó fundar la ciudad sobre los terrenos altos, cuyo ejido sería de 6 leguas cuadradas. Así nació La Plata, proyectada en 1880 y fundada el 19 de noviembre de 1882.

A principios de 1883 estaban iniciadas la mayor parte de las obras, siendo ocupadas ya en 1884. La instalación definitiva de los poderes públicos en La Plata se realizó el 15 de abril de 1884, fecha en que la construcción de los edificios estaba ya bastante adelantada, permitiendo el primer contingente de empleados.

Ya en esa fecha, el censo de la ciudad y sus alrededores arrojaba la cifra de 10407 habitantes.

El hospital:

Con fecha del 21 de julio de 1882 la Cámara de Senadores sanciona el proyecto de ley sobre la construcción de edificios públicos, autorizando al Poder Ejecutivo a invertir diferentes sumas; y nombrando una comisión para la construcción de los edificios del Consejo de Higiene y Vacuna, Hospital y Casa de Dementes.

El 20 de octubre de 1883 la Honorable Legislatura de la Provincia sancionó una ley disponiendo la construcción de un Hospital Barraca para hombres y mujeres, con el nombre de Melchor Romero. Resolvióse que no sería emplazado en la planta urbana sino en las tierras fiscales ubicadas a 10 km al oeste de la nascente ciudad. Ya que, en mayo de ese mismo año, tierras cercanas, habían sido destinadas para la estación Melchor Romero del Ferrocarril Oeste. Es decir, que antes que el hospital Melchor Romero, existió la estación ferroviaria, que se librara al servicio público en julio de 1884, con un ramal desde Ringuelet hasta el actual Coronel Brandsen, pasando por la aludida estación Melchor Romero.

¹³ Esta historia es la síntesis de dos boletines editados por el hospital:

- Jornadas Horacio Inchauspe. Primeras jornadas científicas de salud del hospital Dr. Alejandro Korn. Realizadas el 3 y 4 de octubre de 2002.

- Los Primeros 100 años. Breve reseña histórica, editada en 1984.

Como se podrá apreciar ésta es “la historia oficial” que se cuenta sobre el hospital. El lenguaje utilizado es casi textual al usado en las publicaciones. Quien conozca o haya pasado aunque sea por la puerta de este neuropsiquiátrico o por cualquier otro, podrá concluir que esta forma de narrar la historia no está más que llena de méritos casi irreales. Estas ideas quedarán fuera de mis conclusiones, ya que es un hecho generalizado siempre que existan dos voces para contar una historia.

La obra hospitalaria se emprendió de inmediato mediante la construcción de barracas de madera, de ahí su primitivo nombre. Seguía el modelo de uso de entonces, aplicado en la guerra de secesión norteamericana y recomendado para la guerra franco-prusiana. Se preveía cada 10 años la destrucción de las barracas por el fuego, para impedir la cronicidad de la infección hospitalaria. Y, por otro lado era el tipo de construcción rápida que se utilizó para diversas obras en la fundación de La Plata.

Estaba previsto que el hospital poseyera un extenso terreno aledaño para llevar a cabo su explotación agrícola, otorgándosele inicialmente alrededor de 80 hectáreas de tierra. El hospital debería tener un área para enfermos generales (con secciones para hombres, mujeres y niños) y otra para pacientes psiquiátricos divididos, según la descripción de la época, en “dementes tranquilos”; “agitados”y “mujeres”. Se preveía una capacidad total de 200 camas y flexibilidad para aumentar su número con otras construcciones.

De esa manera por decreto de fecha del 24 de abril de 1884 firmado por el Dr. Dardo Rocha y Faustino Jorge (Ministro de Obras Públicas), se habilitaba el “Hospital Barraca”, ya con el nombre de Melchor Romero. Según lo expresan los primeros artículos del referido decreto, destinado a “atender los enfermos pobres de solemnidad, sean hombres, mujeres o niños, atacados de enfermedades comunes o de demencia”. El artículo 3 del mismo decreto autoriza el siguiente personal: un médico director general; dos médicos internos; un encargado de entradas, tenedor de libros y cajero; un ecónomo; un farmacéutico; un encargado de la ropería y despensa; dos mucamos; un carrero; un carpintero; un lavadero; un cabo de sala; dos asistentes; un mayordomo de dementes; un mayordomo de la chacra y cuatro peones.

El establecimiento permaneció como Hospital General hasta alrededor de 1889, año en que se habilitaba el hospital de la Misericordia.

Los primeros pacientes alienados fueron 30 dementes trasladados desde el hospicio de las Mercedes de la Capital Federal. En el hospital se halla la lista manuscrita de los primeros 14 pacientes trasladados a partir del 3 de mayo de 1884 donde consta nombre y apellido, fecha de traslado, diagnóstico y procedencia del paciente. Se pueden leer diagnósticos como delirio de las persecuciones, monomanía religiosa, demencia crónica y hasta un diagnóstico de alcoholismo agudo. En ese año, en 1884, el establecimiento tuvo a cargo 259 internados.

Y así seguían llegando al establecimiento pacientes no sólo de La Plata sino de toda la provincia, estando ya, en ese momento, sobrepoblado.

Ya desde sus comienzos, y dada la extensa superficie asignada, el hospital podía servir para el autoabastecimiento de gran cantidad de productos de granja: se estableció un criadero de aves, se sembraba, existían vacunos para el consumo, vacas lecheras, siendo todos estos servicios de granja prestados por enfermos mentales que pudiesen desempeñar esas tareas. Esto habla bien a las claras que el Hospital de Melchor Romero fue el primer hospital de puertas abiertas del país.

La gran demanda hizo que se fueran construyendo ampliaciones y edificándose colonias distantes del edificio principal.

Y así se suceden varios directores con el transcurso de los años hasta que el 2 de noviembre de 1897, el gobernador de la provincia de Buenos Aires, Dr. Guillermo Udaondo, le confía la dirección del Hospital Melchor Romero al Dr. Alejandro Korn, quien la ejercerá hasta julio de 1916, es decir casi 20 años dedicados al Hospital para observar, comprender y amar al enfermo mental.

Su primer informe, dirigido al Ministerio del Interior por intermedio del Presidente del Consejo Superior de Higiene, está referido a las condiciones en que encuentra al Hospital:

“Aquellos no es Hospital, hospicio, manicomio ni colonia. Es sencillamente un depósito de locos de ambos sexos, donde no se lleva tratamiento alguno, no puede seguirse una medicación dada o apropiada. Allí no hay clasificaciones patológicas, no existen separados sino los sexos. La manía parcial, el delirio bajo todas sus formas, la melancolía, los impulsos, la imbecilidad, todo se confunde y todo se junta en un solo patio, dormitorio o comedor, haciendo imposible todo tratamiento y toda esperanza de mejoría. Es tan malo y tan rudimentario aquello, que puede decirse, que estamos retardados más de un siglo, dando a los locos el abrigo, la vida material, pero no el tratamiento, que ni se ha ensayado. Aquí se recogen los locos, pero no se curan”. Esto lo escribió en 1897.

Conocía al Hospital en sus más ínfimos detalles. En un informe con fecha del 8 de febrero de 1899 deja constancia de lo siguiente: “se construyó el comedor para el manicomio de hombres, que por primera vez ha permitido a los alienados comer bajo techo y que constituye un refugio contra la intemperie y los calores, del cual carecían antes. En el servicio de los enfermos comunes se ha habilitado una sala más y se han refaccionado las otras. Hemos instalado una modesta sala de operaciones que ha permitido llenar las exigencias del servicio quirúrgico. El surtido de la farmacia ha sido completado. Se adquirieron 80 camas nuevas y las existencias de las salas han sido aumentadas notablemente. Se estableció la comunicación telefónica con la ciudad. La cocina, cuyo estado era lamentable, ha sido renovada en su totalidad. Se construyó un espacioso granero que era imprescindible para el depósito de las cosechas. Instalamos un criadero de aves y se ha mejorado el servicio de la lechería. Especial atención han merecido los trabajos agrícolas y tenemos actualmente 30 hectáreas ocupadas con distintos cultivos”.

Instituyó el sistema de laborterapia y fundó las primeras 6 colonias agrícolas. El concepto de colonia agrícola para la rehabilitación de pacientes alienados era innovador, dentro de dicha práctica y en nuestro país, cuando comenzaron a construirse en el hospital Melchor Romero, sobre el límite de los siglos XIX y XX.

Además, el Dr. Korn, hizo construir el pabellón “Lombroso”destinado a albergar alienados delincuentes, delincuentes que se tornaban alienados y acusados de hechos criminales sobre cuyo estado mental corresponde informar a la justicia. También hizo construir el pabellón “Meléndez”e importantes ampliaciones en el pabellón “Charcot”.

Así termina el período de dirección de Korn, sucediéndose varios otros, por mandatos de 2 años.

En esa época, al cumplir el Hospital 50 años de vida ocupaba 180 hectáreas de tierra, poseía 23 pabellones y estaba habitado por 2100 enfermos para cuya atención se contaba con 150 empleados entre técnicos y administrativos.

Para aprovechamiento de los pacientes y de la población aledaña contaba ya en ese período con excelentes anexos de cirugía, radiología, laboratorio, odontología, otorrinolaringología, farmacia, y para el tratamiento de los alienados empleaba todos los recursos de la terapia psiquiátrica, desde el Hospital para agudos hasta las colonias agrícolas, el trabajo en talleres y usinas; terminando con el manicomio cerrado para aquellos a quienes el estado demencial les había sustraído toda aptitud susceptible de ser estimulada o aprovechada.

La sección donde se alojaban los alienados delincuentes contaba ya en 1932 con alrededor de 200 enfermos, a los que, una vez desaparecida su peligrosidad, pasaban a las colonias, gozando del sistema de los beneficios del sistema de puertas abiertas.

El pabellón Charcot alojaba 580 pacientes del sexo femenino, alojadas en grandes salones y disponiendo de 16 hectáreas de tierra circunvaladas de pared en cuyo recinto gozaban de relativa libertad, entregadas a las faenas agrícolas y a la cría de animales domésticos. Posteriormente, al construirse otras salas, se desaloja parte de ésta para la construcción del teatro.

En el período 1943 – 1944 fueron inauguradas diversas salas en el Sector Mujeres, para el alojamiento de enfermas mentales.

Durante la dirección del Dr. Amadeo Venanzi, en el año 1947 se inaugura la construcción de la sala Joaquín Durquet, permitiendo la instalación en la misma de los Servicios de Cardiología, otorrinolaringología, ginecología y kinesiología, ampliando además los servicios de clínica y cirugía ya existentes.

El 5 de octubre de 1954, por resolución ministerial el establecimiento pasa a llamarse “Hospital Neuropsiquiátrico de Melchor Romero”.

En 1957 se inaugura el Pabellón General (llamado pabellón 5) donde pasan a funcionar los servicios de Cirugía y Clínica general y los consultorios externos de dermatología, odontología, oftalmología, ginecología, obstetricia, cardiología, laboratorio de análisis clínicos, banco de sangre, radiología y anatomía patológica. El sector de internación no psiquiátrica tuvo un importante desarrollo con el correr de los años, en especial en las áreas de neurocirugía, traumatología y terapia intensiva: un servicio modelo se inaugura en ese ámbito en 1955. Actualmente el hospital es centro de referencia para los accidentes de las rutas aledañas.

En el año 1965, por decreto del Poder Ejecutivo Provincial, se transfieren en carácter definitivo a la Dirección de Establecimientos Penales del Ministerio de Gobierno, el pabellón Lombroso y las colonias Uriarte, Pinel y Cabred, destinados a pacientes que se encuentran a disposición de la justicia penal.

A partir del año 1969 se licitan las obras de remodelación de varias salas, a las que se las provee de calefacción, agua caliente, se remodelan los comedores.

En abril de 1972 se llama a licitación para la construcción de la nueva cocina del hospital. La misma se habilita en 1978. Habiendo sido construida con todos los adelantos de la técnica: mobiliario en acero inoxidable, cajas térmicas para el transporte de la comida, amplios comedores para el personal, y la posibilidad de elaborar más de 5000 raciones diarias de comida.

Años después, el servicio de alimentación se da a concesión constituyendo este sistema una experiencia única a nivel hospitalaria, con excelentes resultados, comenzando a aplicarse posteriormente en otros establecimientos del país.

El Ministerio de Bienestar Social de la Provincia por resolución del 9 de marzo de 1973 impone el nombre de Alejandro Korn al Hospital Interzonal Especializado Agudos Crónicos Neuropsiquiátrico de Melchor Romero. Constituyendo así un lógico y merecido reconocimiento, a quien fue su director por 20 años, y quien transformó esa serie de barracas de madera para albergar a dementes, en salas confortables y abiertas. A quien le da el carácter de primer Hospital de puertas abiertas de América, a quien implanta los trabajos rurales realizados por pacientes, al que con sentido humanista provoca una verdadera reforma asistencial en la Argentina de principios de siglo.

En 1975 se llama a licitación para construir el nuevo Pabellón de Agudos. Se había diseñado con criterio moderno, dando prioridad a espacios libres, lugares de recreación, habitaciones pequeñas y confortables. Después de tantos años la obra estaba en marcha.

Llega el año 1980, finaliza la obra. Más de 4000 metros cuadrados destinados a: el servicio de Admisión y Emergencia Psiquiátrica con 100 camas de internación; al Servicio de Consultorios externos psiquiátricos centralizados para adultos e infantojuvenil; a dos Servicios de Agudos para hombres y mujeres con 60 camas de internación en cada uno; a comedores, a salas de estar, a salas de esparcimiento, a laborterapia, a habitaciones para médicos de guardia y residentes, al Centro de Documentación e Información, a dos aulas para docencia, a laboratorios y a jardines.

Hoy estamos ya a más de 100 años de aquellas primitivas barracas de madera, cuyo acceso era en volanta, a caballo, en el primitivo ferrocarril, o el tradicional autorriel...

LA HISTORIA DEL PUEBLO

Pero la historia que cuenta el pueblo de Romero, es un tanto distinta de la que cuenta la historia oficial. No deja de relacionar al hospital con su contexto, con el pueblo; y esto es lo que hace un viejo habitante, preocupado por analizar los orígenes de su lugar.

Para esto fue necesario la lectura de sus manuscritos, que se hallaban en posesión de Graciela, también interesada por este tema.

Trataré de sintetizar a continuación la extensa charla que hemos tenido.

La historia que cuenta la gente del pueblo de Romero, es distinta a la historia oficial que se cuenta en las ediciones del hospital. Comienza con la historia de los ferrocarriles en la Argentina. Tema investigado con la lectura de Scalabrini Ortiz, en la historia que escribió sobre los ferrocarriles.

Alrededor de 1850, 1860 había un ferrocarril, que venía de Bahía Blanca, pasaba por detrás de lo que hoy es el hospital, que llegaba al puerto. Todavía nos constan parte de esas antiguas vías.

Se empiezan a instalar entonces en estos predios de la zona, unas casillas de madera donde se alojaban inicialmente a las personas que tenían enfermedades contagiosas: tuberculosis,

lepra. Todavía hay una escuela, dentro del predio del actual hospital, que es para chicos discapacitados, que depende del Ministerio de Educación. Esa escuela, es una casilla de madera, que es de las primeras salas que se construyen. De madera, porque cada tantos años las quemaban, y se construían otras para evitar el contagio. Pero también, entran dentro de esta categoría de enfermedades contagiosas, los enfermos mentales.

Esto no era un hospital, sino más bien, un centro de reclusión de enfermedades contagiosas, no había calles, era todo campo. Asistía un médico de La Plata, que venía en las zorras del ferrocarril; porque el camino no se podía recorrer ni a caballo ni en otro medio de transporte. Entonces empieza a haber un asentamiento de casitas, alrededor. Lo que es hoy el pueblo, era un asentamiento de casas, de gente que, como enfermeros, digamos, o mucamos, ayudaban a los médicos. Había gente, por ejemplo, que venía de Dolores a trabajar, en el ferrocarril. Y empiezan a hacer sus casitas alrededor del hospital.

Lo significativo de esto es que es un pueblo, el pueblo de Romero, que se arma alrededor del hospital; como empieza a ser un centro de trabajo, se empieza a instalar el pueblo alrededor.

Y este pueblo que se instala, tenía una usina eléctrica. Entonces, la usina eléctrica; dice este historiador preocupado por la historia de su pueblo; le daba luz al hospital. La usina del pueblo, le daba la electricidad al hospital. Y esto, que se dice en un sentido metafórico; más allá de lo real, que le daba la energía; al instalarse la gente alrededor, hacía crecer al pueblo. Y así empieza a armarse Romero, en función de que el hospital va creciendo. Hasta que se crea el Ministerio de Salud y se hace la fundación del pueblo, que fue sólo hace unos años.

El primer decreto, dice que se deberá construir, para estos pacientes que contagiaban, un hospital en el confín ejido del oeste. Tenía que estar a más de 10 km del casco urbano de La Plata, por el miedo al contagio. Pero anteriormente a esto, se llamaba Barracas, porque eran barracas de madera que se quemaban.

En verdad, el que hace esta investigación, más que preocupado por el hospital, lo estaba por el pueblo. Decía que el pueblo de Romero era un pueblo que no crecía, que no progresaba, porque estaba mirando para el hospital, no estaba mirando para La Plata. La mayoría de la gente que vive en Romero, son empleados del hospital. Es más, ahora hicieron un barrio, el sindicato de salud construye departamentos con tierras cedidas por el hospital, porque con las casas no alcanzaba. Y ahí vive la mayor parte de los empleados del hospital. Familias enteras trabajan dentro el hospital; enfermeros, personal de mantenimiento, algún médico.

Entonces lo que este historiador deduce es que Romero es un pueblo sin futuro; porque la gente que quería crecer, se iba, se iba a La Plata, la gente que quería estudiar y quería tener un mejor trabajo. Y el que se queda, es la gente que está destinada al “fracaso”. Que está estancada, con un techo laboral.

El pueblo de Romero se fundó hace muy poco, hace 4 ó 5 años. Tardó ciento y pico de años en ser considerado un pueblo. No había nada que dijera que existía un pueblo en Romero.

Este hospital es tan complejo, que en realidad muchos dicen que el director del hospital cumple más la función de intendente. Por ejemplo, el tema de las cloacas de este hospital, le genera gran problema a Romero. O sea, el director del hospital, tiene que estar con el delegado

de Romero, en permanente contacto; por problemas sanitarios, o de agua. Pero está tan incorporado, que conviven juntos.

Esto es lo que resulta muy interesante, pensar que un pueblo viva a expensas de un hospital. Esto no ocurre con el resto de los hospitales.

EL HOSPITAL, HOY. SU FUNCIONAMIENTO.

Las siguientes descripciones y explicaciones surgen del análisis del diagrama de la estructura interna del hospital¹⁴.

En líneas generales, el hospital podría dividirse en cuatro grandes sectores. Tres áreas, con directores asociados, llamadas: Psiquiatría y Psicología Médico-Asistencial; Psiquiatría y Psicología Médica y Rehabilitación y la tercera, el área Médico Quirúrgica. Y un gran servicio, que es el de Externación, con una Jefatura de servicio y una Secretaría.

1. El área de **Psiquiatría y Psicología Médico-Asistencial** está compuesta por:

- Servicio de Atención en Crisis (SAC): Surge en el año 1988 de la transformación del anterior servicio de Admisión. Tiene por objetivo reducir el tiempo de internación, evitar el hospitalismo y actuar como preventor primario. Permite indefectiblemente una distribución sistemática de los pacientes y ayuda a la evaluación de los mismos, pensando en su reinserción social y no en una larga internación y estadía hospitalaria.
- Agudos hombres; agudos mujeres y sub-agudos (Sala Ingenieros y sala Korn): Las salas de agudos refieren a internaciones cortas, con un máximo de 90 días.
- Consultorios externos: Se encuentran en el pabellón de agudos. Se refieren a visitas psiquiátricas y psicológicas. Funcionan los servicios de: Psiquiatría; Psicología Infantil y Psicología para Adultos. Para acceder a estos consultorios se debe solicitar un turno a primera hora de la mañana. La atención es totalmente gratuita y sin restricciones.
- Servicio de Alcoholismo: Este servicio nace alrededor del año 1975, al ver que en el servicio de Admisión de hombres, la problemática asistencial más grande que tenían era el ingreso de enfermos alcohólicos. La idea se inicia dentro de la sala Ameghino, de agudos hombres, y contaba con alrededor de 15 camas y un sector de médicos y personal específicos. Alrededor del año 1990 este servicio logra independizarse y constituirse como Sala Carrillo.

2. El área de **Psiquiatría y Psicología Médica y Rehabilitación** (o crónicos) está conformada actualmente por 17 salas de internos crónicos. Ellas son: sala “B”; sala “D”; sala “E”; sala “F”; sala “G”; sala Barros Hurtado; sala Bayle; sala Bejarano; sala Cabred; sala Griesinger; sala Lasègue; sala Maldonado; sala Meléndez “A”; sala Meléndez “B”; sala Penfield; sala Solanet y Centro de Rehabilitación Psicosocial. Cada sala tiene un médico Jefe de Sala, un psicólogo, un encargado de sala del personal de enfermería y un asistente social. Cada sala tiene

¹⁴ Diagrama sito en página web: <http://www.laplatavive.com/miweb/mromero/>
Hospital Iterzonal Especializado en Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn.

alrededor de 60 pacientes. De las 17 salas que funcionan en la actualidad, 11 no poseen psicólogo y solo una carece de asistente social. El total de pacientes crónicos actual es de 899 pacientes.

Hasta acá podríamos hacer en un esquema breve, con un tono un tanto melodramático pero ejemplificador, la recorrida de un paciente por el neuropsiquiátrico:

Una persona, en estado de crisis concurre a la guardia del hospital acompañado de algunos de sus familiares. Inmediatamente es derivado al SAC, donde es atendido por un grupo de médicos y psicólogos. En este servicio no podrá estar internado más de 15 días.

Por ahora se quedará en el SAC. La crisis ha durado su tiempo máximo, 48 horas. Pasada ésta, el paciente recobra su tranquilidad. No ha recibido visitas de los que lo acompañaron en un primer momento. El paciente de la cama de al lado, se retira el día número 14, con sus padres. Se tratan entre ellos con mucho afecto y comprensión.

Nuestro paciente es derivado al servicio de agudos, donde permanecerá internado. Hay varias camas en la sala. Con todos sus compañeros de cuarto se puede charlar, compartir y reír. Piensa que si a muchos de ellos, los sacaran del contexto institucional, nadie se daría cuenta de que son “locos”. Hasta el más prejuicioso podría seguir una conversación sin advertirlo. En la sala le dan la comida, que al estar concesionada es bastante buena, variada y abundante. Se comentan anteriores experiencias desagradables, que no vienen al caso. Además tienen los remedios, algunos toman alguna que otra cosa. Nuestro paciente toma una vez al día una pequeña pastilla que no sabe bien para qué es, pero hace caso omiso, ya que nadie quiere contestarle. Tiene una cama con sábanas limpias y abrigado del frío. Todavía viste su ropa. Ha mandado a lavar sólo un pantalón.

Ha recibido una visita. Su hermana, que por primera y única vez, le ha llevado un trozo de pasta frola del domingo y un atado de cigarrillos, de los buenos. Ahora podrá fumar sin tener que pedirle a las enfermeras que saquen de a uno de las grandes cajas. La hermana le dice que en la casa sigue todo igual: que del novio de la madre; que de su abuela enferma; que del tío del primo y otras tantas cosas, que ya no quiere escuchar. Pero se va. ¿por qué no es ella la que está internada?, ¿por qué tiene marido?. Él no lo sabe, pero eso lo angustia. Los recuerdos le anudan la lengua y no quiere hablar. Nadie lo viene a buscar.

Después de tres meses lo han derivado a crónicos. No ha podido exteriorizar sus recursos de salud. Cree que aún los tiene, que tiene capacidades, que tiene muchos potenciales; pero se los ha olvidado. La rutina, el aburrimiento. Ahora tiene 60 compañeros que deambulan todo el día hablando incoherencias. Algunos están muy deteriorados. Otros, son como él: de aspecto saludable, coherente; aunque se afeita cada tanto y no puede elegir su corte de pelo.

Ya se siente pertenecer a esa horrible categoría social de los abandonados, a quienes depositaron una vez en un hospital; por haber exteriorizado algo que es problema de todos. Pero lo han abandonado de una vez, y para siempre.

3. La tercera área es la **Médico Quirúrgica**, también llamada Hospital General, o Pabellón V; ya que en un principio era una sala que atendía los problemas clínicos de los pacientes del neuropsiquiátrico. Con el tiempo fue creciendo y ampliándose en complejidad

hasta convertirse en un hospital independiente. Aunque sigue atendiendo a pacientes internados, también es abierto a la comunidad. Desde el Ministerio de Salud, no existe la división entre el neuropsiquiátrico y el hospital general, aunque funcionen como hospitales separados. El presupuesto que reciben es solo uno y va en orden de complejidad. El hospital General ha ido agregando con el tiempo aparatos de alta complejidad y maquinarias que lo amplían y categorizan. El neuropsiquiátrico no tiene categorización por complejidad. Da la impresión de desigualdad: el hospital general crece y crece, mientras que en el neuropsiquiátrico se cierran salas porque se caen sus paredes. Cualquiera pensaría que lo mejor sería dividir los presupuestos, es que es tan grande el Hospital... Pero cuidado, que el achicar las unidades, es mayor el control que indirectamente se ejerce sobre ellas. Entonces se prefiere pensar que este monstruo es un hospital incontrolable...

El Hospital General está compuesto por las unidades de:

- Terapia intensiva.
- Emergencias psiquiátricas.
- Consultorios Externos. De Clínica Médica: Clínica Comunes, Clínicas Mentales y Neurofisiología y Especialidades: Neumonología, Infectología, Endocrinología, Urología, Dermatología, Reumatología, Cardiología, Gastroenterología, Oncología, Oftalmología, Neurocirugía, Tocoginecología, Ortopedia y Traumatología, Pediatría, Odontología y otorrinolaringología.
- Cirugía: Cardiovascular, Plástica y Urología.
- Servicio de Diagnóstico y Tratamientos Especiales: Diagnóstico por Imágenes y Radiodiagnóstico; Hematología y Hemoterapia; Laboratorio; Anatomía Patológica y Fisiatría.
- Farmacia.

4. Por último, el **servicio de Externación** está compuesto por:

- Las casas de convivencia y las casas de pre-alta, sitas en La Plata;
- Los talleres productivos: Talleres hospitalarios: Bolsas de residuos, Tejido y Costura, Granja y Huerta Orgánica; Talleres extrahospitalarios: Trapos de piso, Pañales descartables.
- Talleres artísticos hospitalarios y extrahospitalarios: Dibujo, Música, Plástica, Literarios.
- El Hospital de Día: con sus talleres, el Área de Atención Familiar y Comunitaria y los grupos terapéuticos.

Yendo de lo general a lo particular, se ha mostrado dónde está inserto el Hospital de Día; dónde se lo ubica y desde dónde funciona.

A primera vista se podría decir que nada tiene que ver con quienes comparte la categoría. Y es esto cierto. Tal vez lo más parecido en cuanto a objetivos sea a las casas de pre alta.

Se ve que es un dispositivo al que aún no le han encontrado su lugar.

Y debería ser una categoría aparte...

TERCERA SECCIÓN: “...HOSPITAL DE DÍA.”

LOS COMIENZOS DEL HOSPITAL DE DÍA.

Los comienzos de este HD (Hospital de Día) están relacionados con la gestión del Dr. Abelardo Gilabert, director del Hospital, entre los años 1988 y 1992. La idea básica de este programa general de trabajo era la de “deshospiciar”. Entre otros puntos de este programa, estaría centrar la atención en el menor tiempo posible de internación, durante el período correspondiente a la crisis psicótica; y luego la vuelta de la persona a sus grupos familiares y comunitarios. Acompañando esto, se planteó la reducción de camas dentro del hospital, además de dar altas. Porque dando camas de baja se disminuye la enorme población y todos los problemas que causa la superpoblación: hacinamiento; dificultades habitacionales; promiscuidad; y toda una serie de problemas derivados de ser una suerte de depósito de pacientes a largo plazo. El mismo Gilabert explica “O sea: dar de alta al paciente e inmediatamente dar la cama de baja. Esto lo aprendí directamente de Basaglia”¹⁵; porque si la población no disminuye, nunca va a haber recursos para enfrentar el tema de la numerosidad.

Gilabert había planteado una estrategia global; las tácticas podían ser distintas: Lo básico era que el hospicio exista cada vez menos. Habría que revisar la cuestión de la segregación y procurar mecanismos de inclusión transitoria con exclusión posterior; sin que la inclusión lleve a la cronificación.

Es por esto que alrededor del año 1989 se produce un cambio a nivel de la institución y empieza a pensarse en períodos cortos de internación. Para esto, en el Hospital Neuropsiquiátrico Alejandro Korn de Melchor Romero, se crea un servicio destinado a este fin; siendo el único en la Argentina. Con el nombre de Servicio de Atención en Crisis (SAC) donde lo que se atiende es la urgencia psiquiátrica. Un paciente que concurre al hospital, luego de su paso por la guardia, pasada la crisis, es derivado al SAC donde es atendido sin permanecer allí más de 15 días internado. Con lo cual existen mayores posibilidades de tomar al grupo familiar y establecer avances en la conexión.

Estas dos situaciones concretas, la baja de las camas y la creación del SAC; son planteadas como los puntos álgidos del programa. Gilabert, en el anterior artículo citado, acota: “Esto no es una solución al problema, pero sí implica ir poniendo el problema en condiciones de ser solucionado”. De un programa que presentaba en líneas generales: en primer lugar, que los pacientes psicóticos puedan permanecer internados sólo durante el tiempo necesario. Y, en segundo lugar, hacer todo lo posible para que los pacientes internados durante largo plazo puedan ser externados y dados de alta, vueltos a sus grupos familiares o al sector de la comunidad que los acepte con alguna posibilidad de rehabilitación definitiva y que en todo caso, si vuelven, sea sólo para un control del tratamiento. Esto también implica que el grupo al cual

¹⁵ Boletín Temas de Psicología Social. Conversando con el Dr Abelardo Gilabert. Mayo – Junio de 1991.

pertenece este paciente empieza a hacerse cargo de la aparición o de la emergencia de la enfermedad que se manifiesta.

Tal es así que por esas cuestiones que nunca faltan en este tipo de emprendimientos, las cuestiones políticas; una mañana de marzo, la del día 17, se podían leer en los diarios titulares con frases como: “Son investigados los institutos neuropsiquiátricos bonaerenses... A raíz de la serie de denuncias por las presuntas irregularidades en el funcionamiento de los neuropsiquiátricos, José Pampuro, Ministro de Salud y Acción Social de la provincia, ordenó un amplio relevamiento de las actividades desarrolladas en los tres establecimientos dependientes de su cartera. Ellos son: el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Alejandro Korn (de Melchor Romero); el Hospital Interzonal Especializado Colonia Dr. Cabred de Open Door (Montes de Oca) y el Hospital Interzonal José Estévez (Lomas de Zamora)...”

Y, particularmente: “Investigan irregularidades en el hospital Melchor Romero”... “Ordenan una auditoría contable y médica ante la comisión de presuntos delitos en el manejo de los fondos del nosocomio... José Pampuro, Ministro de Salud y Acción Social bonaerense, visitó el hospital de Romero y dispuso el alejamiento del actual director Abelardo Gilabert y en su reemplazo asumió el Dr. Eduardo Ingenieros. El ministro reconoció que en su visita al hospital comprobó el estado de abandono del sector de enfermos crónicos, y de todo el edificio, falta de personal y falta de atención a los enfermos... También comentó que no se cuentan con datos concretos sobre la población total del hospital y señaló que están relevando todo porque hubo desidia y abandono en gestiones anteriores y quieren corregirlo... El funcionario resaltó que su interés versa en producir una profunda reforma en las instituciones psiquiátricas... Asimismo marcó que en el caso de existir anomalías pondrán las cosas en su lugar y que el gobernador Duhalde quiere que no haya la menor posibilidad de corrupción, pero si la hubiera, los responsables serán sancionados con todo el peso de la ley...”¹⁶

Cinco meses después, en el diario Página 12, en el suplemento de La Plata del día 22 de agosto de 1992, se reconocerá, luego de tantas idas y vueltas con la justicia, el papel positivo que jugó la anterior gestión. El artículo lleva por título: Arte, locura y encierro. Hace referencia a los talleres que, cuatro años atrás, se habrían puesto en funcionamiento durante la gestión del Dr. Abelardo Gilabert. Talleres Artísticos referidos a: Artes Plásticas, Música, Taller Literario y Taller de juegos teatrales y títeres. De ellos dicen: “los Talleres Artísticos formaron parte de un plan de acción que puso el eje en la apertura hospitalaria y el fomento de las externaciones. El mismo posibilitó -según estimaciones oficiales- la desaparición de las condiciones de hacinamiento, gracias a la baja de 500 camas; y la disminución de los porcentajes de internación.

El coordinador general de ese momento, psicólogo, acotará: “Los talleres apuntalaron ese trabajo y hoy seguimos con la mente fija en el tema de las externaciones”... “En la gestión actual procuramos tener el mismo aval para nuestra actividad, ya que estamos convencidos de que es sumamente beneficioso para los pacientes”...

Sin embargo, los obstáculos han sido muchos para que se constituya el HD tal como es...

LA HISTORIA DESDE LOS PROTAGONISTAS.

¹⁶ Diario El Día. 17/03/1992, donde aparece como titular. Además de leerse en otros diarios como ser: La Nación; Crónica; El Popular, de Olavarría; La Verdad, de Junín; La Prensa; El Cronista Comercial; Diario Popular.

Graciela, la actual jefa del servicio, comienza a trabajar en el SAC en el año 1989¹⁷. El equipo de dicho servicio atendía alrededor de 10 pacientes por día; cuando, luego de haber atendido a más de 9000 a lo largo de esos años, se decide hacer un balance.

Se observa que de los 1000 pacientes que ingresaban por año, la mitad, ya había estado; que tenían dos, tres o cuatro internaciones anteriores. La pregunta que surge de este balance es tratar de responder por qué había tantos reingresos, ya que se trataba del 50%. Los motivos de estos reingresos se dilucidaron en dos causas fundamentales: el abandono del tratamiento por parte de paciente, y un no seguimiento del paciente posteriormente al alta por parte del hospital. Graciela cuenta: “El alta era muy compulsiva. Salía de la crisis, que una crisis no dura más de 48 horas; y ya se le daba el alta sin haber un seguimiento posterior.”

Entonces, a raíz de esto se comienza a pensar en qué otra alternativa podría haber como para evitar estos reingresos. Es así que en el año 1996, se presenta el proyecto de Hospital de Día; un dispositivo que trabaje para la externación y pueda evitar las anteriores falencias.

El proyecto se presenta conjuntamente con la cátedra de Psicología Forense, donde se hace un convenio con la Facultad de Psicología de la UNLP, quien iba a aportar la capacitación y los pasantes, para hacer realidad este proyecto en el hospital.

El trabajo inicial fue muy conflictivo porque era la primera vez que dentro de la institución funcionaba un lugar que no tenía que ver con la internación del paciente. El hospital de día significa externación. Con lo cual implica un movimiento muy grande a nivel institucional; porque cómo una institución que estaba hecha para internar, iba a incorporar un régimen, que era para evitar la internación?. En el imaginario institucional pasó como pasa con todos los cambios psiquiátricos: es resistido, rechazado. El personal comenzó a cuestionar cosas como: “si no tenemos pacientes, nos quedamos sin trabajo”, o “cómo los locos van a estar afuera?”

Se generaron, entonces, montones de inconvenientes al punto que empezaron a tener auditorías buscando cuáles eran las falencias administrativas. Esto duró más o menos tres años. Una o dos auditorías al mes que controlaba, entre otras cosas, la evolución de las historias clínicas, y otros datos que ni siquiera existen en el resto del hospital. Requirió hasta de un abogado que ordene y cuide de todas estas cuestiones legales y administrativas. Y así, nunca pudieron iniciar un sumario para cerrar el servicio.

Queda entonces a la luz, cómo desde la institución general con ideas más positivistas y retrógradas, se busca coartar todo lo que vaya en sentido contrario con ella. Pero tal vez de la manera más perversa: tapando con lo administrativo y legal lo que en verdad son las diferencias ideológicas.

¹⁷ Graciela Negri hace más de 20 años que trabaja en el neuropsiquiátrico. En la sala Lasegue realizó un trabajo de comunidad terapéutica cuyo equipo estaba conformado por Juan Carlos Domínguez, Armando Bauleo, entre otros y supervisado por Ana Fernández. Lograron dar 60 altas, entre 100 pacientes, que tenían más de 20 años de internación. Terminado ese ciclo, comienza el proyecto del actual HD.

Además Graciela es psicóloga y ocupa el cargo de una jefatura; situación que también era nueva en el hospital, ya que los que ocupan jefaturas son todos médicos. “Yo concurso, gano el cargo, pero a partir de allí es: cómo se va esta mujer?. Así que bueno, durante los primeros años fue tratar de cuidar mucho lo administrativo, porque la mirada institucional estaba centrada en eso.”

Según Bleger¹⁸, el psicólogo es; aún por su sola presencia; un agente de cambio y un catalizador o depositario de conflictos, y por ello las fuerzas operantes en la institución van a actuar en el sentido de anular o amortizar sus funciones y su acción.

Una de las modalidades más comunes en que esto se intenta o se logra es la de enquistar al psicólogo en alguna actividad estereotipada, con lo cual se logra un efecto tranquilizador, a la vez que se lo elude e inmoviliza. Por ello, el grado y forma de aceptación y rechazo del psicólogo son índices del grado de dinámica de la institución. Por grado de dinámica no se entiende la ausencia de conflictos, sino la posibilidad de explicitarlos, manejarlos y resolverlos dentro del marco institucional.

En otros casos, se anula su función profesional envolviendo y comprometiendo personalmente al psicólogo en alguno de los conflictos o de los grupos controvertidos o con una densa red de rumores.

Los profesionales, acota Pichón-Rivière¹⁹, suelen irse del hospicio o, lo que es más grave, son echados cuando modifican verdaderamente la situación. Esto se debe a que el sujeto que intenta o llega a producir el cambio de situación, se lo ve como a un auténtico líder de ese cambio. Entonces, por rivalidad y para mantener las estructuras obsoletas, se produce la expulsión.

En todos los casos, la función del psicólogo es la de reconocer todos estos mecanismos y no actuar en función de ellos, sino actuar sobre ellos, tratando de modificarlos.

Con esta normativa parecen haberse guiado los profesionales de este HD, ya que al día de hoy han logrado sortear estas dificultades, logrando los objetivos propuestos desde el principio.

Mientras tanto, el hospital de día se organizaba con su personal atrincherado en él, contra las miradas de todo el resto del hospital. Inicialmente fue un grupo muy unido, muy fuerte. Era necesario que ese equipo se atrinchere, teniendo cierta fortaleza para resistir al afuera. “Era la única manera: ser fuertes entre nosotros para defendernos del resto del hospital.”

Aún de los colegas que en ese momento se opondrán en su mayoría, y algunos sólo en principio, a este nuevo servicio. Manifestando algunos, su contrariedad también a nivel personal, comenzando a negar el saludo o simplemente dando vuelta la cara al personal del hospital de día.

La imagen que queda entonces, es favorable para el hospital general. Es éste permisivo y abierto a nuevas ideas y propuestas; pero lo que en realidad hizo al menos durante estos primeros tres años, fue tratar de buscar el flanco débil para cancelar este nuevo proyecto que tiene que ver con una concepción distinta de lo que es “el loco”.

¹⁸ BLEGER, José. Psicohigiene y psicología institucional. Editorial Piados. Buenos Aires. 1994.

¹⁹ ZITO LEMA, Vicente. Conversaciones con Pichón-Rivière sobre el arte y la locura. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1998. Pág. 76.

Así es como empieza a funcionar el Hospital de Día en el año 1996. Contaba con un edificio que en principio habría sido una usina, y posteriormente había intentado ser un hospital de día, la sala Albina; ya reducida a un taller de rehabilitación donde los pacientes iban a hacer alguna actividad. Era un solo ambiente, muy grande y muy caluroso.

Las actividades desplegadas en la sala Albina, alrededor del año 1988, tuvieron como idea fundante la de llevar adelante la organización de un HD. Surgió al contemplar que en las salas de pacientes crónicos existían muchos que eran posibles de rehabilitación, a los cuales era necesario brindarles ayuda en su lucha por recuperar elementos básicos para la convivencia con el entorno social y familiar.

Este proyecto tuvo también sus raíces en la exitosa experiencia realizada durante el año 1978 en la sala Aguilar cuando se estructuró la Primera Tarea Rehabilitadora Masiva, que permitió la evacuación de 260 pacientes.

Como tarea inicial, un grupo de profesionales integrado por un psicólogo, un terapeuta, una asistente social y los médicos de la sala; efectuaron una evaluación de determinados pacientes, intentando identificar a aquellas personas capaces de llevar adelante tareas creativas o productivas.

Desde un comienzo, la sala Albina albergó en sus talleres a pacientes de sexo masculino y femenino, lo que de por sí constituía todo un hito.

La tarea planificada se iniciaba con una Primera Etapa Individual, en la cual se trabajaba sobre la rehabilitación de núcleos positivos, los hábitos sociales de comportamiento y la activación o reactivación de sus esferas afectiva, volitiva e intelectual. Luego se continuaba con una Segunda Etapa Grupal, donde predominaba la formación de la conciencia de grupo, exaltando a la convivencia como elemento primordial para la reintegración familiar o social.

Dicha planificación se basaba en un concepto de rehabilitación entendida como proceso global y continuado que necesita de la acción interdisciplinaria de antropólogos, médicos, psicólogos, asistentes sociales, comunicadores, artistas, etc. Puesto que el objetivo es obtener la máxima recuperación de la capacidad funcional del paciente, aprovechando los elementos no deteriorados de la persona, reestableciendo relaciones con la realidad, lo que traería aparejado el control sobre su conducta y la interacción con el entorno social. El concepto de rehabilitación debía entenderse entonces como una recuperación del paciente como un individuo con capacidad de crear y producir para un grupo social que lo contenga y que a su vez crezca con él.

A esa antigua sala Albina concurrían pacientes de salas, en condiciones de alta y pacientes dados de alta que seguían concurriendo al hospital. Las actividades que se realizaban eran: Artesanías, Artes Plásticas, Costura, Actividades Literarias, Recreación, Educación Física y Deportes y Servicio de Podología.

Este proyecto, a pesar de su detallada planificación, no pudo obtener los resultados que se esperaba. Tal vez porque escasearon los trabajos con la familia y la comunidad del paciente. Tal vez el alta era un acontecimiento un tanto precipitado que inevitablemente se seguía con un reingreso. Tal vez porque el nombrado director no pudo terminar de llevar a cabo su tarea reformadora en la institución general... Tal vez pos ambas... o por ninguna de ellas...

Con gran parte de esta comunidad comenzó a trabajar el actual HD. Pacientes de salas de crónicos que seguían concurriendo a la sala Albina para realizar algún trabajo manual, para distraerse, para ocuparse, para dejar de “molestar” en la sala de la que provenían. Pacientes que con el transcurso de los años, habían abandonado sus expectativas de salir. A este HD que, a pesar de ser un proyecto aprobado y abalado por la institución; y puesto en marcha, hasta hace tres años, seguían llamándolo “Sala Albina”.

Con respecto a los medios materiales, en el transcurso de estos 9 años, el HD ha logrado cambiarse de edificio. Ha podido “despegarse” de la antigua sala Albina, por el edificio actual. Edificio muy grande y fresco; pero que, a vista del personal, no es cómodo.

En relación con el hospital general, tiene mucho más contacto con el afuera; ya que está más cerca que antes de la entrada de la calle 520. Lo que facilita el acceso, el conocimiento de la comunidad, y el contacto en general.

Guarda las características de las primeras salas del hospital. Tiene 100 metros de largo y está dividido en dos alas. Históricamente las salas eran así con las dos alas, cuenta Graciela, porque “un sector era para los que se le llamaban los “gatosos”, aquellos que se arrastran, que no caminan, que no controlan esfínteres; y el otro sector para los “normales”. Entonces el sector de los normales es el que normalmente limpia, colabora en el baño de los pacientes, porque al no controlar esfínteres hay que bañarlos todos los días, cambiar toda la ropa, sacar 40 colchones al sol... Y a estos pacientes, a los “mejores” pacientes de las salas, se les pagaba un peculio, que es dinero que venía del ministerio...”

Al HD se ingresa por la mitad de esta distancia de 100 metros; en la manera en que esta puerta pueda dividir esos metros en dos partes iguales. Contiguo a la puerta de entrada, hacia la derecha, está enfermería. Ahí nos encontramos en un hall pequeño, donde, al frente hay un escritorio con una nueva adquisición lograda después de nueve largos años de peleas: la secretaria. Si tomamos por el ala de la derecha, nos encontramos con la “oficinita” de Graciela; donde están las historias clínicas clasificadas y encarpetadas, algunos libros y otros menesteres, acompañados por ese tesoro tanpreciado y, aunque usada, también fue objeto de luchas: la computadora.

Hacia el ala izquierda están los baños de los pacientes; la cocina; el comedor y un espacio donde se realizan los talleres. Hacia el ala derecha, está la biblioteca y dos salones más donde se realizan en resto de los talleres. Al fondo de ambos lados, hay consultorios. (Igualmente, he construido un apartado separado donde describo específicamente las instalaciones, en la sección del funcionamiento del HD. Considero que de esta forma, permite hacer descripciones más exhaustivas, sin perder de vista el tema del que se viene hablando en este momento.)

Graciela recuerda que cuando se mudaron “produjo un gran caos en el personal”. Porque, acostumbradas al antiguo edificio que era un solo ambiente y muy grande, en éste habían perdido el control de la situación; debían caminar hacia los dos costados para saber lo que estaban haciendo los pacientes. Y aún así, hay rincones que se les escapan.

Este tema del control como fundamento del poder es un indicador de las características del personal del hospital. Controlar para diferenciar... Graciela acota: “cuando nos mudamos acá,

empieza el descontrol. Ya no podían ver qué hacían los pacientes; tenían que caminar para los dos sectores todo el día. Cuando iban para un sector, dejaban de controlar la entrada. Todo el año pasado fue muy difícil. Había situaciones cómicas: como que la encargada se quedara parada en el pasillo, y así podía ver la puerta y para las dos alas, tipo centinela!! (se ríe)”.

OBJETIVOS Y PROPÓSITOS DEL HOSPITAL DE DÍA

El Hospital de Día (HD) se plantea como una alternativa a la institucionalización del paciente con padecimiento mental. Es un servicio que proporciona tratamiento durante el día a jóvenes y adultos con sufrimiento mental, que requieren una atención programada más compleja que la proporcionada por los servicios ambulatorios, pero que no necesitan hospitalización a tiempo completo.

La consideración de un nuevo paradigma, el de las personas con padecimiento mental, como sujetos de derecho, sustentado desde la normativa internacional sobre el tema, relativiza la adecuación de la salud que prioriza la atención en regímenes de internación, por sobre aquellas técnicas de rehabilitación psicosocial que contribuyen al tratamiento en régimen de progresiva libertad tendiente a la autogestión del paciente en su propio medio. Esto conduce a resignificar los criterios en el campo de la salud y especialmente en la perspectiva de la salud mental.

Se considera, entonces al sujeto desde una perspectiva integral, como persona concreta, que estructura singularmente su experiencia, como un sujeto a la vez producido y productor de su medio social, multideterminado por una trama de vínculos significativos internos y externos, expresado y representado a través de dinamismos grupales; emergente en un contexto histórico que lo enmarca y delimita; portador de una ideología; inscripto en una cultura; inmerso en sus circunstancias socio políticas y económicas.

De este modo, se entiende a los sujetos que concurren al Hospital de Día: personas con sufrimiento mental, protagonistas de su propia recuperación, y no como seres pasivos de atención. La idea central es que sean considerados sujetos pleno de derecho y no como meros objetos de socialización.

El tratamiento se fundamenta en que la posición de vulnerabilidad de la persona deba ser atendida de manera de posibilitar el desarrollo de sus recursos de salud; construir o reconstruir su comportamiento social, mediante la recuperación de vínculos, actitudes, capacidades instrumentales y prácticas de convivencia en lo cotidiano.

Teniendo en cuenta esta concepción de salud mental como construcción y proceso, se intenta, desde este dispositivo de salud, modificar la realidad del sujeto posibilitando que pueda modificarse a sí mismo a partir de la movilización de aspectos de su historia para lograr una mayor autonomía.

Existen dos objetivos simultáneos, concernientes al plano institucional y a los usuarios:

Desde el punto de vista institucional: disminuir el tiempo de internación, evitar ingresos y reingresos;

Desde los usuarios: lograr la reinserción socio comunitaria y vincular, reduciendo el grado de vulnerabilidad psicosocial.

En cuanto a la metodología de trabajo; todas las actividades del HD se abordan desde una metodología grupal e interdisciplinaria, de promoción y prevención de la salud mental como posibilitadora de espacios de expresión y elaboración de distintos aspectos de la subjetividad.

Esta metodología apunta al aprovechamiento de los recursos comunitarios, vinculares e individuales para facilitar la integración al grupo de pertenencia.

El dispositivo comprende las siguientes áreas:

- Asistencia técnica (psicoterapia individual y grupal)
- Capacitación
- Atención familiar y comunitaria
- Talleres de expresión

ESPECIFICACIONES DE LAS ÁREAS QUE COMPONEN EL HD.

□ **Asistencia técnica:**

La Asistencia Técnica abarca dos tipos de terapias. La terapia de grupo se realiza dos veces a la semana, los martes a la tarde y los jueves a la mañana. Está coordinada por dos profesionales psicólogos del equipo. La terapia individual se realiza una vez a la semana, en el horario convenido entre el paciente y el profesional.

□ **Capacitación:**

Las capacitaciones se realizan mensualmente en la ciudad de La Plata, los viernes por la noche, donde concurren todas las personas que trabajan en el HD, menos las enfermeras. Esta capacitación está a cargo de dos profesionales psicólogos del equipo. El temario que se recorre, si bien está planteada una planificación anual, puede modificarse de acuerdo a las problemáticas emergentes.

Además, se realiza una reunión semanal con todo el equipo terapéutico; enfermeras, profesionales y coordinadores de los talleres, que es los jueves; donde se trabajan todas las conflictivas no sólo con el paciente, sino todo lo que es la dinámica de grupos. Entre los representantes de las áreas se discuten los emergentes y problemáticas de funcionamiento. Si algún problema tiene que ver con un desconocimiento de tipo teórico o que apunte a la lectura de algún material en especial, en base a ello se organiza la capacitación mensual correspondiente.

El lineamiento general de esta capacitación, no es la idea de una enseñanza del tipo docente; sino más bien de resolución de problemas, de interacción, apuntando siempre al trabajo interdisciplinario.

□ **Atención familiar y comunitaria:**

En sus comienzos, en el año 1997, esta área recibió el nombre de “Área de Extensión”; concepto tomado del ámbito universitario que entiende por extensión, el trabajo realizado fuera de la institución.

Las tareas que se realizaban en ese momento eran planificadas en reuniones semanales en el hospital, coordinadas por la jefa ser servicio y con la presencia de todos los trabajadores

(concurrentes y pasantes) que apuntaban a intervenir en las urgencias que se presentaban con los grupos de pertenencia de los pacientes, en el tiempo que no asistían al HD.

Los resultados en su primer año de funcionamiento fueron positivos y reforzaron la idea de que los espacios terapéuticos dentro de la institución, en el proceso de curación, no son suficientes.

Al año siguiente, en 1998, se acuerda un nuevo nombre para el área, que intentara sintetizar los objetivos, que fueron delineándose con más claridad con el paso de los años de trabajo. Se llamó así, Área de Atención familiar y comunitaria; formada por grupos interdisciplinarios. Desde el año 1999, se incluyeron estudiantes de Trabajo Social que realizan las prácticas pre profesionales de la materia Trabajo Social V, del último año de la carrera.

Estas actividades se realizaban en el HD con técnicas de grupos operativos, coordinadas por dos miembros del Área. Las acciones extrahospitalarias se planificaban conjuntamente en esas reuniones, coordinando el seguimiento de los casos trabajados en el afuera.

Los *objetivos del Área de atención familiar y comunitaria*, concuerdan con los objetivos del HD; enmarcando sus acciones para el fortalecimiento de la autonomía del sujeto y la construcción y reconstrucción de los lazos sociales cotidianos, implementando abordajes dirigidos a la integración social y comunitaria del usuario.

En la actualidad, el Área, está conformada por 10 personas que son: pasantes en calidad de estudiantes avanzados y profesionales de las carreras de Psicología y Trabajo Social; dos coordinadoras, psicólogas y una coordinadora, trabajadora social; las tres del Área de Asistencia Técnica.

El equipo completo se reúne semanalmente en el espacio hospitalario. Los días martes de 8 a 10 de la mañana se realiza la capacitación y de 10 a 13 se trabajan los casos.

La metodología implementada en estas reuniones, y en el Área en general, es la interdisciplina y la grupalidad, considerándolas imprescindibles para la concepción integral del sujeto como sujeto biopsicofísico. Asimismo esta modalidad de trabajo posibilita el mayor conocimiento, mejor información y el esclarecimiento de la tarea, disminuyendo los conflictos y generando mayor seguridad.

En relación a las intervenciones extrahospitalarias del Área, éstas se dirigen a personas externadas, que en todos los casos, son pacientes ambulatorios. La forma de abordaje se sustenta en tres ejes:

a) La reconstrucción de la historia familiar:

La técnica utilizada en este caso es la entrevista semiestructurada de aproximadamente una hora de duración. Como forma de registro se utiliza el cuaderno de notas en el cual se sintetizan los datos más relevantes que surgen de la entrevista, como nombres y fechas de difícil memorización y palabras importantes que den cuenta de la dinámica familiar. Estos datos se utilizan para una posterior reconstrucción de la entrevista por escrito.

Los encuentros se pautan con el paciente y los integrantes de la familia con los cuales éste habita, realizándose en el hogar del grupo familiar. A partir de las distintas experiencias, el grupo de trabajo ha concluido que, con aproximadamente tres o cuatro encuentros, es posible el abordaje del objetivo específico y que para comodidad de la familia éstos deben realizarse cada

dos semanas. Por lo general el último encuentro consiste en una devolución en el cual se proporciona a la familia un árbol genealógico construido con los datos obtenidos en las entrevistas anteriores, y también se intenta generar un espacio en el que tanto entrevistados como entrevistadores opinen sobre los encuentros.

Cada caso es abordado por una dupla compuesta por una Trabajadora Social y una Psicóloga quines, posteriormente intercambian y debaten las experiencias en el Área con las demás duplas y coordinadoras.

Los encuentros apuntan a, por un lado, propiciar la circulación de la palabra para posibilitar una mejor comunicación en el grupo familiar y, a su vez, que todos los integrantes posean un mayor conocimiento de lo que pasa y pasó en la familia. También se sostienen estos encuentros como espacios terapéuticos en sí mismos y como lugar de encuentro y acercamiento entre la familia y el hospital. Por último, el árbol genealógico y los datos obtenidos son utilizados para la elaboración de un diagnóstico familiar que se anexa a la historia clínica.

b) Acompañamiento terapéutico:

El acompañamiento terapéutico es una técnica de intervención que busca contribuir a una nueva integración social del paciente. Esto significa, según Saliché “brindarle a los pacientes la posibilidad de apropiarse de su cuerpo, de su voluntad, de su espacio y posibilitar un nuevo intercambio social”²⁰

El acompañante terapéutico tiene como función el actuar como puente entre el sujeto y las distintas instituciones con las que interactúa “...percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente, no planificando ni decidiendo por él; lo que significa crear un espacio en donde el paciente haga lo que quiera aunque empiece algo y no lo termine; porque lo que importa es que se estructure con relación a algo para sobrellevar su enfermedad. Servir como agente catalizador de las relaciones con las familias. Respetar sus tiempos de silencio, de angustia y ansiedad lo que implica acomodar el tiempo cronológico al tiempo lógico del paciente.”²¹

El acompañante establece un vínculo a través de un encuadre en relación a los días, horarios, espacios y objetivos del encuentro.

En consecuencia; se abordan diferentes casos con el objetivo de lograr una mayor inserción comunitaria del paciente a fin de fortalecer su autonomía, vinculada a sus iniciativas personales, decisiones, creatividad, anhelos y proyectos.

Según la particularidad de cada sujeto y su problemática se definen objetivos específicos y actividades que se llevan a cabo, en dupla, en distintos ámbitos: legal, laboral, familia, vincular, institucional, barrial y comunitario.

Se utilizan técnicas de obtención de datos tales como las entrevistas abiertas, relevamientos comunitarios y acompañamientos para la búsqueda de actividades recreativas, trabajo, asesoramientos legales y gestión. Todo esto se realiza con el paciente en su ámbito cotidiano.

c) Seguimiento:

²⁰ Saliché, Sergio. Acompañante terapéutico. Publicado en www.hojasderoca.com. 26 de abril de 2001.

²¹ Op. Cit.

Esta actividad es llevada a cabo por los estudiantes que realizan las prácticas de Trabajo Social. Lo hace con algunos pacientes que ya no concurren al HD.

El objetivo de esta tarea es poder visualizar la situación actual de los ex-pacientes con relación a la continuidad o no de su tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico, su situación laboral, vincular, recreativa y social.

Con relación a esta tarea, una terapeuta, coordinadora del Área, comenta:

“El seguimiento puede ser pos alta o pos baja. El alta es cuando el paciente ha logrado cumplir con ciertos requisitos preestablecidos. La baja es cuando hay un abandono de tratamiento; porque el tratamiento ya no le sirve al paciente, por eso por ahí se le da la baja, porque es sostenerlos en un lugar que no tiene que ver con lo que ellos están demandando. Dentro del área, que ahora la estamos coordinando con otra psicóloga y una estudiante de Trabajo Social avanzado; tenemos a chicas de las prácticas de Trabajo Social V, que es una de las últimas materias; donde tienen al HD como centro de prácticas. Son cuatro chicas por año.

La actividad que nosotras les damos a ellas, es la del seguimiento pos alta. Por qué?, para no generar un vínculo con el paciente y después vivenciar el abandono. Porque vos empezás, hacés una reconstrucción histórica, un acompañamiento terapéutico, y te tenés que ir porque terminó la cursada y es otro abandono que carga el paciente en su historial. Entonces pensamos en una actividad que es acotada: pacientes que fueron dados de alta, o de baja; una visita, ver cómo está, si está yendo al psiquiatra, está tomando la medicación, qué está haciendo?. Y dejar al HD como un lugar de referencia. Que cualquier duda pueden volver a acercarse al HD. Porque un paciente que no tiene a este lugar de esta manera, termina en una internación”.

□ **Talleres de expresión:**

Los talleres de expresión se presentan como una nueva alternativa para el tratamiento terapéutico. Su objetivo es movilizar al paciente en esos aspectos que permanecen “ocultos” a causa de la institucionalización. Se acompañan con el área de asistencia técnica (terapias), ya que todo lo que se dispare en estos talleres debe ser analizado y contenido posteriormente.

Esta nueva alternativa implica abordar a través de otras técnicas de expresión las distintas problemáticas que no pueden abarcar las terapias psicológicas y farmacológicas por sí mismas. Los talleres de expresión están vinculados a la posibilidad del paciente de poder historizar.

Por ello se diferencian de los talleres dirigidos a la producción o talleres protegidos y de los dirigidos a la comercialización de los productos elaborados por los pacientes; por ejemplo, los de bolsas de residuos o los de trapos de piso.

El fundamento de los talleres de expresión lo encontramos en las ideas de Pichón-Rivière en cuanto a la concepción del sujeto y las matrices de aprendizaje.

Graciela comenta que, además de basarse en esta teoría, hay prácticas que las van cambiando con el tiempo, con los aspectos que han evolucionado positivamente, como así también con los fracasos que observan.

Matrices de aprendizaje dentro del ámbito terapéutico.

En primer lugar, es necesario hablar de la concepción de sujeto de Pichón-Rivière. Sujeto esencialmente social, sujeto de la necesidad, ser de necesidades que se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan, en una relación dialéctica, mutuamente modificante con el medio, donde el sujeto transforma la realidad, transformándose él mismo. Es decir, el emergente configurado en una amplia trama de vínculo y relaciones sociales. En una praxis, en una actividad transformadora, en una relación dialéctica mutuamente modificante con el mundo. Relación destinada a satisfacer sus necesidades.

Según Mazzotti ²² este concepto de sujeto empalma con otro que es el de adaptación activa, considerada por Pichón como la posibilidad que tiene el sujeto de desarrollar una acción transformadora de sí y del contexto. Esto último, Pichón lo considera como un índice de salud.

El carácter fundante de esta relación de transformación recíproca define al sujeto de la praxis como esencialmente cognoscente y sitúa en primer plano el análisis de los procesos de aprendizaje. Estos son caracterizados como “apropiación instrumental de la realidad para transformarla”²³, y son identificado, en tanto forma de la relación sujeto-mundo, con la salud mental.

Aprendizaje y salud se juntan, entonces, en el pensamiento pichoniano.

Desde acá, se define a la matriz de aprendizaje como un modelo interno a partir del cual cada sujeto organiza su forma de ser en el mundo, se significar ese mundo que lo rodea; y así se configura su psiquismo, su conducta, sus modalidades de pensamiento y de acción, sus vínculos, sus aspectos afectivos y emocionales. Ana de Quiroga en su libro anteriormente citado define como matriz o modelo interno de aprendizaje a “la modalidad con la que cada sujeto organiza y significa el universo de su experiencia, su universo de conocimiento. Esta matriz o modelo es una estructura compleja y contradictoria con una infraestructura biológica. Está socialmente determinada e incluye no sólo aspectos conceptuales, sino también emocionales, afectivos y esquemas de acción. Este modelo, construido en nuestra trayectoria de aprendizajes sintetiza en cada aquí y ahora nuestras potencialidades y nuestros obstáculos. Estas matrices no constituyen una estructura cerrada, sino una estructura en movimiento, susceptible de modificación, a excepción de los más extremos grados de patología”²⁴

La construcción de estas matrices surge de la historia del sujeto y de sus modalidades de vincularse. En tanto proceso, el aprendizaje tiene una historicidad, con continuidades y discontinuidades en una relación que no es lineal, sino dialéctica. Ante cada contacto con el objeto de conocimiento, ante cada exigencia adaptativa, hemos ido elaborando, afianzando o modificando un modelo, una actitud de encuentro con el objeto, un estilo de aprendizaje que se constituye como la modalidad cotidiana de relación con la realidad, con nosotros mismos y con los otros.

En cada experiencia hay un aprendizaje explícito que se objetiva y condensa en una habilidad. Un “aprender a aprender” como forma de constituirnos en sujetos de conocimiento. Y

²² MAZZOTTI, Irma. Psicopatología, matrices de aprendizaje y contexto social. Pág. 23.

²³ Palabras de Enrique Pichón-Rivière, citadas por Ana de Quiroga en Enfoques y perspectivas de Psicología Social. Pág. 47

²⁴ QUIROGA, Ana de. Op Cit. Pág. 49.

cuando se dice aprender a aprender se dice que aprendemos a organizar y significar nuestras experiencias, sensaciones, emociones, pensamientos. Construyendo así hábitos de aprendizaje, maneras de percibir las secuencias de conducta.

El mundo se nos presenta como una multiplicidad de objetos y estímulos, como una secuencia ininterrumpida de experiencias y acontecimientos. Pero es el sujeto quien introduce una organización en esa multiplicidad. Se incluye en esa secuencia y se orienta en ella de determinada manera. Esto afirma que el conocimiento está estructurado, tiene en el sujeto una determinada organización.

El proceso creador como proceso terapéutico. La importancia de la grupalidad.

Pichón-Rivière anuda en la dialéctica hombre – mundo, desde el eje de la tristeza y lo siniestro, la creación; inseparables conceptos de su experiencia personal.

Para conceptualizar lo siniestro, Pichón se basa en algunas de las ideas expuestas por Freud. Siniestro entendido como ese sentimiento angustioso que surge cuando algo que debía permanecer oculto se ha manifestado. Lo siniestro es la vivencia que se da cuando lo que debió permanecer reprimido, retorna. Pero eso que retorna y que nos provoca la vivencia de lo insólito, de lo extraño, es algo que en algún momento de nuestra vida nos fue familiar, íntimo; y la represión lo tornó extraño. Y aquello que reaparece se ha creído ya superado, dejado atrás.

Por lo tanto, el proceso creador se da cuando se puede transformar este sentimiento siniestro. La elaboración de un duelo a través de la transformación, en el acto creativo, de lo siniestro en maravilloso.

En el proceso creador, el enunciado científico, la forma poética, musical, plástica, son un punto de llegada. El momento progresivo de un camino que se inició con una crisis interior, que implica un momento regresivo en el que se movilizan representaciones anteriores. De allí la posibilidad de la emergencia de lo siniestro como la re-aparición de lo que en un momento fue familiar e íntimo; y que se considera ya superado, que fue reprimido, que ha quedado atrás. Algunas de esas representaciones son aprehendidas y luego elaboradas, transcriptas a un lenguaje simbólico, según un código que puede ser el de la ciencia o el arte. Allí se objetiva el descubrimiento, la creación, cuando ésta pasa a ser un mensaje compartido.

Imágenes reelaboradas en un trabajo psíquico y transcriptas a un código: el de la obra. El hecho de la creación en el que la dialéctica entre escenas externas y escenas internas; entre el hombre y el mundo; toma una modalidad particular. Ya que en él las escenas internas del autor son desestructuradas y reestructuradas, sometidas a una metamorfosis y propuestas como escena externa.

Esa escena, ese argumento que incluye un interpretación del mundo, de lo vínculos, opera como el lugar desde el cual cada uno se sitúa en la realidad, ya que es el lugar de la experiencia interiorizada. Es síntesis de una trayectoria de vínculos y experiencias de interacción, desde allí es lugar de aprendizaje, en tanto en ese reeditarse e intentar desplegarse en el mundo externo, sea susceptible de modificarse, resignificarse. Si esa escena se reedita repetidamente, estereotipadamente, no hay aprendizaje. Estamos entonces ante un indicador de trastorno del aprendizaje, de una distorsión de la lectura de lo real.

Este análisis dialéctico en tanto se propone el análisis de las contradicciones del sujeto es, en esencia, el proceso terapéutico. Contradicciones internas y las que vive en relación con el medio. Es la imposibilidad de resolver estas contradicciones lo que gesta la enfermedad. “¿Qué otra cosa quiere significar Pichón-Rivière cuando dice que uno enferma por amor y de odio? Allí señala que el núcleo patogenético encierra una contradicción básica no resuelta, ya que subyace un conflicto de ambivalencia no elaborado. Esta contradicción es la tristeza que da lugar a la patología, tristeza por el objeto destruido; tristeza, caos, culpa.”²⁵

Pero no toda tristeza, no toda pérdida genera patología, sino aquella en la que el objeto, fantaseadamente destruido, fragmentado, no puede ser nuevamente integrado, en tanto no se tolera la presencia de la contradicción del sujeto, en el objeto y el vínculo.

Y es ésta la esencia del proceso creador en tanto la tarea de la cura. Una situación patogenética depresiva llega a resolverse a través de la creación progresiva del objeto. Esa será la tarea esencial. Volver a dar vida a lo que se ha destruido y que perturba una buena lectura de la realidad. Esa reconstrucción es la esencia de la creatividad.

Hasta aquí he intentado explicar el proceso creador a nivel del sujeto individual. Pero, ¿cómo se justifica el trabajo grupal en el dispositivo en cuestión?. A través del concepto de transferencia.

Porque en la dialéctica, el proceso de deslizamiento de la escena interna, del argumento interno, su actualización, ha sido conceptualizado como transferencia, lo que implica la transicionalidad de ciertas situaciones, ciertos espacios o ciertas estructuras de relación, en las que una relación interna, una relación del pasado interroga a las relaciones externas, a las relaciones del presente. Esto ha llevado a caracterizar a la situación grupal como escena, como espacio transicional y por eso espacio de creatividad y aprendizaje. En tanto es ámbito de despliegue del interjuego entre escena interna y escena externa; ámbito de creatividad y aprendizaje en tanto ese despliegue, ese poner en escena los argumentos internos permita una desestructuración de esos argumentos, una reestructuración y una resignificación, desde la interacción con el otro y sus propios argumentos. El pasado es resignificado desde el presente, lo interno desde lo externo si se incluye lo nuevo, lo otro, lo distinto, el orden compartido y el orden social.

Artaud, comentando sobre el teatro acota que el artista es portavoz, ya que el arte es elaboración no sólo de las angustias y vicisitudes de un sujeto, sino de los hombres de una época histórica, de un orden social. La obra refleja como un espejo, un aspecto de la vida de su tiempo. El creador habla de sí y desde sí (a veces sin saberlo) y habla también por otros y desde otros. Por eso se desencadena el fenómeno de identificación o resonancia fantasmática en los espectadores, que responden a una identificación primera, inconciente del creador, portavoz. La obra es por lo tanto, un emergente.²⁶

Por eso, la dramatización, la escenificación, la creación artística en su totalidad, realizadas en grupo como rescate de la escena, como trabajo sobre la dialéctica entre grupo

²⁵ QUIROGA, Ana de. Op Cit Pág.184.

²⁶ Extracto de los comentarios de Ana de Quiroga sobre la obra de Artaud y la relación con las ideas de Pichón-Rivière.

interno y grupo externo, escena interna y escena eterna; ponen en marcha la capacidad creativa de los integrantes del grupo, son un instrumento invaluable de trabajo terapéutico y de prevención a través de la posibilidad del despliegue creativo, desarrollo de una actitud lúdica que permita un relación libre entre fantasía y realidad, y desde allí la resignificación y reestructuración del mundo interno.

FUNCIONAMIENTO DEL HD.

El hospital de día permanece abierto de lunes a viernes de 8 a 17 hs. Funciona con tres áreas básicas, que son los talleres, los grupos terapéuticos y el área de atención familiar y comunitaria.

En este momento hay alrededor de 35 personas trabajando. Son: 1 Jefe del área, 3 enfermeras, 1 secretaria, 1 psiquiatra, 4 concurrentes psicólogos, 1 profesor de plástica, 1 de danzas y 21 pasantes, personas que concurren ad-honorem con los cuales se hace el trabajo de los talleres y del área familiar.

Un día en el HD:

Los pacientes ingresan a las 8 y se les sirve el desayuno. (ahora, el comedor de todo el hospital está conccionado). Desde las 10 hasta las 11:30 concurren a los talleres de expresión. Luego, almuerzan y por la tarde, según el día funciona el área de terapia, sea ésta grupal o individual.

El personal de enfermería, cumple con su horario pactado, ya que es personal contratado por el hospital; pero, aunque rotando a mediodía, siempre hay enfermeras en esta sección.

El personal del hospital de día, ingresa a las 8:30. Cada día, para cada grupo de talleristas, hay un coordinador de taller, que generalmente es psicólogo con más experiencia, también miembro del equipo. Hay en este momento 5 talleres, uno por día. Son los lunes el taller de danza, los martes el de lectura de diarios, los miércoles el de plástica, los jueves el literario y el viernes el de recreación.

Los talleristas con su coordinador, desde el horario de ingreso hasta el comienzo del taller realizan la pre-tarea, donde los talleristas explican qué tarea planearon para realizar y cuáles son los objetivos de la misma, materiales, etc.

Existe un cuaderno o libro de tareas donde, una vez concluido el taller se toma nota de lo más relevante. Para lograr una mejor conexión y un tratamiento integral, al comenzar la pre tarea, se da lectura a este libro para que todos los talleristas, que concurren una vez a la semana, están al tanto de lo acontecido durante la misma. Se conversa sobre esto, preparando a los talleristas para comenzar a trabajar. Resalto que esta pre-tarea es muy importante, ya que trabajar con este tipo de pacientes requiere de un encuadre previo que sustente y sostenga lo que pueda surgir una vez que la tarea se está realizando.

Según Bleger, lo más fundamental dentro de la estrategia de trabajo institucional es la técnica del encuadre de la tarea que consiste en la fijación de ciertas constantes dentro de las cuales se pueden controlar las variables del fenómeno.

El encuadre riguroso de la tarea significa convertir el mayor número posible de variables en constantes, de tal manera que la labor se realice dentro de ciertos límites fijos que dan mayor seguridad y sirven de esquema referencial.

Terminado el taller, vuelve a reunirse el equipo y se realiza la post-tarea, donde se conversa lo que surgió del taller y se toma nota en el libro de tareas, que queda en el hospital.

La admisión al HD.

Cuando una persona concurre por primera vez al HD se la hace una primer entrevista, y se espera que vuelva. Si vuelve, se inicia la historia clínica y tantas otras entrevistas y encuentros como se considere necesario.

Para realizar la historia clínica, es necesario que el psicólogo a cargo redacte una nota dirigida a la oficina de Estadística; ente que maneja todos los ingresos y movimientos de todos los pacientes. Esta oficina proporciona una carpeta, de cartón, tamaño oficio con ganchos para ir adjuntando el material. En la tapa tiene un número que guarda un registro cronológico, escrito con fibra negra.

Una vez realizado este trámite, el paciente vuelve al HD y hace, con su historia clínica, su ingreso. Esta historia quedará en el HD.

También se reciben pacientes que sufren de Parkinson. Es un programa que se incluyó recientemente y que trabaja junto con el servicio de neurología. Los pacientes concurren al HD menos días. Hacen la misma actividad que los enfermos psiquiátricos, pero no se mezclan con ellos. También son pacientes relativamente joven, ya que antes era una enfermedad que se declaraba después de los 65 años; y eso ha cambiado.

Cómo se trabaja para lograr los objetivos.

A continuación, transcribiré un párrafo, resultado de una de las entrevistas que tuve con Graciela. Resume muchos aspectos que dan cuenta del funcionamiento de este HD, inserto en una estructura global y cómo se trabaja para lograr los objetivos que dan forma al HD.

“Una de las cuestiones que afecta al hospital de día, yo te explicaba, que depende de quién está a cargo de la sala es la suerte de ese paciente. Hay médicos muy positivistas que dicen: esto no se cura, tiene que seguir de por vida acá. Que obviamente con los años van siendo los menos. Y están los que tienen otra actitud: que el paciente tiene recursos de salud. Nosotros trabajamos con los recursos de salud. Más allá de que haya tenido una crisis, bueno, qué recursos de salud le quedan a este paciente y con eso trabajamos. Que en definitiva es lo que hacemos nosotros en lo cotidiano, cuáles son las cosas que mejor hacemos, y esas hacemos; las que no sabemos hacer y nos salen mal, bueno, las dejamos. Con los pacientes pasa lo mismo. Y entonces digamos que el sector más retrógrado del hospital, también tiene una idea más retrógrada de lo que es el hospital de día. “Jode mucho en la sala?, mandémoslo al hospital de día para que haga alguna cosita”. Es decir, no viene al hospital de día, porque considera que es importante para el paciente, sino porque jode, molesta, entonces mandémoslo a la guardería. Entonces tuvimos que empezar a hacer como una selección de esos pacientes. Nosotros cuando nos mandan algún paciente, vemos la historia clínica, le hacemos una, dos o tres entrevistas; hasta que nos quede clara la situación. Vemos cuáles son las posibilidades de salida de ese paciente. A veces, cuando podés trabajar bien con una sala, te dicen: “mirá, nosotros estamos por conseguir un subsidio, ¿puede ir al hospital de día?”; entonces se lo admite al paciente!. Si

podemos trabajar en conjunto... porque si el paciente viene de una sala... Acá son como ghettos. Cada sala es un ghetto. Entonces si vos llegás a tocar el paciente de una sala, sugiriendo que se puede ir de alta, es visto como muy invasivo. Los pacientes terminan siendo como una propiedad privada. Y con esto hay que ser muy cuidadoso; si no después el castigado es el paciente. Entonces, en realidad las selecciones que nosotros hacemos son: leemos la historia clínica, hacemos entrevistas y hacemos un período de “adaptación”; le decimos al paciente que venga, durante 15 días o un mes, a prueba. Y que él vaya viendo las distintas actividades, cómo se adapta, si se integra. Y nosotros de paso vamos observando cómo va funcionando. Hay otros hospitales de día en los cuales el ingreso lo hacen de acuerdo al diagnóstico. Yo no estoy de acuerdo con eso, porque el mismo diagnóstico no implica la misma personalidad. Cada paciente tiene una personalidad previa aunque tenga el mismo diagnóstico. Y en el mismo diagnóstico, cada persona tiene distintos recursos. Es decir; si vos hacés un ingreso por diagnóstico, estás limitando mucho las capacidades del paciente. Nosotros lo que tratamos de ver más allá del diagnóstico, es qué recursos tiene el paciente. Es como si se hiciera una admisión como una entrevista de trabajo.

El diagnóstico para nosotros es secundario. ¿Qué recurso tiene esta persona? qué puede hacer? cómo fue su vida? a lo mejor tuvo un oficio, se vincula bien? qué potenciales recursos tiene?. Ese es el recurso de salud con el que trabajamos; no con la patología. Porque la patología es invalidante. Si yo le digo a un empresario, a un comerciante: tengo a esta persona para un empleo. Bueno, qué tiene?: es un esquizofrénico. Ya me va a decir que no. Porque es invalidante, de por sí. Es un estigma, es todo lo que significa para cada uno”.

Retomando el tema de los recursos de salud, es muy importante remarcar que el trabajo del HD se realiza en base a dichos recursos. Porque caer en la institucionalización, en la dependencia, es muy fácil; en una institución como este neuropsiquiátrico. Generar dependientes, es generar parásitos; y salir de esa dependencia es cada vez más difícil. Incentivarlos para que los pacientes consigan sus propias cosas; que conozcan y fortalezcan sus recursos. Porque el problema no está cuando están adentro, sino cuando salen. Todo resulta mucho más hostil.

Para esto, daré dos ejemplos. Ambas resoluciones a las problemáticas planteadas han sido tratadas en asambleas generales, que se realizan dos veces al año, con todo el personal y todos los pacientes del HD.

El primer ejemplo es de la época del auge del trueque. Los pacientes hacían cosas para vender, o las conseguían. Iban a los mercados, intercambiaban con la gente y así podían conseguir lo que querían. Esta incentivación por parte del HD nos da cuenta de la importancia que tiene recuperar esos recursos de salud, de agudizar el ingenio y de la vinculación con la comunidad.

El segundo ejemplo se refiere a la comida del fin de semana. El Ministerio paga por las porciones de comida durante toda la semana. Como los pacientes de HD no almuerzan los fines de semana, se presentó la opción de brindarles los alimentos sin elaborar: fideos, verduras, frutas, yerba. Para evitar el parasitismo que se produciría si los pacientes se llevaran la comida para el fin de semana, en el HD se implementó un régimen de pequeños trabajos, como repasar

los muebles internos, o tareas de jardinería, que, como paga, tiene los alimentos. Se observó que muchos decidieron no trabajar y por lo tanto, no llevarse la comida. Graciela agrega: “y entrás en contradicción, tenés que luchar contra el resto del personal que trabaja acá, que te dicen que no podés ser tan mala que no le das de comer a los pacientes. Porque si no es muy paternalista la institución; le da la atención, le da el remedio, le da la comida!, no vamos a dar un alta no por casualidad!! Nadie se quiere ir, si están bárbaro acá!. Cuando implementamos el sistema este, que dijimos que se va a llevar comida el que trabaje, se borraron la mayoría”.

Así es como se llega a cumplir con los dos objetivos centrales: disminuir el tiempo de internación, evitando los ingresos y reingresos; y lograr en el paciente la reinserción socio comunitaria y vincular.

A modo de evaluación, Graciela hace una recorrida por los nueve años de vida del HD y comenta: “Una de las cuestiones más importantes que nosotros hemos logrado, es que el paciente no vuelva a estar internado. Es muy bajo el porcentaje... así como yo te dije que originalmente en el SAC, teníamos el 50% de reingresos; acá no llega ni al 2%. Por qué? porque el paciente una vez que se va de alta; se le hacen visitas cada uno o dos meses, para ver cómo está, si continúa con el tratamiento... Hay otros pacientes que vienen solos. El hospital de día queda para el paciente como un lugar de referencia, donde si se siente mal, puede venir. Porque como tiene incorporado que no lo van a internar... es decir si ellos van a la guardia, corren el riesgo de que lo internen. Vienen acá, nosotros le pedimos el turno, se lo acompaña al psiquiatra, a veces se le ajusta la medicación... entonces es un punto de referencia que a él le genera cierta tranquilidad de que no va a ser internado; entonces viene solo. Son varios los factores que hacen que no vuelva a estar internado: el seguimiento y lo que queda inscripto en el paciente, del significado de hospital de día. A veces vienen, pasan el día, almuerzan, están con el resto de los pacientes... si es un paciente que no está muy bien a veces viene dos o tres días. No le hacemos el ingreso al hospital de día, queda como...visita. Entonces, queda para él como un lugar confiable. Los recursos tampoco son tantos los que hacen evitar la internación. Yo creo que con esto hemos logrado después de casi 9 años, el objetivo inicial que nos habíamos propuesto. El otro objetivo es que no funcione dentro de la institución el hospital de día, esto no es bueno para el paciente; venir a un lugar a donde estuvo internado. Primero porque queda muy lejos, con lo cual esto dificulta el traslado; hay gente que viene de Berazategui, de Berisso, de Ensenada y tiene a lo mejor 2 horas de viaje, más el costo. Pero además de la cuestión económica, es lo que le pasa el paciente cuando viene a un lugar donde pasó su crisis; se resiste, no le gusta, se angustia... lo conecta nuevamente con la locura. Entonces algunos pacientes no vienen por esto. Hasta ahora no hemos logrado abrir un hospital de día en La Plata. Hay muchas dificultades, habría que alquilar una casa... no hay plata...”

Porque en esto último, es importante remarcar el “estigma”²⁷ que queda en el paciente al haber pasado por una institución como el neuropsiquiátrico. No es un dato para mencionar en el caso de que, por ejemplo, se quiera conseguir un trabajo.

Descripción de las instalaciones físicas del HD.

²⁷ Uso la palabra estigma en el sentido de Goffman. No es sólo una marca, sino todo lo que ella significa en lo subjetivo.

Después de haber ido a hospital más de una treintena de veces, quise detenerme para poder realizar una descripción exhaustiva de las instalaciones, para que se conozca, objetivamente. Trataré de hacerlo lo más detenido posible; aunque reconozco que hay imágenes que no se entenderán para quien nunca haya visto, no más sea en una foto, un neuropsiquiátrico. Intentaré que sea lo más gráfico que pueda.

El HD se encuentra ubicado, yendo por la calle 520, en la parte derecha del establecimiento general. Hay que atravesar una gran valla, que abre un guarda y te pregunta a dónde vas; y a veces para qué. Las calles internas principales están asfaltadas, las demás son de tierra. En este caso, para ir al HD hay que tomar por la primera callecita interna, que es la que bordea al hospital, hacia la izquierda. Recorrer una cuadra y ahí nos topamos con el HD. La calle principal de acceso es de tierra y suele hacerse barrial después de las lluvias. Los edificios, al ser en general de 100 metros, ocupan toda una cuadra.

Desde afuera, es bastante parecida a las demás salas: pintura de color pálido, descascarada; aspecto en general, de abandono. Lo único que cambia un poco esta apreciación es el trabajo de jardinería que tiene el frente del HD. Algunos pacientes han plantado rosales y han formado canteros, con sus canales de riego. Aunque aún no han florecido, le dan un poco de vida.

LA ENTRADA:

La puerta de entrada es de chapa y está ubicada en la mitad del largo total del edificio, dividiendo a la sala en dos alas de 50 metros cada una.

Una vez adentro, hay un pequeño estar, desde donde se observan claramente las entradas a las dos alas, que no son con puertas, sino con pasillos.

Las paredes en general están despintadas de un color que quiso ser amarillento, descascaradas y en algunos casos, el abandono es tal que también ha corroído parte de los revoques.

Todos los ambientes tienen las tuberías de gas a la vista.

El piso es de baldosas que van cambiando según los ambientes. En la entrada se forma un a cuadros blanco y negro. Parece sucio, pero es que los años han ido picando algunas partes de las baldosas, y gastando otras, como queriendo dejar huellas.

Orta de las cosas que se podrían marcar como diferencias con el resto de las salas, para quien guste recorrerlas, es que el HD no tiene el olor tan característico de este tipo de hospitales que suela constituirse por una mezcla de suciedad, orín que se impregna hasta en las paredes, humo... entre tal vez otras percepciones...

El HD está limpio. No es que por esto se sientan olores florales, frutales, a lavanda, ni a lavandina; simplemente no huele a nada. Y esta carencia es suficiente para marcar una gran diferencia con el resto de las salas del hospital.

Pero volviendo a la entrada; en ese pequeño estar que se forma, está la secretaria. Su “oficina” no tiene divisiones y está formada por una estantería de madera, con papelerío y carpetas, una mesa de fórmica que oficia de escritorio, y entre otras cosas, las más sobresalientes son una máquina de escribir y un fichero de metal que se completa con fichas de cartón pequeñas donde se almacenan datos de pasantes, pacientes y del resto del personal.

A la derecha de la entrada, también conformando este descanso está enfermería. Se divide físicamente por tabiques de madera, de un alto de más o menos metro y medio, de manera que forma como unas ventanas. El recinto es chiquito y tiene una mesa; una estantería de metal con carpetas y un armario transparente donde guardan, la yerba, el mate, entre otras cosas menores. Parecería que este recinto hubiese sido agregado en la parte anterior de una pequeña cocinita a la que ahora está ligada.

Al frente de esta entrada, sobre la pared trasera, hay una gran puerta que comunica con un patio interno, en el cual en el verano realizan las actividades al aire libre. Es un patio embaldosado, con bancos de material y algunas partes verdes, prolijamente mantenidas por esto pacientes-jardineros.

Al lado de esta gran puerta, está la puerta del baño del personal. Es chiquito, con un antebañ. El detalle que parecería marcar la institucionalización de todos dentro de este hospital, es lo que permite activar la descarga del inodoro. Contradictorio, porque para poder tirar la cadena, en este caso hay que tirar de la gasa: una tira de gasa de curación, atada con un nudo. Parece que a nadie le molestara ya que no han reparado en colocar, aunque sea, un trozo de sogá.

EL ALA IZQUIERDA:

El pasillo de entrada a esta ala, está pintado de un amarillo claro con una gorda floral en color azul. El piso en este pasillo son baldosas rojizas, de tamaño mediano.

La primer puerta a la derecha, es la cocina; que tiene aspecto de lavadero, pero funciona como cocina. Tres piletones grandes de cerámicos amarillentos. Dos de ellos tapados por una mesada de mármol. No tiene horno ni hornallas, ya que al almuerzo, la comida llega caliente y en cajas térmicas. A la izquierda tiene un armario, con vajilla de plástico. A la derecha, una mesa de metal. Las paredes también están despintadas y con los caños de gas a la vista. En general tiene aspecto de abandono; como generando cierta desconfianza si hubiese que alimentarse de lo que se cocine allí.

Separado con un tabique de la cocina, hay un pequeño recinto que se utiliza como consultorio. Actualmente se reúnen los neurólogos del Taller de Parkinson, ya que como este tabique no llega hasta el techo y es de madera finita, se escucha mucho desde afuera, por lo que el personal evita que los pacientes escuchen ciertas charlas.

En frente a este pequeño consultorio, están los baños de los pacientes. Lo único que le falta para que sea totalmente desagradable, es olor. Está limpio, aunque está muy descuidado. Se escucha una pérdida de agua. Las paredes están despintadas y hay lugares en los que le falta hasta el revoque. En hilera frente a la entrada, seis puertas de madera, despintadas de un color que ha sido parecido a un verde claro, son los baños. Un inodoro y cinco letrinas, de las cuales una, está clausurada. Letrinas?, si, letrinas... Los pisos son de baldosas rojizas. Además, a la izquierda de la puerta se forma como un rincón, que está ocupado por aproximadamente diez escobas, una carretilla y un par de botas de goma.

El pasillo termina en un gran estar de más o menos 40 metros de largo; que se divide a la mitad, con un gran armario de madera. Las paredes de este gran estar están despintadas y descascaradas. Tiene los caños de gas a la vista que desembocan en una pantalla de gas pequeña y un calefactor. Los días de frío, estos dos componentes solos, no bastan para calentar tantos metros. Tiene sobre ambos laterales, seis ventanas grandes cubiertas de precarias cortinas. El

piso es de baldosas a cuadros y el techo es de madera. Creo que se ha aprovechado para la construcción de este tipo de salas, lo que habría quedado de las antiguas barracas de madera.

El primer ambiente que se forma con la división de este armario, es el comedor. Dos tablonces largos de madera con caballetes de metal. Uno de ellos tiene un mantel a cuadros cubierto con un nylon transparente. Contra las paredes hay varios muebles. A la derecha, uno de madera, verde con amarillo que parece recién pintado. A la izquierda, otro más grande, verde claro despintado. En ambos, los pacientes guardan sus efectos personales, carteras, bolsos, entre otras cosas. Decorando este comedor, un espejo chico y una pintura de la Virgen, traída por uno de los viejos pacientes, ya fallecido. Además, en la parte trasera del armario divisor, que da al frente del comedor, han pegado varios trabajos y otras cosas. Entre ellas, un mapa de Argentina; una propaganda al uso de preservativos; una lámina con las manos de los pacientes selladas en ténpera con sus nombres.

En el segundo ambiente que se forma con la gran división, se realizan los talleres de Lectura de Diarios, Expresión Literaria y Recreación. Esto puede leerse en tres de las puertas del gran armario, que dan hacia ese lado. Hay seis mesitas de fórmica con pie de metal distribuidas en todo el lugar. Un mueble con un televisor.

Al fondo hay una puertita por la que se ingresa a un consultorio en el que se realiza terapia individual.

EL ALA DERECHA:

En simetría con la parte izquierda, comunica a esta ala, un pasillo; que no está pintado con guardas florales como el otro. La primer puerta a la izquierda, es la “oficinita” de Graciela. Un pequeño estar donde se realizan consultas con el personal y se hacen reuniones. Tiene una computadora, una estantería de madera con algunos libros y unas puertitas debajo donde se guardan las historias clínicas, clasificadas y encarpadas.

El pasillo termina en otro gran estar de otros 40 metros. En este caso, los muebles dividen este gran ambiente en tres partes. El piso es a cuadros y tiene también la cañería de gas a la vista, que concluye con dos calefactores.

En el primer ambiente funciona una biblioteca. O mejor dicho, más de la mitad de los libros no hacen más que dormir allí. Tiene un largo de aproximadamente 10 metros y se divide del resto, por un gran ropero. Contra las paredes, hay estanterías con libros y tomos entre los cuales se observan: 16 pilas de 7 tomos cada una del Dictionaire des Sciences médicale, del siglo pasado; libros de cirugía; entre otros. Atlas; Gacetas clínicas; libros de Anatomía y Patología. En el medio, hay una estantería de metal que contiene libros de “lectura”, por llamarlos de algún modo. Aún no están clasificados, fueron las palabras de la secretaria. Por lo tanto, está Verne al lado de Benedetti, al lado de un manual de escuela de matemáticas, al lado de una guía de Bussiness completamente en inglés.

Parece que la idea inicial de este edificio (o de esta ala en particular) era conformar un Centro Cultural, por lo que la biblioteca tendría gran importancia y necesitaría de una bibliotecaria de tiempo completo. Pero no se realizó. Ahora algunos pacientes, de vez en cuando, llevan uno de estos libros para leer, o lo consultan allí.

En el espacio que se forma entre los dos armarios que dividen este gran ambiente, se realiza el taller de Expresión Corporal. Tiene de largo más o menos otros diez metros. A veces

parecería que el espacio que tienen para moverse en este taller, no alcanzaría. Pero el intento frustrado de la biblioteca, no ha hecho más que quitar espacio donde tal vez sí se necesite. Las puertas del armario contienen ropas que muchas veces se utilizan como ambientación de ciertas tareas, o de disfraces. Contra la pared izquierda hay una gran estantería de madera, 18 estantes de 9 carpetas cada una, de altas y salidas desde el año 1901. Son carpetas cajas, rojas y muy viejas. Dentro de estas carpetas, están las fichas de los pacientes que se han ido yendo desde esa época. Se puede leer: nombre, fecha, y otros datos. Servicio al que concurrió, que en el caso de haber asistido al “manicomio”, los diagnósticos que pueden verse son: Locura; Ristematización incipiente; Epilepsia; Melancolía aguda; Alcoholismo; Histeria; Delirio de las persecuciones, entre otros. La pregunta sería qué marco le pueden dar a un taller de expresión, con lo que la metodología de abordaje significa, todas estas carpetas. La respuesta que tuve fue que con todos esos datos se quería construir un archivo histórico...

Por último, en el tercer espacio formado por el frente de un armario y la pared del fondo, es donde se realiza el taller de Expresión Plástica. Las paredes están pintadas y tienen trabajos colgados: láminas, cuadros, tucanes en espuma y peces de tergopol. Paisajes; máscaras; maquetas y materiales por todos lados. Los colores que se respiran le dan una vitalidad que no se percibe en el resto de los ambientes. Tiene dos tablones con bancos de madera, como los del comedor; a diferencia que éstos están pintados con colores alegres e irregulares.

Al fondo, hay otro cuarto que se usa como consultorio y como espacio para realizar la pre y la post tarea de los talleres.

EL TRABAJO CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

En primer lugar se podría decir que el personal de enfermería de este hospital es un personal muy particular. Es un personal que vive pegado al hospital de Romero. Que convive con la locura. Que tiene arraigado el concepto del loco, desde otro lugar; desde la cotidianeidad. Graciela, acota al respecto “con lo cual esto también contamina mucho. Porque si vos tenés a la madre, al padre, a los hijos trabajando en la misma institución; esto hace que se empiece a pervertir un poco la cosa. En definitiva su casa termina siendo como una extensión del hospital, donde se charla de eso, el paciente hasta va a su casa; empieza un problema con el poder discriminar los lugares”. Gran cantidad de la gente que trabaja en el hospital se entremezcla, sufre, padece y se compadece con el sufrimiento, el abandono y el aislamiento de los pacientes.

Y, al mismo tiempo, muchas veces el mismo personal tiene familiares que a su vez están internados en el hospital... por alcoholismo, por adicciones... La población de Romero en general, es de clase baja, gente muy humilde que está muy poco capacitada.

Históricamente el personal de enfermería eran las mucamas, las que limpiaban. Que después, con el progresivo aumento de los internos, como se necesitaban enfermeras, pasaban a ocupar ese rol. Pero no tenían capacitación y no era obligatorio tener título.

“Entonces por eso hemos tenido bastantes problemas con enfermería, incluso hoy; pero se va trabajando permanentemente”.

Hablando del trabajo con las enfermeras, Grimson, al contar su experiencia en el Centro Piloto, dice que: “... se trata de personas con un promedio de varios años de trabajo previo en el hospicio, debe entenderse que lo logrado se debió a la posibilidad de promover y aprovechar capacidades antes mutiladas por el sistema tradicional. Esto quiere decir que la enfermera hace lo que permite el sistema asistencial en el que está incluida. En un medio que promueve una imagen de custodia y que crea la ilusión de la posible violencia para justificar la custodia, los intentos individuales por mejorar las condiciones de trabajo no son entendidos, apreciados, ni tolerados. En el encuadre de la psiquiatría de asilo sólo se pueden dar los pasos que van de la custodia al paternalismo benevolente, también basado en la mutilación del yo del paciente y por tanto inconducente a su recuperación”.²⁸

La cuestión que también se debe trabajar permanentemente es la relación entre el personal y el enfermo mental. “Yo te diría que hasta por ahí se olvidan que son pacientes psiquiátricos. Y es de locos. Es de locos porque tenés que estar marcando en las reuniones, que es un paciente psiquiátrico. Que vos no te podés poner a discutir con un paciente”.

Una idea de enfermería tal vez más ligada a un concepto médico: al del silencio. Y su contraparte con la dinámica del HD. Que el paciente hable, que diga lo que le gusta, lo que no, lo que necesita, es que encuentre su lugar; y no que acepte todo pasivamente, como quizás anhele este personal. Por esto ha sido un trato muy difícil con el personal de enfermería, que se ha ido amoldando con el trascurso de los años.

²⁸ GRIMSON, Wilbur. Op. Cit. Pág. 96.

“Se escuchaba entonces, hace un tiempo, que las enfermeras decían: no!, el paciente de agudos que no venga acá!! ... porque es un paciente joven, que tiene todo el vigor. También es así el vigor de la enfermedad. No es lo mismo un esquizofrénico de 25 que uno de 60!; es decir tiene toda la energía. Y asusta!, asusta esta locura, asusta este vigor, asusta este cuestionamiento”... “Dicen: el paciente me contestó!! o: no quiere ir a hacer tal cosa!! Entonces es volver a ver cómo se trabaja...”

En síntesis, se ha pasado de una enfermera que ponía en orden la sala, esquema dentro del cual el paciente viene a ser el que desordena las cosas; a un trabajo integrado en el que la enfermera actúa como contención ante el desborde de los pacientes. Uno de los recursos específicos en este proceso de cambio, es examinar los problemas semanalmente, en forma de grupo operativo con los demás sectores de trabajo del HD.

Muchos pasos se fueron dando para intentar dejar atrás los hábitos inculcados por el hospicio. De especial importancia es poder trabajar la ansiedad que produce el contacto directo con los enfermos mentales (especialmente con los psicóticos); y con la tendencia casi automática a no admitir ni aceptar la ansiedad propia, pasándosela al paciente. La capacidad para tolerar la ansiedad, reconocerla y manejarla adecuadamente fue uno de los cambios de este grupo.

Pero estas actitudes no son exclusivas del personal de enfermería; éstos se presentan como el emergente o el portavoz de las ideas de las ideas más generalizadas. En general, todos los que trabajan en este tipo de instituciones, tienden a institucionalizarse también; desde los médicos, en un extremo, hasta el personal de mantenimiento, en el otro. Entonces, al plantear la opción de un dispositivo en el que se trabaje con el paciente para su externación; se responde con el desconcierto. Está la idea de que el paciente se tiene que quedar, cómo va a salir, si no puede!. Más allá de la fantasía que genera que se cree un lugar para que paciente no esté internado y que la gente entonces piense en que se quedará sin trabajo. Esto también pasó con el HD, si era un lugar para estar externado, qué vamos a hacer?, dónde vamos a trabajar?, van a cerrar el hospital!. Es como sacarles su lugar de referencia. Que se agudiza más con las personas que viven en Romero. Porque lo que pasa es que no es tan fácil entender que van a mantener su trabajo, que seguirán siendo enfermeros, pero que ya no van a hacer lo mismo que hacían. Sacar a una enfermera de la sala, implica mover toda una estructura, implica sacar al personal de su lugar de siempre, para que ocupe el mismo rol, pero de una manera diferente. “Por ejemplo, cuando nosotros parecía que nos mudábamos a La Plata, las enfermeras que estaban acá, la mayoría dijo que ellas no iban. Que no iban a ir a trabajar a La Plata, que ellas querían seguir en Romero; que ellas vivían acá y querían quedarse acá!”.

Los pasantes.

Los talleres de expresión y el Área de Atención Familiar y Comunitaria (AAFC) están actualmente a cargo de 21 pasantes–talleristas de carreras universitarias como Psicología (13 estudiantes de los últimos años y 4 Licenciados) y Trabajo Social (4 estudiantes del último año).²⁹

El número de pasantes por taller es entre 2 y 3. Cuentan además con un coordinador por cada taller. En el taller de Expresión Corporal, hay además de los dos talleristas, un profesor de danzas; y en el de Expresión Plástica, un Licenciado en Artes Plásticas.

Los pasantes en el AAFC son 6, más un coordinador.

Para la selección del personal, se admite el curriculum y se procede a una reunión conjunta donde se explica a los postulantes la tarea a realizar, sus fundamentos, la metodología. Luego los postulantes realizan una rotación por todos los talleres; ya que no son ellos quienes eligen en qué taller quieren participar. Sino que, según las aptitudes propias y las impresiones que se expresan después de esa primera rotación, los profesionales a cargo son quienes proponen el taller al que cada pasante concurrirá definitivamente.

Hace varios años que se está implementando esta metodología de rotación y, hasta ahora se asegura su funcionamiento; ya que luego de esa rotación, quedan la mitad de los postulantes. Cada uno ingresa con sus expectativas; y hay quienes no comparten la forma de trabajo o simplemente a quienes no le interesa. Graciela asegura que es el mejor sistema, ya que no hay deserción, luego de que se establecen los pasantes definitivos. Es una forma rápida. Todos los postulantes conocen el funcionamiento de todos los talleres y quienes se quedan, es porque definitivamente están dispuestos a realizar el trabajo propuesto.

Además es muy difícil evaluar a alguien que está recién recibido o lo está por hacer. Graciela se pregunta, “¿con qué criterio?... es muy difícil. Hay gente que puede ser más extrovertida y otro que puede ser más introvertido; y esto no te determina el vínculo con el paciente.”

²⁹ Digo actualmente refiriéndome al año 2004. Años anteriores han sido pasantes de otras carreras sociales; lo que nada predica sobre años venideros.

LOS USUARIOS DEL HD.

El HD es un servicio abierto y mixto. Reciben derivaciones del Poder Judicial, del Juez de Familia, de juzgados de menores, de otros hospitales, de la curaduría y de otros servicios dentro del hospital.

También hay gente que acude sin ser derivada. Para esto ayuda mucho la propaganda que se ha hecho en los medios de comunicación. Graciela recuerda "... el año pasado se hicieron varios programas, uno el de Ser Urbano, con Gastón Pauls; y el otro el de Andino y otro en canal 5. Y la gente empezó a venir, hizo que la gente acuda porque por ahí tiene un paciente en la casa, no sabe qué hacer, sabe que hay un lugar y lo manda. Es un hospital abierto".

Las personas que acuden solas son las menos. Ante esa pregunta, Graciela responde: "Si... Le hacés una entrevista, le preguntás qué médico lo atiende; tratás de comunicarte con el médico, y capaz que el médico ni sabía que el tipo iba a venir!. Entonces lo llamás, le pedís que te mande un resumen de historia clínica, que en general no te lo mandan, o por lo menos la receta de lo que toma, como para tener una idea. Y se presentan diciendo que se enteraron que estaba esto, que quieren venir... Y en general, la mayoría de los que vienen así, no vienen acompañados de la familia, viene el paciente solo".

Para lograr, dentro del hospital, un trabajo conjunto, la mejor manera de evitar un reingreso es que el paciente comience a concurrir al HD cuando se está por ir de alta; o sea, un tiempo antes de irse de agudos. Un paciente que se va de agudos, tiene un promedio de 60 días de internación, empieza a concurrir al HD. Le dan el alta de la internación, se hace el ingreso en el HD, y se trabaja con ese paciente de alta, pero que va a su casa. Graciela acota: "y el que no puede irse con su familia, se le busca un subsidio, se alquilan pensiones, a veces hasta se establecen vínculos entre pacientes y se van a vivir juntos... Todas las alternativas como para poder conseguir una vivienda".

El promedio de tratamiento debería ser de 6 meses. Un paciente que ingresa hoy al hospital de día, cumpliendo todas las actividades, a los 6 meses estaría ya para irse. Pero esto depende mucho de la historia del paciente. Si son pacientes de mucho tiempo de institucionalización, 6 meses no alcanza. "El paciente que tiene 20 años de internación, como el caso de R.F, es un paciente que hace 7 años que está acá. Estuvo 20 años internado. Y ahora ya se va a ir, ya llamamos al hermano. Porque en realidad él no está acá por un problema meramente de índole psiquiátrico. Él está acá porque el hermano le cierra la puerta a las 5 de la mañana y lo deja en la calle; entonces viene acá porque no tiene en donde estar. Nosotros tenemos también estos inconvenientes. Qué hacemos cuando queda en la calle y no logramos que la familia se haga cargo. Vive con un hermano que también es discapacitado; con lo cual es muy difícil hacerle entender al hermano algunas otras cuestiones. Entonces en esos casos, qué tenés que hacer?; el vínculo con la comunidad, qué se yo, ir a hablar a donde él va siempre, al kiosco, a la ferretería; organizarle una rutina en donde él pueda estar, y que no tenga que venir hasta acá, porque quedó afuera a las 5 de la mañana. Empiezan a ser problemas más de índole social y familiar que psicopatológicos. Pero, digamos, con el resto de los pacientes, con un población joven, entre 20 y 35 años, la estadía en tiempo, se cumple".

Los diagnósticos más frecuentes son esquizofrenia, paranoia, trastornos de la personalidad, adicciones, depresiones; esos serían los diagnósticos más importantes. Después hay bulimia, anorexia, pero son los menos.

En este momento hay alrededor de 30 pacientes. Hace tres años, más o menos, se produjo un giro en cuanto a la edad de la población que concurre. No es la gente adulta de más de 40 años, sino que es muy joven la gente que viene o que es derivada al hospital de día.

Conjuntamente se ha ido haciendo una depuración, una selección, hasta que en el día de hoy sólo hay pacientes externados: “había muchos pacientes internados. O sea que primero tuvimos que hacer todo un trabajo de ver qué hacíamos con todos esos pacientes que iban de la sala, al Hospital de Día. Porque los pacientes internados tienen otras actividades para hacer dentro del hospital. O puede venir un paciente internado si se está por ir de alta”. Esta depuración fue necesaria para seguir el lineamiento de los objetivos que definen al HD.

ALGUNOS CASOS CONCRETOS.

Este apartado del trabajo surge de entrevistarme con una de las terapeutas del HD: Daniela. Es psicóloga y trabaja en este dispositivo desde sus comienzos. En el año 1999 comienza a participar de los grupos terapéuticos (en adelante GT) y de las terapias individuales.

Las charlas versaron sobre algunos casos concretos que sirvieran a modo de ejemplificar la evolución en el tratamiento de los pacientes, sus reacciones y los resultados.

Citaré textual sus palabras, por no tener incumbencia en el análisis psicológico de los casos.

Caso R.B:

Este caso es para la terapeuta un caso paradigmático. Tal vez un ejemplo claro de que la locura, se cura. “Yo cuento siempre esto, porque para mí es el caso más gráfico. Uno pareciera que no le diera importancia”... “por ahí una paciente que parecía que nunca iba a salir del delirio, cómo con la intervención, con el granito de arena que se puso desde cada lugar...” hicieron posible que R.B hoy esté afuera.

“A veces cuando uno escucha por primera vez al paciente, decimos: cómo hacemos para que este paciente pueda salir?!. Y no te lo imaginás! Y pasa un montón de tiempo, hasta que algo pasa, hay un clic; que obviamente tiene que ver con todo un trabajo anterior, que el clic no es una cosa del momento, no es casual. Pero que pueden lograr cosas. Justamente esto, lo que tomamos como criterio fundamental de una entrevista de admisión en Romero, en el HD, es el recurso de salud. Un paciente que puede hablar, que puede delirar, no es un paciente que está descompensado absolutamente. Esta R.B que deliraba, no era una persona que estaba todo el tiempo delirando. Deliraba, en determinados momentos. Pero después era una mujer que se podía manejar...”

Según el árbol genealógico de la paciente, que se arma con sus datos y su historización verbal; R.B “tiene 10 hermanos. 4 fallecidos. Ella convive con Frida, su hermana, que vive en Las Quintas. La mamá, tenía cinco hermanos. Nació en 1910 en Brasil. Escapan de Brasil para la Argentina en 1918. Era ama de casa y lavaba ropa en el río. Muere a los 67 años, se cree que por un paro cardíaco. El papá era Carlos, que tenía tres hermanos. Nació en 1902 en Letonia. Vino con su familia a la Argentina, previamente pasaron por Brasil, Uruguay y Paraguay y se instalaron en Misiones. Fue herrero y muere a los 48 años por una meningitis. Ellos se conocieron en Santa María, un lugar de Misiones cuando Carlos venía de Paraguay y a los tres meses se casaron y se fueron a vivir en Comandante Fontana, Formosa”.

“Cuando yo la empiezo a ver a R.B, la empiezo a ver en principio en el taller de Expresión Corporal, porque yo empecé trabajando ahí. Era una mujer que le costaba moverse, que hacía los movimientos con una cuestión de miedo, de inhibición corporal importantísima. Cuando yo empiezo a preguntar cómo había sido que R.B se descompensó; me cuentan que no me acuerdo ante qué situación familiar, entró en un estado de catatonía; se sienta en un sillón y no la pueden mover, no quiere comer, no quiere hacer nada; esto deriva en una internación y después, posterior al alta de esa internación, comienza a ir a la sala Albina, desde su casa”.

“El único recorrido que ella podía hacer era éste: de su casa al hospital, y del hospital a su casa. El único vínculo, más o menos fluido que ella podía hacer, era con S.N (otro paciente del hospital); y en su casa, con su hermana, Frida; con la que no tenía demasiada comunicación. Por ejemplo esperaba que su hermana llegara para cocinar, esperaba que la hermana la mandara a bañarse; como una dependencia de casi una niña, en relación a estas cuestiones. Eso era lo que yo veía en el taller”.

“Cuando yo empiezo a atender en los GT, en el año 1999; su tercer año de HD y el primero mío como terapeuta; junto con Julieta (otra de las terapeutas), R.B el primer día que yo me siento en el grupo, dice: “entre mi familia y la familia de Daniela, que es la hermana de la reina Isabel, hay una cortina de hierro”. Imaginate yo, recién recibida, escuchar un delirio de estas características; involucrarme a mí, que era el primer día que me sentaba en el grupo, yo me quedé atónita. Mi tarea en ese grupo, hasta que escucho esto, era anotar; escribía. Como una crónica, una observación. No participaba porque no sabía cómo se trabajaba; quería ver cómo trabajaba Julieta para tener después un referente, un modelo. Después empecé a ver que Julieta intervenía y se metía en el delirio. Yo pensaba que Julieta estaba más loca que los pacientes. Pero no, era una estrategia que se hacía para ver si se la podía correr de ese lugar del delirio”.

“El tema es que con R.B se manejaron un montón de cuestiones que tenían que ver con lo vincular; una familia muy numerosa, tenía como 10 hermanos. Y cuando ella puede empezar a historizar, más allá del delirio que quedaba como enquistado en algún lugar, ella cuenta que vivió primero en Formosa, ella nació en Formosa, y en determinado momento de su vida se van a vivir a Misiones, donde pasa su infancia. Después van a Chaco, y de Chaco, cuando ella tiene aproximadamente 18 años, se van a vivir a Capital Federal. Ella comienza con estos problemas de salud mental con este desarraigo. En realidad lo que nosotras entendíamos era esto, que el desarraigo cultural para ella había sido algo insoportable y que de alguna manera ella no lo había podido elaborar como un duelo, como una pérdida que se elabora. Y lo que hace es desencadenar por la locura. Entonces, ella con mucha ayuda, con mucha pregunta, muy organizador el grupo

en ese aspecto, puede empezar ordenando datos. Y este ordenar de los datos, a ella le permite pensarse de otra manera. Y empiezan a surgir distintos intereses; como por ejemplo algo que ella plantea como un deseo que era hacer algo que tuviera que ver con el corte y la confección. Para esto, cuando ella demanda esta cuestión, desde el Área de Atención Familiar y Comunitaria, lo que se hace es ir y hacer un relevamiento institucional por el barrio para ver si se encuentra algo que tuviera que ver con esto. Encuentran en un club, creo que cobraban la cuota mínima, un taller de corte y confección. En ese momento, van las chicas, la acompañan a R.B; va una vez y no va más. Y esto se trabaja en el GT: qué había pasado. Ella dice que le pedían mucho de matemáticas, que le hacían hacer cuentas y que no se acordaba. Con muchos justificativos, pero en realidad tenía un miedo terrible. No podía enfrentar un vínculo, una relación con el otro y estar haciendo una actividad que le gustara, porque ella no se sentía segura... aún”.

“Para esto, ella participaba del resto de los talleres. En cuestiones como lectura de diarios, era brillante, en la lectura; ayudaba a S.N, que no sabe leer, ella le leía, le comentaba cómo era. Literario, por ahí salía esto del delirio. En Plástica, sabíamos que trabajaba, pero no teníamos demasiados datos de qué era lo que estaba haciendo”.

“Nosotras seguimos trabajando esta cuestión de sus inseguridades, sus miedos; muy puestos en un sentido desde nosotras porque ella no podía todavía hilvanar demasiado esto...”

“El tema es que R.B continúa con esto, grupo de por medio, salía la cuestión delirante. Con muchos datos históricos, el rey, la reina... datos históricos concretos; yo ahora no quiero decirte para no mentirte, pero si vos ibas, y buscabas en un libro de historia, era tal cual; historia europea. Aparecía mucha cosa con el tema de los nazis. Nosotras habíamos encontrado una relación porque en Misiones, donde ella va después de vivir en Formosa, que es una provincia donde hay muchos inmigrantes alemanes, que se exiliaron en el momento del nazismo. Nosotras pensamos que por ahí tenía que ver con alguna historia, alguna cosa que ella haya escuchado en el marco de su familia”.

“Esto de los delirios se centraba en esto de las persecuciones, por un lado y por el otro, en el planeta rojo. Empezaba a delirar con que se había ido al planeta rojo; que ahí había una vida mejor, que en el planeta rojo estaba su príncipe azul, como toda una cuestión muy idealizada de la pareja, del amor. Evidentemente ella nunca había tenido una relación con un hombre. No había tenido novios y no había tenido relación alguna. En un momento del delirio había salido que había tenido relación con uno, pero era una cosa como no real: como un príncipe que la había venido a rescatar y que la había hecho suya...”

“Esto del delirio era casi frecuente, era una de las pacientes que más deliraba. De repente en un momento, ella lo que consigue es empezar a trabajar en un plan que se dictaba, desde la Municipalidad, en la sede de Artes y Oficios, en la calle 46 (que es donde va S.N en la actualidad); que enseñan a trabajar el hierro, cestería, bijouterie... La cosa es que se arma un proyecto, la gente que coordinaba este lugar, lo charla con Graciela: era hacer determinadas cuestiones que tuvieran que ver con la construcción, la fabricación de pequeñas cosas y aquellos pacientes que quisieran trabajar, se podían ganar, suponete \$100. Le preguntamos a R.B si quería empezar y dijo que sí. El tema es que comienza a trabajar con esto. Lo que nosotros después nos enteramos es que la gente que coordinaba este taller no era gente de psicología, creo que eran estudiantes de arquitectura, que no tenía ni idea cómo abordar una persona que padece

sufrimiento mental. Por ejemplo, los presionaban para terminar los trabajos... Estaba coordinado por una psicóloga, pero los que estaban en contacto directo, eran estudiantes de arquitectura”.

“El tema es que un día de esos, yo llego al hospital y me entero que R.B está internada en agudos. Qué pasó?. Ahí nos enteramos que la había encontrado a R.B caminando casi en la ruta 2, siguió por la 520, después de Romero. Un patrullero la encontró y le preguntó qué estaba haciendo por ahí y le contestó que estaba buscando la muerte. Tipo un delirio. Los tipos la cargaron, la llevaron a agudos y la dejaron internada. Cuando le avisan a Belén (otra de la terapeutas que atendía a R.B en terapia individual) que R.B estaba en agudos, que tenía que ir alguien del HD. Antes de entrar a la entrevista que iban a tener los médicos de la guardia con Belén y R.B, R.B le dice a Belén: “me parece que me mandé una cagada terrible!!!!” Como con un criterio de realidad muy concreto. Y Belén la miró, pero claro, ya lo había dicho, en la entrevista previa!. Después cómo lo refutaba?! Entonces estuvo internada un tiempito, habrá sido una semana. En esta internación a ella le descubren una enfermedad, que ahora no me acuerdo cómo se llama. En realidad, psiquiátricamente, estaba bárbara. No estaba delirante ni nada, estaba muy lúcida! Yo me acuerdo de ir a verla a agudos y que ella me diga que no aguantaba más eso. Decía: “Yo necesitaba internarme, pero tanto días, no!, Esto es un loquero!” Ahí le descubren una enfermedad clínica, que son como unos cálculos en el estómago, que si se revientan pueden ocasionar la muerte; pero hay personas que viven eternamente con eso. El tema es que se queda unos días más en agudos, pero por esta parte clínica. Sale, retoma el HD, seguimos trabajando bien, ella plantea dentro de los GT que ella no pretendía una internación tan larga; que ella se sentía bien. Pero que en ese momento sintió que estaba muy cansada, salió caminando y que después no sabe por qué dijo eso. Pero se dio cuenta que se había mandado una cagada!”

“Seguimos trabajando y no sé cuánto tiempo habrá pasado; esto habrá sido en el 2002... se comienza a trabajar la posibilidad del alta en R.B. Porque ya el delirio casi ni aparecía y aparecían cuestiones del orden de: “estuve en casa, con Frida, cocinamos juntas, me interesaría hacer algo con el corte y la confección...”, pero ya desde otro lugar. Que ella ya se sentía segura. Entonces pensamos la posibilidad que empezara a ir a casa de pre-alta que hay un taller de corte y confección. Pero que fuera desde su casa, ese día, al taller. Y que mantuviera durante algún tiempo el espacio del GT. Entonces se comienza a trabajar el alta de R.B. Nosotras le preguntamos a los compañeros cómo la veían a ella, y nos dicen que había mejorado mucho, que se la ve muy bien”.

“Ella en un momento de la sesión dice algo que para mí fue lo más gráfico que me pasó con un paciente:

Dijo: “me puedo levantar para ir a buscar algo?”. Sí!, le contestamos. Se levanta y trae dos máscaras que había hecho en Plástica. Como esculturas de caras, modeladas en arcilla. Y dice: “estos son trabajos que yo hice en Plástica. Ven este?”; era una cara toda deformada, con un ojo más arriba que el otro, la nariz torcida, horrible!... y dice “esta cara yo la hice cuando no estaba bien. Hace mucho. Ven esta?” muestra la otra, era una cara perfecta. Las formas, la simetría, perfecta. “Esta la debo haber hecho hace un mes, más o menos. ¿Estoy mejor, no?” Ese día nos miramos con Julieta y pensamos: tenés el alta. Fue así como muy shockeante, muy emocionante. En realidad lo trabajamos un tiempo más, no se terminó ahí, pero fue como un

momento de certificar esta sensación que planteaba de sentirse mejor con lo que nosotras veíamos desde el afuera”.

“Ella empieza a ir al taller de corte y confección, sigue un tiempito más en los grupos y después le damos el alta en los grupos. Me pasa a mí, que un día vengo de trabajar, del centro; acordate esto que te dije al principio, que R.B iba del hospital a la casa y de la casa al hospital. Yo venía en el 273, y la veo a R.B, con una cartera, mirando la vidriera de Johnson. A mi se me caían las lágrimas, arriba del micro. En realidad era ver esto, algo que para ella era un imposible, salir sola!. Claro, ella cuando salía de la casa de pre-alta, antes de tomarse el micro, caminaba un poquito por el centro, y después se venía a su casa”

“Después nos seguimos enterando cosas de R.B, por S.N. Que empezaron un proyecto junto con Frida, que de vez en cuando va a hospital, a plantear cómo está R.B; y nos contó que habían empezado un proyecto de lombricultura, S.N, R.B y Frida. Habían hecho un curso, y estaban en el terreno, en el fondo de la casa de R.B, armando esto. Esto te demuestra que por ahí una paciente que parecía que nunca iba a salir de ese delirio, cómo con la intervención, con el granito de arena que se puso desde cada lugar...”

“Yo cuento siempre esto, porque para mí es el más gráfico. Uno pareciera que no le diera importancia, el taller. Por ahí uno no se da cuenta del trabajo que hizo el paciente tres meses atrás, al que hizo ahora; no lo registra”.

Caso S.N:

“S.N sigue estando en el HD, tiene el alta; lo que pasa que para él es su lugar de referencia. Y ahora le pidió a Graciela ser el jefe de jardinería, y se encarga de todo el parque del frente del HD. Plantaron rosas en el cantero, que lo puntea él. Y pintaron junto con Juan Manuel, las alcantarillas. Quedó hermoso!”

“S.N es otro paciente que ha logrado muchas cosas. S.N se iba caminando al HD porque tenía miedo de subirse arriba de un micro. En la actualidad, él se maneja con su pase y viaja en micro. Antes, con su bicicleta capaz que llegaba a las 5 de la mañana al HD, porque como es analfabeto, no conoce los números, no sabe leer la hora; entonces cuando se despertaba, salía caminando. Las enfermeras llegaban y S.N hacía rato que estaba parado ahí. En la actualidad él se toma el micro, ha logrado eso. ¡Ha logrado poder tomar el micro!. Hay cuestiones chiquititas que ha logrado. Aunque sin saber leer, reconoce cuál es el Oeste que él se toma, el que va de Olmos a Romero. Si él tiene que ir al centro, como la referencia que tiene es Olmos – Romero, va de Olmos a Romero, y de Romero al centro. Da un vuelton gigante, pero no camina más!. Son pequeñas cosas, pero yo creí que, con la edad que tiene, nunca se iba a subir a un micro!”.

(Con respecto al proyecto de lombricultura que están llevando a cabo con R.B, otra paciente y Frida, su hermana)

“El proyecto de lombricultura!, poder ganar su plata!. Porque él no conoce demasiado el valor del dinero. Va a comprar puchos con un billete de \$50, le dan monedas de vuelto, y agarra las monedas!. Entonces le daba la plata a Mirta, la enfermera, y Mirta le daba por día \$5. Después se suspendió porque la familia se enojó. S.N no le había dicho a su familia que ganaba

este dinero, y bueno... Él gana en este taller que te decía de Artes y Oficios, y gana capaz que \$100 con la herrería. En el HD hay unos trabajos espectaculares hechos por él!”

“Empezó a ir a un coro; en un club de italianos de Olmos. Cantó en el Coliseo, nos invitó y fuimos. Sin saber leer y sin saber escribir, hablando el cocoliche entre italiano y castellano; con una cuestión auditiva, y un grupo que le posibilitó la entrada, el tipo pudo hacer un montón de cosas. Orgullosa!”.

Caso R.F:

“R.F se fue de alta, previa lucha con la familia. Porque en realidad R.F, ya había logrado cosas. R.F era una persona que tenía limitaciones intelectuales...”

“Y él pudo hacer determinadas cosas, resolver otras, abordar determinados aspectos de su historia. Participaba de los talleres, pero ya como una forma de escuelita; entonces a él ya no le servía esta cuestión”.

“Hacia el final, cuando le damos el alta del grupo, se le propone si quiere ir al gimnasio, para que haga un tipo de actividad física. Empezó y después no sé si continuó. En la actualidad no sé, porque quedó como una actividad extra hospitalaria”.

“Fue muy costoso que la familia aceptara que R.F tenía el alta. Porque en realidad el estigma, ahí venía del lado de la familia. El loco, en la familia, era R.F. Y si uno conoce a la familia de R.F, al hermano, no te puedo explicar... La entrevista con la familia era más difícil que la entrevista de admisión”.

Caso F.L:

“Esa es un paciente que se le dio el alta en su momento, una paciente muy reblede, una chica jovencita. Que tenía toda una fijación con los caballos. El padre trabajaba en el hipódromo, viven en ese barrio”.

“Esa chica, en la actualidad, cuando han ido a hacer los seguimientos, se niega a atender a las chicas que van. La última entrevista que tuvieron que fue el año pasado, que ahí accedió. Estaba la madre y estaba ella y no estaba tomando la medicación. La madre es enfermera y le traía la medicación del Gutiérrez, sin una supervisión exhaustiva del caso. Tenía una nena que la tenían en guarda unos vecinos... y estaba tramitando el DIU”.

“F.L por ahí no es de los casos que han resultado... Porque de hecho sucede eso; depende de cada caso, de la edad, de la implicancia del paciente con el tratamiento... hay muchos factores que intervienen”.

Pregunta: Por ahí si hay algún paciente que no se compromete... Yo me acuerdo de esta chica que era muy recurrente con el tema de los caballos y a la vez como poco comprometida. Porque por ejemplo si poníamos música para trabajar; decíamos: imaginen con música... poníamos música clásica; ella decía que pensaba en caballos. Poníamos marcha, decía caballos... Todas las actividades iban a parar al caballo, siempre.

Y en esos casos, cómo se le da el alta...?

“Esta chica, yo me acuerdo que cuando se le dio el alta, fue porque había podido trabajar alguna cuestión particular que tenía que ver con su madre... tenía una relación muy simbiótica con la madre. La madre decía que le hagan esto, que le hagan aquello, que F.L va, que F.L viene, una cuestión muy manipuladora. A ella le dan el alta porque ella consigue por sus propios medios, un trabajo en un gimnasio. Ella limpiaba el gimnasio; y tenía como forma de trueque, la posibilidad de hacer gimnasia en ese lugar. Pero seguía con una vida bastante desordenada. Bueno, después empezó a faltar mucho por este tema y se le dio el alta”.

Caso M.O:

“Es una paciente que ha tenido episodios maniaco depresivos. Vive en Florencio Varela y viajaba todos los días. Esta mujer se fue de alta muy bien, la atendía Belén en individual; venía a los GT de martes y jueves y a los talleres de esos días. Se fue de alta muy bien, con trabajo, ella es locutora, había conseguido unos trabajitos en una radio; con planes, bárbaro. Esto ponele que fue hará dos años atrás. Este año aparece planteando que se empezó a sentir mal. Insisto con esto del lugar de referencia; porque ella viene porque dice: “yo acá, puedo evitar que me internen y lo puedo trabajar, yendo y viniendo de mi casa. Si yo dejo que esto se pase, se me acumule todo el bajón, el bajón, cuando ya no puedo salir de la cama, me internan. Y yo no quiero estar internada.” Porque una internación implica mucho desgaste, mucho deterioro, físico, además, orgánico”.

CONSIDERACIONES FINALES.

“El enfermo mental es un problema que no ha sido nunca afrontado, sólo negado³⁰”.

En líneas más generales, para hablar del tema de la salud y de la enfermedad, de la salud y enfermedad mental en particular, seguiré algunas de las ideas de Basaglia, expuestas en la obra anteriormente citada. Luego, seguiré el orden que ha mantenido el desarrollo del trabajo, tratando de unir algunas de sus ideas, que tal vez hayan quedado un tanto en suspenso.

En medicina, el diagnóstico clínico –como observación y puntualización de algunos elementos que surgen de una situación dada- es la resultante de una relación entre médico y enfermo. La naturaleza de esta relación es ambigua ya que se realiza entre el médico y un cuerpo anatómico que sirve como objeto de investigación. Se trata, pues, de una relación entre un sujeto y un cuerpo al que no le se le da otra alternativa que la de ser objeto ante los ojos de quien la examina.

Sin embargo, incluso en medicina general, este tipo de encuentro no excluye un cierto grado de implicación personal, tanto por parte del médico como del enfermo: el uno, proyectando en esta relación, además de su preocupación técnica, su modo de ser global y por tanto el sistema de creencias y valores que lo ata a su mundo. El otro, aceptando ser objetivado a los ojos del médico por la necesidad de tener, ante sí mismo, un “valor” que le permita soportar y superar la angustia de ser “enfermo”.

Es por esta razón que el diagnóstico psiquiátrico ha asumido el significado de un juicio de valor, es decir, de etiquetamiento. Esto significa que el enfermo ha sido aislado y puesto entre paréntesis por la psiquiatría, para así poder ocuparse de la definición abstracta de su enfermedad, de la codificación de las formas, de la clasificación de los síntomas, sin temer eventuales posibles contradicciones por parte de una realidad que, de este modo, se niega. Ahora, sumergidos bajo un castillo de entidades morbosas, etiquetamientos, definiciones, estamos obligados a poner entre paréntesis la enfermedad como clasificación nosográfica, si queremos llegar a ver la cara del enfermo y su real malestar.

Distanciando y alejando al enfermo mental de nuestro mundo, se lo aleja, se lo desarraiga de su realidad, llegando a hacer de él un objeto separado de su historia, de su ambiente, de su propia vida. Por ello el enfermo, arrancado del contexto social en el que aún tiene una pálida alternativa por esos hilos que, aunque sutiles, lo mantienen en contacto con la realidad, es despojado de todo elemento humano, para ser reducido al máximo a un puro objeto de contemplación: ¡Un caso interesante!.

Alejamiento que también tiene que ver con el concepto de salud que se maneje: la disgregación que se hace del cuerpo. El cuerpo y la mente para la medicina, (tal vez en la actualidad cada vez menos); están escindidos.

³⁰ BASAGLIA, Franco. “Apuntes de psiquiatría institucional.” En: Basaglia, *¿Psiquiatría o ideología de la locura?*. Editorial Anagrama. Barcelona. 1972.

Para ejemplificar este punto, traigo una anécdota que me contó Graciela en una de las entrevistas: “A mi me ha pasado, hace unos años, que me habían llamado de clínica general, para que atienda a un paciente para decirle que le habían cortado una pierna. O sea, los médicos no pueden pensar en la persona como una estructura integral. Si vos le vas a cortar una pierna a alguien, lo tenés que preparar, le tenés que decir. Una vez que se la cortaron, me llaman, para que trabaje que le cortaron la pierna. Es como que la cabeza y el cuerpo van separados.”

Es esta misma dicotomía la que se reproduce entre el hospital general y el neuropsiquiátrico. Como si costara integrar, integrar al personal, las funciones, las tareas. Existe una eterna rivalidad entre el personal del hospital general y del neuropsiquiátrico... Y esto marca a los pacientes, que son los castigados en este tipo de discordias.

Discordia que también se observa muy claramente en la asignación del presupuesto. Porque parecería que en el hospital Alejandro Korn funcionaran en verdad, dos hospitales: el general y el neuropsiquiátrico. Pero el presupuesto es sólo uno, que va aumentando en orden de complejidad. Y al hospital general le van agregando complejidad, unidades de terapia intensiva, ecógrafos, tomógrafos, tecnología avanzada y demás aparatología. Por lo tanto, al aumentar el orden de complejidad, se le asigna un mayor presupuesto. Entonces se observa que el hospital general crece, y crece sólo; porque el neuropsiquiátrico, al no poder categorizarse por aparatología ni por complejidad, es quien va tomando el aspecto del abandono. Es muy difícil de categorizar al neuropsiquiátrico porque trabaja con psiquiatras y psicólogos. Los psicólogos son los que menos recursos necesitan: la palabra. Los psiquiatras, la medicación, y algún que otro estudio, cuando se encuentran comprometidas algunas cuestiones neurológicas.

Entonces, el crecimiento del hospital general termina tapando al neuropsiquiátrico...

El psiquiátrico está cada vez más abandonado... y no le es ajeno el crecimiento del hospital general. Desde los recursos, desde los profesionales, desde la asignación de los cargos...

Tal vez a un nivel más general, esta discordia podría relacionarse con la falta de regionalización y la escasa descentralización, como temas lindantes con este hospital, pero también con todos los hospitales de la ciudad en general.

La ciudad de La Plata tiene 12 hospitales generales. En otras ciudades, con la misma cantidad de habitantes, como por ejemplo en Mar del Plata, existe sólo un hospital general. Entonces, la pregunta que surge ante esto sería: por qué tiene que venir alguien de Cipoletti, por ejemplo, a hacerse un estudio al hospital de Romero?. Este hecho, significa además, una cuestión económica. Representa un gasto, para los que concurren y para el municipio, que a veces se debe hacer cargo del traslado del paciente...

Existen las unidades sanitarias, que inclusive tienen algunas camas. Pero la gente va y se encuentra con que el médico no está, o se cerró la salita; y entonces termina concurriendo al hospital de Romero, la gente de la periferia sobre todo. Pero este no es un problema de la gente, es un problema del poder. Porque la gente en definitiva acude a Romero, porque allí le dan los remedios; tanto en la parte clínica, como en la psiquiátrica. Los otros hospitales no dan medicación como para que esa gente no tenga que trasladarse hasta Romero.

Pero por sobre todo, es una cuestión política. Porque al regionalizar, o descentralizar, todo comienza a estar mucho más controlado. Acá está en juego el tema del presupuesto. Este hospital es el más grande de Sudamérica. Son 200 hectáreas y circulan 5000 personas por día...

Descentralizar implicaría controlar. En instituciones más grandes, el control es menor. En instituciones chicas, el control es mayor. Al achicar las unidades de control, éste se eficientiza evitando la inequitativa asignación de los recursos, que da lugar a un mal manejo de los fondos destinados.

Otra cuestión para pensar es el lugar que ocupa el HD dentro de este sistema.

Según lo expuesto en el diagrama del funcionamiento del hospital, en la segunda sección, se ve que el HD está incluido en la categoría de externación, con otros talleres que dicen parecerse, tal vez sólo por llamarse talleres, por tratarse de actividades extras, o vaya a saber por qué.

El caso es que el HD debería ser una categoría aparte; porque estamos hablando de pacientes que no necesitan internación de tiempo completo y por lo tanto no son pacientes de ninguna sala del neuropsiquiátrico; pero tampoco son pacientes de los consultorios externos, con tratamiento ambulatorio. Pero parecería que a nadie le cabe considerar una categoría aparte dentro del sistema de la hospitalización. Que no se pudiera pensar la cura como un proceso donde se trabaja con la familia y la comunidad para recuperar esos lazos que en algún punto se han roto. Parecería que desde el hospital se sigue pensando en términos antiguamente dicotómicos: se está adentro o se está afuera.

El ejemplo más concreto de esto que quiero decir es tal vez lo que sucede con la oficina de Estadística. Esta oficina es administrativa y lleva el control de todas las personas que vienen a atenderse. Es un organismo de control. Controla entre otras funciones; las camas que van quedando libres en las salas y su ocupación... Las entradas y las altas...Pero específicamente en el HD, lo que quiero ejemplificar se ve con el control de la cantidad de porciones de comida. Todos los días el HD tiene que mandar un certificado con la cantidad de pacientes que concurrieron. A fin de mes, en Estadística tiene que coincidir el total de los pacientes con el total de las porciones de comida consumidas. El problema se presenta cuando a Est. no le cierran los números al no darse cuenta de que el HD no tiene cena. Y eso por no incluir una categoría aparte. Y digo categoría aparte desde lo ideológico y desde lo práctico. Porque la computadora de Est. contempla sólo la división entre internación y consultorios externos. La solución que esta oficina le ofreció al HD es colocar un repisa aparte, colgada en una pared, donde pueda ordenar las historias clínicas de los pacientes de HD. No suena un tanto absurdo?. Porque no se trata de poner un repisa, se trata de incorporar un criterio distinto, de poder pensar que es una internación diaria de tiempo parcial. Se trata de incluir una tercera categoría dentro del mismo sistema.

Ideológicamente responde a criterios de salud tal vez distintos a los que se manejan en el resto del hospital. (Digo resto del hospital refiriéndome al ideal colectivo o generalizado. Sé que existen profesionales y líneas de trabajo que también comparten estos criterios, pero tal vez queden escondidos u opacados por el lugar donde se desarrollan).

Es esta diferencia ideológica lo que dificulta el trabajo del HD en conjunto. Con el paso de los años, pudo lograrse el trabajo conjunto con algunas salas, o mejor dicho, con algunos jefes

de sala. Quienes, cuando su paciente se está por ir de alta, hacen la derivación al HD. Profesionales que creen que el paciente que ingresó hace un tiempo, puede recuperar o rehacer sus lazos, sus vínculos. Que volverá a la comunidad de la que salió y podrá convivir en ella nuevamente. En fin, profesionales que trabajan para que la última parte de una internación sea el paso por el HD; porque consideran a éste un paso importante para una completa recuperación.

Profesionales que creen, como los del HD, que el diagnóstico es invalidante. Uniendo la mente con el cuerpo y trabajando en forma integral desde los recursos de salud, y no desde el diagnóstico de la enfermedad. Porque, ¿cómo se cura a un esquizofrénico, a un psicótico... a un enfermo? Podrá haber medicinas y recetas; pero la pregunta debería ser una sola: ¿cómo se ayuda a una persona que puede hacer tales cosas, sabe hacer aquellas y desea tales otras? Y la respuesta no es más que el convencimiento profesional de trabajar desde los recursos de salud; desde la valoración de una persona, más que desde la estigmatización de un enfermo.

Trabajando de una manera que va, en definitiva, remando en contra de la corriente del neuropsiquiátrico. Pensando en fin que la locura: se cura.

Se podría pensar, entonces en un rol diferente para el neuropsiquiátrico. No que deje de existir, ni incitar al cierre de sus puertas. Simplemente debería funcionar de una manera distinta, porque está claro que hay gente que lo necesita:

Propondríamos tiempos cortos de internación³¹, que como máximo sean de tres meses. El servicio del SAC, seguiría siendo la puerta de entrada, cumpliendo la función de contención que da la internación.

Después, se lo atendería, se lo medicaría, se hablaría con la familia. Se le explicaría el tema de la prevención, que vuelva a consultar si ve determinados síntomas. Esto sería un buen trabajo con la familia, en conjunto.

Hasta acá podría ser viable, pero qué es lo que pasa? El paciente está 15 días en el SAC. La familia no vino, porque “se sacó el problema de encima”. Qué se hace con ese paciente?, se lo pasa a agudos. En agudos, después de 5 meses, suponiendo, lo derivan a crónicos. Ese paciente está en esa sala, porque no tiene a dónde ir. Entonces el neuropsiquiátrico pasa a ser un “asilo”, que no tendría por qué existir.

La pregunta y a la vez la propuesta que surgiría sería entonces, que toda ese monto que está destinado a las salas que tienen 60 ó 70 pacientes, se ponga al servicio de: en la puerta del SAC, con 15 ambulancias, médicos y demás profesionales que trabajen con la familia y con la comunidad; que visiten familias, hogares, pacientes, que hagan entrevistas...

Y el presupuesto, consideramos que daría un saldo positivo. Porque la “hotelería” del paciente es lo que encarece.

Claro está que tiene que haber un lugar de internación de referencia; pero no puede haber 1500 pacientes que no tengan dónde ir. Porque no estamos hablando de la enfermedad, estamos diciendo que hay 1500 personas que no tienen trabajo, que no tiene dónde vivir y que no tienen vínculos.

³¹ Digo propondríamos, sintetizando y haciendo más palabras de varios de los profesionales que trabajan en el HD.

Y es por esta metodología de trabajo “anticonvencional” que el HD funciona como si fuese una isla. Y esto es lo perverso de la institución: las autoridades del hospital, al hablar, al mostrar la institución, hablan del HD; del funcionamiento, de sus objetivos y de la importancia de la externación. Se muestra al HD porque parece ser “lo único que funciona bien acá adentro”. pero, lo perverso es que, por otro lado; no se le da nada a cambio. En este sentido perverso fueron las palabras que se dieron desde la dirección al proyecto inicial del HD: algo así como, “háganlo... pero no me pidan nada”.

Metafóricamente, que el HD sea una isla, podríamos decir que es lo que quedó de lo que en algún momento fue parte del continente; que se fue alejando, en principio tal vez por rumbos inciertos. Un trozo de tierra que quiso ser diferente, y no tuvo más opción que despegarse.

Trabajar en una isla, significa trabajar solo. Con una tripulación que empezó a navegar, a veces creyendo que naufragaba. Con un capitán que parecía más loco que los pacientes, pero que remaba sin parar, tirando y sujetando fuerte de cabos y sogas. Con varios aprendices de navegación a vela, que primero aprendieron a defenderse de las aguas turbias. Pero toda la tripulación tenía un firme convencimiento: liberar al monstruo de las profundidades de su enfermedad y de su estigma; sacar “al loco” de “su locura” hasta convertirlo en alguien a quien apreciar, a quien valorar.

Dejando de lado las idealizaciones y las paradojas, no es casual que en cierta forma se piense en el HD y se asocie a Graciela en primer lugar. Tal vez pareciera que en el HD Graciela sea omnipresente o indispensable. Que hay un montón de situaciones que las maneja Graciela, que las inventa o que las modifica. Ante la pregunta: El HD es tuyo?; Graciela me respondió:

“No!. Yo presenté un proyecto. Después concursé la jefatura, la gané y quedé yo!. Ahora la tengo que concursar de nuevo, si gana otro, yo tendré que disparar para otro lado! Porque seguramente el otro que venga, lo armaría a su criterio!. Es decir, yo estoy a cargo de un servicio... nada más”

Y para los demás, ¿es tuyo...?

“Yo creo que de hecho, si no presenta nadie a los concursos, es porque así lo ven. Porque no es que esto estaba, y yo entré a trabajar. Es un proyecto que yo presenté y que yo lo armé. (...) Yo creo que en alguna medida, si; se ve así... Hay un concurso y no se presenta nadie! y son concursos abiertos!, gané el primero y otro!. Se pueden presentar médicos, psiquiatras y demás de toda la provincia... por eso creo que así se interpreta.... Además como esto surge de un convenio con la facultad; la gente conocida era traída para compartir el proyecto, entonces... Como con todo proyecto! Por ahí se cae el proyecto y la gente se va!. Lo mismo para mi!”

Por eso también se siente como algo ajeno...?

“Yo creo que sí. Se siente como una isla. Y de alguna manera funciona como una isla.”

También sería importante, para el buen funcionamiento del dispositivo, poder despegarse del neuropsiquiátrico y funcionar en la ciudad. De esta manera favorecería el acceso de los pacientes, más que nada; por la incomodidad del viaje, por el costo y por la lejanía.

Pero por sobre todo eliminaría, o disminuiría por lo menos, la estigmatización, la marca que deja en los pacientes el haber pasado por un neuropsiquiátrico, y como el de Romero. Además de la gente que deja de acercarse al HD sólo porque funciona en ese lugar, porque teme ser captada por la institución total. La otra opción es la práctica institucional privada. Pero no escapa a la concepción terapéutica del hotel de lujo. Y es, de hecho, inaccesible para los sectores de recursos bajos y medios.

Hubo algún proyecto de mudarse, tenían la casa para alquilar en vista; pero casi a último momento, se echó todo para atrás.

La explicación fue que no había plata.

Un último aspecto importante sería poder cambiar de alguna manera, la concepción social de la locura. Que un paciente, más que un enfermo es víctima de nuestra violencia, de nuestra inseguridad, de nuestra discriminación.

Que el loco no está loco todo el día; que si bien puede tener algunos episodios, también tiene aspectos “sanos”.

Que la locura no es irrecuperable.

Que nuestra sociedad actual no tiene respuestas para las personas con sufrimiento mental.

Que el paciente que llega al hospicio busca y necesita una terapia adecuada a su estado de alteración, que es en general parcial y afecta alguna de sus capacidades. Encuentra, en cambio un sistema que no distingue la parte enferma del resto de la persona misma y la condena como totalidad a la reclusión. Tal decisión es arbitraria: no tiene en cuenta la recuperación del paciente ni se propone su externación. Está al servicio de la marginación social. Por eso toma el carácter de condena.

Así comienza la despersonalización del paciente, lo que garantiza su no recuperación y actúa como un argumento secundario para mantenerlo internado. Se lo recluye para no tomar contacto con el sentido de su estado. Se evita pensar en la alteración y en los supuestos que la definen.

La incapacidad de entender está ligada al temor de la autoinspección. Al establecer vigorosamente que los locos son los otros, el psiquiatra sobreactúa sus capacidades técnicas, lesiona los derechos de la persona y configura un abuso de poder. Tal abuso está aparentemente legitimado por un sistema social que hace como si no prestara atención al fenómeno de la enfermedad mental, mientras prescribe su reclusión para poder dejar de tomarlo en cuenta. El loco es tratado como un delincuente. O peor. No tiene proceso ni puede apelar.

La institución que recibe al paciente no sólo lo despersonaliza, sino que se despersonaliza actuando por intermediarios. Otras costumbres asépticas llevan a delegar en el resto del personal la rutina de la violencia. Dentro de este sistema asistencial, la contraparte de la violencia es el paternalismo basado en la lástima...

Más allá del paredón de estos hospitales se pretende ignorar todo lo que ocurre. Éste es el mundo, o submundo, en que funciona el hospital de día.

“Señores Médicos Directores de Manicomios:
Las leyes, las costumbres,
les conceden el derecho de medir el espíritu.
Esta jurisdicción soberana, temible,
ustedes la ejercen con el entendimiento.
No nos hagan reír...”³²

Espero haber mostrado claramente a lo largo de este trabajo, los **criterios de salud mental** que se manejan **en el HD**, con el convencimiento de que es “la manera” de abordar y concebir al sufrimiento mental.

Tal vez cambien con el tiempo y la demanda, los formatos de los dispositivos. Como se ha creído en la década del ochenta en las comunidades terapéuticas como la única forma. También ha sido así con los hospitales de Puertas Abiertas (Open Door) y con los procesos de desmanicomialización (realizado en Neuquén y Río Negro).

Tal vez el día de mañana ya no se llamen hospitales de día o internaciones parciales.

Pero no queda duda que las instituciones totales tienen que desaparecer tal como hoy existen.

La falta de asistencia a los enfermos mentales es una realidad concreta, que agobia, que descorazona, pero que se debe enfrentar. Todo profesional debe asumir su rol. No hay otra opción legítima para el trabajador del hospicio que una actitud dinámica capaz de transformar la dura realidad. Por supuesto, con conciencia de que eso no se logra en forma individual. Es una tarea de todos.

Como concluye Pichón-Rivière: “Lo que no quita, por el contrario, impulsa la más completa entrega. La respuesta va a ser siempre generosa...”³³

Espero haber contribuido, aunque sea en escasa medida, a un cambio en la concepción social del enfermo.

Quien conozca alguna vez a estos pacientes, comprobará que; por el sólo hecho de que para los demás están locos, se animan a mostrarse tal cual son y a decir muchas más verdades que nosotros, que sólo por estar leyendo este trabajo, nos creemos ser “los cuerdos” de esta historia.

³²Artaud, Antonin. “Carta a los Médicos Directores de Manicomios”. Zona Erógena. N° 14. 1993.
Este documento ha sido descargado de <http://www.educ.ar>

³³ ZITO LEMA, Vicente. Conversaciones con Pichón-Rivière sobre el arte y la locura. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1998. Pág. 74.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL.

- Archivo periodístico del Hospital Dr. Alejandro Korn. Área de comunicación social. Desde febrero de 1987 hasta septiembre de 1992. Actualmente archivado en el Hospital de Día.
- ARRUE, Wille y KALINSKY, Beatriz. De “la médica” y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia de Neuquén. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1991.
- BASAGLIA, Franco. ¿Psiquiatría o ideología de la locura?. Editorial Anagrama. Barcelona. 1972.
- BLEGER, José. Psicohigiene y psicología institucional. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1994.
- CONRAD, Peter. “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”. En Psiquiatría crítica. David Ingleby, editor. Editorial Crítica. Barcelona. 1995.
- FOUCAULT, Michel. Historia de la locura en la época clásica. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1998.
- FOUCAULT, Michel. La vida de los hombres infames. Editorial Altamira. La Plata. Buenos Aires. 1996.
- GRIMSON, Wilbur. Sociedad de locos. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1972.
- MAZZOTTI, Irma. “Psicopatología, matrices de aprendizaje y contexto social”. Publicado en la revista: Temas de Psicología Social. Publicación de la primera escuela privada de Psicología Social fundada por el Dr. Enrique Pichón-Rivière. Ediciones “5”. Buenos Aires. Año 12. Número 10. 1989.
- MENENDEZ, E. “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. En: Basaglia, Franco y otros. La salud de los trabajadores. Editorial Nueva imagen. Buenos Aires. 1982.
- Revista La Barraca. N 2. Junio de 1989. Publicación “realizada por la gente que vive y trabaja en el Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero”. Impreso por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires; departamento de imprenta.
- QUIROGA, Ana de. Enfoques y perspectivas de Psicología Social. Ediciones “5”. Buenos Aires. 1987.
- VEZZETTI, Hugo. La locura en la Argentina. Folio Ediciones. Buenos Aires. 1983.
- ZITO LEMA, Vicente. Conversaciones con Pichón-Rivière sobre el arte y la locura. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1998.
- <http://www.laplatavive.com>