

Jornada: el rol del psicólogo en los dispositivos públicos de Salud Mental

The role of the psychologist in public mental health devices

Secretaría de Extensión
Facultad de Psicología UNLP

Octubre de 2018

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo recopilar y hacer públicas, para una mayor democratización de los saberes, las exposiciones que diferentes profesionales de la salud, que trabajan actualmente en diversas unidades sanitarias y hospitales públicos del Gran La Plata, han presentado en la Jornada "El rol del psicólogo en los dispositivos públicos de Salud Mental". Realizada por la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología, en octubre de 2018.

Si bien, cada una de las exposiciones refiere a espacios de trabajo particulares, se les ha propuesto, a las diferentes autoras, una serie de posibles ejes a tomar en cuenta en sus exposiciones:

1. La especificidad del rol del psicólogo en el dispositivo público de salud mental;
2. El trabajo interdisciplinario en el hospital público y en el primer nivel de atención de la salud: alcances y limitaciones;
3. Desafíos actuales de los profesionales *psi* en el ámbito de lo público;
4. Demandas actuales y modalidades de trabajo ante las mismas;
5. Adecuaciones a la Ley de Salud Mental y su transitar en el dispositivo del que forman parte.

Estos ejes son los que permiten encontrar puntos de contacto entre los trabajos, a pesar de sus particularidades.

Finalmente, se quiere destacar que las diferentes presentaciones, dan cuenta del compromiso que las profesionales de la salud mental tienen, al trabajar para mejorar y optimizar la accesibilidad al sistema público.

Palabras clave: Psicólogo; salud mental; dispositivos públicos; rol profesional.

Abstract

The present work aims to collect and make public, for a greater democratization of knowledge, the exhibitions that different health professionals currently working in various sanitary units and public hospitals of the Great La Plata Area, have presented at the Conference: 'The role of the psychologist in public Mental Health devices', conducted by the Extension Secretariat of the Psychology College, in October 2018.

Although each of the expositions refers to particular workspaces, it has been proposed to the different authors, a series of possible axes to be taken in their papers:

1. The specificity of the role of the psychologist in the public mental health device;
2. The interdisciplinary work in the public hospital and in the first level of health care: scope and limitations;
3. Current challenges of the *psy* professionals in the public sphere;
4. Current demands and working modalities before them;
5. Adjustments to the Mental Health Law and its transit in the device of which they are a part.

These axes are those that allow finding contact points among the works, despite their particularities.

Finally, we want to emphasize that the different presentations show the commitment that these mental health professionals have when working to improve and optimize the accessibility to the public system.

Keywords: Psychologist; Mental Health; public devices; professional role.

Presentación

Entendemos a la extensión universitaria, no desde una mirada de transferencia, sino desde un sentido crítico y de compromiso con las diversas problemáticas sociales, en una relación dialógica con los sectores más vulnerables de la comunidad. La Facultad de Psicología se constituye hoy, como parte de la Universidad Nacional de La Plata, en un contexto sociopolítico en el que las instituciones deben promover el enfoque de derechos, en todos los campos del saber. La extensión universitaria es uno de los pilares para la construcción de conocimientos y prácticas de Salud Mental.

La Secretaría de Extensión ha fijado como uno de sus ejes de acción, dentro de su proyecto de gestión 2018-2022, impulsar, compartir, reflexionar y problematizar sobre las experiencias y acciones que nos permitirán, a través de la puesta en marcha de los derechos humanos y de la complejidad que supone la inclusión social, el reconocimiento y respeto por la diversidad y el ejercicio ciudadano.

La extensión, sumada a la formación e investigación universitarias, se convierte en un eje esencial y transversal para lograr una democratización real del saber y el conocimiento, para, a través de ello, ser partícipes en la construcción de una sociedad más equitativa.

Desde esta posición, estimulamos una mirada y línea de trabajo intersectorial, asumiendo que la extensión es un trabajo docente, técnico y político, que se insertará en los diferentes dispositivos locales, regionales y nacionales, aportando desde su ámbito conocimientos que favorezcan el desarrollo en dichos niveles.

La Secretaría de Extensión propiciará el diálogo entre distintos actores e instituciones que trabajen por los derechos humanos, permitiendo así la construcción colectiva de herramientas teórico-prácticas, donde cobra un valor fundamental la participación de los alumnos, en tanto actores protagonistas de su presente y hacedores críticos de su futuro. Desde esta mirada colectiva, se podrán abordar comprometidamente las problemáticas actuales relacionadas al campo de la Salud Mental; respetando las diversidades culturales, económicas, políticas, religiosas y de identidad, entre otras.

En el marco de estas líneas de acción, y de este posicionamiento ético y político, se ha llevado adelante la Jornada "El rol del psicólogo en los dispositivos públicos de Salud Mental".

Es en este sentido que la presencia de los graduados de la Facultad de Psicología de la UNLP, que se vienen desempeñando en diferentes niveles de atención del Sistema Público de Salud, es sumamente valiosa y enriquecedora. Ello, en tanto son sus voces y saberes los que ingresan a la Facultad, nutriendo y fortaleciendo la formación de los futuros graduados.

La mencionada jornada tuvo como propósito trabajar sobre cuestiones vinculadas a la práctica de la psicología en los dispositivos públicos de Salud Mental, así como sobre la formación de nuestros profesionales. Resulta fundamental, ante la situación actual del sistema público de salud, poder realizar actividades que promuevan la vinculación entre la Facultad, las instituciones de salud y la comunidad, a fin de poder intercambiar miradas, saberes, acciones y estrategias sobre la base de una agenda común de problemas, y un abordaje integral de los mismos.

La jornada se realizó el 18 de octubre de 2018, y contó con dos paneles de expositoras que trabajan en diversas instituciones del sistema público de salud del Gran La Plata (La Plata, Ensenada y Berisso).

El primer panel, estuvo integrado por: **Claudia Perichinsky** (jefa del Servicio de Psicología del H.I.N.E.A. y C. Dr. Alejandro Korn); **Lilián Alvarado** (explicóloga de planta del Hospital Rossi); **Lorena Parra** (jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital San Martín); y **Silvia Zamorano** (directora ejecutiva del Hospital José Ingenieros). En tanto, el segundo panel contó con las exposiciones de **Karina Sarasola** (jefa de sala del Centro de Externación "Pre Alta" - H.I.N.E.A. y C. Dr. Alejandro Korn-); **Fernanda Galland y Paula Lagnanas** (Unidades Sanitarias N° 44 y N° 35 de la localidad de Berisso); **Laura Ocello** (Unidad Sanitaria N° 101 de Villa Tranquila, localidad de Ensenada); y **Paula Carasatorre** (Centro de Atención Primaria de Salud N° 32 de Hernández, localidad de La Plata).

Si bien cada una de las exposiciones tiene en cuenta la práctica profesional del psicólogo en un ámbito particular de trabajo, se propuso ordenar las exposiciones tomando alguno o varios de los siguientes ejes: 1.-La especificidad del rol del psicólogo en el dispositivo público de salud mental; 2.-el trabajo interdisciplinario en el hospital público y en el primer nivel de atención de la salud: alcances y limitaciones; 3.-desafíos actuales de los profesionales *psi* en el ámbito de lo público; 4.-demandas actuales y modalidades de trabajo ante las mismas; 5.-adecuaciones a la Ley de Salud Mental y su transitar en el dispositivo del que forman parte.

Finalmente, se quiere destacar que las diferentes presentaciones, dan cuenta del compromiso que las profesionales de la salud mental tienen al trabajar para mejorar y optimizar la accesibilidad al sistema público; a pesar de los embates que el mismo viene sufriendo desde hace muchos años y que se han profundizado en este último período. La crisis no la sufren solo los individuos sino también las instituciones y sus equipos de trabajo, que son atravesados por las diversas situaciones que los colocan, en más de una ocasión, en situación de orfandad. Es allí donde la Facultad debe abrir sus puertas, es por ello que la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la UNLP, agradece a las expositoras el haber compartido con nosotros los saberes que hacen a lo cotidiano del trabajador de la salud mental, permitiéndonos retroalimentarnos mutuamente tanto en la posición epistémica como en la práctica; a fin de re-pensar la formación de nuestros alumnos, la inserción de nuestros graduados, la capacitación y actualización de nuestros docentes y las necesidades de nuestra comunidad.

En los siguientes apartados se presentan las exposiciones que cada una de las invitadas ha realizado en la Jornada.

Lic. Adriana Villalva

*Secretaria de Extensión
Facultad de Psicología, UNLP*

Hospital Dr. Alejandro Korn Melchor Romero, La Plata

Expositora: Lic. Claudia M. Perichinsky

Jefa del Servicio de Psicología

Resumen

En el marco de esta exposición, tomaré dos ejes para situar una articulación sobre la particularidad del trabajo del psicólogo en el medio hospitalario:

1. El contexto institucional.
2. La particularidad del Servicio de Psicología y la función del psicólogo en el sistema de salud público.

Introducción. Posición epistémica

Considero importante explicitar, en forma acotada, una posición epistémica de análisis. Sostener una tensión y no una superposición entre ambos ejes, conlleva una posición epistémica de lectura como un marco teórico. Tanto Michel Foucault como Jacques Lacan imprimen un modo de concebir nuestro trabajo, sin extrapolar la especificidad de cada uno, que permite realizar una articulación entre los ejes señalados, aunque cabe aclarar que existen distintas posiciones dentro del campo del psicoanálisis.

Por un lado, son varios los textos que se podrían tomar de Foucault, con las diferencias que se proponen en cada uno, pero en este momento considero

pertinente extraer la distinción que plantea sobre la noción de historia en *Arqueología del saber*, en el contexto de problematizar la noción de archivo e introducir la concepción de arqueología y de discurso. Como dice Foucault, “el tema y la posibilidad de una historia global comienza a borrarse, y se ve esbozarse los lineamientos, muy distintos, de lo que podría llamarse una historia general” (Foucault, 2008:19). Se desprenden dos posiciones de análisis: una historia “global”, que tiende a buscar la convergencia y totalización de los acontecimientos, bajo una ley que busca suprimir las diferencias, sosteniendo un núcleo central donde apiñar los enunciados, produciendo un *sujeto sintético*. Esta concepción se opone a otra historia llamada “general”, a partir de la cual se pone en duda la posibilidad de totalización y produce el des-centramiento del sujeto, y no un sujeto unificado que tiene que tomar conciencia de una visión del mundo, sin fisuras ni cortes. Siguiendo el planteo de Foucault, “una descripción global apiña todos los fenómenos en torno a un centro único (...) Una historia general desplegaría, por el contrario, el espacio de una dispersión” (Foucault, 2008:21).

A partir del siglo XIX, junto al humanismo y la antropología, se tendió a salvar la soberanía de un *sujeto unificado* contra todo des-centramiento, produciendo discursos homogéneos y hegemónicos. Por lo tanto, se plantea desatar las *sujecciones antropológicas* y captar en qué punto se producen. Como dice Michel Foucault:

Como si, después de haberse habituado a buscar orígenes (...) a proyectar teleologías (...) se experimentará una repugnancia singular a pensar la diferencia, en describir desviaciones y dispersiones, en disociar la forma tranquilizante de lo idéntico (...) Como si tuviéramos miedo de pensar el Otro en el tiempo de nuestro propio pensamiento (...) En fin, más recientemente, cuando las investigaciones del psicoanálisis, de la lingüística, de la etnología, han descentrado al sujeto en relación con las leyes de su deseo, las formas de su lenguaje (...) cuando quedó claro que el hombre, interrogado sobre lo que él mismo era, no podía dar cuenta de su sexualidad, de su inconsciente (...) se reactivó otra vez el tema de una continuidad de la historia (Foucault, 2008: 23-25).

En este sentido, es oportuno plantear no antropologizar las rupturas, las desviaciones, que tiendan a anular lo nuevo. No existe universo de discurso que lo explique todo sino que cada uno posee un umbral.

Por otro lado, con Jacques Lacan, el marco teórico del psicoanálisis implica un nuevo discurso y otra oferta para tratar el malestar en el dispositivo analítico. Lacan crea la noción de *sujeto dividido* (Lacan, 1973/1981), entre otros problemas y nociones que se articulan a ella, para diferenciarse de la noción de individuo, en tanto no es idéntico a sí mismo sino que se lo concibe en una relación de inmisión con un Otro estructural e histórico, de la mano de dos axiomas que se pueden articular y subrayar como importantes: 1-No existe sujeto sin Otro; y 2-no existe realidad pre-discursiva. De esta manera la noción de sujeto depende del discurso del que forma parte. Punto de partida para situar a grandes rasgos una orientación que apueste a no anular la “dis-persión” y apunte a una totalización; no solo porque sería un análisis hegemónico y más pobre, sino también porque puede producir distintos diagnósticos de los temas a tratar, no buscando la síntesis, sino sosteniendo las diferencias y una posible articulación tanto en el trabajo en cada servicio, como en el interior del servicio de psicología y en la especificidad de la dirección de los tratamientos.

Por ello, es importante despejar distintos niveles de análisis en un contexto tan complejo, tanto a nivel institucional como asistencial, y no solo desde una descripción fenomenológica. La idea es transmitir un modo de pensar, el tema planteado, pero teniendo en cuenta la convocatoria dejaré caer varias cuestiones y precisiones teóricas, para transmitir algunas líneas.

El escenario del hospital público, ayer y hoy

1-Considero necesario establecer el contexto en el cual el psicólogo realiza su praxis al trabajar en un hospital público. Las políticas que se llevan a cabo desde el Ministerio de Salud determinan acciones y proyectos en salud pública, como así también desde las direcciones de cada hospital en sentido estricto. De esta manera, se pueden establecer puntos de encuentro entre distintos hospitales.

A la vez, la especificidad que tiene el Hospital Dr. A. Korn, creado en el año 1884, no deja de tener la marca de lo que fue la creación de los asilos en el siglo XIX, en un contexto histórico, político, judicial y disciplinar a partir del cual la demanda a la psiquiatría tuvo un rol preponderante en el nacimiento de los hospicios y de la concepción de la locura, por lo que implica un análisis distinto a otros. Enmarcada en la llamada lógica manicomial, cuyas características sobresalientes eran el aislamiento y la cosificación de los pacientes internados, tanto a nivel institucional como asistencial, además de las con-

diciones terribles de vida y de trabajo. La estructura y funcionamiento del Hospital no es ingenua ni azarosa sino que subyace tanto una política atravesada por distintos discursos como la noción de locura: esto no siempre fue igual. En términos de Foucault, es necesario estudiar las condiciones históricas sobre lo que puede ser dicho, en tanto no se puede hablar de cualquier cosa en cualquier época, ni es sencillo decir algo nuevo sino que depende de un haz complejo de relaciones en cada contexto histórico determinado.

En este sentido, en el Hospital conviven hace años lógicas distintas a las de su creación, que marcaron un modo distinto de concebir las distintas intervenciones y tratamientos en el campo de la salud mental. Cambio de las circunstancias y coordenadas y de las concepciones teóricas, pero que implicó e implica reinstalar la pregunta sobre cuál debe ser la función tanto del Hospital como de quienes trabajan allí.

Aunque se ponga el acento en des-centralizar la atención en la comunidad, no se trata solo de ello. Las ofertas que se realizan desde los diferentes servicios y dispositivos debieran alojar las demandas de la población, pero desde una oferta de tratamiento que la encuadre y que permita abordar lo que motivó la consulta y el padecimiento que conlleva, para decidir la internación, si es necesaria, pero que no favorezca la institucionalización, teniendo en cuenta la particularidad de la clínica de la psicosis y la función que puede tener la internación como recurso terapéutico, aunque no se trate solo de ella, es decir, situar criterios que den cuenta de las decisiones. Por lo cual, es necesario propiciar ofertas heterogéneas de atención, lo cual implica un trabajo interdisciplinario y de interservicios, delimitando los distintos campos de intervención, con los límites y alcances de cada uno. Este planteo debería ir acompañado de una política en Salud Pública que posibilite la creación de nuevos dispositivos, lo cual se habilitaría a nivel legislativo con la promulgación de la Ley de Salud Mental en el año 2010, cuya idea general como punto de partida es la no reproducción de los modelos de intervención asilar, como también la designación de un presupuesto para que ello sea viable y sostener los dispositivos asilares que son necesarios en condiciones dignas, lo cual se dificulta.

Como se viene planteando, la estructura del Hospital responde a cierta concepción y política. La designación Agudos-Subagudos-Crónicos que estructura al Hospital no solo designa el momento de quien ingresa al mismo sino también el término *crónico* es una concepción que dice que no hay nada que hacer y siempre será igual, objetivando a quien lo porta, "ES crónico o

ES agudo”, determinando un destino irrevocable en el contexto discursivo del que forma parte. Primera articulación entre lo institucional con cierta concepción disciplinar, además del discurso jurídico que no queda por fuera del análisis.

En la década de los 60, en un contexto sociopolítico que produjo un cuestionamiento al Estado, se plantea la transformación y cierre de los neuropsiquiátricos, tanto por el encierro como por la concepción de la psiquiatría positivista, donde surgen los movimientos de la anti-psiquiatría, de la mano de ciertos términos, como Instituciones totales y anti-instituciones. Algunos postulan posiciones extremas, poniendo el acento en la crítica institucional y haciendo una apología de la locura y la libertad, borrando toda concepción psicopatológica. Se instala el debate u oposición entre la psiquiatría y la anti-psiquiatría. Emiliano Galende, quien toma ideas de lo comunitario pero es más cauteloso en sus planteos, propone que no se trata ni de medicalizar para encubrir el padecimiento subjetivo ni de negar los problemas que existen en el campo de la salud mental (s/a).

Se renueva en distintos momentos la pregunta sobre la función del hospital, aunque parezca un tema superado o anacrónico, aun con la promulgación de la Ley y los cambios que se han producido hace años en el hospital, el análisis no es lineal ni evolutivo y conviven distintas ideas al respecto. Por ejemplo, la función de la internación, se trata de responder a la pregunta sobre por qué es necesaria la internación considerando la urgencia o la emergencia de cada situación, las condiciones subjetivas, el contexto social y establecer un cálculo posible.

De esta manera, acentuar solo la idea de lo comunitario como oposición al hospital, sin considerar la dimensión clínica, o sobrevalorar el discurso del derecho, en cuanto a la oferta que debiera tener el hospital para tratar el malestar y las distintas problemáticas de quienes demandan atención, es un análisis parcial e insuficiente. La disyuntiva no estaría marcada por internar o no internar, o el cierre del hospital, considerando el punto de partida y la crítica a la lógica señalada, sino debatir sobre la función que debieran tener los servicios y dispositivos. Tampoco depende solo del lugar donde se lleve a cabo, aun rescatando lo que ello implica, sino sobre todo de la lógica y la ética determinada por el marco teórico-clínico en cada servicio donde se realice nuestra praxis.

La estructura actual del Hospital y la atención de pacientes ambulatorios e internados

En la actualidad, el Hospital cuenta con la Dirección Ejecutiva y las Direcciones Asociadas de Salud Mental y del Hospital General, de las cuales dependen jerárquicamente los demás sectores y servicios, cada una con sus Jefaturas correspondientes. El mapa es el siguiente:

- El Sector de Agudos: la puerta de entrada es la Guardia de Salud Mental, donde se evalúa la gravedad de las consultas. Si se decide la internación, los hombres ingresan al Servicio de Atención en Crisis y las mujeres, al Servicio de Agudos Mujeres. También se piensan distintas estrategias según cada situación: se puede volver a citar, derivar a otros servicios cuando es posible, la idea es que existan camas disponibles para 48 horas como máximo, con el fin de evaluar situaciones intermedias. Si no se produce la externación desde el SAC, se derivan al Servicio de Agudos Hombres, no existe SAC de mujeres.
- Los Consultorios Externos de Adultos e Infanto-Juvenil: reciben demandas tanto de la comunidad como derivaciones internas (de adultos), cuando los pacientes obtienen el alta de la internación y continúan tratamientos en forma ambulatoria. También reciben demandas de la institución escolar, entre otras. El servicio de Enlace (interconsulta), que funciona en el Hospital General, depende de este servicio.
- Salas de Subagudos (pertenece al Sector de Agudos) y el Sector de Rehabilitación: contienen salas de hombres y de mujeres por separado, con pacientes internados a largo y mediano plazo. Aunque se ha reducido la cantidad de pacientes internados de todo el hospital a menos de la mitad, en cada caso se apuesta a argumentar por qué cada paciente continúa internado, por lo que es necesario despejar las distintas modalidades de externación, teniendo en cuenta las problemáticas de cada paciente, a través de distintos dispositivos: casas asistidas, semiasistidas o casas de convivencia (se demanda su creación). También existen otros dispositivos creados en los últimos diez años, como el Club Social, el Teatro y Andamiaje donde se realizan distintas actividades y talleres; y el Centro de Rehabilitación Psico-social, dispositivo mixto intrahospitalario que sostiene una lógica distinta de funcionamiento y donde cobra peso considerar el tiempo lógico,

tendiente a situar lo que produjo la internación porque la externación por algún motivo no fue posible desde los Servicios de Agudos. El CAPER, atención médica de pacientes internados en los servicios de Salud Mental.

- Servicio de Externación, del cual dependen los centros Pichón Rivière y Franco Basaglia, junto a la Casa de Pre-Alta, que funcionan en La Plata.
- La Sala Carrillo, centraliza problemas de adicciones y la Sala Charcot, problemas neurológicos.
- El Hospital General (médico-quirúrgico), donde existen distintos servicios y donde los psicólogos trabajan en interconsulta en el Servicio de Enlace, ya mencionado, y de Hebiatría. Se incorporó la Guardia de Salud Mental a este sector, junto a la Guardia Clínica. También es reciente la creación de una Consejería.
- El Servicio Social, el Área Técnica y el Área de Docencia e Investigación.

Desde el Hospital se apuesta a conformar equipos interdisciplinarios (psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y acompañantes terapéuticos), pero no se cubre la mayoría de las vacantes ni se crean nuevos cargos desde el Ministerio de Salud, lo que mejoraría sin duda la calidad de la atención brindada. Cabe explicitar que han ingresado, en el último tiempo, profesionales con cargos interinos de guardia y de planta, lo cual permitió que los residentes puedan continuar trabajando en el hospital una vez finalizada la residencia, entre otros ingresos, lo cual es importante. Por otro lado, debemos señalar que algunos sectores del hospital no cumplen con las condiciones edilicias, ni de higiene y seguridad, adecuadas para la atención.

Servicio de Psicología: abordaje del padecimiento a lo largo de su historia

2-La historia del Servicio de Psicología está atravesada por las características señaladas anteriormente. Creado e incorporado a la estructura en el año 1995, ha pasado por distintas situaciones y lógicas de pensar tanto su función como el lugar del psicólogo en el Hospital. Los psicólogos que se encuadran en la Ley de Carrera Hospitalaria (10471), los becarios, los concurrentes y las prácticas de las cátedras de la carrera dependen del Servicio de Psicología; pero también tienen una doble incumbencia al pertenecer al

servicio donde cada uno realiza su trabajo, porque cada servicio tiene a su vez un jefe de servicio, lo cual complejiza el funcionamiento. En este punto, es importante subrayar el lugar de importancia que tiene la Residencia de Psicología, creada en el año 1990.

Tomar una posición, tanto para la función de jefatura como para ver desde dónde pensar cuestiones institucionales y específicas de la disciplina, no va de suyo sino que, como he indicado, implica una orientación conceptual en lo particular de la profesión y ante las distintas variables y problemáticas que se presentan en cada servicio y entre los integrantes de un equipo.

En la cultura, existen distintas ofertas para tratar el padecimiento y concebir la causa del mismo. Se puede recurrir a la religión, al médico, al psiquiatra, al psicólogo o al psicoanalista. El hospital está inmerso en la cultura e implica una función, un entramado en distintos discursos. La inclusión del psicólogo en el medio hospitalario debiera producir otra oferta para tratar el malestar, produciendo otros efectos en la clínica. En la sociedad occidental sobresale el paradigma biológico e individual, sobre todo con el auge de las neurociencias, que apuestan a explicar toda manifestación humana a través del cerebro o la genética, produciendo una sociedad cada vez más medicalizada. Pero a la vez, se da una situación paradójica: a mayor producción de medicamentos, no ha disminuido el malestar o dolor sino que se produce un mayor consumo, excluyendo cada vez más el abordaje por la palabra.

La creación del psicoanálisis como discurso, en un contexto histórico determinado, ante el surgimiento -en la Modernidad- del sujeto de la ciencia y el corrimiento de la figura del médico para alojar la demanda por sufrimiento, en tanto la clínica quedaba cada vez más relegada a la tecnología y a la distribución de fármacos, produjo una nueva figura social subvirtiendo la causa, más allá de lo biológico e individual.

Con Lacan, se diferenciará *psicosis* de *locura*, en una relación conceptual con la neurosis y la perversión, cuyo antecedente lógico será el campo del lenguaje. Además de excluir la lógica del "para todos por igual" y rescatar la verdad particular o singular que el síntoma conlleva, implica considerar el caso por caso. La noción de sujeto que propone Lacan, conlleva no caer ni en el individualismo ni en la masificación, sino que se lo concibe en una relación de inmisión con el campo del Otro, alojando la queja y el padecimiento, sin anular el deseo. Además de la brújula clínica, permite herramientas para pensar distintas estrategias, intervenciones y evaluaciones en los distintos ámbitos y problemáticas donde el psicólogo realice su práctica. Aunque no

todos los psicólogos trabajan desde el mismo marco conceptual, es necesario explicitar una toma de posición desde donde se habla, ética que barre con los manuales y la estadística. Tampoco se trata de plantear que no haya problemas biológicos y que no haya que medicar, sino de diagnosticar en el contexto histórico, qué ocurre con el malestar y qué posición tomar en lo específico de la profesión para proponer otra lectura y modo de tratarlo. Pero no es una cosmovisión, sino que posee sus límites y alcances. Plantear que no existe universo de discurso que lo explique todo implica despejar a qué disciplina está dirigida la demanda y así establecer los distintos campos de intervención en un equipo de trabajo. Sostener la tensión entre quien consulta, el hospital y las distintas prácticas, da lugar a que la oferta no se reduzca a una.

Ambos ejes se ponen en relación al concebir la especificidad del Servicio de Psicología y la función del psicólogo en el contexto hospitalario, al formar parte de un sistema de relaciones, sosteniendo la particularidad tanto entre servicios y abordajes distintos, como en el interior del Servicio de Psicología.

Entre el discurso comunitario y el paradigma biológico que atraviesa nuestra cultura y nuestra institución, es necesario que existan distintos modos de concebir nuestro trabajo. El análisis de discurso implica sostener la tensión y no la superposición entre: el sujeto del derecho - individuo autónomo y responsable de sí mismo-, el sujeto de la ciencia y el sujeto que propone el psicoanálisis con Lacan, diferencia que invita a reflexionar sobre ello. Sostener el espíritu crítico y racional, contra toda ortodoxia y unificación. Priorizo el modo dialéctico, la idea es que no se excluyan sino que convivan distintas concepciones cuyo horizonte es el tratamiento ante el malestar, bajo las distintas disciplinas y ofertas que delimitan diferentes modos de operar con el saber.

Las variables que se ponen en juego al trabajar en un hospital público son: las políticas en salud desde el Ministerio de Salud y desde las direcciones del hospital, las diferentes concepciones determinadas por el campo de cada profesión y de otros trabajadores y la posición que se tome en el lugar donde se realiza nuestra praxis, considerando la historia, la estructura y el funcionamiento del mismo. Las diferencias y modificaciones que se planteen en el contexto actual, en parte dependen de propiciar espacios de encuentro e intercambio, dando lugar a las preguntas y despejando distintos niveles de análisis entre las cuestiones institucionales y las inherentes a lo específico de nuestra disciplina, por ello la importancia de articular ambos ejes. Al mismo tiempo, existen distintas responsabilidades en torno a las condiciones

laborales y de los lugares de atención de los pacientes, como de la creación y mantenimiento de los dispositivos, de la mano de sostener el derecho a la salud pública.

Referencias bibliográficas

AAVV (2007). "Lo manicomial en lo alternativo, lo alternativo en lo manicomial: prácticas y posiciones". Documento de la Residencia de Psicología. Hospital Dr. A. Korn.

AAVV (2015). *Otro Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva.

Eidelsztein, A. (2001). *Las Estructuras clínicas a partir de Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva.

Espósito, R. (2011). *Bios. Bio-política y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.

Foucault, M. (2000). *Los Anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2007). *La Arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. & Ardila, S. (s/a). *El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria*. Recuperado de <<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/salud/stolkiner/el%20concepto%20de%20comunidad%20en%20la%20salud%20mental%20comunitaria.pdf>>

Lacan, J. (1966). "Acerca de la estructura como mixtura de una Otredad, condición sine qua non de absolutamente cualquier sujeto". En *Revista Ache-rona* 13.

Lacan, J. (1985). *Psicoanálisis y Medicina. Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (1987). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Lacan, J. *Seminario 20. Aún*. R. Rodríguez Ponte (trad.). Escuela Freudiana de Buenos Aires.

Lacan, J. (1995). *Acerca de la causalidad psíquica. Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Montesano, H. (2008). "Psicoanálisis y biopolítica. 1° Parte". En *El Rey está desnudo. Revista del psicoanálisis por venir*, 1 (1).

Marco normativo

Antecedente Legal: Declaración de Caracas (1990)-Principios de Brasilla (2005).

Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000).

Ley de Salud Mental 26657 (2010) y la Ley 14580 de la Provincia de Buenos Aires.

Hospital Dr. Rodolfo Rossi de la ciudad de La Plata

Expositora: Lic. Lilián Alvarado
Expsicóloga del Servicio de Salud Mental

Presentación del Servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Rodolfo Rossi

Para dar cuenta del quehacer profesional en el Servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Rodolfo Rossi de La Plata comenzaremos por contextualizar el lugar de trabajo. Este Hospital Interzonal de Agudos recibe población de La Plata, Berisso, Ensenada, de ciudades cercanas como Chascomús, Brandsen, Magdalena, del conurbano bonaerense y, en menor medida, del resto de la Provincia de Buenos Aires.

Debido a la frecuencia que demanda un tratamiento en salud mental y a la necesidad de trabajar con el entorno del paciente -familia e instituciones- el Servicio de Salud Mental atiende prioritariamente a personas con domicilio en la ciudad de La Plata y localidades aledañas. Esta regla tiene excepciones vinculadas a la particularidad del caso (hay ciudades de los alrededores que no cuentan con profesionales de la salud mental en las instituciones públicas o que no disponen de profesionales suficientes para satisfacer la demanda del lugar). Vale recordar en este punto que, según la Ley Nacional de Salud Mental, en la reglamentación de su artículo 9, la autoridad de aplicación promoverá que se respete la cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.

El Servicio de Salud Mental de nuestro hospital centra su tarea en la atención de adolescentes y adultos por consultorio externo y a través de la interconsulta con otros servicios hospitalarios. Para llevar adelante esta tarea cuenta con un plantel de psicólogos y psiquiatras. Al mismo tiempo, es sede de residencia de Psicología y de Psiquiatría, por lo cual se constituye en un espacio de formación en servicio. El intercambio que se genera entre jóvenes profesionales y otros con extensos recorridos en la institución le aporta riqueza al Servicio. También asisten alumnos de la materia Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología de la UNLP, quienes realizan las Prácticas Profesionales Supervisadas dentro del dispositivo de admisión.

Resumiendo, somos un grupo nutrido de profesionales de la salud que convive en un espacio poco acogedor desde el punto de vista edilicio, de dimensiones que no favorecen la circulación de trabajadores ni de pacientes ni ofrece comodidades para el desarrollo de la tarea, con un número de consultorios insuficiente y sin espacios comunes que habiliten el encuentro de los integrantes del Servicio para una reunión de equipo, la discusión de un tema o la realización de un ateneo; para lo cual es necesario solicitar espacios en el hospital que no están disponibles permanentemente.

La praxis del psicólogo en el Hospital Dr. Rodolfo Rossi

Para el abordaje por consultorios externos los pacientes ingresan al dispositivo de Admisión, ya sea a través de la demanda espontánea, o bien mediante la derivación de otros servicios hospitalarios o de otras Instituciones.

Por su parte, al dispositivo de Interconsulta los pacientes acceden a partir de la derivación realizada por los profesionales de los servicios en los que reciben asistencia. Este dispositivo se articula con el resto de los Servicios del Hospital, como por ejemplo las salas de Internación y la Guardia.

Al mismo tiempo el Servicio se ocupa de hacer certificaciones en articulación con el Área de Rehabilitación para la tramitación de pensiones o certificados de discapacidad. Desde hace unos años, funciona un taller de música, y desde hace unos pocos meses, uno de plástica al que asisten pacientes del Servicio. Dispone, además, de una habitación en el piso que se utiliza para la internación de pacientes de Clínica Médica.

Es necesario mencionar que en todas estas áreas de trabajo se desempeñan psicólogos, y que la creación de algunas ha sido promovida por estos

mismos profesionales. A lo largo de la historia del servicio, los psicólogos se han ido insertando en diversas áreas del Hospital: Infectología, Otorrinolaringología, Unidad de Transplante de Médula Ósea, Equipo interdisciplinario de Fibrosis Quística. Más cerca en el tiempo, trabajamos en articulación con la Secretaría de Derechos Humanos, asistiendo a testigos de juicios por crímenes de lesa humanidad y, actualmente, participamos de un equipo que interviene en los casos de abortos no punibles, con el proyecto de generar una consejería en el futuro. Nuestro trabajo se fue visualizando en el hospital al tiempo que fueron aumentando las derivaciones de pacientes y las solicitudes de interconsulta de distintos servicios, entre ellos, Clínica Médica, Ginecología, Dermatología, etc.

La experiencia de trabajo realizando admisiones nos permite constatar el aumento de la demanda y los cambios producidos en la modalidad de intervención de muchos médicos. Es posible advertir que profesionales de distintas especialidades médicas, que indicaban rápidamente psicofármacos a pacientes en duelo, angustiados o con dificultad para conciliar el sueño y derivaban a Salud Mental recién cuando veían que la respuesta del paciente a la medicación no era la esperada, con el paso del tiempo empezaron a derivar antes de medicar. Este es un dato importante ya que vivimos en una época en la que hay una fuerte tendencia a invisibilizar el malestar con un fármaco, y en la que se impone que todo padecimiento debe ser adormecido. Es imprescindible trabajar para que en el hospital este rasgo de época se ponga en discusión y no se naturalice; esta es una tarea que los psicólogos llevamos adelante, con dificultad, con esfuerzo, con marchas y contramarchas, pero avanzando en la problematización de esta tendencia a la medicalización de la vida cotidiana.

La admisión

En este espacio el psicólogo tiene, como una de sus responsabilidades, realizar la primera o las primeras entrevistas a quienes demandan atención. En la entrevista de admisión se deberá ubicar quién pide la intervención. Algunas veces, será el paciente el que llega pidiendo ayuda, pero otras, será la familia, la escuela, el juez, el patronato de liberados, el médico. Esto hace que uno de los primeros trabajos sea el de generar la demanda de tratamiento por el padecimiento que los lleva a consultar. Cuando alguien llega a la consulta respondiendo al pedido de otro, hay que redoblar la apuesta de trabajo para ver si se produce algún interrogante sobre “eso que otro dice que le pasa”.

El dispositivo de admisión intenta alojar al sujeto generando un espacio en el que pueda atribuir a su padecimiento un sentido que se articule a una demanda dirigida al profesional. Para que surja una primera demanda de tratamiento, algunas veces, es necesario citar al consultante a una nueva entrevista, a la que denominamos entrevista ampliada. Este acto introduce una pausa, en la que se busca instalar un tiempo para comprender.

En la entrevista de admisión cobran importancia las preguntas dirigidas al paciente. Se trata de escuchar por qué viene, por qué ahora, por qué a este Servicio, qué se pregunta, a qué atribuye el padecimiento que presenta, qué espera de un tratamiento.

Cuando el marco teórico es el psicoanálisis, se apuesta a un compromiso del sujeto con su padecimiento, que posibilite que el sufrimiento que lo trajo a la consulta pueda transformarse en trabajo analítico. Dirigir la cura, sin dirigir al paciente, con intervenciones que funcionen como facilitadoras de la palabra en la que el sujeto pueda representarse.

La admisión está a cargo de un profesional del Servicio, acompañado por un residente. Son ellos quienes, junto con el paciente, resolverán si inicia un recorrido terapéutico en ese hospital; si lo hará sólo con un psicólogo o también requerirá la intervención de un psiquiatra; si es necesario trabajar con la familia o personas de su entorno, o con la escuela (si se trata de un adolescente); si es conveniente realizar una derivación a otra institución; si se requiere una internación o si, en ese momento, está demandando una atención que el Servicio no puede ofrecerle. Una vez atravesada la admisión, el paciente comienza un recorrido con un profesional. En este punto vale recordar las recomendaciones que daba Sigmund Freud en el texto *Sobre la iniciación del tratamiento*. Allí, en el año 1913, enunciaba, a modo de consejos, algunas reglas para el inicio del tratamiento psicoanalítico, aclarando que estas cobrarían significado en el contexto de un plan de acción. Una de estas recomendaciones era la de aceptar a los pacientes nuevos provisionalmente por algunas semanas, tiempo en el que se decidía si era apto o no para el psicoanálisis (1913:126).

La internación

Un párrafo aparte merece la internación. Siempre se trató de lograr el cumplimiento de ciertas condiciones mínimas para garantizar el respeto de los derechos del paciente en su período de internación, acordando que esta

será considerada “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y (que) sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Ley 26657, art 14).

La internación en nuestro Servicio de Salud Mental tiene una historia marcada por la falta de infraestructura necesaria y de profesionales que integren un equipo para brindar la atención óptima a cada paciente. Aunque también está signada por la firme convicción, compartida por los profesionales del servicio, de que la internación tiene que realizarse en el Hospital General.

La complejidad del quehacer del psicólogo en la actualidad

Una pregunta que debemos hacernos es si lo que ofrecemos está a la altura de la complejidad de las situaciones que atendemos. Las problemáticas de salud actuales nos exigen un trabajo en red, interdisciplinario e intersectorial, que debemos incorporar deconstruyendo modalidades aprendidas. Conducir tratamientos con profesionales que trabajan en otras instituciones, lograr que las paredes del consultorio dejen de ser el límite del espacio en el cual se desarrolla nuestra tarea, salir del hospital, trabajar junto al paciente en la construcción de lazos y también gestionar los recursos que estos cambios requieren para ser efectivos. La situación es compleja por la escasez de recursos económicos y por la falta de implementación de políticas sanitarias que promuevan la plena implementación de la Ley de Salud Mental. Pero también lo es, por nuestras propias dificultades para repensar la lógica de nuestras prácticas, para problematizar lo que hacemos y para pensar con otros qué es lo que necesitamos modificar. Parafraseando a Cornelius Castoriadis, es necesario llevar a cabo un esfuerzo de elucidación, esto es, “pensar lo que hacemos y saber lo que pensamos” (Castoriadis, 2007: 12).

Llegado a este punto, se hace necesario puntuar lo siguiente: es políticamente correcto adjetivar el trabajo en salud como interdisciplinario, pero también, bajo esa denominación, encontramos prácticas disciplinares o *collages* armados con los retazos que aporta cada profesión que interviene en la atención de un paciente. Hay una brecha enorme entre lo que se hace y lo que se conceptualiza como abordaje interdisciplinario de problemas complejos, que implica un movimiento en el cual, las disciplinas deben proponerse la construcción de una conceptualización común del problema y la elaboración de estrategias de intervención consensuadas en el abordaje. Al decir de Alicia Stolkiner:

[...] La interdisciplina nace (...) de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente, de la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadidas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (Stolkiner, 1987:315).

Más difícil aún, es lograr un trabajo intersectorial que contemple las necesidades de los usuarios del sistema de salud vinculadas al trabajo o la educación.

Para quienes llevan adelante prácticas en el ámbito institucional, representa un desafío el aprender a trabajar con colegas y con compañeros de otras disciplinas. La demanda asistencial, la perentoriedad de los requerimientos que llegan al hospital, y nuestras propias limitaciones no propician el encuentro para la discusión y la construcción de un saber compartido. La interdisciplina es un punto de llegada, no uno de partida, no por juntarnos eventualmente a tratar la situación de un paciente es que trabajamos interdisciplinariamente.

El lugar del psicólogo como trabajador

Para finalizar, queremos remarcar que los psicólogos en los ámbitos públicos somos trabajadores del Estado, un Estado que debe garantizar el derecho a la atención de la salud a la población. Cuando el paciente llega al hospital, el Estado somos nosotros, los trabajadores del Hospital, y en ese momento, tenemos que arbitrar los medios para intervenir, de la mejor manera posible, en esa situación que se nos presenta. Al mismo tiempo tenemos que exigir a las autoridades que los derechos de los usuarios del sistema de salud y los nuestros, como trabajadores, se respeten. Lograr este respeto requiere asumirnos como trabajadores y defendernos colectivamente, no solo al interior de las instituciones sino también fuera de ellas. Tenemos que juntarnos, hacer públicos nuestros reclamos, participar de las organizaciones que nos representan (colegio profesional, sindicatos). En síntesis, protagonizar la lucha por la defensa de nuestros derechos y los de nuestros pacientes, recordar que los derechos se ejercen, pero antes se conquistan y que en la historia de los trabajadores nunca se conquistaron derechos sin luchar.

Referencias bibliográficas

Castoriadis, C. (2007). *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Tusquet.

Elichiry, N. (comp.) (1987). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 313-315). Buenos Aires: Nueva Visión.

Freud, S. (1913). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Marco normativo

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Recuperado de <www.sada.gba.gov.ar/salud_mental/index.php>

Hospital Interzonal General José de San Martín de La Plata

Expositora: Lic. Lorena Parra
Jefa del Servicio de Salud Mental

Presentaciones

En principio, agradezco la invitación a participar de estas jornadas, y volver así a la Facultad a conversar sobre la práctica que me fue posible debido al título obtenido y a la formación que me fue brindada por esta universidad, pública y gratuita, y por la entonces Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (no era aún Facultad de Psicología). Es por eso que considero valioso poder compartir aquí el saber obtenido de los espacios de inserción transitados desde mi graduación.

Después de recibirme, corría el oscuro año 2001, tuve algunos pocos encuentros con la práctica desde dispositivos alternativos a la internación en salud mental. Ya en ese entonces, me preocupaba y ocupaba el modo de tratar la locura, esa que rompe el lazo social y para la que se requiere tener presente cuestiones múltiples, no solo psicopatológicas. Me refiero a la locura que se padece, a la que se le dificulta encontrar modos vivibles de habitar este mundo, y que a su vez genera prejuicios en torno a su “peligrosidad”, estigmatización y segregación. Luego, a partir de este interés, ingresé a la Residencia de Psicología del Hospital Interzonal General José de San Martín, del cual sabía que era un hospital general que contaba con sala de internación de Salud Mental. Eso fue lo que me hizo elegirlo (además de la presencia de

una amiga allí), así como el trabajo interdisciplinario que se realizaba y que hacía que compartieran todos los espacios clínicos los psicólogos y psiquiatras, agregándose algunos trabajadores sociales.

Hoy me encuentro en ese mismo hospital, del que fui instructora de la Residencia de Psicología durante casi diez años; ingresé como profesional de planta y ahora estoy en un lugar de gestión, nuevo para mí y también para el Servicio, ya que hasta ahora esta función siempre había sido realizada por un psiquiatra. Posibilidad que nos da la Ley de Salud Mental N° 26657 y que tomé para iniciar un camino en el que aspiro que quede una marca del recorrido mencionado. Ocasión que brinda la actualidad del campo de la Salud Mental, en el que distintas disciplinas abocadas a tratar el padecimiento mental se encuentran por primera vez en condición de interlocutores en paridad. Asimismo, en el que ha habido una gran deserción de psiquiatras, por infinidad de motivos, sin dudas, y entre ellos el malestar que conlleva habitar una guardia. Esta es una de las prestaciones que distinguen a este servicio de salud de otros en la región: una guardia de 24 horas los 365 días del año. Hasta hace muy poco, ese sí era un ámbito médico psiquiátrico, debido a que no contábamos con cargos de psicólogos de guardia. Como residentes hacíamos allí una rotación, siempre de visitantes. Tras años de lucha para obtener otro lugar, en la actualidad contamos con psicólogos de planta permanente en ese ámbito. Este es un movimiento que permite que nuestra inserción cobre otro valor, nuestra intervención, otras posibilidades y otorga al tratamiento del sufrimiento psíquico una indudable ganancia.

El Servicio de Salud Mental cuenta además con otros dispositivos, algunos también únicos en la región: hospital de día, interconsulta, admisión y consultorios externos, y actividades de esta índole replicadas en el área de maternidad y neonatología.

Lectura de la praxis del psicólogo desde el psicoanálisis lacaniano

La complejidad del Servicio de Salud Mental de este hospital supone, como psicólogos, participar en actividades e intervenciones individuales, grupales e institucionales. Esta multiplicidad de prácticas y campos de intervención, requiere de un profesional versátil, sin que eso implique perder especificidad o rigor conceptual.

Es desde el psicoanálisis de orientación lacaniana que he habitado, y habito, estos lugares, sin que eso haya sido un escollo. El psicoanálisis como praxis

puede aportar su eficacia en distintos niveles, porque supone una lectura que pone en valor el lugar de lo que *no marcha*, del síntoma, como parte inherente de la subjetividad, para en lugar de acallararlo sin más, ponerlo a trabajar y arribar a modos más vivibles de hacer con él. Pragmática que puede aplicarse a lo singular, grupal e institucional, y que permite pasar de la impotencia a la imposibilidad. Reconocer el punto de imposible localiza lo posible y da lugar a la invención de respuestas nuevas con las que hacer frente a los desafíos del momento en que se inscribe nuestra práctica, en un campo atravesado por diversas problemáticas y complejidades. Esto permite un *saber hacer* sin las añoranzas y nostalgias de una época anterior, en que ilusoriamente las Instituciones de salud habrían tenido lo que hoy no. Conexión con un real que no se desconoce ni se teme, sino que se considera a la hora de intervenir; sin dejar de contemplar el contexto actual, hostil, en el que nos encontramos.

Una brújula para nuestra inserción constituye estar advertidos de que la práctica clínica de la salud se presenta siempre inconsistente, y no necesariamente por faltas en el saber. Esto se debe a que es una praxis en la que encontramos inevitablemente situaciones que rondan el terreno de lo equívoco, de las paradojas de las buenas intenciones, de las ambigüedades relativas a querer el bien, “donde las fórmulas y las recetas fracasan o se muestran ineficaces de dar cuenta de la totalidad de las variables” (Fridman, 2009). Esto puede parecernos una obiedad, pero no lo es en el ámbito en el que el discurso médico es hegemónico, más aún en el último tiempo en el que la ciencia ha cobrado mayor presencia, y así el régimen que propone en alianza con el mercado (de objetividad, eficiencia, eficacia) supone una rigurosidad universalizante que deja de lado de modo más radical al cuerpo hablante.

Nuestra función en este marco es, principalmente, apuntar a la singularidad, respetando la articulación entre lo universalizante de las normas y lo singular de un sujeto. Eric Laurent señala que esto “no solo se alcanza respetando los derechos de la persona, lo que es un requisito necesario, sino dejando hablar al sujeto. Primero no hay que hablarlo, o someterlo a la regla, aunque fuera la mejor de las reglas” (2000:86). De algún modo va en la misma línea de lo que plantea J. A. Miller cuando dice “el discurso del Amo quiere siempre lo mismo, quiere el como todo el mundo. Y si el psicoanálisis representa algo es el derecho, es la reivindicación del *no como todo el mundo*” (2011:36).

En ese sentido, es importante recordar que el psicoanálisis surge con esta premisa, en tanto Freud en los inicios es categórico al decir:

[...] nos negamos de manera terminante a hacer del paciente que se pone en nuestras manos en busca de auxilio un patrimonio personal, a plasmar por él su destino, a imponerle nuestros ideales y con la arrogancia del creador, a complacernos en nuestra obra luego de haberlo formado a nuestra imagen y semejanza (1992:160).

Ahora bien, la práctica institucional mueve el cuerpo del practicante del psicoanálisis: lo saca del consultorio y lo convoca necesariamente a la interlocución con otros actores institucionales y sociales. Esto supone desprenderse del narcisismo de ser el representante de una teoría o visión del mundo, así como de una cuestión identitaria rígida, para sostener equipos de trabajo con otras disciplinas y/o discursos y lidiar con las diferencias. Tarea incómoda, difícil, en donde convertirse en un “objeto versátil, disponible, multifuncional” (Miller, 1999: s/p) no es simple, si se tiene como premisa dar lugar a lo singular. Francois Ansermet utiliza una expresión preciosa y precisa para referirse a este tipo de práctica: se trata de un psicoanálisis *implicado*, en vez de aplicado (2017:176). Sostiene que poner en juego la causa analítica en una institución médica pasa por un buen uso del semblante y del malentendido. Así, a los pedidos que se nos dirigen no podemos responder simplemente “esto no lo hago porque no es analítico”, o “nosotros no dirigimos al paciente” o, cuando nos convocan como especialistas de la psique decir “disculpe pero de eso no tengo idea”. Posiciones que nos dejan por fuera, parados muchas veces en la infatuación, y sin posibilidad de encontrarnos con el sujeto en cuestión, que solo emerge a partir de una lectura que va en su búsqueda, a partir de aportar una presencia. Esto supone también para nosotros no caer en la “trampa de la causalidad” (Ansermet, 2017:176) que puede constituir nuestra defensa ante lo imposible de soportar. La clínica se vincula con lo contingente, inesperado, sorpresivo, y con la búsqueda de los pequeños detalles que nos permitan leer e intervenir sobre el real en juego, cada vez.

Habitar un dispositivo de salud mental es estar advertido de que la acción analítica no se rige por la prohibición de los excesos, ni por los protocolos válidos para todos, sino por la lógica propia de cada situación. Esto no quiere decir que no contemplemos las normas o marcos institucionales que nos atraviesan en determinado lugar, porque no se tratará tampoco de mostrarnos como quien está por fuera del Otro, de un modo canalla. Más bien tenemos en cuenta al Otro en cuestión, pero no para señalarlo como garante de nuestras fallas o nuestros aciertos. Es desde el vector de la inconsistencia del

Otro, como decía al principio, que nos ayuda a incluir lo incierto y las faltas en el saber que la clínica nos presenta y con lo que hay que vérselas cada vez. Es un modo también de incluir el no-todo en acto, tanto en el trabajo con grupos de pacientes como en los grupos de trabajo.

Otra cuestión importante que nos orienta es en cuanto a los tiempos, en tanto se trata de *hacer uso* de los tiempos lógicos lacanianos. Así como en ocasiones es necesario incluir una ficción del “hay todo el tiempo” cuando lo que se presenta es la urgencia, el borramiento del momento de comprender para rápidamente concluir; también es necesario hacer uso de lo contrario, del “no hay todo el tiempo”, que implica y supone agujerear la dimensión asistencial que predomina en la institución hospitalaria. Esa que a veces se juega en tanto intentos de resolver todas las condiciones de vida de alguien, con la impotencia a la que esto lleva. El psicoanálisis permite introducir la experiencia del límite y de la pérdida, algo que en la época actual estamos lejos de que tenga lugar.

La Ley de Salud Mental hoy

Por último, tomo otro de los ejes que nos habían propuesto para esta presentación: la adecuación a la Ley de Salud Mental y sus dificultades en la práctica cotidiana. El Servicio de Salud Mental en el que me encuentro cuenta con Sala de Internación en Hospital General, con trabajo interdisciplinario y condiciones breves de internación hace 30 años. Es decir, es un dispositivo como el que la ley propone: internación como última medida restrictiva para cuadros clínicos agudos, en hospital general.

Grandes escollos en la actualidad constituyen la carencia de otras salas de internación de esa índole en hospitales generales, y de dispositivos intermedios que propicien el sostén del paciente por fuera de la internación, para que sea efectivamente el último recurso al que se apele. Es ínfima la cantidad de emprendimientos laborales y productivos, centros de formación laboral, centros de día o talleres protegidos para pacientes de salud mental, tal como lo plantea el artículo 11 de la Ley Nacional de Salud Mental. Se cuenta con pocos profesionales de salud mental en centros de salud emplazados en la comunidad, y de hecho no hay en el área de La Plata o alrededores psiquiatras con los cuales contar ahí para tratamientos ambulatorios, y a veces tampoco psicólogos. Esa carencia de sostenes y la grave situación socioeconómica actual generan que cada vez sean más las presentaciones en la urgencia, con intentos de suicidios graves y/o estallidos de violencia hacia

otros o hacia sí mismos. Estos casos abundan y pocas son las respuestas que pueden darse, teniendo solo 10 camas en la sala de internación y dos *boxes* de guardia reservados para salud mental, y sin que, como plantea el artículo 28 de la Ley Nacional de Salud Mental, los hospitales generales cuenten con recursos para internar (edilicios y humanos).

En ese sentido, es necesario seguir insistiendo con la implementación plena de la Ley N° 26657, sin que el acento solo esté puesto en los hospitales monovalentes y su cierre, sino en lo que puede permitir que efectivamente eso suceda. Para que no sea una bandera que se use para desmantelar lo existente y dejar a quienes están siendo expulsados del sistema, más segregados aún. No hacen falta los muros para ello, y de eso también estamos advertidos desde nuestra formación.

Referencias bibliográficas

- Coccoz, V. (comp.). (2017). *La práctica lacaniana en instituciones II. Soluciones, invenciones*. Buenos Aires: Grama.
- Freud, S. (1992). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919 [1918]), Obras completas*, Volumen XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fridman, P. (2009). "Los principios de la Bioética en Salud mental y Psicoanálisis". En Fantín & Fridman (comps.). *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos.
- Lacan, J. (2006). "Psicoanálisis y medicina". En *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.A. (1999). "Contraindicaciones del tratamiento analítico". En el *Sumario de la EOL: El Caldero de la Escuela*, 69. Buenos Aires.
- Miller, J. A. (2011). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Rubistein, A. (2009). *Un acercamiento a la experiencia*. Buenos Aires: Grama.

Hospital Subzonal Especializado Dr. José Ingenieros

Melchor Romero, La Plata

Expositora: Lic. Silvia Zamorano
Directora ejecutiva

En esta oportunidad voy a compartir con ustedes la experiencia de refuncionamiento que estamos llevando a cabo en el Hospital Subzonal Especializado Dr. José Ingenieros, ubicado en la localidad de Melchor Romero, en el marco legal que implica la Ley Nacional de Salud Mental.

El Hospital Subzonal Especializado Dr. José Ingenieros: su historia y sus usuarios

Durante sus primeros años funcionó como instituto de menores, llegando a alojar a 300 niños y niñas, hasta el año 1994, momento en que se reconvierte en hospital especializado como dependencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, orientado a la internación de varones mayores de edad con discapacidad intelectual.

Actualmente se alojan y viven en el hospital 50 hombres con diverso grado de discapacidad intelectual. Entendemos la *discapacidad intelectual* como la coexistencia de una limitación significativa en la inteligencia y en las habilidades adaptativas que ha sido evidente con anterioridad a los 18 años de edad.

Todas las personas alojadas se encuentran judicializadas y bajo la supervisión de las curadurías y juzgados de familia. Un gran número de ellos se

encuentra institucionalizado desde corta edad, por abandono de su familia o por pertenecer a grupos familiares con alto grado de vulnerabilidad.

Si bien un gran porcentaje de estas personas presenta una discapacidad severa con necesidad de asistencia en las actividades de la vida diaria, tal como vestirse, alimentarse, asearse y con uso de pañales, lo cierto es que la internación sostenida durante tantos años se debe más a su situación social y familiar que a su diagnóstico de base.

Es claro en este sentido que si existiera una red familiar, social y estatal, estas personas podrían transitar sus días en otros ámbitos que no fuera el hospital monovalente; sin embargo su situación de internación es heredera del modelo asilar que sostiene la hospitalización como la mejor modalidad de tratamiento y cuidado para estas personas. Su internación es consecuencia de un modelo jurídico-médico que establecía la condición de insanía como un sello que las condenaba a la segregación social crónica y a la consideración de su estado como irreversible. Todas las personas internadas comparten este estigma médico-legal.

El Hospital ofrece actualmente actividades de taller intra y extramuros, así como talleres integrados con personas de la comunidad que rodea al Hospital. El equipo terapéutico está conformado por psicólogos, médicos, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, talleristas, abogados, terapeutas ocupacionales, enfermeros y asistentes terapéuticos. Recientemente, se incluyó en el plantel una kinesióloga y a una fonoaudióloga. Todos ellos trabajan diariamente en el cuidado y la asistencia y brindan actividades formativas, recreativas y de estimulación a los jóvenes. También se ofrecen espacios de psicoterapias individuales y grupales, asistencia psiquiátrica y atención clínica.

Nuestro hospital presenta una particularidad: cuenta con un área de consultorios externos con atención primaria en salud dirigido a la asistencia de la comunidad cercana. Este hecho constituye una fuente permanente de interrelación entre las personas internadas y las personas del barrio. En este sentido, no se trata de un hospital "cerrado" totalmente, si bien las condiciones de "encierro", tal como se puede entender en las instituciones totales, se encuentran presentes.

Cuando decimos *condiciones de encierro* nos referimos a ciertas prácticas atravesadas por la concepción paternalista de la discapacidad. En nuestro hospital encontramos que el modelo asilar-tutelar con marcado paternalis-

mo se encuentra afianzado en muchos de los trabajadores y también -¿por qué no?-, en las mismas personas internadas.

Paradigmas en torno a la discapacidad. De la enfermedad y el pecado hacia un enfoque de derechos

Desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010 hasta la fecha, se ha iniciado un lento proceso de cambio en los hospitales monovalentes orientado por un enfoque de derechos, que pone el énfasis en la autonomía de la persona y en el reconocimiento de la capacidad para tomar sus propias decisiones.

En ese marco, nuestro desafío como Dirección del Hospital consiste en darle cuerpo a un posible refuncionamiento del mismo, en el contexto jurídico que implica por un lado, la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, y por otro, la Ley Nacional de Salud Mental. Sabemos que se trata de un cambio cultural profundo. En materia de discapacidad intelectual y también de salud mental en general, conviven prejuicios arraigados de otras épocas que moldean modos de intervención aún existentes en las instituciones.

A lo largo de la historia de la humanidad se pueden distinguir diferentes modelos para pensar la discapacidad, estos modelos, metodológicamente distinguidos, coexisten muchas veces en el imaginario cultural y en los modos de interactuar con las personas con discapacidad.

Podríamos señalar, siguiendo a Laín Entralgo (s/a), que la discapacidad a lo largo de la historia ha oscilado entre dos extremos, expresados en los términos de *enfermedad* o *pecado*. Los modelos sobre la discapacidad responden cabalmente a estas dos líneas: pensar a la discapacidad en tanto efecto de una voluntad divina o bien como un hecho médico, es decir que ha quedado entrampada en las significaciones del discurso religioso o del discurso médico con todo lo que cada uno de ellos representa en su amplitud.

En la década de los 60, a partir de la participación activa de las personas con discapacidad, surge un nuevo modelo denominado *modelo social de la discapacidad*, que queda formalmente establecido en la *Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad*, sancionada en el año 2006.

La *Convención* es un documento firmado por más de 150 naciones en la sede de Naciones Unidas (ONU) en diciembre de 2006 y que toma carácter cons-

titucional en nuestro país en el año 2008. Se considera el primer acuerdo internacional sobre Derechos Humanos del SXXI. Se trata de un extenso documento que tiene como propósito “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente” (Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006).

Destacaremos dos puntos centrales de la *Convención*. En principio, parte de la idea de la discapacidad como concepto dinámico, es decir, que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que obstaculizan el pleno ejercicio de sus derechos. En este sentido, se conmueve la idea de la discapacidad ligada a un problema meramente del individuo, y también el hecho de tratarse de un estado inamovible, dado que en tanto se den los apoyos y ajustes necesarios, un sujeto puede ser más o menos discapacitado de acuerdo al contexto. Esta premisa fundamental de la *Convención* sustenta nuevos modos de intervención sobre la discapacidad, desplazando la hegemonía médica en este terreno. Toma relevancia el concepto de *apoyo*, definido por la AAMR (Asociación Americana de Retardo Mental) en 2002 como “recursos y estrategias con el objetivo de promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de una persona y mejorar el funcionamiento individual”.

Podemos agregar que incluso la situación misma de discapacidad se evalúa de acuerdo a la mayor o menor necesidad de apoyos, y no ya al “grado” de deficiencia. Es decir, se da lugar a un modelo de la discapacidad centrada en la persona, donde se deben evaluar las habilidades particulares, los ámbitos de intereses, las potencialidades para diseñar la mejor estrategia de apoyos.

Sostener un modelo “centrado en la persona” parece encontrarse en las antípodas del modelo biológico de la discapacidad, que por entenderla como una enfermedad orgánica, crónica e incurable, no dejaría espacio a la singularidad de la persona y al rescate de sus habilidades e intereses.

Subrayamos esta noción de *apoyos* porque la consideramos fundamental a la hora de pensar en una reconversión del hospital especializado.

Otro de los puntos salientes de la *Convención* se enuncia en el artículo 12. Este afirma que las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento de su capacidad jurídica, lo que podría entenderse como el derecho a tomar sus propias decisiones. Se enuncia:

[...] Las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida, (...). Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica (*Convención de los derechos de las personas con discapacidad*, 2006).

Este artículo conlleva un giro absolutamente radical en cuanto a la concepción antigua de la discapacidad mental, donde la persona con discapacidad era ubicada como objeto de las decisiones de otros. Asistimos a un pasaje de un modelo de la *sustitución* de la capacidad jurídica a uno de *asistencia* en la toma de decisiones.

El Hospital Subzonal Especializado Dr. José Ingenieros: estrategias para su adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental

En nuestro hospital asistimos a resabios del modelo médico rehabilitador de la discapacidad, donde el Otro es quien mejor sabe lo que es bueno para la vida del paciente, objetalizando a la persona y borrando su particularidad.

Menciono algunos supuestos básicos que sustentan las prácticas que se llevan adelante y que responden a este modelo:

- Las personas discapacitadas son como niños.
- Las personas discapacitadas tienen conductas agresivas inmotivadas.
- Las personas discapacitadas no saben lo que sería bueno para ellas.
- Es necesario que otro (médico, asistente, juez) decida por ellos.
- El hospital es un lugar seguro y el mejor lugar en que puedan estar.
- Los trabajadores del hospital somos su familia.
- Las personas discapacitadas necesitan disciplina para moldear su conducta.
- El hospital está para cuidarlos, asistirlos y entretenerlos.

Por otra parte, la organización institucional conlleva un “para todos” que borra la singularidad de cada quien: las rutinas de la vida diaria se realizan con todos los jóvenes, las piezas son compartidas y no hay elementos que parti-

cularicen la cama de cada uno, no existe noción de “intimidad” a la hora del baño o de la práctica sexual.

Sin embargo, resulta interesante que al modo de un retorno de lo reprimido, la singularidad del sujeto sale a la luz y aparece el deseo de cada uno, por ejemplo en el intento de tener un lugar propio donde reservar sus pertenencias, en un gusto sexual controvertido, en la resistencia a comer lo que todos comen.

Estas fueron algunas de las manifestaciones que comenzamos a leer como síntomas del modelo asilar en crisis y que nos posibilitaron pensar que otro entramado era posible.

Construimos estrategias tendientes a la transformación posible del Hospital, dirigida a rescatar la particularidad de las personas que viven allí, propiciando la mayor cantidad de actividades fuera del Hospital, generando la revinculación social o laboral de muchas personas e incluso sosteniendo procesos de externación en los casos que se pudiera.

Frente a estos efectos masificantes hemos comenzado a implementar algunas maniobras institucionales que rescaten la particularidad de cada quien:

- Muchos pacientes pueden elegir comprar su propia ropa y sus objetos personales y se construyeron algunos *lockers* que les permiten guardar sus pertenencias
- Se creó un dispositivo grupal de *grupo de convivencia* coordinado por uno de los psicólogos y una médica que resulta un espacio en el cual se ponen a trabajar cuestiones centradas fundamentalmente en el respeto al otro. Apostamos a que sea un recurso que redunde en beneficios para la vida de estas personas y su interrelación. Allí se ha impulsado un trabajo en torno al respeto a la intimidad, a la elección, al refuerzo del cuidado del propio cuerpo (higiene, etc.), elección sexual, fomentar la no violencia, entre otros temas.
- Se comenzó a trabajar fuertemente la cuestión de la intimidad, colocando cortinas en los baños y espejos.
- Se reforzaron y ampliaron espacios de talleres optativos de acuerdo a los intereses de cada uno. En este aspecto, pensamos talleres de estimulación para personas con discapacidad severa así como talleres tendientes al desarrollo de habilidades sociales y autocuidado para personas con posible reinclusión social. También, espacios de talleres

integrados para personas con discapacidad, internadas, y personas de la comunidad.

- Se ampliaron las actividades extramuros. Actualmente se realizan varias actividades fuera del hospital, por ejemplo algunas personas concurren a centros de formación laboral, uno trabaja en un supermercado una vez por semana, a espacios de equinoterapia, al ECAS (programa desarrollado en la Reserva Natural de Parque Pereyra) y a varios centros de día.
- Se sostienen varios procesos de externación. Esto implica un arduo trabajo de acompañamiento interdisciplinario y de seguimiento, así como un compromiso del Estado que brinde los recursos necesarios, por ejemplo alquiler de viviendas, posibilidad de trabajo, inclusión comunitaria de diverso tipo. Todo esfuerzo sería vano si no se contara con estos recursos que constituyen la red necesaria para que una externación se sostenga en el tiempo.

El trabajo en consonancia con el respeto por los derechos de las personas con discapacidad intelectual incluye la idea de una existencia plena por fuera del ámbito institucional. Sin embargo, sabemos que en nuestro caso encontramos personas que han estado institucionalizadas toda su vida, que han perdido todo vínculo familiar, que no han adquirido habilidades básicas de la vida diaria y que un gran número de ellos requieren de apoyos generalizados, es decir que dependen absolutamente de otro para sobrevivir.

Por este motivo, pensamos que la transformación del Hospital debe ordenarse en función de las distintas necesidades de las personas que viven en él, y también extender sus servicios a personas con discapacidad de la comunidad que no encuentran respuesta a sus requerimientos en las cercanías de su lugar de residencia.

Podemos ordenarlo en varios niveles:

- Para aquellas personas que tienen posibilidades de inclusión social, ya sea familiar, laboral o social.
- Para aquellas personas que podrían ser incluídas en hogares de día u otras actividades extramuros.
- Para aquellas personas que no cuentan con la posibilidad de salida de la institución por su alto grado de dependencia y ausencia completa de referencias u otros recursos sociales.

- Para aquellas personas del barrio que tienen discapacidad intelectual y se encuentran sin la asistencia adecuada. Actualmente funciona la Junta Evaluadora para la obtención del Certificado Único de Discapacidad (CUD).

Estos diferentes niveles requieren la oferta de diversos dispositivos que apunten a las necesidades particulares de cada persona y a propiciar al máximo sus potencialidades.

La idea de una reconversión del Hospital se sostiene en poder constituirse en un espacio que pueda responder a esta variedad de situaciones y que no se restrinja a la población internada.

En este sentido, pensaríamos al Hospital como un espacio abierto, con distintas propuestas para personas con o sin discapacidad intelectual.

El trabajo en red con otros sectores es una variable absolutamente ineludible, en tanto habrá que gestionar subsidios para quienes puedan alquilar alguna vivienda, vacantes en hospitales de día, puestos de trabajo adecuados para algunas personas, inclusión de más recursos capacitados en kinesiología, talleres, oficios, etc.

Por lo tanto, sabemos que llevar adelante el cambio en el funcionamiento del Hospital también implica una redistribución y creación de nuevos recursos, así como la generación de nuevos vínculos interinstitucionales. Esto requiere de un esfuerzo del propio Hospital y del Sistema de Salud.

Si la discapacidad intelectual se piensa en el uno por uno de las personas que la padecen, y en la lógica de los apoyos que requeriría cada uno para desarrollarse lo más plenamente posible, debemos comenzar a pensar las intervenciones institucionales desde esa perspectiva, con el objetivo puesto en su posible externación y revinculación social. En ese contexto, se trata de abandonar la idea arraigada de que no existe mejor lugar para estas personas que el hospital.

Compartimos que son las habilidades sociales, y no las intelectuales, las que facilitan una vida plena.

Para modificar realmente las condiciones de vida de las personas con discapacidad intelectual hay que modificar sustancialmente la construcción cultural que a lo largo de los siglos hemos venido amasando.

Javier Tamarit Cuadrado (2005)

Referencias bibliográficas

- Palacios, A. (2008). "El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad". En *Colección Cermies*, 36. Editorial Cinca.
- Parra-Dussan, C. (2010). "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: antecedentes y nuevos enfoques". 16 *International Law*. En *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, pp. 347-380.
- Schalock, R. (1999). "Hacia una nueva concepción de la discapacidad". En *Actas de III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Universidad de Salamanca. España.
- Tamarit Cuadrado, J. (2005). "Discapacidad intelectual" (pp.663-682). En Milla & Mulas (coords.), *Manual de Atención Temprana*, Valencia: Promolibro.

Marco normativo

- ONU (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*
- (2010). Ley Nacional de Salud Mental 26657. Argentina

Centro de Salud Mental Comunitaria, Casa de Pre Alta

*Dependiente del Servicio de Externación
del Hospital Alejandro Korn*

Expositora: Lic. Karina Sarasola
Jefa de sala del Centro

Durante esta exposición mi intención será, en principio, contarles de qué se trata este dispositivo y cómo está inserto dentro del organigrama institucional del Hospital Alejandro Korn, para luego comentarles la modalidad de trabajo, pero fundamentalmente transmitirles cómo pensamos y abordamos los procesos de externación de los usuarios en la comunidad.

Antecedentes históricos

La Casa de Pre Alta, situada en la calle 56 N° 707 de la ciudad de La Plata, pertenece, junto al Centro Franco Basaglia y al Centro Pichón Riviere, al Servicio de Externación del Hospital Dr. Alejandro Korn, especializado en el abordaje, tratamiento e internación de personas con padecimiento mental. La casa funciona de lunes a viernes de 8 h a 20 h y los sábados de 8 h a 14 h.

La Casa de Pre Alta se creó en el año 1987, gracias a la donación del familiar de un paciente de la Sala Solanet. En sus inicios se proyectó con el fin de alojar a personas con padecimiento mental severo en vías de externación, con el objetivo de su progresiva inclusión en la comunidad. El Centro contaba con 10 camas de internación, y las personas allí alojadas eran incluidas en un Programa de Rehabilitación, Externación y Seguimiento Comunitario, en ple-

no acuerdo con los procesos de reforma en Salud Mental que se estaban desarrollando en otros países. Como se mencionara previamente, la creación de la Casa se inscribe en un contexto particular: procesos de desmanicomialización nacionales e internacionales (Italia, Norteamérica, Francia y Brasil).

En Argentina, en 1985, se inició un proceso reformador en materia de Salud Mental en la provincia de Río Negro, concretándose en el año 1988 con el cierre del neuropsiquiátrico de Allen. Más tarde, en el año 1991, es sancionada la Ley Provincial N° 2440 de Salud Mental. Ese mismo año, Santa Fe dicta una ley similar. A su vez, con la inclusión de las normativas internacionales (entre ellas los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental) en la reforma constitucional de 1994, empieza a existir un marco legal que favorece el impulso de movimientos de desmanicomialización.

En el año 1989, y con la creación del Servicio de Atención en Crisis, las camas de internación son retiradas y la Casa de Pre Alta comienza a funcionar como centro de día para pacientes internados en salas de crónicos y subagudos. La ubicación en el centro de la ciudad de La Plata favorecía a los usuarios oportunidades ligadas al trabajo así como la posibilidad de implementar actividades recreativas en la ciudad. Se gesta una modalidad de trabajo innovadora con respecto a las prácticas institucionales tradicionales, el trabajo es pensado interdisciplinariamente y con la inclusión de los usuarios en diferentes espacios: se llevan a cabo talleres artísticos y productivos, se desarrollan dispositivos grupales y asambleas. Las actividades fueron cambiando y adecuándose a los recursos humanos y económicos que se desarrollaban y con los que se contaba en Pre Alta. En principio comienzan a funcionar diferentes talleres productivos, tales como zapatería y reparación de artefactos eléctricos, los cuales originalmente se dictaban en el Hospital y fueron trasladados a la Casa con el objetivo de trabajar la reinserción laboral de los usuarios. La variedad de talleres fue cambiando con el transcurrir del tiempo, aunque siempre con el acento en la productividad: se buscaba que los talleres permitieran a sus participantes la generación de algún tipo de ingresos, a partir de la comercialización de los productos. Hasta el 2001 el principal comprador fue el Hospital.

Para dar forma al proceso de transformación del Hospital psiquiátrico, en el año 1999 se crea el Servicio de Externación. La Casa de Pre Alta se incluye en el mismo, dentro de un programa de rehabilitación personalizado, junto al Centro Pichón Riviere, y al Centro Basaglia (este último en el año 2007).

También en 1999, y para resolver las necesidades de alojamiento que hasta el momento se cubrían con el alquiler de pensiones, se incorporan a Pre Alta las casas de convivencia. Desde entonces las mismas fueron destinadas al alojamiento de usuarios que se externaban del Hospital. Se trataba de propiedades alquiladas a través de dinero proveniente del SAMO (Sistema de Atención Médica Organizada), albergando entre 4 y 5 personas por residencia. Por aquel entonces el equipo de profesionales realizaba visitas periódicas a las casas, a su vez que contaban con un enfermero referente para las particularidades o eventualidades que pudieran surgir. Años más tarde el equipo del Centro realizó las gestiones pertinentes y dos propiedades fueron transferidas al Hospital (hasta fines de 2015 Pre Alta contaba con tres propiedades, las dos que eran del Hospital y la otra alquilada).

A comienzos del año 2016 se realiza una reestructuración en el Servicio de Externación, dando lugar a la redistribución de recursos edilicios, por lo cual, en conjunto con los otros centros, se decide la transferencia de un inmueble, de forma tal que cada centro pudiera contar con uno. La Casa de Pre Alta cuenta en la actualidad con la propiedad de la calle de 69 entre 1 y 115, que pertenece al Hospital.

En el marco de Políticas Públicas en Salud Mental, orientadas a reducir los efectos deteriorantes en la subjetividad de la institucionalización prolongada, y la creación de dispositivos comunitarios para la atención en Salud Mental, la Casa de Pre Alta constituye, como dispositivo institucional, un antecedente de relevancia y de referencia obligada en los procesos de desmanicomialización actuales.

Perfil de los usuarios de la Casa de Pre Alta

Actualmente son sesenta y tres (63) los usuarios que se encuentran incluidos en la Casa de Pre Alta, a través de su participación en las diversas instancias que ofrece el Centro. En su mayoría, se trata de usuarios que han atravesado internaciones prolongadas perdiendo sus lazos familiares y afectivos.

De ellos, treinta y ocho (38) son hombres y veinticinco (25) mujeres, en una franja etaria que va desde los 25 a los 60 años. Solo el 30% de ellos mantiene una concurrencia diaria al Centro, el 70% restante circunscribe su asistencia a la Casa para recibir tratamiento psicofarmacológico, de frecuencia semanal o quincenal. Entre los que asisten diariamente, algunos no participan de los espacios de taller, pero hacen uso de la Casa como centro de reunión y encuentro, a la vez que se mantiene un espacio de abordaje psicológico.

Un gran porcentaje de los usuarios de la Casa ha tenido una inserción laboral previa a las internaciones (actividades en relación de dependencia, actividades cuentapropistas). Con estos antecedentes dados, resulta de vital importancia la recuperación de sus capacidades y saberes, tanto para la plena inclusión en la vida comunitaria como para la resolución de cuestiones que tienen lugar en el desenvolvimiento cotidiano. El 81 % de la totalidad de los usuarios es pensionado, en su mayoría, beneficiarios de pensiones gracia- bles no contributivas y, en un mínimo porcentaje, de pensiones derivadas o jubilaciones anticipadas.

Casi la totalidad de los usuarios del Centro se encuentra judicializado, sien- do representado por juzgados de familia, juzgados civiles y comerciales del Departamento Judicial La Plata. Esto conlleva la intervención de distintas cu- radurías y la inclusión en beneficios que las mismas otorgan, tales como sub- sidios por externación, a partir de los cuales se percibe una remuneración mensual, que exige como contraparte el compromiso y adherencia para con los espacios terapéuticos.

La realidad habitacional de los usuarios es compleja: el 70% alquila pensio- nes (las cuales presentan condiciones precarias de infraestructura, servicios, higiene, etc.), abonando mensualmente entre 2.500 y 4.000 pesos aproxi- madamente (montos actualizados a 2018), lo que representa un alto por- centaje de sus ingresos, que no superan los \$5.000. Muy pocos son pro- pietarios o alquilan casas o departamentos. A partir del año 2005 se contó con el recurso *Plan Barrios Bonaerenses (Vuelta a Casa)*, que fue dado de baja y reemplazado por el *SUPEBA (Subprograma de Externación de Salud Mental Bonaerense Asistida)* con un monto mensual de \$2.000. Este programa surge por un convenio interministerial, entre el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud, con una partida presupuestaria de Economía. Dentro del Ministerio de Desarrollo Social se realiza la articulación con el Equipo de Atención Inmediata, donde se presenta la documentación requerida para otorgar el beneficio.

Asimismo, otro recurso económico al que se apela para sostener los procesos de externación de los usuarios es el que provee el *Programa Promover* (progra- ma del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social) que tiene por objeto asistir a trabajadoras y trabajadores desocupados/as con discapacidad ocu- pacional, a través de su participación en actividades que les permitan mejorar sus competencias, habilidades y destrezas laborales, insertarse en empleos de calidad y/o desarrollar emprendimientos independientes. Los usuarios de

la Casa se han incluido en actividades tales como armado de currículum y mecánica de motos, recibiendo una remuneración de \$1.050 mensuales.

Estos recursos económicos son insuficientes a la hora de vivir en comunidad; por lo que el equipo comienza a pensar distintas estrategias colectivas, acompañado de la presunción de capacidad de todos los usuarios, como del trabajo por rescatar los intereses individuales.

Pensar los procesos de externación presenta una doble vertiente: por un lado, el trabajo individual con ese sujeto, donde la institución manicomial ha producido efectos arrasadores, y, por el otro, cómo se incluye ese sujeto en una comunidad, porque la realidad es que nadie puede vivir con un monto de 5.000 pesos mensuales. Y es ahí donde nuevamente se juega ese rol asistencial del ámbito hospitalario, donde termina satisfaciendo necesidades básicas.

En el marco de espacios colectivos surge el interés de los usuarios de dar uso a una máquina de coser que quedaba de los primeros tiempos, cuando el Hospital había diseñado los talleres productivos con el objetivo del autoabastecimiento. A partir de ahí se fue dando forma al taller de costura. Se trata de un taller de producción, coordinado por una enfermera. En el marco de este taller, se han confeccionado almohadones, portacosméticos, cartucheras, colitas para el pelo, etc. La producción fue vendida en su totalidad y lo recaudado se dividió entre quienes participaron de la realización. Así también se fue adquiriendo más maquinarias y equipamiento, necesarios para dar respuesta a la demanda de venta.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) define en su art. 1 al padecimiento mental como “un proceso complejo determinado por múltiples componentes”. En el cap. 2 art. 4 señala que “los servicios de salud deben ser una alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, atención temprana, tratamiento, rehabilitación y/o inclusión social, reducción de daños evitables”. Es en este marco donde pensamos nuestro rol como psicólogos pero fundamentalmente como trabajadores de la Salud Mental, en nuestra práctica cotidiana.

Referencias bibliográficas

- Ardila, S. & Galende, E. (2011, diciembre). "El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria". En *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1 (1).
- CELS/MDRI (2007). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires. Recuperado de <[http:// www.cels.org.ar](http://www.cels.org.ar)>
- Cohen, H. & Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.
- Fernández, S. (2018). *La Capacidad de las personas en el nuevo Código Civil y Comercial*. Recuperado de <<http://www.nuevocodigocivil.com/wp-content/uploads/2015/04/La-capacidad-de-las-personas-en-el-nuevo-C3%B3digo--Civil-y-Comercial-FERNANDEZ.pdf>>
- Galende, E. (2006). "Para una ética en salud mental". En E. Galende & A. J. Kraut, *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Paidós.
- Gobacz, L. (2011, diciembre). "Ley 26657: El desmontaje del sistema represivo en salud mental". En *Revista Salud Mental y Comunidad* 1 (1). Universidad Nacional de Lanús.
- Paladino, E., Urios, R., & Angelini, S. (2014). "Análisis de la Ley 26657 de Protección de la Salud Mental". *Ficha de Cátedra Psicología Forense*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata.

Marco normativo

- Hospital Dr. Alejandro Korn. Dirección Asociada de Salud Mental. Plan de trabajo de salud mental comunitaria para la readecuación del Hospital Dr. Alejandro Korn.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). Plan Nacional de Salud Mental. Resolución 2177/2013.
- Poder Ejecutivo de la Nación Argentina (2013). Decreto 603/2013. Reglamentación de la Ley 26657. Recuperado el 20 de mayo de 2018 de <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000219999/215485/norma.htm>>

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2009). Ley 26529. Ley de Derechos del paciente en su relación con los profesionales y las instituciones de la salud.

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental 26657. Recuperado el 20 de mayo de 2018 de <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000179999/175977/norma.htm>>

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2014). Ley Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Recuperado el 20 de Mayo de 2018 de <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000239999/235975/norma.htm#2>>

Unidades Sanitarias N° 35 y N° 44. Berisso

Expositoras:

Lic. Paula Lagunas y Lic. Fernanda Galland

En primer lugar, queremos agradecer la invitación a la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la UNLP, y a los organizadores de este evento. Intentaremos transmitir cuestiones vinculadas a la práctica en dos Centros de Salud diferentes, apuntando a situar la función del psicólogo en los dispositivos de los que formamos parte.

Un dispositivo, en su definición básica es “un modo de organización para emprender una acción” (RAE, 2018: s/p). Estas jornadas han reunido a profesionales de dispositivos públicos de atención en salud mental. En la primera mesa han escuchado a quienes trabajan en dispositivos hospitalarios. En esta mesa nos encontramos profesionales que desempeñamos nuestra labor como psicólogos en Centros de Salud de La Plata, Berisso y Ensenada. ¿Hay algo en común en este agrupamiento? ¿Hay un rol propio del psicólogo en cada uno de estos ámbitos institucionales? ¿Qué define su rol y su hacer profesional?

El título de la actividad que nos convoca parte de la premisa de que ya tenemos un lugar. Pasó ese tiempo donde se debía argumentar si debíamos tener un lugar en lo concerniente a la salud. Estamos en la mayoría de las Instituciones sanitarias, recibimos derivaciones y consultas desde ámbitos no pertenecientes a áreas de salud como lo son el educativo y judicial, y has-

ta hemos promovido la Ley Nacional de Salud Mental, de la cual formamos parte. Por lo tanto, nos encontramos actualmente en un segundo momento, que es pensar nuestro “qué-hacer” ahí.

Al momento de realizar este escrito nos preguntamos cuál es la diferencia que notamos en la atención en el centro de salud y la atención hospitalaria. ¿Cuáles serían las características que definen el lugar del psicólogo en un centro de salud? ¿Existe una especificidad? Delimitación que realizamos a partir de nuestra experiencia de trabajo en ambos lugares.

Consideramos que una característica fundamental del centro de salud es que estamos en un contacto directo y cercano con la comunidad y sus instituciones, llegando la demanda de modo mucho más inmediato, sin filtros ni mediaciones.

Los psicólogos de Berisso estamos distribuidos en 9 centros de salud y no estamos aunados en un servicio, como suele suceder en los hospitales. Existen reuniones mensuales, grupos de estudio y control que pueden organizarse a nivel disciplinar. Pero nuestra interlocución cotidiana es mucho más interdisciplinaria, compartimos el trabajo con trabajadores sociales, médicos generalistas, obstétricas, odontólogas, enfermeras, nutricionistas, promotoras de salud, pediatras, psicopedagoga, ginecólogo, médicos clínicos. Al respecto, nos resulta interesante la propuesta que hace Alicia Stolkiner, planteando lo siguiente: “La interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan. De la dificultad de encasillarlos (...) Los problemas no se presentan como objetos sino como demandas complejas y difusas” (Stolkiner, 1987: 313-315)

En el Centro de Salud, nos encontramos con problemas que convocan a la constante creación de nuevas respuestas y a profesionales que deben mantenerse abiertos a las contingencias y la coyuntura, capaces de leer una demanda sin tomarla en forma literal.

Tres ejes

Cuando nos interrogamos acerca del trabajo que hacemos todos los días, consideramos tres ejes fundamentales: 1.-El sistema de salud; 2.-el lugar que ocupamos en las instituciones en las que trabajamos; y 3.-el marco conceptual y epistémico desde el cual nos posicionamos.

1.-Somos parte de una institución del Estado. Hay que considerar que el modo en que cada gestión plantea su concepción de salud y las políticas que

implementa, lo que va acompañado de recursos económicos, materiales y humanos que influyen directamente sobre los trabajadores y sus actividades. Actualmente, hay un achicamiento del Estado, con una desinversión en salud, lo cual conlleva tanto una precarización laboral como también una reducción del derecho a la salud para la comunidad. Es parte de nuestro rol pedir al gobierno de turno, exigir un Estado democrático donde esté garantizado el acceso a los derechos, tanto para la población usuaria de las instituciones, como para los trabajadores de las mismas.

2.-El segundo eje alrededor del cual gira nuestra práctica se refiere a los lugares que ocupamos dentro de nuestras instituciones. Los centros de salud en los que trabajamos se encuentran caracterizados por su “marginalidad” en el amplio sentido -equivoco- de la palabra, marginal en cuanto a las condiciones económicas y sociales de la población, y en cuanto a la ubicación con respecto a la ciudad de Berisso. Estamos cruzando una calle de distancia de la ciudad de La Plata y a 10 km del centro de Berisso.

Los dos Centros de Salud, N° 35 y N° 44, tienen un funcionamiento similar, más allá de las dinámicas particulares de cada institución y de cada comunidad. Participamos de diversos dispositivos, disciplinares e interdisciplinares:

- Talleres en instituciones barriales y educativas donde las principales temáticas abordadas son: salud sexual integral y violencia.
- Charlas en la sala de espera (Día de la Mujer, Día de la Salud Mental, Vínculos madre-hijo, Consecuencias de la implementación de la CUS).
- Actividades y festejos en/con la comunidad.
- Reunión de equipo semanal.
- Admisión.
- Consultorios externos.
- Interconsulta.
- Consejerías en pre y postaborto.
- Mesa Barrial en la que participan diversas instituciones (Salud, Educación, Justicia, Acción Social, movimientos barriales).
- Grupo de estudio y comentario de situaciones clínicas.
- Además ambos Centros de Salud son sede de la Residencia PRIM (que

reúne a Medicina General, Trabajo Social y Psicología) de Berisso, y lugar rotación de otras residencias. También recibe practicantes de las Facultades de Psicología, Periodismo y Comunicación Social, y Ciencias Médicas.

3.-El tercer eje sobre el cual se sostiene nuestra praxis es nuestro posicionamiento desde una orientación conceptual y epistemológica, que en nuestro caso es el psicoanálisis. Consideramos que no hay diferencia *a priori* entre un psicoanálisis en el ámbito público y un psicoanálisis en el ámbito privado. En ambos lugares son fundamentales los controles, la formación y el propio análisis.

Uno entre otros. El derecho a la diferencia

Tomamos como referencia el concepto de *analista ciudadano* (Laurent, 2000: 114), a partir del cual se plantea abandonar la posición de intelectual crítico, encerrado en su reserva, salir de la posición de exilio de sí mismo para pasar a ser un analista que participa, que toma parte en los debates, y que tiene sus creencias. Estando advertido del peso aplastante de los ideales y la inexistencia de un bien soberano que podría orientarnos.

Nuestro rol, en cada dispositivo, en cada institución, es escuchar la subjetividad que se pone en juego y poder darle su lugar. Eric Laurent plantea que de lo que se trata es de aliarse con todos los que luchan dentro de la Salud Pública para construir estructuras menos crueles. Las estructuras menos crueles son aquellas que en lo universal del deber ser, le hacen un lugar a la particularidad del goce (Laurent, 2000).

Gustavo Dessal, en un artículo publicado recientemente en la Red Zadig España, refiriéndose a lo que está sucediendo en Brasil con Bolsonaro, señala que:

[...] La ética del discurso analítico es incompatible con las prédicas que atacan el corazón mismo de todo aquello que es indisociable de la dignidad del ser hablante: el amor, el respeto a los semblantes, el derecho a la diferencia, al síntoma y a la palabra (2018: s/p).

El psicoanálisis no se propondrá como una cura para todos, sino como un uso posible, uno por uno. Exige del analista versatilidad y docilidad ante la diversidad de demandas, de dispositivos y de roles que se salen del clásico diván. Desde esta perspectiva, se desprende un modo particular de trabajo.

En los talleres de salud sexual estamos claramente a favor de la educación sexual integral. Nuestra intervención no apuntará a transmitir una informa-

ción preestablecida sino a posibilitar un encuentro y una conversación. Partimos de las inquietudes de los destinatarios, en función de esto, llevamos un “buzón de preguntas” donde las escriben y será a partir de allí donde se termine de dar forma a cada taller. Además, en cada encuentro se da lugar a la contingencia, potenciando el valor de la palabra y tomando los emergentes de cada situación.

Otro breve ejemplo podemos darlo con las Consejerías en Pre y Post Aborto. No es suficiente que una mujer concurra y se le comuniquen sus derechos para que se cierre rápidamente con la conclusión de que está informada y decidida, sin escucharla. Se propone una escucha particular que apunta a ir más allá de lo que se dice, dando lugar a lo diverso y particular que está en juego en cada decisión, sin perder de vista que hay ciertos tiempos reales que no concuerdan con los subjetivos. Por esto mismo, las entrevistas son interdisciplinarias, se realizan varios encuentros, con la posibilidad siempre presente de tener un espacio analítico propio.

En las reuniones de equipo, otro dispositivo presente en ambas instituciones, partimos de conocer que, cuando hay tres, la dinámica de grupo se pone en marcha, y se desatan ciertas pasiones imaginarias que también nos incluyen. Ser capaz de silenciarlas, y remitir al grupo a su verdadera tarea es parte de cómo pensamos nuestro trabajo allí.

Para concluir

Cuando hablamos de lo institucional, ponemos el acento en el “no-todo” como un cuestionamiento a la ambición “paratodista” y “universalizante” de las políticas, las reglas, las instituciones y los derechos. No hay reglas sin una práctica viva de interpretación de las mismas, hay allí un lector, un intérprete, un mediador que permite humanizar el dispositivo, restándole un poco a la maquinaria burocrática que no da lugar a la palabra, ni a la excepción.

“La hipótesis freudiana del inconsciente implica que para alcanzar la particularidad hay que dejar hablar al sujeto” (...) No hay que hablarlo o someterlo a la regla, aunque fuera la mejor de las reglas” (Laurent, 2000:86). No alcanza con respetar los derechos de la persona, requisito necesario por el cual también bregamos, se trata de darle dignidad a su palabra, aún en lo que esta tiene de desconocido por el propio sujeto. No es sencillo hacerlo, cada vez. Tampoco es simple poder transmitirlo al equipo con el que trabajamos en cada dispositivo, pero de eso se trata: de intentar transmitir a otros algo de lo

que leemos de la particularidad en juego y de la estrategia que proponemos a partir de allí. No somos los únicos que nos ocupamos de eso. Formamos parte de un equipo. Contar con otros profesionales, y trabajadores en los que uno confía, delega, supone saber, es un gran aporte que posibilita el sostén del espacio. Todavía contamos con un terreno fértil a la escucha de la causalidad inconsciente, a los fracasos y sus soluciones originales. Hay mucho que se puede hacer:

Defender lo público, la salud pública, implica trabajar en contra de las formas actuales de la segregación, y ese es también un deber del psicoanalista, pero no es algo a lograr desde el vacío, el aislamiento. Hay que participar, aliarse, dialogar con otros. Estar.

Referencias bibliográficas

Dessal, G. (2018). *La cosa*. España: Red Zadig. Recuperado el 16 de octubre de 2018 de <https://zadigespana.wordpress.com/2018/10/16/especial-brasil-la-cosa/?fbclid=IwAR0nzL_tBtd_Yb79kuTdkFGYWBwEHQriGBUC-C5qsxYKvx_zgtC-HpF67g6U>

Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de <https://dle.rae.es/?w=diccionario>

Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres Haches.

Stolkiner, A. (1987). "De Interdisciplinas e Indisciplinas". En N. Elichiry (comp.) *El Niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Unidad Sanitaria N° 101 de Villa Tranquila, Ensenada

Expositora: Lic. Laura Ocello

El psicólogo como agente de salud y su trabajo en la comunidad

Soy psicóloga comunitaria, trabajo bajo el Programa Nacional Equipos Comunitarios, ex Médicos Comunitarios (implementado desde 2004), incorporando un equipo interdisciplinario en Atención Primaria de la Salud, en el barrio de Villa Tranquila, Ensenada.

Digo *comunitaria* porque nuestra formación en posgrado es en Salud Social y Comunitaria: una formación en ejercicio, para el fortalecimiento de la estrategia en APS mediante acciones de prevención y promoción de salud. La salud comunitaria es un modelo de atención preventivo, en el que participa la población con el propósito de resolver las necesidades de salud de su comunidad.

Entendemos a la salud como derecho natural (inherente al hombre, que el Estado y la sociedad deben garantizar) y social, es trascender el concepto de cuidado del funcionamiento biológico-individual, para introducirnos en la relación de los individuos entre sí y con el Estado. De esta concepción se deriva que las condiciones básicas para la salud son: trabajo, educación, vivienda, alimentación adecuada, saneamiento ambiental básico (agua segura, destino final de excretas y basura), una vida en condiciones dignas y tiempo para el ocio y la recreación. Además, se requiere poder actuar con autonomía,

tomar decisiones, acceder a servicios de salud de buena calidad y ejercer el derecho a participar.

Desde Salud Mental, a partir de esta concepción, se escucha la palabra de los sujetos, quienes serán protagonistas de su proceso de salud y del de los demás sujetos. Las personas dejan de ser receptores pasivos de actividades pensadas solo desde los profesionales, apuntadas a las enfermedades, para pasar a pensar y planificar conjuntamente a partir de sus propias necesidades.

Nuestro rol desde salud mental, será reflexionar acerca de una salud integral, aportando desde un equipo interdisciplinario, sin perder nuestra especificidad; construir modos de intervención desde APS dirigidos a hacer lugar a la dimensión subjetiva comprometida a las problemáticas que los mismos sujetos demandan; y ubicar el deseo involucrado o la demanda, posibilitando la producción de algo nuevo allí donde parece que ocurre lo mismo.

Implica superar los límites de lo asistencial en consultorio, y también los prejuicios de nuestra práctica, saliendo a la sala de espera y las diferentes instituciones barriales. También se trabaja con el concepto de intersectorialidad, trabajo en red, apuntando a lo colectivo, generando redes de vínculos donde circulan los sujetos, como lo es educación, instituciones deportivas, de contención, religiosas, artísticas, etc.

En tanto toma de palabra de los sujetos, se abordará la participación comunitaria incorporando valores y costumbres de la comunidad, promoviendo la formación de sujetos activos, solidarios y responsables para lograr transformación social. El objetivo máximo del equipo de salud es orientar acciones participativas en Atención Primaria de Salud.

El trabajo en salud mental desde la perspectiva de la APS, se encamina a favorecer la posibilidad de que ocurran cosas nuevas en la realidad en la que a cada quien le toca vivir, de abrir espacios a lo no previsto, a lo singular que hace diferencia en cada sujeto y cada grupo humano, superando la fijeza y la ausencia de creatividad que impiden enriquecer experiencias y por lo cual siempre resultan patológicas.

La praxis del psicólogo en el primer nivel de atención: algunas intervenciones en la Unidad Sanitaria N° 101 de Villa Tranquilla

Se relatan a continuación algunas experiencias de trabajo del equipo de la U.S 101 para dar cuenta del rol del psicólogo, su inserción en el equipo y el trabajo intersectorial:

Taller de familiares de niños del Jardín N° 907

Esta intervención surge a partir de la demanda del Jardín, puntualmente de las familias de los niños que allí asisten, respecto de la existencia de “problemas con los límites”. Desde el equipo de salud, se propone reflexionar acerca de los límites desde la perspectiva de la salud integral; asimismo se planifican talleres de reflexión de las conductas adultas acerca de los límites, talleres de salud bucal y talleres de alimentación saludable.

Se piensa en la puesta en marcha de este proyecto para padres y tutores, es decir, trabajo de padres con otros padres, para que circule la palabra entre ellos, en un compartir experiencias entre los diferentes actores. El compartir con otros también enseña, sin caer en la imposición de saber, sino escuchando y retomando la palabra desde la coordinación de los talleres, en este caso orientado a la temática de los límites.

La propuesta de taller implica que los actores familiares tengan una participación activa, vivencial, lejos de los discursos teóricos que remiten a pensar que la verdad la posee el especialista. Se acompaña a los padres y/o tutores a problematizar situaciones, y poder orientarlos hacia una convivencia saludable.

Se trata de generar el espacio y propiciar el armado de un lazo social en un mundo invadido por un creciente individualismo, aislamiento y escasa comunicación.

Es por ello que creemos que el trabajo intersectorial, familia, institución educativa y ámbito de la salud es propicio para poder contribuir a esos lazos comunitarios generando el armado de redes de intervención. En razón de ello se plantea en el *Cuadernillo N°1 del Curso en Salud Social y Comunitaria* (capacitación en servicio) dictado en 2017 para los trabajadores de la salud en el primer nivel de atención que: esta inesperable relación entre la persona y su entorno constituye la base para una concepción socioecológica de la salud, que es a su vez esencial para el concepto de promoción de la salud. Bajo esta perspectiva se subraya la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes (Modulo 1, Salud y Sociedad de PMC: 35-36).

Intervenciones en el mes de la Salud Mental

Actividades organizadas por psicólogas de APS de Ensenada en escuelas, jardines y salas de espera de las unidades sanitarias.

Se efectuó en la Unidad Sanitaria 101 de Villa Tranquila una intervención con la ayuda de actores de un taller municipal de Ensenada. Sorpresivamente se llevaron a cabo escenas de violencia de género y de violencia obstétrica en la sala de espera, con las cuales en un segundo momento se reflexionó con la comunidad presente sobre la posibilidad de identificarse o identificar alguna persona con ellas. Fue muy importante el intercambio entre actores, psicólogas, tabajadoras de la salud y los pacientes. Se cierra la actividad con entrevistas y entrega de folletería.

Jornadas “¿Quién corta con la violencia?”

Conjuntamente con psicólogas y trabajadoras sociales, se trabajó en la planificación y ejecución de jornadas de prevención de la violencia, contando con la participación de: la Secretaria de Salud de Ensenada, el área de Cultura del Municipio, el Taller de Actores Municipales, y estudiantes de Psicología y Trabajo Social de la UNLP. Las Jornadas contaron además con la realización de talleres de arte y exposición de fotografías, entre otras actividades. Las Jornadas estuvieron dirigidas a estudiantes de sexto grado de las escuelas públicas de Ensenada y a mujeres pertenecientes a cooperativas del Municipio.

Además de las mencionadas actividades, se han realizado de manera transversal, y como parte del trabajo en comunidad del equipo de salud, una serie de encuestas barriales, en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), a fin de contar con datos estadísticos.

Referencias bibliográficas

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Cuadernillo N°1 del Curso en Salud Social y Comunitaria* (2017). *Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención*. Recuperado de <<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001069cnt-modulo-1-curso-salud-sociedad-2017.pdf>>

Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) N° 32 de la localidad de Hernández, La Plata

Expositora: Lic. María Paula Carasatorre

Creación del Programa de Salud Mental en la ciudad de La Plata y del Protocolo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud

En el año 2009, los psicólogos que trabajaban en los Centros de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de La Plata se encontraban en conflicto con las autoridades de ese entonces porque la intención de las mismas era trasladarlos a la Secretaría de Desarrollo Social.

A partir de la oposición de los compañeros a este traslado, entendiendo que los profesionales de la salud mental debían ejercer su trabajo dentro de un organismo público que dependiera de Salud, se creó en forma conjunta el Protocolo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud, de la ciudad de La Plata. Se firmó un decreto y Salud Mental desde ese entonces hasta la actualidad es un Programa, que tiene sus objetivos generales y específicos.

Los puntos más importantes que se establecieron en el Protocolo, además de los objetivos, fueron:

- Definición del concepto de salud mental: desde el mismo no nos posicionamos en el control de las enfermedades como una entidad nosográfica, sino en la atención de lo que consideramos se enmarca en el área de la salud mental en particular, y por lo tanto, de los sujetos

involucrados en esta.

Entendemos por *salud mental*, aquellas relaciones que permiten pensar al sujeto en su comunidad, como aquello que lo sostiene particularmente en su vida y en el lazo social que sostiene con esta. Partimos de considerar a los sujetos involucrados en este proceso, entendiendo con esto que nuestra tarea apunta a lograr cierta implicación subjetiva en aquello que los aqueja. Esto quiere decir que son ellos quienes podrán, a partir de las herramientas que se les brinden, identificar sus conflictos, necesidades y responsabilidades en aquello que padecen.

Es indicador de una comunidad saludable el no ofrecerse como objeto de asistencia de políticas que sean ofrecidas o negadas, acorde a la lógica clientelar y asistencialista. Sabemos que la carencia de bienes y servicios genera grupos excluidos del entramado social, pero también sabemos que la condición del sufrimiento se ubica en otro nivel, más íntimo, que tiene que ver con la posición subjetiva.

- Estrategias de intervención: se trata de sostener dispositivos que permitan el pensamiento crítico, la generación de demandas y la reflexión por parte de la comunidad con la que se está trabajando. El modelo político actual nos permite significar la salud mental dentro de una comunidad como aquello que la vuelve participativa. En este sentido se piensan estrategias de intervención en diferentes niveles, individuales, institucionales y/o comunitarios.

En la actualidad, en los diferentes centros de salud se llevan a cabo programas propuestos por la política de salud, dónde cada equipo de profesionales trabaja según la modalidad de intervención que considera más adecuada en ésta coyuntura particular, es nuestra apuesta unificar criterios sosteniendo así un abordaje compartido priorizando la atención dentro de los programas vigentes.

Consideramos que este objetivo sólo puede llevarse a cabo articulando los programas nacionales, provinciales y municipales, y optimizando intervenciones/recursos sin perder de vista la especificidad del trabajo del psicólogo en el marco de la atención primaria de la salud mental, formalizando las redes institucionales de atención en salud mental, fortaleciendo la referencia y contrarreferencia y respetando los crecientes niveles de atención según la complejidad pertinente.

Principios generales básicos para la atención de la Salud Mental en los CAPS

- Abordar disciplinaria e interdisciplinariamente el proceso salud-enfermedad- atención, en el ámbito de la salud mental, en el marco de la APS, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657, el Plan Nacional de Salud Mental y el Código Civil y Comercial de la Nación, desde una perspectiva histórico social, buscando como impacto cambios en el sistema de salud, de la comunidad en general y en los sujetos en particular.
- Actuación progresiva sobre los factores y el contexto que generan los problemas y no meramente sobre las consecuencias.
- Integración a la acciones del equipo de salud interdisciplinario.

Ámbitos de intervención en el marco de APS

- Efectuar intervenciones psicológicas a nivel clínico (diagnóstico y terapéutico) en los diferentes grupos etarios, a nivel individual, familiar, grupal e institucional.
- Las intervenciones de promoción y prevención de la salud mental tendrán prioridad en el primer nivel de atención, cómo así también el armado de la red singular de cada sujeto en particular, poniendo el acento en los lazos familiares u otros actores sociales, que le permitan a los mismos el entramado necesario para vivir dignamente en su comunidad.
- Intervención que apunta a la condición subjetiva en la atención y la promoción de la salud mental.
- Identificación y localización de riesgos y diagnóstico precoz.

Acciones generales del psicólogo en APS

- Realiza acciones preventivas en trabajo permanente y directo con grupos e instituciones de la comunidad, priorizando el área programática con la cual se pueda contactar en forma periódica a fin de realizar diagnósticos, planificaciones e intervenciones participativas.
- Diseña, ejecuta y evalúa estrategias de acción profesional, disciplina-

res e interdisciplinarias, frente a las problemáticas identificadas como prevalentes en el marco de la APS.

- Implementa estrategias de identificación de las diferentes formas de manifestación del padecimiento subjetivo y la puesta en marcha de acciones singulares, institucionales y comunitarias de promoción, prevención y tratamiento de acuerdo a cada caso en particular.
- Articulación de la red de instituciones y oferta de servicios de salud mental entre el primer, segundo y tercer nivel de atención.
- Investigación en relación a los programas de salud vigentes.
- Participación en la elaboración, desarrollo y ejecución de los programas de salud mental y convenios que se realicen con la Nación, Provincia y con otras áreas municipales.

Acciones específicas del psicólogo en APS

- Atención psicológica a quien lo solicite espontáneamente o por derivación del equipo de salud o de otras instituciones del área programática, dentro del marco de atención primaria de la salud, debiendo garantizar las respectivas derivaciones según los diferentes niveles de complejidad.
- Atención psicológica por el plazo institucional establecido (máximo 6 meses o 24 sesiones) y según los criterios de admisibilidad del profesional psicólogo actuante.
- Atención psicológica a familiares de personas con enfermedades que, por su complejidad, sean asistidas en el segundo o tercer nivel de atención u otra institución (oncológicas, HIV/sida, enfermedades neurológicas, adicciones, psicosis no compensadas y privados de su libertad).
- Entrevistas de orientación psicológica siguiendo criterios de protección y promoción de la salud, respetando las pautas socioculturales de la comunidad.
- Consejería en planificación familiar y sexualidad.
- Viabilizar la derivación mediante la red de urgencias de ambulancias subcontratadas por el Municipio en los casos que así lo requieran. En la actualidad el SAME de nuestra ciudad cumple dicha función.

- Confección de constancias de asistencia a entrevistas a aquellos pacientes que están en tratamiento según las condiciones mencionadas anteriormente. No se realizan evaluaciones psicodiagnósticas en los CAPS (solo se realizan en las delegaciones municipales que se encuentran a cargo de la Subsecretaría de Convivencia y Control Ciudadano) ni certificados de aptitud psicofísica, ni pericias. Los informes psicológicos requeridos por instituciones solo se realizarán en situaciones en las que el caso lo amerite, priorizando el secreto profesional y con el fin de facilitar el trabajo en red con las instituciones barriales en las que los sujetos participan de diferentes formas.

Acciones comunitarias con el equipo de salud

- Elaboración y ejecución de intervenciones comunitarias, es decir, acciones dirigidas a problemas que se manifiesten dentro de los sistemas y lazos sociales de la comunidad.
- Creación de dispositivos que permitan integrar lo fragmentado, para intervenir donde se fracturan las relaciones sociales, abriendo espacios que posibiliten la asunción colectiva de los problemas y el fortalecimiento del tejido social.
- Articular el trabajo con las instituciones barriales, portadoras de la historia de la comunidad, integrándolas a las redes de salud.
- Realización de acciones sectoriales conjuntas, con la corresponsabilidad de otras áreas (Justicia, Derechos Humanos, Educación, Acción Social, etc.).
- Creación de espacios de transferencia e intercambio de conocimientos con otros profesionales e instituciones.
- Participación en proyectos dentro del marco de una planificación estratégica respecto de las problemáticas comunitarias.
- Entrevistas a referentes de la comunidad a fin de relevar datos que permitan conocer, articular, e implementar programas de prevención y promoción de la salud.
- Trabajo en instituciones formales e informales del barrio, (escuelas, jardines comedores, ONG, centros de fomento, etc.). Intervención.
- Diseño e implementación de talleres y charlas sobre problemáticas

prevalentes, tales como sexualidad, procreación responsable, pautas de crianza, adicciones, violencia, etc., planificando acciones conjuntas con el equipo de salud.

- Encuentros con la comunidad donde se priorice el lugar de la palabra y la conversación, posibilitando la creación de nuevos espacios participativos donde, a partir de nuevos lazos sociales que posibiliten la implicación de sus miembros, estos puedan tomar decisiones responsablemente.
- Reuniones y ateneos dentro del equipo de salud de cada centro de salud.
- Participación en reuniones con miembros de los equipos de salud de otros centros de salud del área de influencia, a fin de identificar problemáticas comunes y establecer pautas de acción conjuntas, fortaleciendo los lazos interinstitucionales locales en salud.
- Reuniones y ateneos específicos del área de salud mental.

Adecuación del Protocolo a la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657

En los criterios de derivación del Protocolo de Salud Mental se escribía este párrafo:

La atención en el primer nivel prioriza la accesibilidad del paciente a la consulta y la menor complejidad de las patologías. Se entiende por patologías de mayor complejidad a las psicosis, perversiones, adicciones, patologías con compromiso neurológico severo, HIV SIDA, etc. que requieran de dispositivos específicos de atención propias del segundo y tercer nivel de atención (Protocolo de Salud Mental 2009:17).

Esta frase, que fue tan contundente y que marcaba un límite en la profesión, sin darnos cuenta estaba pensada y escrita desde un enorme desconocimiento y prejuicio de lo que un profesional debía o no hacer en APS.

Desde el año 2010, a partir de la declaración de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657, ya no pensamos igual. En el art. 9 de la Ley se menciona que:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje

interdisciplinario e intersectorial, basados en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, ordenamiento y restitución de los lazos sociales (Ley Nacional de Salud Mental, 2010:17).

Por tal motivo, considero que es no solamente una decisión política, sino también ética, no desoir lo que la Ley nos indica y entonces, como profesionales de la APS, estar a la altura de las circunstancias. Por supuesto que sigue existiendo un límite, está claro que para todo aquel sujeto cuyo padecimiento mental, sea cual fuere, pone en riesgo su vida o la de terceros, el ámbito hospitalario es el indicado para intervenir en la urgencia. Por lo demás, ¿por qué en un centro de atención primaria de la salud no se podría atender una psicosis o una adicción?

Soy una profesional de la salud mental que practica el psicoanálisis de orientación lacaniana. Y es allí en donde he podido ir profundizando algunos conocimientos que me ayudaron a desterrar por completo el miedo a y el prejuicio acerca de la locura en su forma más real, como lo puede llegar a ser la psicosis. Pero, principalmente, me oriento en la práctica del uno por uno, de la singularidad más absoluta que hay en cada sujeto que consulta, entendiendo que no hay *las* psicosis, *las* adicciones o *las* neurosis. Hay *un* psicótico, hay un sujeto que habla y como tal un sujeto que habla no como otro, es un sujeto tocado por el lenguaje, algo de lo que nos es común a todos.

Eric Laurent en su libro *Psicoanálisis y Salud Mental* nos dice:

La hipótesis freudiana del inconsciente implica que la particularidad no sólo se alcanza respetando los derechos de las personas, lo que es un requisito necesario, sino dejando hablar al sujeto. Primero no hay que hablarlo, o someterlo a la regla, aunque fuera la mejor de las reglas (2000:90).

La Ley Nacional de Salud Mental vino a poner un límite también a los profesionales de la salud mental que, muchos aún hasta ese entonces y hasta en la actualidad, consideran que la regla o el saber está en ellos; por eso miden, evalúan, califican, indican. Considero que son psicoterapeutas, domestican al Yo, con los peligros que esta posición conlleva, porque hay un hilo muy finito entre dar lugar a la construcción de la cadena inconsciente y el pasaje al acto. Por eso, también Laurent dice que se necesitan instituciones particulares para darle lugar al inconsciente: “más allá de las instituciones especializadas ya que muchas veces se prefiere reducir la palabra al mensaje, sin pasar por el código particular que permite descifrarlo” (Laurent, 2000:90).

Posición epistémica y marco teórico referencial

La política del tratamiento del sufrimiento psíquico en APS en la ciudad de La Plata fue modificada, con la revisión de los puntos mencionados anteriormente. En la actualidad, intentamos mantenernos en una orientación en donde se piense al sujeto por su cuerpo, sus límites, por lo que puede perder y lo que puede responder, por la red que puede armar y la que no puede ni quiere; escuchar el uno por uno en su singularidad es dar lugar a la existencia de la cadena inconsciente y no a la identificación común. Es fundamental sostener esta premisa más allá de los avatares que en la clínica diariamente nos toca vivir.

La Ley Nacional de Salud Mental es un “para todos”, necesario y fundamental, sienta precedente en muchas partes del mundo en donde aún la práctica manicomial está vigente y nos invita a pensar: ¿qué es estar loco? A partir del concepto de síntoma, que designa el modo de gozar singular de un sujeto, captado en su funcionamiento positivo, podemos pensar que se borra la distinción neurosis-psicosis. Desde esta lectura, sostenemos que si damos lugar a la singularidad, todo el mundo está loco, lo que significa que tanto la verdad como lo real es mentiroso para todo el mundo.

Por lo tanto, el síntoma también nos permite mantener una distinción entre lo que un psicoterapeuta se propone, ya sea el orden o que todo marche correctamente, promoviendo y erigiendo semblantes a los sujetos para que puedan seguir con su marcha y su vida, y lo que un practicante del psicoanálisis tiene como objetivo. Jaques Alain Miller dice en su libro *Sutilezas analíticas* que “el dispositivo analítico es intrínsecamente un empuje a la verdad, incluso si esta es siempre mentirosa” (Miller, 2010:79).

Un practicante del psicoanálisis debe hacer vacilar los semblantes de un sujeto, apunta a la división subjetiva de cada uno y a los que cada uno puede responder frente a ella. Lo que Lacan intuyó en su última clínica es que hay síntoma, o sea lo singular del goce, en cada uno, y esto está fuera de lo común.

La práctica del psicoanálisis a partir de la última enseñanza de Lacan, está fuertemente basada en una política, que es la de los arreglos sintomáticos que cada sujeto puede hacer, y en una ética, que es la de la escucha de lo singular. La misma se presenta como una lucha precisa contra el ideal, acompañada por un uso y no por un desprecio de la regla. Por lo tanto, defendemos la Ley Nacional de Salud Mental como derecho para todos, pero sabiendo que, como toda ley, apunta a lo universal y que, desde el psicoanálisis, pode-

mos trabajar desde lo singular, sabiendo que esa ley no funciona para todos de la misma forma, no para todos se pueden aplicar las mismas formas de intervenir. Es menester de un profesional de la salud mental, pensar una y otra vez qué dispositivo, qué escucha, qué intervención, podrá funcionar o no, para cada uno.

Referencias bibliográficas

Laurent, E. (2014). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.

Miller, J.A. (2010). *Sutilezas Analíticas. Los cursos psicoanalíticos de Jaques-Alain Miller*. Buenos Aires: Paidós.

Marco normativo

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657 (2010). Buenos Aires. Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2011). Protocolo de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

(2009) Programa de salud mental de la Municipalidad de La Plata. La Plata.