

El Dispositivo de Internación.

Sergio Bercowsky, Rubén Bernardo Ghía y Sebastián Gutierrez

Introducción.

Es propósito del presente trabajo caracterizar la especificidad del servicio de internación describiendo desafíos y alternativas de intervención que respondan a la particularidad de las presentaciones actuales en el marco de la ley 26.657

Acerca de la trayectoria del servicio.

La RAE propone la siguiente definición para el concepto de trayectoria: Curso que, a lo largo del tiempo, sigue el comportamiento o el ser de una persona, de un grupo social o de una institución.

En este sentido, el Servicio de Internación del Hospital ha tenido a lo largo del tiempo diferentes nombres, asociados a distintas conceptualizaciones y modalidades de intervención en relación a los consumos problemáticos y la Salud Mental. Lo anterior pone de manifiesto el curso particular, el trayecto, que ha seguido este dispositivo desde sus inicios.

Históricamente se crea en la época fundacional del Hospital, en los años setenta. Tuvo diferentes nombres: Servicio de Adolescentes, Internación Prolongada, en la actualidad Servicio de Internación.

La denominación de Servicio de Adolescentes, remitió a un momento en que en el imaginario social los consumos problemáticos eran asociados casi exclusivamente a los jóvenes, asimilando la noción de juventud a "grupo de riesgo" desconociendo las cuestiones subjetivas y contextuales en que surgían esas prácticas.

En los ochenta, surge el Servicio de Internación para Adultos, ante la evidencia de una demanda que trascendía al grupo etario juvenil.

En la década siguiente, en consonancia con modalidades de presentación donde lo imperativo, lo urgente, la inmediatez, irrumpía en la institución, éste es reemplazado por el Servicio para Pacientes en Situación de Crisis, allí el tratamiento se focalizaba en aspectos relacionados con la superación de la desestabilización subjetiva.

Quedaron así definidos dos servicios: el Servicio de Internación Residencial o Prolongada y el Servicio de Internación para Pacientes en Situación de Crisis, al que posteriormente se denominó Internación Breve debido a lo acotado del tiempo de internación.

En cuanto a la Internación Prolongada, se suponía que las personas allí ingresadas tenían una relación al consumo de sustancias de larga data que impactaba desfavorablemente tanto en aspectos clínico-psicopatológicos como en lo relativo a los lazos sociales, por lo que se proponía un tiempo mayor de internación a los efectos de abordar la complejidad de estas presentaciones.

El significante “prolongada” remitía no sólo a lo temporal; en ese momento histórico el problema del consumo se asociaba al de peligrosidad, de las sustancias y de los contextos, la separación sostenida del medio era considerada como necesaria.

Actualmente al servicio se lo denomina Servicio de Internación, aunque, ocasionalmente suele agregársele el calificativo de “prolongada”, el cual debe ser interrogado en tanto su insistencia.

A riesgo de incurrir en una generalización homogeneizante, los pacientes que se internan en este servicio presentan características recurrentes que parecerían trazar una suerte de recorrido difícil de modificar:

Un consumo de larga data, intereses en torno a la sustancia, escaso o nulo acceso a lo educativo o a lo laboral, carencia de vivienda estable, frecuente situación de calle, vínculos interpersonales lábiles, ocasionales o inexistentes.

En lo psicopatológico la complejidad de las presentaciones y su articulación con un consumo sostenido en el tiempo suelen dificultar el diagnóstico. El deterioro se manifiesta clínicamente en diversas patologías asociadas; en lo social se constituye como producto del proceso de desafiliación; en lo relacional la vulnerabilidad se manifiesta en las dificultades para la constitución de un lazo posible.

Consecuencia de lo anterior es que lejos de plantear una prontaexternación, los pacientes suelen demandar recurrentemente incrementar los tiempos de permanencia en la internación dada la dificultad para sostenerse en el afuera. Frente al proceso de desafiliación mencionado, el dispositivo de internación es depositario de demandas regresivas de protección y amparo.

Lo mencionado interroga y desafía a los equipos profesionales en el sentido de adecuar el dispositivo a las presentaciones descritas en tanto éstas dificultarían el acotamiento de los tiempos de internación y el sostenimiento posterior de los tratamientos ambulatorios.

Ana María Fernández manifiesta que las instituciones tradicionales se reproducen como si fueran las mismas, pero con actores y prácticas que la habitan de manera muy distinta, se produce un desfondamiento del sentido. Las instituciones son estalladas. La metamorfosis de lo social conlleva a la constitución de otros horizontes de sentido.

Desarrollo

Acerca de la indicación de una internación.

La Ley de Salud Mental, Nro. 26.657 plantea en el art. 9:

“El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de la internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales...”

En su art. 14 menciona:...”la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario y social...”

En el art.15 menciona: “La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios...En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda,...el estado debe proveer los recursos a través de los organismos públicos competentes”.

Cuando se decide internar a alguien es porque las distintas instancias comunitarias han fracasado en cuanto a la posibilidad de soporte, restitución o promoción de los lazos sociales.

Ante el desamparo inicial de muchas presentaciones, la internación puede funcionar como semblante de un Otro que aloja, contiene, da respuestas a necesidades básicas y promueve cierta regulación ante el desborde pulsional, en eso radica gran parte de su eficacia.

La internación como estado de excepción, va a intentar incluir lo que otras instancias del sistema expulsan o ubican en el lugar de resto. En el contexto actual, para muchas personas se constituye como la única oportunidad de anclaje y afiliación. Lo anterior no exime a los equipos profesionales de una lectura crítica de las intervenciones sosteniendo algunos interrogantes en el quehacer cotidiano:

¿Cómo intervenir desde la internación para no objetualizar y cronificar a las personas que se incluyen en el dispositivo?, ¿Cómo evitar reiterar la lógica del encierro propio de las instituciones totales?, ¿Si el contexto funcionó segregativamente, como operar para que se constituya alguna posibilidad de inclusión?

La desmanicomialización.

La desmanicomialización se plantea como alternativa a internaciones prolongadas, en instituciones cerradas que aíslan a las personas, objetualizándolas por su condición de “enfermos” alejándolas de un lazo posible. La internación, en el marco de una institución total, aparece como un Otro absoluto, en el que quedan alienados muchos pacientes en el contexto de su desamparo.

Si como alternativa a esta situación segregativa, lo que aparece es un vacío, una ausencia de opciones una vez externado el paciente, emerge nuevamente ese Otro absoluto encarnado ahora en “lo social”, esta vez bajo la forma ya conocida del estrago. La falta de una red clínico-social de sostén llevará a la repetición de demandas regresivas de internación ante “lo imposible de soportar”.

La Ley 26.657, surge en un contexto de desmanicomialización, se opone a cualquier forma de segregación que obstaculice la inclusión social de las personas con padecimiento mental considerando la responsabilidad inherente a los equipos de salud, el compromiso de la comunidad toda así como de la necesaria efectivización de Políticas Públicas acordadas.

El art. 11 de dicha ley plantea: “...las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria...” promoviendo en tal sentido el desarrollo de diversos dispositivos...

Las Políticas públicas no siempre han acompañado o efectivizado el desarrollo de estas propuestas. Entre tanto se hace imprescindible articular acciones entre equipos de salud y la comunidad, articulaciones intersectoriales e interinstitucionales que se orienten

a la constitución de dispositivos alternativos de intervención. En esta encrucijada, las transformaciones se realizan imaginando el por-venir, un dispositivo de internación en tránsito hacia una idea central: la atención con base comunitaria.

En tal sentido, la desinstitucionalización se refiere a la práctica manicomial, esto no significa ausencia institucional; implica transformar y crear nuevas instituciones.

Acerca de los dispositivos.

La institución como dispositivo y, en particular el dispositivo de la internación, responde en parte a algo de lo instituido, y en ese sentido, algo de lo inercial, pero también, y esto no es sin una estrecha relación con la actitud crítica y comprometida de los equipos profesionales, se desliza entre lo que fue, lo que es, lo que todavía no es y lo que debería ser.

En tal sentido, “la no institución”, “lo que todavía no es”, hay que inventarla para cada una de las personas que a ella se acercan, cuestionando generalizaciones y respuestas cristalizadas. Los distintos dispositivos deben constituirse cada vez y en el caso por caso.

Ideales institucionales.

A veces se hace hincapié en los tratamientos en la búsqueda de una eficacia que responde a una lógica de Salud Pública, a la obtención de estándares cuantificables y generalizables que dejan de lado la subjetividad.

Lacán afirma en relación a los ideales de la cura analítica aplicables por extensión al tratamiento institucional: “ideal de felicidad, de autenticidad, de autonomía. Ajenos e imposibles en el ámbito del análisis, inalcanzables y con alto costo subjetivo por sus pretensiones de universalización en el ámbito institucional.”

Hay que pensar cada internación en términos de la demanda singular, no entender la cura como una identificación a ideales que terminanforcluyendo al sujeto y sometiéndolo así a eseOtro absoluto que encarna el ideal institucional.Si se busca alojar y no controlar, Las condiciones institucionales deberían hacer un espacio a lo propio, lo singular.

En las presentaciones actuales una característica recurrente es el desamparo, debemos estar advertidos de ello para no incurrir en intervenciones en las que objetalicemos al otro, ya sea desresponsabilizándolo desde una posición puramente asistencialista, o bien cargando en el sujeto toda la responsabilidad de su destino. Proveer atención y cuidado no significa objetalizar al receptor.

Acerca de lo cronicidad y la cronificación.

Rossi,G. (2009) toma conceptualizaciones de J.C. Stagnaro, para diferenciar la idea de cronicidad, propia de la estructura psíquica, de la cronificación. Refiere que:” mientras por una parte existe cierta cronicidad a manera de un “defecto” que se va acentuando, descrito en forma paradigmática en algunas de las psicosis, la cronificación será inherente a los efectos de la institucionalización, del encierro, del des-tratamiento equivocado.”(p.360)

Menciona que:“cuando se habla de cronicidad se suele hacer referencia a una “evolución natural” de la enfermedad...la cronicidad resulta una secuela generada por el mismo

tratamiento, donde se incluiría desde lo específicamente institucional hasta la medicalización inadecuada, el aislamiento, la ausencia de estímulos mínimos en la vida diaria...”(p.360)

La cronicidad remite a la enfermedad mientras que se hace referencia a la cronificación tanto del enfermo como de las instituciones. La “institucionalización” constituye una desviación de los fines institucionales manifiestos, es la institución en su vertiente patógena. Las personas quedan cautivas de una relación, confinadas a un modo de ser.

Trayectos singulares

Para que algún tratamiento sea sostenible debemos pensar lógicas distintas para evitar esas cristalizaciones, esas cronificaciones.

En relación con las presentaciones actuales, a los efectos de evitar caer en generalizaciones desubjetivantes, resulta útil incluir la noción de trayectoria.

Bourdieu, P. (1997) la define como “una serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (p.82)

Pensar estas historias singulares de vida, rescatando el concepto de trayectoria, el recorrido singular de sus actores, nos permite correr de un “destino trazado” pudiendo reconocer no sólo los acontecimientos traumáticos sino también las potencialidades disponibles en los distintos momentos que se enlazan en este recorrido. Incluimos también la lectura singular que la persona hace de sus dificultades y sus posibilidades, su capacidad de decisión.

Analizar las trayectorias singulares amplía considerablemente el conocimiento de la situación y las modalidades posibles de intervención e inclusión en los distintos dispositivos de la internación así como la posibilidad de imaginar otros alternativos.

Trabajo en red.

Articular: Del latín, articulare, der. de artículus, “juntura” .Unir dos o más piezas de modo que mantengan entre sí algún movimiento.

Las instituciones totales están desarticuladas, fragmentadas, desde su lógica de “exclusión” no promueven alternativas de interacción intra o extra institucionales, no hay apertura hacia instancias comunitarias. Esto incrementa la fijeza, la cristalización, el encierro y la falta de movimiento que las caracteriza.

En contraposición a lo anterior, la internación debe propiciar desde un inicio estrategias favorecedoras de una continuidad entre las diferentes instancias terapéuticas (Hospital de Día, Tratamiento Ambulatorio, Casa de Medio Camino).

Promover la experimentación de nuevas formas de vinculación, el acceso a experiencias diversas, retomar aspectos que quedaron en suspenso: en lo educativo, recreativo, en el aprendizaje de habilidades en un entorno cuidado. Crear las condiciones posibles para un trayecto singular.

La internación puede propiciar el armado de redes generando articulaciones interinstitucionales e intersectoriales (servicios de apoyo comunitario, articulaciones con el área de trabajo, educación, promoción social).

En el Servicio de Internación se incluyen dispositivos diversos: escolaridad primaria, media, talleres recreativos y de oficios que se continúan en espacios comunitarios desde la internación o una vez que los pacientes se externalizan.

Estos dispositivos, en muchos sentidos alternativos, tienen su propia lógica permitiendo que personas en tratamiento vivencien diferentes roles, favoreciendo formas diversas de inclusión en lo social, haciendo deconsistir nominaciones que funcionan como significantes cristalizados: "el adicto", "el enfermo mental" dando lugar a otros modos de nombrarse y percibirse: "ayudante del taller", "responsable de la Huerta", "estudiante", entre otros. A nivel institucional permiten un corrimiento del modelo hospitalario-asistencialista con el cual interactúan en una "saludable tensión".

La desinstitucionalización requiere de la incorporación articulada, personalizada y sostenida de recursos, estrategias y espacios diversos en los que el afuera infiltra el adentro y el adentro trabaja en extensión con el afuera al modo de una banda de Moebius promoviendo el lazo social.

Se trata del pasaje de un modelo asilar y segregativo a otro inclusivo y facilitador de la integración gradual en la comunidad incluyendo al sujeto activamente en este proceso.

Una externalización sustentable, en épocas de desafiliación y vulnerabilidad, contempla recursos económicos, educacionales, laborales, habitacionales y asistenciales, constitutivos de una clínica de la complejidad: clínica ampliada.

Conclusión.

Algo del alojamiento debe estar presente en todas nuestras intervenciones pues, en muchos casos, se trata de sujetos que no han encontrado un lugar en un Otro. Eso implica poder escuchar, disponibilidad, habilitar la posibilidad de nuevas experiencias vitales. Se trata de promover las condiciones institucionales para ello y en el caso por caso rescatando la singularidad y el acompañamiento personalizado.

Si la internación es una alternativa cuando ya no hay alternativas, la función de la internación es generarlas, procurando que esa experiencia no acentúe situaciones de exclusión, que resulte vivificante para los que por ella transitan, promoviendo creativamente la inclusión de dispositivos innovadores, articulando recursos, incluyendo opciones dinamizadoras ante situaciones de cronicidad para evitar la cronificación.

Bibliografía:

Amarante, P. (2009) "Superar el Manicomio". Buenos Aires. Topia.

Bourdieu, P. (1997) "La ilusión Biográfica". Razones Prácticas sobre la teoría de la acción. Barcelona. España. Anagrama.

Camargo, L. (2004) "Consumir la interdisciplina" Acheronta. Revista de psicoanálisis y cultura, Nro. 20

Castel, R. (2015) "Las trampas de la exclusión". Buenos Aires. Topia. Bs.

Fernández, A.M. (1999) "Instituciones estalladas". Buenos Aires. Eudeba

Ley.Nro. 26.657.Ley Nacional de Salud. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Maciel,F.(2001).”Lo posible y lo imposible en la interdisciplina”.Revista de L’Associació Catalana D’Atencioprecoc, N° 17-18.

Miller,J.A.(2013) El Lugar y el lazo (1ra. Ed.) Buenos Aires: Paidós.

Moise, C ;Goldstein, R (2001) R:”Pensando la institución” Buenos Aires.Escriba

Pellegrini, J. Rosseto,J.(2016) “Diálogos sobre la reforma psiquiátrica y transformación de las instituciones de salud mental en la Argentina”. Buenos Aires. Polemos.

Percia, M. (2013): “Deliberar las psicosis”. Buenos Aires. Lugar editorial.

Rossi, G. P. (2009) “Avatares de La cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XX. Nro.87 pag.359-370

Stagnaro J.C.(1993) Cronicidad y cronificación, efecto de sujeto y efecto social.Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen IV .Nro.14 pag.265-266

Autores.

Sergio Bercowsky. Médico especialista en Psiquiatría y psicoanalista. Coordinador del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Rubén Bernardo Ghía. Licenciado en Psicología. Magister en Prevención y Asistencia de las Drogodependencias. Ex Jefe del Departamento de Asistencia Integral del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).Ex Coordinador del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (exCeNaReSo).

Sebastián Gutierrez.Licenciado en Psicología.Coordinador del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

