

Representaciones sociales (y prácticas) de los profesionales de Salud Mental en el encuentro con usuarios con diagnóstico de psicosis clínica.

Carolina Méndez Alí.

Cita:

Carolina Méndez Alí (2017). Representaciones sociales (y prácticas) de los profesionales de Salud Mental en el encuentro con usuarios con diagnóstico de psicosis clínica. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/409>

Título de la ponencia: Representaciones sociales (y prácticas) de los profesionales de Salud Mental en el encuentro con usuarios con diagnóstico de psicosis clínica.

Autora: Lic. Carolina Méndez Alí (psicóloga)

Eje temático: Sociología de la Salud.

Mesa 71: Aportes, críticas y límites desde la sociología de la salud a la problemática de la salud mental.

Institución de pertenencia: Hospital General de Agudos “Enrique Tornú”

E-mail: cmendezali@gmail.com

Resumen: La ponencia intentará articular conceptualmente las prácticas de los profesionales del Equipo Interdisciplinario de Salud Mental de la Guardia de un Hospital General de CABA con los conceptos de modelo médico hegemónico (Menéndez) y biomedicina, desde una mirada crítica sobre la formación de grado de dichos profesionales y las representaciones sociales sobre normalidad/anormalidad.

Trabajaré a través de un ejemplo clínico (una usuaria con diagnóstico de psicosis clínica, madre de una beba de cinco meses) que además permitirá esbozar un entramado entre las representaciones sociales de locura y maternidad.

Palabras clave: modelo médico hegemónico- prácticas en salud mental- psicosis –formación –Ley Nacional de Salud Mental

Introducción:

Trabajo como psicóloga integrando el Equipo interdisciplinario de Salud Mental de un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires (Tornú) desde 2008. Ingresé a partir de la Ley 448 de Ciudad de Buenos Aires junto con la mayor parte de quienes integran las Guardias interdisciplinarias de Salud Mental. El campo de la Salud Mental es heterogéneo y alberga distintas perspectivas teóricas, éticas y prácticas (Faraone, 2013:4). Para este escrito, pensaré desde la perspectiva de la Ley Nacional de Salud Mental (2010) que pone en primer plano el padecimiento psíquico, en cualquiera de sus formas, y lo enmarca en una perspectiva de derechos.

Ahora bien, la heterogeneidad del campo de la Salud Mental (Faraone, 2013) determina un entretejido problemático de representaciones, actores y prácticas. Aquí se abren, a los fines de este trabajo, dos grandes áreas de análisis: la del “ejercicio cotidiano” de la ley, puesta en práctica por cada profesional y equipo en el encuentro con cada usuario, y el aspecto institucional, que incluye las características de cada efector de salud, el tipo de administración y planificación e inclusive los lineamientos éticos que cada gestión le imprime a la institución. En este sentido, vale la pena subrayar que la Ley Nacional de Salud Mental no se implementa de igual modo en instituciones conducidas por una gestión de corte neoliberal (cuya mirada está puesta en la eficacia, en el alcance de objetivos tales como reducir costos, acortar la duración de los tratamientos, etc.), que en instituciones conducidas por una gestión de mirada colectiva, inclusiva y de derechos. Cabe aclarar que no va de suyo que una gestión neoliberal tenga que pertenecer al ámbito privado exclusivamente. La gestión pública, aunque excluye el lucro económico, no siempre hunde sus principios –ni sus prácticas- en la equidad guiada por una perspectiva de derechos. Esto último se evidencia en que existen formas neoliberales de gestionar lo público. La Ley Nacional de Salud Mental también vino a poner freno a ese tipo de prácticas.

Abordaré en este trabajo el campo de las prácticas profesionales porque son, desde mi punto de vista, el lugar dilecto donde se dirimen los problemas desarrollados en el párrafo anterior. Por otro lado, la disponibilidad de datos resulta más directa ya que me desempeño en el hospital público y ejerzo mi propia práctica profesional de modo permanente con psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

Me acompañarán algunos conceptos teóricos provenientes de las ciencias sociales y del psicoanálisis.

Por un lado, la autoatención, que es definida por Menéndez (2004:32) como el conjunto no homogéneo de representaciones compartidas, y prácticas derivadas de ellas, que la población usa para abordar sus padecimientos, tanto físicos como mentales, sin la intervención directa o protagónica de los profesionales de la salud.

Me centraré en este trabajo en los usuarios con diagnóstico de psicosis. Desde el psicoanálisis, la psicosis es un concepto complejo. Freud la define de distintos modos a lo largo de su obra pero en el texto central sobre psicosis, el caso Shreber (1910) la describe teniendo como referencia –aún discrepando en partes con él-, a Kraepelin y su “Demencia precoz” (1900). Esto es, la psicosis sería una presentación clínica con sintomatología positiva (alucinaciones predominantemente auditivas y cenestésicas, ideas e interpretaciones delirantes) y o con

sintomatología negativa (apatía, negativismo). Otros autores como Melanie Klein conciben la psicosis como formando parte del proceso de estructuración del psiquismo normal (Klein; 1921). Lacan (1956), desde una perspectiva estructuralista, la define como una de las tres formas de subjetivación (junto con la neurosis y la perversión) y considera posible que alguien pueda ser psicótico sin sintomatología. Sobre este punto volveré más adelante. Usaré la definición freudiana/kraepeliniana para lograr recortar con precisión el tipo de usuarios que abarcará este trabajo: serán los que tengan diagnóstico de psicosis clínica o sea, quienes presenten o hayan presentado sintomatología psicótica positiva y o negativa.

El campo profesional que ha abordado la enfermedad de modo más visible –no el único- ha sido la biomedicina o medicina científica, hija dilecta del modelo médico hegemónico. Tal modelo legitima ciertos saberes por sobre otros con el respaldo del Estado (Menéndez, 2004:126). Aquí la entenderé, en la línea conceptual de Menéndez (1994:72), como una de las formas institucionalizadas para la atención de los padecimientos, tanto físicos como mentales, con la suposición de que el substrato último estaría en lo biológico (Good, 2003:140). Genera, a través del método científico, terapéuticas que serían las adecuadas para cada tipo de padecimiento. Siguiendo la lectura de Menéndez (2008: 16), la incluiré dentro de otras tantas respuestas posibles que incluyen a la medicina llamada tradicional o popular (aquí incluimos a curadores especializados como hueseros, brujos, curanderos, chamanes, entre otros), las formas de atención alternativas (sanadores, bioenergéticos), las formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas (acupuntura, medicina ayurvédica) y formas de atención centradas en la autoayuda (alcohólicos anónimos, y otros grupos organizados y orientados por usuarios).

Relacionaré la biomedicina con el control social (Faraone 2013: 12) porque entiendo que la pregnancia de la representación del “loco peligroso e incapaz” habilita que la práctica en el hospital pierda su potencial riqueza subjetivante (para usuarios y profesionales) para transformarse en un ejercicio manicomial de clasificación de sujetos según la díada normal/patológico.

Como encuadre general de las motivaciones para la realización de este trabajo, y como ejemplo clínico de los conceptos antedichos, menciono que, en una ocasión en especial, una usuaria a quien llamaré Verónica, de 34 años, concurrió a la consulta de Guardia acompañada por su hija menor (de 5 meses). Relataba el sufrimiento por los síntomas que tenía (ideas persecutorias al salir a la calle, exagerada desconfianza), síntomas que no era la primera vez que padecía. Hubo dos tipos de respuestas de parte del equipo tratante: por un lado, lamentarse por la escasez de recursos (no hay posibilidad de internar mujeres con bebés en Ciudad de Buenos Aires cuando, como en este caso, carecen de red familiar o social de sostén); por el otro, Equipo de Salud Mental incluido, hicimos foco en el cuidado de la beba. Se desplegó una mirada asombrada respecto de lo bien cuidada que estaba la menor, y un temor –infundado- a que algo le ocurriera. ¿Qué nos hacía pensar que Verónica, quien había criado de modo adecuado a la niña, podía dejar de hacerlo? ¿Qué nos autorizaba a poner nuestra preocupación sobre la crianza? ¿Preconceptos, creencias, prejuicios, moral? La mirada de quienes debíamos atender, escuchar, priorizar a la usuaria, estaba desviada hacia un ejercicio normativo de la salud. Verónica se había acercado a consultar, del modo que había podido, llevando consigo a su hija, para recibir atención y aliviarse. ¿Qué recibía? Retomaré esta viñeta más adelante.

Recorreré la siguiente pregunta, que encarna de un modo visible en este caso, pero que tiene otras presentaciones, tal vez más solapadas: **¿qué saberes y capacidades presuponen los profesionales de salud mental en un paciente con diagnóstico de psicosis?**

La Ley Nacional del Salud Mental, se expresa de modo inequívoco: “se debe partir de la presunción de capacidad de las personas” (artículo 3°), “la existencia de un diagnóstico en salud mental no autoriza a presumir riesgo de daño o incapacidad” (artículo 5°).

Problematizaré la práctica de los profesionales de salud mental como portadores de un discurso normatizador (Foucault, 1996). Recorreré la relación de la biomedicina con el control social y reflexionaré sobre las relaciones entre el ejercicio biomédico y la clasificación normal/patológico dentro del campo de salud mental. Mi interés es subrayar las consecuencias subjetivas potenciales sobre los usuarios de servicios de salud mental clasificados con tales categorías.

Como objetivos del trabajo planteo:

- Describir las creencias, prejuicios, suposiciones y representaciones de los profesionales de la salud mental de la Guardia del Hospital General Tornú de CABA, respecto de los usuarios con diagnóstico clínico de psicosis.
- Indagar qué aspectos de la formación de grado podrían incidir en la construcción de las representaciones respecto de los usuarios con diagnóstico clínico de psicosis.
- Caracterizar a la consulta de salud mental que pueda ser coherente con una perspectiva de derechos, en la línea de la Ley Nacional de Salud Mental.

La estrategia metodológica implementada en este trabajo fue de tipo cualitativa, con características flexibles (De Souza Minayo, 2007). Consistió en la aplicación de un cuestionario de nueve preguntas a nueve integrantes de los Equipos interdisciplinarios de Salud Mental (4 médicos, 2 psicólogos y 3 trabajadores sociales) en el período comprendido entre mayo y junio de 2015. Se relevaban las motivaciones personales para elegir la carrera, las creencias sobre la psicosis antes y después de la formación de grado y de la práctica hospitalaria. También se indagaban valoraciones personales y consecuencias en la práctica de la Ley Nacional de Salud Mental. Con la aplicación del cuestionario logré, a partir de la idea de cada uno sobre la psicosis, caracterizar su recorrido desde la formación de grado hasta el ejercicio cotidiano en la Guardia, identificando representaciones sobre el padecimiento psíquico y la práctica profesional, tanto antes como después de la Ley Nacional de Salud Mental. También trabajé con un caso clínico (con consentimiento de la usuaria) y con búsqueda documental en programas de algunas materias de la Carrera de Psicología de la UBA.

“Ustedes, los mediquitos de la 18 son tiernos y hasta besan al leproso, pero ¿Se casarían con el leproso?” (Alejandra Pizarnik, 1972).

La usuaria que presenté en la Introducción, Verónica, durante su estadía en la Guardia, después de horas de intervención en el agudo que incluyeron desde medicación hasta largos paseos por el parque del hospital, dijo de pronto: *“si no les molesta, les voy a pedir que se callen, me están enloqueciendo”*. Esa frase marcó, al menos para mí, un antes y un después.

De este lado, en el *después*, encuentro, en una prosa transparente, el relato de Mario Testa (médico sanitarista) cuando le tocó a él ser paciente. Me interesa subrayar el cambio de voz en un profesional de la salud, cuando se transforma, de pronto, en usuario (en el texto el autor usa la palabra paciente). Así como resalta detalles de valor simbólico (el médico mira desde arriba hacia abajo, por eso la limpieza se hace de modo insistente en los pisos, y el paciente yaciente en una cama mira de abajo hacia arriba, y ve que la tierra también se acumula en las lámparas y los techos, pero en los techos la limpieza es esporádica), se reconoce como paciente impaciente. La frase que recibe del personal (“Quédese tranquilo”), le resulta irritante y teme gritar como su compañero de la cama de al lado por temor a las consecuencias. Agrega, en un breve desarrollo teórico, que el desconocimiento de la subjetividad del paciente disminuye la eficacia de la intervención, cualquiera ella sea (Testa, 1993:10).

La Salud Mental, tal como la presentaba en la Introducción, es un conjunto heterogéneo que incluye a los usuarios y a profesionales de distintos orígenes, con formaciones diversas. Las condiciones de escucha serán distintas en de acuerdo a la formación de grado, y al estilo de cada profesional (sobre esto avanzaré más adelante). Llegan a consulta usuarios que describen padecimientos variados, y lo hacen de formas singulares. Pero tanto psicólogos, como trabajadores sociales y médicos comparten un ejercicio profesional que se desarrolla teniendo al hospital como referencia. Y es haciendo eje en aquello que las tres profesiones tienen en común -y otras que también pertenecen al campo de la Salud Mental como la enfermería por ejemplo- que les pediré que entiendan a “la medicina”, en este trabajo, no sólo del lado de la psiquiatría, sino también del de la psicología y el trabajo social.

Foucault (1996:154) propone un modo de pensar los orígenes del hospital que será de ayuda para historizar el problema que planteo y abordarlo. Es en el siglo XVIII cuando el hospital general comienza a existir como tal. El autor precisa que este cambio se debió al desbloqueo del arte del gobierno liberal, que sacó a la medicina de su estancamiento -la práctica médica antes se reducía a la enfermedad y demanda del enfermo- y la ubicó en una nueva escala. Desde 1750 aproximadamente, la medicina comenzó a ejercer a nivel poblacional, en un nuevo espacio físico que le era propio (el hospital), con un tipo particular de registro escrito (confección de las historias clínicas, tratados sobre las enfermedades). La medicina entonces se transformó en una herramienta de control social, a través de la autoridad de la figura del médico que, desde ese momento, podía intervenir tanto sobre las personas como sobre el ambiente. Comienza así a expandir los límites de su accionar hasta lograr instalar la imposibilidad de existencia de un campo que pueda serle exterior. El hospital, en consecuencia, se torna un aparato de medicalización colectiva que actúa sobre los enfermos y la enfermedad por un lado, y sobre

la población general por otro. En su funcionamiento produce nuevos saberes, poderes y subjetividades. A este último aspecto, el de la producción, Foucault lo nombra como poder positivo de normalización para referirse a los saberes nuevos que surgen para nombrar síntomas, enfermedades, y sus terapéuticas (Bianchi 2014:10).

En este sentido, dentro del campo de la salud mental se han creado tecnologías que permitirían refinar y mejorar -desde la mirada de la biomedicina- el abordaje de las distintas formas de padecimiento mental. Una de esas tecnologías es el Manual Diagnóstico y Estadístico que publica la APA (American Psychiatric Association). En él se intenta asociar determinados síntomas, su inicio, su forma de aparición, su duración, entre otros datos que serían “evidentes”, a una clasificación. Podría decirse que se recortan ciertos fenómenos para asociarlos a palabras (diagnósticos) que a su vez direccionarían hacia la terapéutica pertinente para cada caso. Se propone trabajar sólo con aquello que

“se puede ver y comprobar porque produce señales y síntomas; lo que conlleva a desacreditar la enunciación de malestar por parte de los sujetos si no se acompaña de síntomas discernibles desde el saber científico – técnico” (Augsburger, 2004:73).

Las consecuencias de este tipo de lógica biomédica es que se fortalece un modelo de pensamiento y de funcionamiento que no permite incluir en la práctica (tampoco en la epidemiología ni en la teoría) de las consultas de salud, los procesos complejos, tanto sociales como históricos, que generan las singulares, y colectivas, maneras de vivir, sufrir, enfermar, morir (Augsburger, 2004:73).

En un sentido crítico a este tipo de abordaje biomédico, encontramos la perspectiva sanitarista, con numerosos representantes de Argentina y Latinoamérica. Uno de ellos, Floreal Ferrara, criticaba de este modo la definición tradicional de salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud):

“Cuando los organismos internacionales vienen a enseñarnos que la salud es el completo estado de bienestar, físico, mental y social, lo que nos están enseñando es el discurso del colonizador. ¿Qué quiere decir esto? Quiere decir que estos organismos internacionales han enseñado a varias generaciones desde hace 50 años que para tener bienestar tienen que adaptarse a la sociedad en la que están. (...) Si ustedes se adaptan a la sociedad de injusticia en la que viven, están recontra enfermos, porque al adaptarse están siendo absorbidos por este conflicto que es más fuerte que uno. La solución en la salud es la lucha por la resolución de los conflictos, no quedarse quietos ni adaptarse (...) Estar sano en nuestra concepción es la búsqueda permanente en la resolución de los conflictos y éstos se ven en los efectos, esa búsqueda, esa lucha en la resolución de los conflictos no es ni remotamente una lucha individual, sino colectiva” (Ferrara, 2002).

Esta perspectiva ofrece una concepción social e histórica de la salud. Verónica, la musa inspiradora de este informe, venía entonces a traer su conflicto, no a relevar los prejuicios del equipo de salud y adaptarse de modo sumiso a sus normas. Retomando su viñeta, fue esclarecedor cómo la usuaria pudo sentirse a gusto, y en confianza, con quienes fueron enviadas por un organismo estatal (Consejo de Niños, niñas y adolescentes) como acompañantes hospitalarias. Se trataba de dos mujeres sin formación universitaria que pudieron acunar a la

beba, y permitirle a Verónica -acunarla metafóricamente- descansar tranquila y que, más tarde, fuera a su internación en un hospital monovalente¹.

Quisiera poder pensar por qué Verónica sentía a los profesionales amenazantes y hasta iatrogénicos.

Para ello, recortaré algunas frases de los cuestionarios aplicados a los profesionales de guardia que integran los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental, cuando se les preguntó qué actividades pensaban que un usuario con diagnóstico de psicosis clínica podía realizar (y cuáles no, si las hubiera):

“Los momentos de descompensación psicótica suelen limitar las posibilidades de las personas en cuanto a su capacidad de acción” (Psicóloga).

“Seguramente no cargos de mucho estrés o del que dependa la vida o salud de otras personas” (Psiquiatra).

“Pueden realizar actividades supervisados, de tipo estandarizadas” (Trabajadora social).

Otros de los encuestados respondieron que no podrían pensar en “*un techo*” para los pacientes con diagnóstico de psicosis. Precisaron que se trata de establecer para cada uno las actividades más saludables en función de su situación y sus intereses. Encuentro, para resumir, algunas posiciones que subrayan las limitaciones de los usuarios y otras que resaltan las posibilidades.

Verónica había criado durante cinco meses a una beba sin ayuda. La crianza de un niño tan pequeño no es una actividad estandarizada ni poco estresante. Hay ahí, sin dudas, una vida en juego. Respecto a la capacidad de acción, no resulta habitual que las personas puedan pedir ayuda cuando la necesitan. Parece evidente que la representación del “loco peligroso e incapaz” venía a obturar un encuentro genuino con la usuaria y no daba lugar para el trabajo con sus recursos y capacidades.

Retomo la pregunta que guía este trabajo, ¿qué capacidades suponemos los profesionales de la salud mental en nuestros consultantes? Y si los suponemos en “déficit”, ¿qué tipo de práctica hacemos? ¿Podremos llegar a la pregunta por cómo ajustar nuestra práctica a un ejercicio de derechos y alejarla de una colonización del sufrimiento?

De acuerdo a lo que pude relevar en los cuestionarios, hay dos aspectos centrales a considerar: la interdisciplina y la formación. Ambas se enmarcan en el entramado de la Ley Nacional de Salud Mental.

El Equipo de Salud Mental de la Guardia del Hospital Tornú está conformado por un psiquiatra, un trabajador social y un psicólogo por día. La mayor parte de ellos son ex Residentes (la mayoría del mismo hospital). Todos

¹ El pasaje de la usuaria por la guardia terminó en una derivación a un hospital monovalente de mujeres para su internación. Según pude reconstruir, a su externación continuó tratamiento ambulatorio en un hospital general que depende de Nación. Su hija, a la fecha de redacción de este trabajo tiene un año, continúa institucionalizada. Verónica la visita dos veces por semana, y también frecuenta a su hijo mayor. Su red familiar y de amistades no ha logrado aún rearmarse para acompañarla aunque su ex marido propicia la revinculación de la usuaria con sus hijos.

los relevados por el cuestionario mencionaron la interdisciplina como fuente de aprendizaje, intercambio y acompañamiento². A continuación, algunos fragmentos de entrevistas sobre la práctica interdisciplinaria:

“El trabajo Interdisciplinario con compañeros psicólogos y psiquiatras son con los que aprendo durante el trabajo cotidiano, y en los espacios de intercambio” (Trabajadora social).

“Considero fundamental el abordaje interdisciplinario y el aprendizaje en la clínica con el resto de los integrantes del equipo de salud mental” (Trabajadora social).

“Muy acompañada por mis pares” (Psicóloga).

La interdisciplina se basa en el encuentro con otros discursos, y el desarrollo de la capacidad de entender, incluir y pensar con el otro. Asimismo, se trata de un tipo de práctica colectiva en donde el profesional interviene descentrado de su especialidad -sin por ello perder su especificidad e incumbencias profesionales-. No hay dentro de una realidad compleja, lugar para un solo discurso disciplinar. La interdisciplina constituye en sí misma una práctica de lo colectivo, un descentramiento de lo propio, lo conocido, lo confortable, requiere la acción cooperativa de los sujetos (Stolkiner, 2005:5). Y tal práctica es la que facilita, desde mi punto de vista, el encuentro con la diversidad de discursos de los usuarios.

Respecto de la formación, todos los relevados diferencian la formación de grado universitaria, de la de la Residencia y de la práctica hospitalaria. Señalan una brecha entre los elementos académicos que provee la Universidad y la práctica.

“El primer encuentro [con la psicosis] fue durante el cursado de la Residencia en Servicio Social en Salud, en la rotación en el Equipo de Salud Mental de la Guardia Hospitalaria. Primeramente lo que sentía era miedo ante lo desconocido de la intervención en esta temática, siendo que en la mayoría de las situaciones la persona se encontraba cursando un episodio agudo de su problemática de salud mental. ¿Cómo mirar?, ¿Qué postura corporal tener? ¿Qué y cómo preguntar? ¿Cuál es el aporte desde el Trabajo Social? Creo que también estaba atravesada por el imaginario social del loco peligroso” (Trabajadora Social).

“Sobre todo para mi profesión la experiencia de la clínica en el Hospital me permitió el abordaje de las cuestiones familiares, el impacto de la enfermedad en la vida del paciente, en los aspectos vinculares, socioeconómicos, la organización familiar, las redes sociales e institucionales para trabajar con estas situaciones” (Trabajadora social).

“Hay algo de la experiencia que no se transmite de otro modo que a partir de la propia práctica clínica. Entendiendo por tal, el trabajo con pacientes, colegas, la investigación, el intercambio y la formación

² Un reciente decreto en Ciudad de Buenos Aires (214/2015) separa la formación de los Residentes de Psicología de los de Psiquiatría. Desarma, de ese modo, la Residencia de Salud Mental. Allí, tanto psicólogos como médicos, compartían la formación y la práctica de modo cotidiano.

constantes. Supongo que algo de ese recorrido impacta de manera favorable en el trabajo, pese a lo cual, el encuentro con cada nuevo paciente es único”. (Psicóloga)

“Es difícil saber qué es lo que cambió en mi práctica [a partir del trabajo en el hospital], sí puedo notar un gran cambio respecto a mi posición frente a las personas que asisto, siendo menos rígido y buscando más sus necesidades antes que mis expectativas en los tratamientos” (Psiquiatra).

De estos fragmentos se desprende que, por un lado, hay una formación que se da sólo en la práctica (por eso mismo, entre otros motivos, es imprescindible que el sistema de Residencias se mantenga interdisciplinario), y por otro lado, que la formación de grado no brinda los elementos suficientes, ni teóricos, ni prácticos, para que los recién graduados se inserten en su campo profesional capacitados de un modo más integral. Me atrevo a decir, siguiendo los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental, que tal formación debería tener mayor proporción de herramientas teóricas y prácticas vinculadas a la salud pública y la perspectiva de derechos. Del modo en que funciona en la actualidad, es difícil que un egresado de una carrera universitaria no porte las representaciones del “loco peligroso e incapaz” sobre sí.

Good (2003), desde una mirada antropológica, investiga cómo construye la medicina su universo conceptual y una realidad que le es propia. Haré uso de parte de sus aportes para pensar el problema de la formación, y delinear algunas de las características que serían necesarias para que la mirada de los profesionales de la salud incluya “otras realidades”, como las formas de autocuidado que mencioné al principio de este trabajo.

Good entiende que aprender medicina se trata de un proceso que tiene como horizonte “llegar a habitar en otro mundo” (Good, 2003: 140). Se trataría de un mundo que tiene como verdad última a la biología, y que incluye modos específicos de ver, escribir y hablar. Relata una broma que es común entre los alumnos: si llega un paciente con un problema, no podés decirle “disculpe, no fui a clase ese día”. Aquí recorta un aspecto central en la formación: el lugar de saber que debe portar el médico, aunque no sepa, aunque ese día no haya ido a clase, o esa materia no le haya gustado. Claro que no se trata de desconocer los conceptos necesarios, o de plantear una formación poco rigurosa, sino que es habitual que el profesional de la salud se vea obligado a mostrar frente al usuario que es él quién porta el saber, y semblantar que con él, podría solucionar cualquier problema que le presenten. Sin embargo, que un profesional de la salud mental pueda operar desde el “no saber todo” es el paso necesario para empoderar al usuario, y construir, en ese encuentro, un nuevo saber compartido, una nueva mirada del conflicto, un acto saludable.

Lacan, y aquí me permito volver a mi primer amor –el psicoanálisis–, es recorrido en toda su obra por sus orígenes hegelianos. En sus primeros Seminarios abrevaba de la dialéctica del Amo y el Esclavo para dar cuenta de la lógica del deseo, y en el texto que quiero citar, se detiene a pensar en el lugar del médico, a la luz del descubrimiento freudiano del inconsciente. Se pregunta cuál es el lugar posible para un médico que no quiere ser “empleado de esa empresa universal de la productividad” (Lacan, 1966:97).

“(…) al hablar de la posición que puede ocupar el psicoanalista, (…) es la única desde donde el médico puede mantener la originalidad de siempre de su posición, es decir, la de aquel que tiene que responder a

una demanda de saber, aunque sólo se pueda hacerlo llevando al sujeto a dirigirse hacia el lado opuesto a las ideas que emite para presentar esa demanda. (...) Lo inesperado, es que el sujeto confiese él mismo su verdad y que la confiese sin saberlo” (Lacan, 1966:97).

Apenas el sujeto a quien se le supone saber (ya sea, siguiendo el hilván de este trabajo, un médico, un psicólogo o un trabajador social) logra retirarse de portarlo de modo exclusivo, el efecto que describe Lacan, es que el saber empieza a descubrirse del lado del usuario, del lado de quién suponía no saber sobre su padecer. Si bien los textos lacanianos son para pensar la situación psicoanalítica, puede tomarse algo de la ética propuesta para la pregunta que me concierne. Esto sería, el saber puede estar del lado de quien consulta, aunque esa misma persona no lo sepa. Y lograr recuperar ese saber “no sabido” genera efectos subjetivantes en el usuario que no sólo ayudarían a encarar el conflicto presente, sino los sucesivos.

Quisiera retomar las frases de los profesionales del Equipo de Salud Mental para pensar qué tipo de formación se adecúa a una práctica de derechos. Por un lado, se trataría de una práctica que, en parte, sólo podría aprenderse in situ. Por otro lado, sería deseable que el profesional recién graduado pudiera iniciarse sin tener que hacer el salto de “un mundo”, parafraseando a Good (2003:140), a otro. Es en este punto que los programas de las carreras de grado parecen incompletas, o “de otro mundo”.

Dentro de la Carrera de Psicología de la UBA, para dar un ejemplo, desde la época de mi formación de grado (mediados de 1990) hasta la actualidad, circula un fuerte imaginario sobre la posibilidad de descompensar a los pacientes psicóticos a partir de una intervención. Frases como “nada se asemeja más a una sintomatología neurótica que una sintomatología prepsicótica” (Lacan, 1956:273), repetidas en clase hasta el hartazgo, hacen que los alumnos teman que, por el sólo hecho de hablarle a un paciente, éste pueda brotarse. Para situar históricamente ese fragmento de la enseñanza de Lacan, él hacía esta reflexión en el marco de uno de sus primeros Seminarios (el Seminario 3, 1956), mientras proponía una lectura del Caso Shreber de Freud, y concebía una posición del analista distinta a la de las escuelas posfreudianas inglesas y norteamericanas, escuelas que se extendían en largas interpretaciones repletas de significados que provenían del psicoanalista, más que del analizado. Proponía jerarquizar la escucha del lado del analista, y la asociación libre del lado del analizado. También en ese mismo Seminario (y a lo largo de su enseñanza) insistía en que los psicoanalistas tenían que hacerse preguntas, cuestionar los textos, volver una y otra vez sobre ellos, permitirse dudar de sus saberes.

Ahora bien, la transmisión de ese fragmento respecto de que toda neurosis podría ser una prepsicosis produce en los recién graduados, sin dudas, una inhibición para hablar en las consultas. Cabe aquí preguntarse el por qué de la elección de ese eje en la obra de Lacan para enseñar psicosis en la universidad. ¿Tendrá que ver con el mantenerse a distancia prudencial de los usuarios? ¿O con el temor a quien es distinto? Tal vez aquí se abra otra posible investigación...

Para tranquilidad del lector, uno aprende en la práctica que un paciente psicótico lejos está de descompensarse por una palabra o frase, por más desafortunada que sea. ¡Verónica misma fue la encargada de advertirnos que la estábamos enloqueciendo! Recuerdo que los primeros pacientes psicóticos que atendí en mi Residencia, hablaban mucho, preguntaban por infinidad de asuntos, lloraban, reían, me traían libros, me pedían monedas

para el colectivo, me convidaban de su sandwich. Y yo pensaba, entendía, que tenía que “desaprender” los saberes de la Facultad, para poder escucharlos realmente.

A esta formación teórica, debemos sumarle que hace apenas algunos años se incluyó la obligatoriedad de las prácticas profesionales (dos a lo largo de la carrera). Si bien parecen escasas aún, son un avance respecto del plan de estudios anterior, en donde era habitual que alguien se recibiera de psicólogo sin haber estado nunca frente a un usuario.

Asimismo, resulta también un elemento formativo el haber hecho al menos una experiencia (desde la línea teórica más acorde a los propios intereses) respecto de la construcción de una pregunta propia, personal. Ya sea en un proceso psicoanalítico o en una psicoterapia de otras características, la experiencia de construir con un lenguaje propio un recorrido por los puntos de padecimiento psíquico (angustia, ansiedad, inquietud, como se desee llamarlos) propios, deja tras de sí la huella de una experiencia personal trascendente. Sin ella, esta es mi opinión, no hay posibilidad de construir con los otros (otros profesionales, otros usuarios) la pregunta sobre sus conflictos, sus puntos de sufrimiento, sus modos de curación. Esta perspectiva rescata el valor de oficio, de curador, de acompañante, del profesional de la salud.

Propongo aquí que quién desee trabajar en el campo de la salud mental debería tener presentes, tanto su puntos de sufrimiento, como sus limitaciones, sus frustraciones. Desde una perspectiva psicoanalítica, Freud, sobre el final de su obra, abandonaba sus altísimas expectativas de curación de los pacientes (así los llamaba él) y se entregaba a la irremediable condición humana, y al sufrimiento como parte esencial de ésta:

“Uno no se propondrá como meta limitar todas las peculiaridades humanas a favor de una normalidad esquemática, ni demandará que los ‘analizados a fondo’ no registren pasiones ni puedan desarrollar conflictos internos de ninguna índole.” (Freud, 1937: 251)

Lo antedicho, el trabajo sobre el sufrimiento propio del profesional de la salud, es un elemento ausente tanto en la formación de grado como en la práctica hospitalaria y clínica. Queda a criterio de cada uno el hacer un recorrido por una terapia personal o no. Característica ésta última que ubica al profesional como pudiendo tener un saber sobre sus necesidades por el sólo hecho de graduarse.

Para finalizar, retomaré el texto de la Ley Nacional de Salud Mental. No sólo ubica a la interdisciplina como el único modo posible de pensar la práctica sino que es explícita respecto de la formación:

“La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental de todo el país” (artículo 33, ley 26657).

Agrego algunos fragmentos de los profesionales encuestados, respecto de la Ley Nacional de Salud Mental:

“Deja muy desprotegidos a los pacientes. Por ejemplo, un paciente, aunque esté muy productivo no puede ser internado si no lo acepta, salvo que tenga riesgo cierto e inminente” (Psiquiatra).

“En ocasiones me enojo ante las potencialidades de la Ley y lo poco que al momento se ha podido concretar” (Trabajadora social).

Al tratarse de profesionales que ejercen en la Guardia, es esperable que sus observaciones dejen muy cerca a la Ley de la clínica misma. Creo que es por ello que la mayoría se refiere rápidamente al tema de las internaciones y de los derechos de los usuarios, dejando de lado que la ley incluye fuertes lineamientos respecto a su formación como profesionales. En la respuesta de la médica, queda explicitada la dinámica de poder y saber que la ley viene a trastocar. Se evidencia que antes el ejercicio profesional incluía que éste pudiera decidir más allá de la autonomía y libertad del usuario. En la respuesta de la trabajadora social, aparece el otro aspecto de la ley, el que abre a todo lo que aún queda por construir colectivamente.

Quisiera retomar el concepto de autoatención (Menéndez, 2008:32), que recorrió todo el texto de modo implícito, para articularlo con la Ley Nacional de Salud Mental. A excepción de los trabajadores sociales, el resto de los encuestados (médicos y psicólogos) desconoce el concepto. El texto de la ley, en el artículo 7, explicita el derecho del usuario a su identidad, genealogía, historia, sus grupos de pertenencia, y su derecho a decidir sobre la atención que recibirá y los tratamientos que se le proponen. Si la práctica clínica pudiera jerarquizar, y hacer operativas, las formas de autoatención, cualquier decisión terapéutica (creada y acordada entre usuario, profesionales, familia, grupo de pertenencia) podría ser potencialmente más eficaz ya que contaría con la “marca en el orillo” de todos los actores participantes. Si al escuchar a Verónica, el equipo hubiera indagado cómo había hecho para llegar hasta el momento de la consulta, qué recursos sí tenía, qué herramientas, qué creencias, estoy segura –o casi segura- de que su estadía en la guardia hubiera sido más sanadora. Sin dudas, Verónica, como cada usuario, también vino a enseñar. Espero estar a la altura de poder aprender.

Conclusiones:

Intenté articular la biomedicina con la dinámica de poder y control social implícita en sus prácticas. La describí en un intento de pensarla no sólo en los profesionales médicos sino en todos los profesionales que integran las Guardias Interdisciplinarias de Salud Mental de un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires.

A través de un caso clínico que se resolvió de modo incompleto – desde mi punto vista- intenté pensar cuáles pudieron haber sido los obstáculos para que el abordaje fuera desde una perspectiva de salud mental integral y comunitaria. Orienté mi respuesta hacia los profesionales y su formación de grado. Mencioné el caso de un médico que describía en primera persona su experiencia como usuario, y subrayé la enorme cuota de saber y poder de la que se invierte a la figura del médico –o del profesional de la salud-, y cómo esa distribución de las fuerzas deja a los usuarios del lado de la vulnerabilidad y del no saber. Articulé la dinámica del saber que propone Lacan desde el psicoanálisis, para aportar elementos que puedan devolverle el saber al usuario, y de ese modo, empoderarlo. Asimismo, en la línea de fortalecer los derechos de los usuarios, y siguiendo los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental, acerqué los aportes de Menéndez sobre la autoatención.

Respecto de la indagación sobre cuáles serían los obstáculos para incorporar la perspectiva de derechos a la práctica cotidiana en la Guardia, los asocié a la pregnancia de la representación del “loco peligroso e incapaz”, tanto socialmente como a nivel de la transmisión universitaria de grado. Indagué con más precisión dentro de la

Carrera de Psicología de la UBA. Resta, para ulteriores investigaciones, precisar los determinantes que podrían resultar obstáculos equivalentes en la formación de las otras carreras de profesionales de la Salud Mental.

Relacioné la interdisciplina con un ejercicio de escucha y descentramiento de la propia especialidad y posición subjetiva de los profesionales. También resalté como elemento importante la indagación de cada profesional de la Salud Mental sobre su forma singular de padecimiento psíquico, como modo de facilitar la escucha y el trabajo con los usuarios, sin agregarle los propios prejuicios, conflictos, valores, etc.

Finalmente, propongo algunos hilvanes, teóricos y prácticos, para que el encuentro con el usuario resulte enriquecedor y beneficioso, principalmente para el usuario pero también que redunde en un aprendizaje para el profesional. Entiendo que, a partir de la Ley Nacional de Salud Mental, se inaugura un proceso de cuestionamiento de las prácticas, de surgimiento de preguntas, de indagación personal y teórica, para acercar cada encuentro con cada usuario a las potencialidades que hasta ahora el modelo médico hegemónico mantuvo silenciadas, colonizadas.

Bibliografía:

-Augsburger, Ana Cecilia (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. En *Psicología & Sociedade* 16, mayo-agosto, pp. 71-80. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a09v16n2.pdf>

-Bianchi, Eugenia (2014). Todo tiene un principio... y en el principio fue el DSM III. El desbloqueo epistemológico y tecnológico de la psiquiatría biológica estadounidense. *Revista Culturas Psi*, vol 2, pp. 87-114. Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/culturaspsi/article/view/5205>

-De Souza Minayo, M. C. (2007). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar.

-Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. En *Revista Salud Mental y Comunidad*. UNLA. Buenos Aires. (Pp. 29-40). Recuperado de: www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf

-Foucault, M. (1996). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. En *La vida de los hombres infames*. (pp. 43-45). Recuperado de <http://www.edipica.com.ar/archivos/jorge/filosofia/foucault2.pdf>

-Freud, Sigmund. (1910). Acerca del mecanismo paranoico. En *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente, Obras completas, Volumen XII*. Buenos Aires: Amorrortu editores (1995).

-Freud, Sigmund. (1937). Análisis terminable e interminable, *Obras completas, Volumen XXIII* (pp. 212-254). Buenos Aires: Amorrortu editores (1995).

-Good, B. (2003). Cómo la medicina construye sus objetos. En: *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ed. Bellaterra.

- Klein, Melanie. (1921). El desarrollo de un niño. En *Contribuciones al psicoanálisis*. Pp. 19-63. Buenos Aires: Ediciones Hormé (1964).
- Lacan, Jacques (1956). Seminario 3. Las psicosis. (pp. 261-278). Buenos Aires: Paidós (1997).
- Lacan, Jacques (1985). *Psicoanálisis y medicina*. En *Intervenciones y textos I*, (pp. 86-99). Buenos Aires: Manantial.
- Ley Nacional de Salud Mental n° 26657 (2010) y Decreto Reglamentario 603/2013. Recuperado de http://www.sada.gba.gov.ar/salud_mental.pdf
- Menéndez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Revista *Alteridades*, vol. 4, pp. 71-83. Recuperado de <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf>
- Menéndez, Eduardo (2004). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. En Hugo Spinelli (comp.), *Salud Colectiva* (pp. 11-47). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Stolkiner, Alicia (2005). Interdisciplina y Salud Mental. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf
- Svampa, Maristella. (2010). Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político. Conversaciones con Floreal Ferrara. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hnarcisolopez/files/2012/10/libroferrara.pdf>
- Testa, Mario (1993). *El Hospital. Visto desde la cama del paciente*. En *Salud, problema y debate*: Año V, n° 9, Buenos Aires. Recuperado de http://sap.org.ar/docs/congresos/2013/humanismo/presentaciones/cisaruk_de_lanzotti_lectura.pdf