

margen N° 102 – setiembre de 2021

Sala G del Hospital A. Korn: discutiendo modelos de atención en Salud Mental

Por David Andrés Norro.

David Andrés Norro. Licenciado en Trabajo Social. Miembro interino del equipo de guardia de Salud Mental del Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn, La Plata. Maestrando de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Introducción

La Sala G es parte de un conjunto de Salas distribuidas en el predio del Hospital Dr. A. Korn que conforman el mal llamado *Sector de Rehabilitación* dependiente de la Dirección Asociada de Salud Mental. A fines de 2018 la cantidad de personas internadas en este sector ascendía a 470 representando un 25 % del total de personas internadas en hospitales monovalentes públicos de la provincia de Buenos Aires. (Comisión Provincial por la Memoria, 2019:230). Las salas en general tienen un promedio de aproximadamente 30 personas cada una con equipos interdisciplinarios incompletos. En su totalidad cuentan con personal de enfermería y en algunas se completan con acompañantes terapéuticos, trabajadores sociales y en menor medida psiquiatras y profesionales de psicología.

En particular, la Sala G es una sala de internación de mujeres con una población de larga estancia en casi su totalidad. Al respecto caben algunas aclaraciones. Cuando menciono el carácter de larga estancia abarco a mujeres que han pasado una gran parte de su vida en el manicomio (30, 40, 50 años o más) en condiciones infrahumanas y con referentes vinculares ausentes o inexistentes. Según datos estadísticos del Servicio de Rehabilitación actualizados a 2019, el promedio de internación de las mujeres de sala G ronda los 25 años y medio. De este dato se desprende que cuando me refiero a población de larga estancia no representa a aquella población que apenas se excede de los 60 días corridos de internación que estipula la ley 26657 -I-. Se constituye como una característica fundamental e inmanente del encierro manicomial. Como lo refiere el Manual de Recursos Humanos de la OMS, sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación:

“...muchos países usan las instituciones de salud mental de larga estadía como depósitos de personas que no tienen una historia de trastorno mental, o que actualmente no tienen trastornos mentales, pero que permanecen en la institución debida a la falta de otras instituciones o servicios comunitarios que les permitan satisfacer sus necesidades.”(OMS,2006:15)

Si bien el padecimiento mental continúa existiendo y se profundiza, mucho de esto se debe a la propia institucionalización. Esta característica incumple actualmente el Artículo 14 y 15 de la Ley Nacional 26.657 en varios aspectos. La institucionalización genera una erosión de los vínculos extramuros y evidencia que una gran parte se encuentra alojada por falta de recursos

habitacionales, monetarios y sociales indicando el incumplimiento del Estado en viabilizar su solución.

Otra característica de la población de la sala es la identificación de varios grupos según su dinámica en la institución. Un primer grupo de mujeres adultas mayores que requieren de un sistema de apoyos especial debido a dificultades para poder comer, circular y realizar actividades básicas de la vida cotidiana. Un segundo grupo dinámico que realiza con una relativa autonomía actividades de la vida cotidiana en el contexto de encierro y vinculado a ello sostiene un elevado nivel de demanda hacia el equipo de la Sala. Este grupo suele generar estrategias conscientes e inconscientes a fin de acaparar la atención del equipo agudizando las contradicciones ideológicas acerca de cómo llevar a cabo la terapéutica. Y finalmente un tercer grupo que no requiere sistemas de apoyo particulares, pero que tampoco impulsa dinámicas para acaparar la atención que podríamos ubicarlo en una franja intermedia entre el primer y segundo grupo.

¿Qué es el manicomio?

“*El manicomio es el capitalismo extremo encarnado en una institución*” (Lopez Mac Kenzie & D' Amico, 2018); se afirma en un artículo de *Revista Anfibia*. Pero ¿Por qué? ¿Que implica y en qué sentido se puede entender? ¿Qué relación se establece entre el modo de producción imperante y la institución manicomial?

Según diversas fuentes, el manicomio se instauró en Francia a mediados del Siglo XVIII con el desarrollo de la red de Hospitales Generales u Hospicio (Galende, 2008:400). En principio, algunos se denominaron como Asilos pertenecientes al ámbito penal. Eran ámbitos de la llamada *higiene moral* mediante la cual se encerraba y reprimía a cualquier subjetividad por fuera de la norma positivista con la cual se fundaba el Estado moderno. Allí se recluía lo que el naciente sistema capitalista consideraba como *anormal* o *desviado*, cuestión que varios intelectuales del movimiento institucional, la fenomenología y la anti-psiquiatría -2- analizaron con posterioridad acerca de las instituciones de encierro. Convivían en estos asilos toda la población estigmatizada: locos, pobres, prostitutas, homosexuales, epilépticos, retrasos mentales y todas las subjetividades señaladas por la norma.

Fue Esquirol -el padre de la psiquiatría moderna y tradicional- quien se encargó de identificar las conductas de estas subjetividades como manías y clasificarlas (Sacristán, 2009:165). De ahí el nombre de manicomio. Fue la forma en que el método científico positivista se las arregló para tratar la locura, o mejor dicho para señalarla, estigmatizarla, clasificarla y encerrarla. La lógica positivista fue utilizada por la burguesía para ascender como clase hegemónica basada en la *razón* como principio científico en oposición al oscurantismo eclesiástico. El éxito de la ciencia positivista en la química y la física estimulo la fe en la ciencia dando origen en el plano sanitario a las corrientes higienistas. Estas corrientes como voceros de la clase hegemónica, clasificaron a la sociedad en términos de profilaxis moral. Fenómenos psíquicos y sociales eran biologizados y asimilados a enfermedades que debían ser curadas, más aun teniendo el antecedente de los fenómenos de epidemias que unión las condicione socioeconómicas con la enfermedad. La psiquiatría y el armado de la institución manicomial fueron en sus orígenes herramientas de control social que ayudaban al desarrollo de un sistema social basado en la acumulación de capital. No es de extrañar que Francia fuera la cuna de este sistema de encierro habiendo sentado las bases del nuevo estado burgués tras su revolución en 1789.

El manicomio nació como lugar de encierro e instauró una lógica de tratamiento de la *sinrazón*.

Recurrentemente la psiquiatría ha actuado a través de un corporativismo tergiversando la concepción del manicomio. La mayoría de las disciplinas y profesiones tienden a un comportamiento corporativo que excede la dinámica de las asociaciones profesionales y colegios. Esta forma corporativa de las profesiones en los hospitales deriva en la formación de grupos fragmentando y a veces fracturando los equipos de servicios solo a fin de sostener un ideario o una matriz de pensamiento. Esto se observa en el Hospital, ya que frente a la consideración de temas como el *tratamiento del manicomio* o la *Ley Nacional de Salud Mental* se forman grupos por profesión que encarnan posturas cristalizadas a favor o en contra. Tal es la dinámica corporativa de movimiento de grupos por profesión en el Hospital.

En el caso de un sector importante de la psiquiatría en la institución y como corporación a nivel nacional han identificado mecánicamente el cierre de los dispositivos manicomiales como cierre del Hospital Monovalente incluyendo a los dispositivos de atención en crisis y a los centros de día. Esta tergiversación del espíritu del mensaje de *cierre del manicomio* agrupa corporativamente a una parte de la psiquiatría tras la ecuación *cierre de manicomio = cierre de servicios de atención a la salud mental*. Esto sucede a veces con un claro interés político y económico ya que para la industria farmacéutica los test de prueba de fármacos son las personas internadas (razón económica) y otras veces desde una ingenuidad típica de la matriz médico hegemónica (razón ideológica). En la actualidad, en el marco de la fecha límite para el cierre manicomial -3-, un sector de profesionales identifica que el cierre del manicomio implica un desfinanciamiento del sector que abarca a los sectores de atención en crisis y otros dispositivos intermedios. Esta confusión acerca de las implicancias sobre el cierre del manicomio esta favorecida por un lado por la falta de financiamiento que la ley requiere y por otro por un desconocimiento de lo que implica el manicomio. Generalmente se equipara el manicomio a la idea de hospital especializado, lo cual es una equivocación.

El cierre del manicomio implica una reconversión de recursos y prácticas de abordaje a la vez que mayores recursos que se requieran en ese cambio de prácticas como dispositivos de medio camino y casas de externación. A la vez que requiere de financiamiento, exige de un cambio rotundo en la lógica de abordaje del padecimiento mental. El manicomio se impregna en las prácticas de los equipos y se extiende más allá de la psiquiatría. Esta localización de la matriz manicomial se presenta como texto de un contexto que tiene como protagonista a la acumulación de capital a través de la industria farmacéutica. En la actualidad según datos de la consultora Brand Finance Pharma, el volumen de dinero de la industria farmacéutica ascendió en 2019 a 1.11 mil millones de dólares y se ubica, según Joan-Ramón Laporte -4-, como el tercer mercado luego del mercado de armas y el narcotráfico. En Argentina, según registros recientes, la industria farmacéutica facturó 4.579,91 millones de dólares en 2018 y el mercado de medicamentos del sistema nervioso facturó 518,75 millones de dólares, representando el 23,7 % de la facturación nacional (ICEX.España Exportacion e Inversiones, 2019:12). Con este poderío económico, la industria farmacéutica ha instaurado una lógica que necesita una sociedad enferma que consuma, sistemas públicos de salud desfinanciados que atiendan enfermedades no rentables y el medicamento como solución fundamental de la enfermedad que el propio sistema económico genera. En esta lógica, el padecimiento mental se medicaliza más allá de los efectos terapéuticos, las personas internadas son usadas para pruebas de los mismos fármacos y se obvia otro tipo de terapias. Lejos de considerar que los medicamentos no deben ser usados, es más bien la lógica financiera de uso de los mismos la que sostiene el modelo médico hegemónico, lo que debe ser enfrentado. El modelo de reducir el problema de la enfermedad a lo biológico evitando descubrir sus causas sociales, económicas y subjetivas es lo que sostiene la prevalencia de la enfermedad. La matriz manicomial es parte de este modelo médico hegemónico en tanto sus prácticas se centran en

la represión física y en el llamado chaleco farmacológico, agregando al padecimiento mental los típicos padecimientos de la institucionalización. En la actividad hospitalaria se enfrentan constantemente el paradigma asilar manicomial y el paradigma de la Desmanicomialización, en cada situación y en cada práctica concreta de las salas y de la sala G en particular.

Es en las prácticas concretas de las y los profesionales del equipo que se evidencia la orientación ideológica con que se aborda el padecimiento mental. Como lo expresan los relatos de las personas que viven allí -sus historias y gran parte del material bibliográfico, legal y periodístico- el manicomio se ha convertido por varias razones en un sitio de vulneración de derechos humanos.

Las víctimas del manicomio

Según refieren referentes del MDR (Movimiento por la Desmanicomialización de Romero) en lo que va de 2010 a la fecha han fallecido en contexto de encierro 344 personas con un promedio de 20 años de internación (Servicio Informativo Regional, 2019). La tasa de mortalidad en internación prolongada fue -en 2014- 15 veces mayor que la tasa de mortalidad en cárceles de la Provincia de Buenos Aires (Centro de Estudios Legales y Sociales, Comisión Provincial por la Memoria ,MDR, 2015). Con solo estos datos cabría preguntarse por qué una gran parte de los profesionales del campo de la salud mental rehuyen de la categoría de *víctimas del manicomio*. Esta concepción está íntimamente ligada a una perspectiva de Derechos Humanos muy arraigada en nuestra sociedad a raíz del genocidio perpetrado por la última dictadura militar en Argentina (1976-1983). También se ha reconocido esta concepción en países como Alemania tras el Holocausto y en distintas naciones que han sufrido algún tipo de exterminio.

Las décadas del 60 y el 70 en Argentina han demostrado, en primer lugar, la lucha de todo un colectivo que quería transformar la sociedad; con la imposición estatal del terror, el silencio y el olvido, fue la resistencia de las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo un pilar para enfrentarlo. Estas luchas son expresión fundamental del combate al silencio y el olvido. Y es precisamente el silencio y el olvido una expresión del manicomio y de las muertes en el manicomio. Esta conexión, no tan evidente, le imprime al movimiento por la Desmanicomialización un carácter de defensa de los derechos humanos. Introducir esto significa también desnudar que el manicomio produce muertes pero de una manera menos impactante que en otros casos de exterminio. Sin ánimo de comparaciones -pero sí de identificaciones- es necesario primero reconocer cuantitativamente y cualitativamente lo horroroso del dispositivo manicomial. Reconocer esto implica no tomar a la ligera o como exageración que el manicomio mata. Muchas veces esta postura se traslada mecánicamente a otros dispositivos o situaciones, generando absurdos.

Al decir que el manicomio mata no decimos que los trabajadores de salud sean asesinos o torturadores -aunque han existido algunas particularidades- sino más bien que existe un dispositivo, una lógica, una matriz -de la cual formamos parte los trabajadores del campo de la salud mental- que se predispone para generar olvido, muerte y represión. Decir matriz o lógica no refiere de forma inmediata a una institución concreta, ya sea en este caso el Hospital A. Korn o cualquier otro servicio del mismo. Las lógicas, los dispositivos, los modelos o las matrices son las formas discursivas y prácticas que a través de una arquitectura determinada producen y reproducen un tipo de subjetividad y un tipo de muerte. Este es el caso de la conexión entre el manicomio y la muerte. Es por este tipo de reflexiones que los organismos por la Desmanicomialización han incorporado necesariamente la perspectiva de derechos humanos y la consigna de *víctimas del manicomio* a aquellas personas que atravesaron gran parte de su vida en el encierro indignamente. En nuestra proximidad podemos identificar la creciente articulación entre el Movimiento por la

Desmanicomialización de Romero, la Comisión Provincial por la Memoria y el Centro de Estudios Legales y Sociales. Todo esto vinculado a los derechos de la población de larga estancia en el Hospital. Un hito de este movimiento tuvo que ver con la intervención judicial de 2014 a cargo del Juez Arias y la posterior constitución de una Mesa Judicial permanente que obliga al Estado y a los distintos estamentos del Hospital a garantizar los derechos de las personas internadas.

Durante mi ingreso como residente rotante en Sala G transcurrieron varias muertes de mujeres. Es frecuente encontrar en los fallecimientos causas por atragantamiento con la comida (en este caso intervienen los efectos de medicación crónica) y otros motivos evitables si los dispositivos se reconvirtieran. Al respecto retomamos una nota de una mujer internada en el sector de rehabilitación:

“Carmen (85) tuvo una infancia alegre; le gustaba pasear por Villa Domingo, hizo hasta cuarto grado y trabajó en una fábrica de botones hasta que murió su madre adoptiva. No se casó ni tuvo hijos. El 1° de julio de 1957, hace sesenta años, su hermana la internó en Romero, donde le diagnosticaron «esquizofrenia paranoide». Otros médicos escribieron: «HISTERIA». Tenía 24 años y «tendencia al suicidio». Había estado internada en el Policlínico de Lanús. Al Korn llegó un poco desorientada y preguntando si ahí también la iban a castigar. La respuesta llegó rápido. En los primeros diez días la sometieron a diez comas insulínicos que para los médicos no dieron resultado.

Se le indicó entonces un tratamiento con electricidad. «Luego de practicados varios shock muestra remisión sintomatológica», escribe alguien en su maltratada historia clínica el 15 de agosto de 1957, y esto motiva su alta. Pero al año siguiente Carmen vuelve al neuropsiquiátrico y eso significa la vuelta a los comas profundos (treinta en total) y a los electroshocks «cada día y medio, hasta completar veinte». El cóctel de electricidad, insulina y contención mecánica continuó cinco años más. Medio siglo después, mientras mira los pájaros por la puerta entreabierta de la sala Bejarano y se hace crecer un rodete gris sobre la tapa de la cabeza, ella denuncia esas prácticas con palabras –algunas más comprensibles que otras– y con gestos: las manos en las sienes, la mueca de morder algo duro y el dolor en el rostro. Luego se envuelve con sus propios brazos para recordar que llegó a Romero en ambulancia y «como un matambre». –Eso no se hace –repite.” (Lopez Mac Kenzie & D' Amico, 2018)

En las trayectorias que he podido observar y entender, estos son los relatos. Relatos que se abren paso ante historias clínicas desnutridas de registros. En la mayoría de los registros, la ausencia de su voz indica que el manicomio no solo encierra los cuerpos sino la voz y la palabra genuina y propia de cada mujer. En esos cuerpos se concentran sufrimientos de antaño y cuando una entrevista los libera, la desorganización de los mismos también se debe a una falta de práctica. El manicomio no solo ha erosionado las habilidades prácticas de la vida cotidiana sino también la natural forma de expresar lo que se siente, de *sacar el demonio afuera*. Observo que, tras escuchar los relatos de cada mujer, sus llantos o alegrías, hay algo terrible en la ausencia. Ausencia de un otro, de una mirada que las arme como sujetos que deben vivir dignamente. En esos relatos siempre hay un alguien a quien desean ver. Nunca más correlativo fueron las condiciones de vida de un manicomio como las condiciones de construcción de la subjetividad; abandono y ausencia en las salas y abandono y ausencia en los lazos afectivos con otro. Este tal vez sea una de las más grandes vulneraciones que genera la institucionalización en el encierro.

Este abandono en la construcción subjetiva el Hospital ha fortalecido durante mucho tiempo

prácticas que se condicen: encerrar a las personas dentro de las salas, ponerlas en filas desnudos/as, maltratos, excesos en el esquema farmacológico y un sinnúmero de prácticas que fortalecen la lógica manicomial. Todo ello muchas veces naturalizado por sus propias trabajadoras/es.

Pero el manicomio y los Hospitales monovalentes no son homogéneos ni unidireccionales. Hay contradicciones, luchas internas, movimientos y jugadas tácticas y estratégicas. Y esto evidencia la danza constante entre las fuerzas manicomiales y las fuerzas desmanicomializadora atravesando cada fibra capilar del Hospital, los servicios y cada sala.

Sala G: algunas experiencias de combate contra la lógica manicomial. Construyendo otros modelos de atención al padecimiento mental

Decir que las instituciones son complejas sin explicar sus características particulares es vaciar de contenido el sentido de este concepto. Es por ello que la Sala G del mal llamado sector de Rehabilitación (ya que no se produce ningún tipo de *rehabilitación*), es el caso que tomaremos para describir las contradicciones particulares de esta lucha por desmanicomializar.

La Sala G está constituida en la actualidad por un equipo heterogéneo que ha logrado en un período de tiempo fortalecerse, unificarse a través de criterios comunes, especialmente en el turno mañana. Está compuesto por diversas disciplinas como Enfermería, Acompañantes Terapéuticos y Trabajo Social. Mi rotación curricular como residente de Trabajo Social en la sala comenzó en el mes de octubre hasta la fecha. Durante mi recorrido he podido observar y conversar sobre los cambios impulsados en el dispositivo para transformar ciertas prácticas.

La hora de la comida

Con anterioridad, esta sala -como la mayoría- no daba cubiertos para comer bajo el supuesto de que se convirtieran en elementos para lesionarse o lesionar a otras/os. Además, se realizaba una fila donde se les iba sirviendo la comida. Estas características sumadas a la ya conocida pésima calidad de la comida provocaban un efecto deshumanizador en las mujeres de la sala. Progresivamente mejoró el traslado de la alimentación. El equipo propuso no solo la incorporación de cubiertos según la necesidad de cada mujer, sino que cada una, en la medida de sus posibilidades, debía buscar su comida y ayudar a poner la mesa.

La circulación

En varias salas la costumbre era encerrar -inclusive con candado- las puertas de la sala. En la Sala G, las usuarias circulan libremente por el predio. Esta cuestión sigue siendo restrictiva desde otro ángulo, ya que “el predio” es parte de la institución manicomial. A pesar de instar a las usuarias y trabajar para que circulen por otros espacios, el apego a la institución es muy fuerte. La sala ha impulsado los protocolos de salida acorde a la legislación internacional y nacional. En el hospital se ha trabajado para que lo principal no sea el protocolo para argumentar las restricciones, sino más bien, partiendo del derecho a la libre circulación, argumentar las restricciones de salida. En el primer caso, la restricción es el punto de partida y se argumenta la salida, mientras que en el segundo caso el punto de partida es la libre circulación y se debe argumentar por qué se restringe ese derecho. A partir del derecho de libre circulación las personas internadas son cuidadas y acompañadas en la medida de las posibilidades en sus salidas, teniendo en cuenta el lugar que

ocupa en su singularidad.

El derecho a la circulación, como otros, se han enmarcado en el armado institucional de la *Planificación del Proceso de Atención y Externación Sustentable (P.P.A.yE.S. -5-)* que consiste en una síntesis de datos elementales de la persona con su voz sobre la institución y las estrategias de externación. Esta planilla actúa a modo de ficha de rápida lectura a la hora de evaluar las salidas o urgencias que pudieran sucederse. En la Sala se ha constituido en una herramienta muy útil para el manejo de información y la unificación de criterios sobre el abordaje de cada mujer. Es por ello que la política de la sala es que todas las historias clínicas tengan al alcance esta PPAyES.

Funcionamiento del Equipo

A diferencia de otros equipos, en Sala G se ha trabajado para correr las barreras que existen entre personal de enfermería y el resto del equipo. En varias salas por las que he rotado existen dos equipos relacionados asimétricamente que, en el mejor de los casos, logran coordinar algunos criterios mínimos de trabajo. En estos casos, enfermería se constituye en un equipo -con un tipo de criterio y práctica- presente las 24 horas del día y por otro lado y durante la mañana, el equipo de profesionales con otro tipo de criterio y práctica. Los resultados de este tipo de funcionamiento fragmentario impactan en la modalidad de atención del padecimiento mental. Sin embargo, la Sala G ha impulsado la unidad del equipo en base a criterios discutidos mediante reuniones e incorporación en la mayoría de las decisiones. El esquema participativo y democrático en estos espacios no anula la discusión y la expresión de distintas ideas, pero contiene la orientación consensuada. Esto se manifiesta en lo espacial: no hay espacios exclusivos para cada disciplina, no hay cortes espaciales entre enfermería y el resto de los profesionales. Se habilitan la mayoría de las discusiones sin subestimar el trabajo de cada disciplina. Esto permite orientar la tarea incluyendo las especificidades, pero trascendiéndolas en torno a las tareas de cada momento. Un ejemplo de ello sucedió ante la salida de la única psiquiatra de la sala. El equipo consensuó criterios y acudió al Servicio de Rehabilitación para que resolviera la revisión y seguimiento de los esquemas farmacológicos de la sala con el Jefe del Servicio que habilitó a otros psiquiatras del Servicio. Si bien estas prácticas se concentran en el turno mañana, se intenta -en la medida de lo posible consensuar criterios y debatir posturas ideológicas con los demás turnos al respecto de la modalidad de atención en salud mental.

Tratamiento de situaciones de complejidad en la atención del padecimiento mental

El tratamiento manicomial de los episodios agudos de padecimiento mental se ha centrado en una perspectiva restrictiva, punitiva y medicalizadora. Ante la falta de comprensión de estas situaciones se castiga a la persona que padece con la restricción física y orgánica. Hace no mucho se escuchaban restricciones por "*problemas de conducta*", "*caprichos*" y otras etiquetas a partir de la movilización de la conducta. Esto sostenía veladamente castigos que se expresaban (y en algunos lugares se sigue con esta postura) en la llamada contención mecánica, restricción de salida de la Sala y esquemas farmacológicos tendientes a la sedación durante tiempos largos. Estos últimos no respondían a una terapia de contención ni a la mejoría del cuadro sino más bien respondían a callar la expresión de la problemática subjetiva y social de las personas con padecimiento mental. En la complejidad de la situación aguda, la sala ha optado por tratamientos que permitan la expresión del conflicto y el padecimiento mental, su análisis institucional y colectivo y respuestas en términos de redes de contención y apoyo con diversos actores. Esto se ejemplifica muy bien ante algunas

personas que expresan su padecimiento provocando al otro. Es el camino más difícil pero necesario para no sumarle al padecimiento mental, el padecimiento de una lógica manicomial. Intentar alternativas distintas a esta lógica no implica sin embargo una garantía de éxito.

La guardia de salud mental cumple un papel en este tipo de situaciones siempre que se generen con posterioridad al horario laboral de los equipos. La respuesta por lo general se circunscribe a un control de la situación centrada en el medicamento, en la inyección de psicofármacos para contener el momento agudo. Esto, según la evaluación institucional y del equipo de Rehabilitación, ha resultado en varios casos contraproducente. No solo no se contiene la situación sino que la misma se agudiza. El análisis ha derivado en generar un mayor intercambio de la Sala con los equipos de guardia a fin de transmitir cuál es la modalidad de abordaje para las mujeres y sus momentos agudos.

Un ejemplo de ello se vio en la situación de *Elisa -6-*. La operatoria de *Elisa*, según ha evaluado el equipo en el transcurso del tratamiento, consiste en focalizar el padecimiento propio en acciones que movilicen a otros. La mayoría de sus momentos agudos de padecimiento son acciones dirigidas hacia una o varias personas del equipo o la institución. El armado de una escena donde el padecimiento se luzca y provoque a una tribuna, perpetúa la lógica de canalización violenta del padecimiento para sí y para terceros, por lo que el equipo ha optado por reducir el impacto escénico de ese padecimiento subjetivo, reduciendo la cantidad de personas que acuden o que simplemente observan. Esto ha ayudado a un intento de desarme del pasaje al acto de *Elisa* y a canalizar ese padecimiento a través de la palabra y el bagaje simbólico. En este sentido, las intervenciones de Guardia que asisten con gran cantidad de profesionales -y de manera compulsiva- no han logrado más que fortalecer esta repetición de una forma violenta de expresión del padecimiento subjetivo. Hasta el momento se siguen trazando líneas de intervención institucionales, suponiendo que el momento agudo del padecimiento de *Elisa* tiene un componente de provocación al equipo y a la institución, un componente vincular ligado a la comprensión de lo sexual y un componente de impacto de la iatrogenia institucional.

Seguimiento de las situaciones y seguimientos desde el Trabajo Social

La opresión manicomial de personas con padecimiento mental se refleja históricamente en el hecho de que son subjetividades habladas. Esto significa que la subjetividad con padecimiento mental ha sido llamada y relatada por otros. En el manicomio, quien padece no habla y el mecanismo para ello es *hablarles encima* o directamente *no hablarles*. No importa en ese caso la voz de quien sufre, sus expectativas ni su trama simbólica. Esto no es una acusación arbitraria. Es una evidencia enorme, si tomamos las historias clínicas de cada mujer en la Sala G. En términos generales *hay poco y nada* en las historias, en especial sobre lo acontecido en las internaciones, previo a la sanción nacional de la Ley de Salud Mental N° 26657 reglamentada parcialmente en 2013. Es decir que desde el año 2013 hacia atrás, las Historias Clínicas poseen escasos registros sobre casi todo. Lo poco que existe son registros aislados sobre aquello que el equipo profesional de cada momento consideraba pertinente. Esto inhabilitó la voz real de las mujeres que internaban, ya que solo aparecen las consideraciones del médico del equipo, ni siquiera las del resto del equipo.

Tomando la Ley Federal de Trabajo Social sancionada en 2014, la perspectiva del Trabajo Social en la Sala G -y lo que se impulsa desde el equipo- es la defensa de los derechos humanos de cada mujer -7-. Esta perspectiva se demuestra en las acciones para recuperar la voz y la historia de cada mujer antes y durante la internación. Para el relevamiento y seguimiento de este tipo han colaborado las áreas legales y ejecutivas del hospital, permitiendo la recuperación de información

valiosa centralmente en cuanto a referentes vinculares y otro tipo de recursos. El Trabajo Social en la sala tiene un papel fundamental desde la orientación política e ideológica de las estrategias de intervención en cada situación y de la sala en general. Este trabajo de recuperación histórica se manifiesta en el trabajo de recopilación de registros que se adjuntan en la Historia Clínica, su ordenamiento, también en modificar historias clínicas fragmentadas donde cada área registra lo propio, convirtiéndola en una única Historia Clínica donde todas las áreas registren. Otro punto muy importante son las entrevistas a las mujeres a partir de esa información, lo cual convierte el seguimiento en una herramienta dinámica que permite reconstruir *con* las mujeres su historia de vida y sus deseos.

Conclusiones

Este artículo no tiene la pretensión de ser exhaustivo, pero sí nos permite tener un panorama general acerca de nociones vinculadas a la internación de larga estancia en una institución con sesgos históricos manicomiales. Siempre es acertado aclarar que cuando se habla del *manicomio* nos referimos a una institución que va más allá de lo edilicio. El cierre manicomial es el cierre de una lógica de trabajo y de represión a la locura en términos de lo distinto. No implica entonces el cierre de servicios, ni el abandono de tratamiento al padecimiento mental, aunque así quiera mostrarse desde las corporaciones psiquiátricas tradicionales. También quiere decir inversión presupuestaria y reconversión de dispositivos, lo cual necesariamente enfoca en las prácticas y su sesgo ideológico en el tratamiento del padecimiento mental.

No parece que estos objetivos estén a la vuelta de la esquina. Hoy más que nunca los condicionantes estructurales se manifiestan con todo su peso: desfinanciamiento prolongado en el área de salud y de salud mental y el tránsito actual de una pandemia que refuerza el encierro y el aislamiento. Tal vez con esta alarma mundial sea hora de replantear todo los sistemas de salud y el papel del Estado y el mercado en todo esto. Cuidar la salud mental de un pueblo y la salud en general implicará -en todo caso- fomentar otros modelos de tratamiento del padecimiento subjetivo. Como lo demuestra la Sala G, es posible impulsar acciones para modificar el obsoleto y tradicional modelo de atención, atendiendo a que en la lucha por garantizar la dignidad y los derechos humanos es necesario seguir impulsando una reparación histórica a las víctimas del manicomio en donde, según las estadísticas, tienen una tasa de mortalidad más elevada que quienes están por fuera. Adherir y fomentar esta línea de trabajo no va a devolver años de padecimiento por institucionalización, pero puede contribuir a que de una vez por todas sean las propias personas que padecen las protagonistas de cambiar su historia.

Notas

-1- Ni siquiera en las Salas de población con padecimiento mental agudo es posible evidenciar el cumplimiento de este plazo en general.

-2- Ver de Michel Foucault, Historia de la locura en la época clásica publicada en 1961. También David Cooper en Razón y Violencia de 1964 y Psiquiatría y anti-psiquiatría de 1967. Se recomienda también la obra de Franco Basaglia en La condena de ser loco y pobre de 1979.

-3- Según la Ley Nacional de Salud Mental 26657 fija el 2020 como fecha límite de cierre del manicomio.

-4- Realiza una interesante introducción al libro de Peter C. Gøtzsche Medicamentos que matan

y Crimen organizado.

-5- Contempla datos personales, representación legal, juzgado interviniente, datos del equipo, si posee restricciones de salida, diagnóstico clínico, su sistema de apoyos y referentes vinculares, su voz con respecto al tratamiento, entre otros ítems.

-6- Utilizo un nombre distinto para preservar la identidad de la persona.

-7- En el artículo 3º, inciso 1) a refiere “Promover la jerarquización de la profesión de trabajo social por su relevancia social y su contribución a la vigencia, defensa y reivindicación de los derechos humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales;” (Poder Ejecutivo Nacional, 2014)

Bibliografía

Basaglia, F. (1976). *¿Que es la Psiquiatria?* Labor.

Brand Finance. (2019). *Pharma 10. The annual report on the most valuable and strongest pharma brands*. London: Brand Finance.

CELS, CPM, MDR. (2017). *Informe conjunto: La situación de las mujeres en el Hospital Psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"*. La Plata: CELS.

CELS,CPM, MDR. (2015). *Informe de Derechos Humanos. Hospital A. Korn*. La Plata: CELS.CPM.MDR.

Comision Provincial por la Memoria. (2019). *Informe Anual 2019. El Informe de la crueldad XIII. Sobre lugares de encierro, politicas de seguridad, salud mental y niñez en la provincia de Buenos Aires*. La Plata: Provincial por la Memoria.

Galende, E. (2008). Conferencia y Mesa Redonda sobre Desmanicomialización. *Desmanicomialización institucional y Subjetiva* (págs. 395-427). Ciudad Autonoma de Buenos Aires: Psicoanálisis. VOL XXX.

Gøtzsche, P. C. (2014). *Medicamentos que matan y Crimen organizado*. Los Libros de Lince.

ICEX.España Exportacion e Inversiones . (2019). *El Mercado farmacéutico en Argentina*. Buenos Aires: ICEX.España Exportacion e Inversiones.

Lopez Mac Kenzie, J., & D' Amico, M. L. (2018). Manicomios, Decálogos de la Denigración. *Revista Anfibia*, 1-11.

Ministerio de Salud de la Nacion Argentina. (29 de Mayo de 2013). Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. CABA: Ministerio de Salud de la Nacion Argentina.

OMS (Organización Mundial de la Salud). (2006). *Manual de Recursos Humanos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Ginebra: OMS.

Organizacion Mundial de la Salud. (2013). *Plan de accion sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.

Poder Ejecutivo Nacional. (10 de Diciembre de 2014). Ley Federal del Trabajo Social. CABA.

Servicio Informativo Regional. La Plata, Berisso y Ensenada (29 de Noviembre de 2019).

Festival en el Hospital Korn: Exigimos viviendas para salir del manicomio. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. *Cuicuilco*, 163-189.