



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires

G

Representaciones sociales del personal de salud de una institución psiquiátrica acerca del proceso salud-enfermedad mental-atención

Autor:

Conca, Claudia

Tutor:

Wallace, Santiago

1994

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Antropológicas.

Grado



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras

FILODIGITAL
Repositorio Institucional de la Facultad
de Filosofía y Letras, UBA

Tesis
C43
C744

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

PARTE DE INGRESO Y SALIDA	
Nº 879 789	ME: *
05 DIC. 1994 DE	
AS: 77.473	ENTRADAS

TESIS DE GRADO EN
CIENCIAS
ANTROPOLOGICAS

*Representaciones sociales del personal de salud
de una institución psiquiátrica acerca del proceso
salud - enfermedad mental - atención.*

Autora: Claudia Conca

Director: Lic. Santiago Wallace

Noviembre de 1994.

INTRODUCCION

La problemática que proponemos analizar en este trabajo se refiere a una de las dimensiones de la construcción social de la salud-enfermedad, en una situación concreta: nos referimos a las representaciones que posee el personal de salud de una institución psiquiátrica (clínica B) acerca del proceso salud-enfermedad-atención (p.s.e.a.).

De la lectura de las entrevistas surgieron nudos problemáticos que tomaremos para su análisis en esta investigación. Dichos ítems encuentran su relevancia por hallarse en la base de otro tipo de representaciones. No pensamos que sean los únicos, pero si creemos que estos temas pueden servir como sustento a otros secundarios. Así por ejemplo en el análisis de la concepción de la s.e.a. se tomará en cuenta la importancia que los entrevistados otorgan a los factores sociales en la etiología de la misma.

Por lo tanto proponemos analizar cuatro ítems:

- clasificación de las enfermedades mentales*
- funcionalidad de los hospitales/clínicas psiquiátricas*
- función de psiquiatras y psicólogos*
- concepción de la salud-enfermedad mental*

Partimos de considerar a la construcción social de la s.e.a. como la resultante de la articulación entre representaciones y prácticas desarrolladas en torno a la s.e.a. tanto por el personal médico como por los conjuntos sociales.

Fundamentalmente a partir de antecedentes en la zona y de la posibilidad de acceso al campo (gestionada a través de uno de los directivos), seleccionamos como lugar de trabajo una clínica psiquiátrica privada de la zona Sur del Gran Buenos Aires, en el centro de Berazategui, que trabaja fundamentalmente a través de contratos con obras sociales (en especial PAMI). Estos elementos anticipan, parcialmente, las características de la población que mantiene una relación clientelar con la clínica B.

La condición exigida para autorizar la realización del trabajo de campo, fue la de no establecer contacto con los pacientes. Ello

condicionó nuestra metodología de trabajo que se limitó, casi exclusivamente, al desarrollo de entrevistas con el personal de la clínica, las que se efectuaron en lugares "cerrados" de la misma (sobre todo en los consultorios externos y el salón utilizado, en otro horario, para las actividades de hospital de día; solo eventualmente en un consultorio interno o en la habitación del médico de guardia) o en otros lugares, como el consultorio particular o el domicilio de algunos profesionales.

Por otro lado, a partir de nuestras primeras entrevistas tomamos conocimiento que los profesionales de la clínica (psicólogas, psiquiatras y terapistas) desarrollan la totalidad de sus prácticas laborales en la zona. Esto incluye el trabajo en otras instituciones psiquiátricas privadas y/o consultorios particulares (con la salvedad del caso de una profesional que aparte de un consultorio en la zona, posee otro en Capital Federal).

Respecto al otro grupo de profesionales de la clínica B (los médicos de guardia) es necesario considerar otras variables; si bien algunos de ellos trabajan en instituciones estatales, al poseer otro tipo de formación (salvo uno con formación psiquiátrica) su práctica en relación a "enfermos mentales" se limita a la desarrollada en la clínica B

En un primer capítulo contextualizamos brevemente nuestro trabajo de campo, luego exponemos nuestro marco conceptual y metodológico. En aquel las principales conceptualizaciones que utilizaremos serán: Modelo Médico Hegemónico, construcción social del p.s.e.a., desviación, representaciones e institución. Luego efectuamos una breve reseña histórica de la psiquiatría argentina y de Berazategui, contexto social en el cual desarrolla sus actividades la clínica B.

A continuación caracterizamos la clínica B, las prácticas de los profesionales y la población atendida en esta institución.

En la segunda parte de este trabajo agrupamos el análisis de las entrevistas en relación con los cuatro ítems detallados anteriormente, desglosando las representaciones que poseen los siguientes grupos: psiquiatras, psicólogas, terapistas grupales (solo para el caso de clasificación de enfermedades mentales), médicos de guardia, enfermeras y mucamas.

Se efectuó una serie de entrevistas a la mayoría del personal de la clínica B, tomando como único requisito metodológico que los entrevistados tuvieran por lo menos, 6 meses de antigüedad en el trabajo. Esto último responde a la alta movilidad laboral sobre todo de enfermeras y mucamas pero también de profesionales.

No pretendemos realizar generalizaciones y consideramos las conclusiones de este trabajo como válidas, exclusivamente para el estudio del caso.

La problemática seleccionada para analizar en este trabajo fue formulada gradualmente a medida que crecía nuestra formación teórica.

CONTEXTO DEL TRABAJO DE CAMPO: BREVE HISTORIA DE BERAZATEGUI

El partido de Berazategui fue segregado de Quilmes en 1960. Limita al norte con el partido de Quilmes, al Este con el Río de La Plata, al Oeste el partido de Florencio Varela y al Sur con los partidos de La Plata y Ensenada. Según el censo de 1980 cuenta con una población de 200.000 mil habitantes y está compuesto por la ciudad de Berazategui y las localidades de Plátanos, Hudson, Pereyra, Villa España, Ranelagh, Sourigues, Gutiérrez y El Pato.

Greco ¹ menciona al Antiguo Pago de la Magdalena como el territorio a partir del cual se crean los distritos de Magdalena, San Vicente y Quilmes. De este último fue separado parte del actual Partido de Avellaneda, el de Florencio Varela y el de Berazategui.

Durante el siglo XVII el contrabando de mercancías y esclavos fue muy intenso.

Hasta fines del siglo pasado Berazategui fue un pueblo rural que comienza a sufrir grandes transformaciones a raíz del proceso de industrialización que se acompaña con la instalación del ferrocarril.

La línea 25 de Mayo se inauguró en 1872 con paradas en las estaciones de Plátanos, Hudson y Berazategui.

En 1906 se construyó un nuevo ramal que unió esta última estación a Temperley y La Plata y en 1909 se inauguran las estaciones de Villa España y Ranelagh.

Si bien Greco ² menciona un establecimiento productor de carnes saladas como la primer industria importante radicada en Berazategui en 1889, sin duda, es la Cristalería Rigolleau la que comienza a incidir en la afluencia demográfica a la zona a partir de 1908. Hasta 1925 la producción de esta industria fue manual, aunque esta modalidad se mantiene actualmente en algunos rubros. En la década del 70' esta cristalería empleaba aproximadamente a 3000 personas.

¹ Greco, J.: "Historia de Berazategui". Munic. de Berazategui, 1971.

² Ibid.

Otras cristalerías radicadas en la zona (La Ideal en 1953 y Ramber en 1958) ocuparon alrededor de 1000 obreros en la producción de botellería automática.

Hacia 1910 se completó la instalación de la Primera Maltería Argentina que produce cebada malteada para la industria cervecera y que para 1970 funciona como fuente de trabajo de 600 personas.

La fábrica Ducilo es la otra industria importante que se radicó en la zona en 1936. Se dedicó a la producción de fibras textiles artificiales, papel celofán, nylon, etc., ocupando a unas 3000 personas.

Otras fábricas importantes son: Sniafa S.A. desde 1949, dedicada a la producción de fibras sintéticas para hilados y papel celofán y que dejó de funcionar en 1980; Cabezón, Gazzolo y Cía. desde 1950, produciendo dulces y conservas (también dejó de funcionar); Industrias RAB desde 1955 dedicada a la metalurgia; la fábrica de lozas Vogt desde 1950. Y en Ranelagh y Gutiérrez se destacan: La Parafina del Plata, Papelera Zucamor; la fábrica productora y fraccionadora de Coca Cola y los establecimientos de Cyanamid (Lederle) y Abbot, productores de medicamentos y elementos químicos para uso de veterinaria.

En la década del 70', las industrias de Berazategui ocupaban a 30.000 obreros y empleados. ³

En cuanto a la educación, Greco se remonta a 1874 como fecha de inauguración de la primer escuela de la zona. A partir de 1960 se habilitaron algunos institutos privados de enseñanza media y elemental.

En 1985 Berazategui contaba con 47 escuelas primarias oficiales, 15 institutos privados; 13 escuelas para adultos; 11 jardines de infantes; 6 escuelas medias y técnicas y 3 escuelas de educación especial. ⁴

Desde 1890 Berazategui cuenta con un servicio de correos y desde 1909 con un registro civil.

Desde 1925 llega la electricidad para uso domiciliario y alumbrado público y en 1931 se habilitan los servicios de aguas corrientes, ambos servicios resultan insuficientes para cubrir las necesidades de la zona.

³ Ibid.

⁴ Diario El Sol: Berazategui. 25 años de autonomía municipal*. Quilmes, 1985.

La población de la actual zona de Berazategui, en un principio estuvo dedicada exclusivamente a las faenas ganaderas. Posteriormente se radicaron en esta localidad, colonos italianos dedicados a la agricultura y colonos vascos ocupados en la explotación tambera.

A medida que se van instalando las industrias empiezan a desaparecer las chacras y quintas, muy numerosas a comienzos de siglo; y comienzan a construirse diferentes barrios a partir de la estación ferroviaria.

A ésto se agrega la existencia de villas miserias en donde alojan alrededor de 200 familias. ⁵

La Municipalidad cuenta con tres áreas sanitarias que poseen guardias médicas, enfermería y servicios de ambulancias y se encuentran ubicadas en las localidades de Gutiérrez, Hudson y Berazategui. Esto se completa con 15 centros periféricos ubicados en diferentes barrios del Partido. Además Berazategui tiene 4 instituciones privadas con internación (Sanatorio de Ranelagh, Clínica Tiscornia, Clínica Pueyrredón y Centro Clínico Quirúrgico Berazategui).

Berazategui es gobernado por un intendente que tiene las atribuciones del Departamento Ejecutivo. Puede sancionar o vetar los proyectos de Ordenanzas que provienen del Honorable Consejo Deliberante que es el Departamento Deliberativo.

El intendente dura cuatro años en uso de su mandato y puede ser reelecto.

El Honorable Consejo Deliberante está integrado por 24 concejales electos por la ciudadanía, determinándose por sorteo quiénes durarán 4 años en sus mandatos y renovándose parcialmente este cuerpo a los dos años.

⁵ Greco, J.: Op. cit.

**DE LA CRISIS DEL MODELO MEDICO HEGEMONICO A LA
FORMULACION
DE LA SALUD-ENFERMEDAD-ATENCION COMO PROCESO
SOCIAL.**

Menéndez utiliza el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH) para aprehender la institucionalización de la medicina, expresada en la apropiación teórica y práctica de la enfermedad estableciendo una hegemonía respecto a otras prácticas y saberes que pasan a ocupar un lugar subalterno.

Vemos que el concepto de hegemonía ocupa un lugar relevante en la conceptualización de este autor. Por hegemonía entenderemos "una relación activa en la que el poder se construye, es decir, se produce y reproduce a través de complicados mecanismos de imposición/adhesión, de coerción/consenso".⁶ En este sentido, si bien la hegemonía siempre es dominante, no abarca todos los aspectos de la práctica social, permitiendo la emergencia de formas alternativas, relativamente autónomas.⁷ Por lo tanto, "la hegemonía (...) no impone una visión de la vida totalizadora; mas bien impone orejeras que impidan la visión en ciertas direcciones mientras la dejan libre en otras".⁸

Retomando el concepto de MMH, éste es entendido como "una construcción social en la cual intervienen tanto el personal de salud (básicamente el médico) como la sociedad hegemónica, como los diferentes sectores sociales que se constituyen en una formación social",⁹ a partir del cual lo político, social e ideológico es separado de la problemática s.e.a.

El contexto que corresponde a la constitución del MMH es el del desarrollo del capitalismo durante la etapa de la formación de la clase obrera.

A partir de fines del siglo XVIII, las prácticas, saberes e ideologías que los conjuntos sociales utilizan en relación a la enfermedad, ocuparán un lugar subalterno frente a las prácticas, saberes y teorías de la medicina (MMH) que logra imponer su hegemonía con el aval del Estado y el criterio científico.

La medicina científica es percibida como mas rápida y eficaz: es una medicina de urgencia y no una medicina de espera.¹⁰ Por eso no solo las

⁶ Grinberg, M.: "Saber médico, saber obrero y salud: los trabajadores gráficos". Cuadernos médico sociales N° 45, 1988.
⁷ Williams, R.: "Marxismo y literatura". Barcelona. Ed. Península, 1980.
⁸ Thompson: 1984.
⁹ Menéndez, E.: "Cura y control. La apropiación de lo social y la práctica psiquiátrica", 1979.
¹⁰ Menéndez, E.: "Modelo hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción del sector salud", 1985.

clases dominantes sino también los trabajadores urbanos reclaman este tipo de medicina y no la de tipo "tradicional".

Desde un nivel estructural, el MMH se caracteriza por su: "a) biologismo; b) concepción teórica evolucionista/positivista; c) ahistoricidad; d) asocialidad; e) individualismo; f) eficacia pragmática; g) la salud/enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos); h) orientación básicamente curativa; i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; j) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; k) relación del médico/paciente asimétrica; l) relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); m) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; n) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los "consumidores" de acciones de salud; p) producción de acciones que tienden a excluir al "consumidor" del saber médico'; q) prevención no estructural; r) no legitimación científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; u) tendencia a la medicalización de los problemas; v) tendencia inductora al consumismo médico; w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; x) tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica". ¹¹

Estos son los rasgos de la práctica médica individual y privada que se desarrolla a partir del siglo XIX. Pero especialmente a partir de 1930 la actividad médica se concentra y organiza en los llamados submodelos corporativos: el público y el privado.

Ambos conservan la mayor parte de los caracteres mencionados, a los que se agregan la burocratización, la estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas, profundización de la división técnica del trabajo, etc.

El principal rasgo del MMH es el biologismo "que es el factor que garantiza no solo la científicidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos", ¹² *como los procesos sociales, culturales y psicológicos.*

¹¹ Menéndez, E.: "Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica". Ed. Patria S.A., 1990.

¹² Ibid.

El biologismo de este modelo supone la ahistoricidad, asocialidad e individualismo del mismo: incluso cuando resulta imprescindible el enfoque de conjunto (como ocurrió con la práctica epidemiológica), se seguirán negando los factores sociales al centrarse en un conjunto "natural" o biológico. Los factores etiológicos y curativos se depositan en la persona o en un ambiente natural, se enmascaran las determinaciones sociales de la enfermedad y se atribuye una función pasiva a los conjuntos sociales.

Cuando en los períodos de crisis del modelo, las determinaciones sociales se evidencian, éstas son secundarizadas ante la emergencia de las explicaciones psicológicas: "este biologismo, evolucionismo y deshistorización no solo cabe para el MM, sino para las variantes teóricas superadoras del mismo; así la mayoría de las escuelas psiquiátricas incluido el psicoanálisis (mejor sería decir 'los' psicoanálisis) ignoró en su práctica la función de las condiciones sociohistóricas determinadas, en la producción de enfermedad".¹³

A los caracteres estructurales del MMH corresponde un conjunto de funciones que pueden diferenciarse en los siguientes grupos: a) funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; b) funciones de control, normalización, medicalización y legitimación y c) función económico-ocupacional.

El primer grupo de funciones es el hegemónico y de éste derivará gran parte de su fuerza de control ideológico. "La práctica médica no es pensada por los actores como un ejercicio de control; dicha actividad se articula inconscientemente en su propia práctica curativa y preventiva",¹⁴ aunque existen ejemplos de intencionalidad en la función de control, ésto no es lo dominante en la práctica médica. Los conjuntos sociales también identifican a la práctica médica, especialmente, con la función de cura.

Menéndez ejemplifica la función de mantenimiento con la creciente medicalización de las tensiones psicosociales a través del uso de fármacos que se relacionaría con el proceso de farmacodependencia de los grupos sociales. Los problemas psicológicos generados por las contradicciones del sistema social son apaciguados a partir del uso de fármacos, lo cual de alguna manera impide la elaboración de la búsqueda de soluciones más radicales.

¹³ Menéndez, E.: "La salud de los trabajadores", 1978.

¹⁴ Menéndez, E.: "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos". Nueva

Antropología N° 23, V. VI, 1984.

El segundo grupo de funciones convierte a las instituciones médicas en un complemento de la familia porque esta práctica profesional transmite pautas de conducta consideradas correctas.

La función económico-ocupacional refiere, por un lado, a las industrias de la salud y la enfermedad, en especial la expansión de la industria farmacológica, la producción de servicios y la creciente demanda de mano de obra. Por el otro, se relaciona con el proceso de mercantilización al que están sujetos los conjuntos sociales según como se vinculen con los servicios de salud.

Desde un nivel procesual, el MMH puede ser tratado a partir de cuatro instancias: la económica-política, la institucional, la de la práctica médica y la ideológica. Respecto a las prácticas médicas, éstas implican siempre la teoría y el saber sobre la salud, enfermedad y la curación, actualizadas en los procesos de atención médica, en el marco de las instituciones y mas puntualmente, de la relación médico-paciente. Pero además implican una dimensión ideológica que oculta bajo los procesos curativos, las funciones de control y normatización propios de cualquier práctica curativa porque inducen modelos controlados de conducta frente a la enfermedad y a la salud.

A mediados del 60' este modelo entra en crisis. Se empieza a debatir acerca del carácter biológico o social de la enfermedad.

El contexto de esta polémica (y con el cual, ésta se encuentra directamente relacionada) se caracteriza por las diferentes luchas sociales protagonizadas por el movimiento obrero, en el marco de la crisis político-económica.

Desde el interior de la medicina, señala Laurell que "se encuentra (...) la dificultad de generar un nuevo conocimiento que permita la comprensión de los principales problemas de salud que hoy aquejan a los países industrializados" ¹⁵ que se suman en el Tercer Mundo a los cuadros de enfermedad propios de la pobreza.

A ésto Menéndez agrega la imposibilidad de afrontar problemas de salud relacionados con la contaminación y polución, el aumento de la iatrogenia y la mercantilización de la práctica y consumo médicos.

Numerosos factores relacionados con el MMH son cuestionados a partir de la situación de los países centrales. Entre ellos se destacan: el aumento del costo de la atención de la enfermedad; aumento constante de consumo de fármacos; incremento de la "intervención médica" en los comportamientos sociales que se traducen en la profundización de las

¹⁵ Laurell, A. C.: "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina", cuaderno médico

funciones de control y económico-ocupacionales; mayor preponderancia de criterios de rendimiento y productividad de la práctica médica en detrimento de su calidad; reconocimiento de la mayor eficacia de ciertas técnicas sencillas y baratas usadas por la comunidad; evidencia de las limitaciones de la intervención médica y psicológica-psiquiátrica sobre los principales problemas de "salud mental" como el alcoholismo, la drogadicción, depresión, etc. ¹⁶

Respecto a América Latina los principales problemas que indican la crisis de este modelo son: "a) el estancamiento en el descenso de las tasas de mortalidad en la década de los 60', así como la notable persistencia de las muertes 'evitables' en el perfil epidemiológico; b) el mantenimiento y, en algunos contextos, el incremento del problema del hambre articulado con la reducción de la lactancia materna previamente inducida por el Sector Salud; c) luego de casi dos décadas de contención y limitación del paludismo, incremento de las tasas de morbilidad a partir de fines de la década de los setenta; d) continuo incremento de la mortalidad por accidentes que en la mayoría de los países pasa a ser parte de las primeras cinco causas de muerte; e) mantenimiento e incremento de la mortalidad por homicidio, que colocan a América Latina en un lugar comparativamente destacado dada la notable incidencia de la misma sobre todo en jóvenes y adultos menores de 35 años; f) incremento continuo de la drogadicción, lo mismo puede decirse sobre el alcoholismo, con el agravamiento de que éste directa o indirectamente constituye una de las causales de muerte de mayor incremento; g) incremento de viejos problemas que aumentan su virulencia, en particular tuberculosis pulmonar y enfermedades venéreas, H) crisis de financiamiento de los diversos sistemas de seguridad social, cuyas expresiones mas notorias son: Argentina y Uruguay; el pronóstico estima que la crisis se agravará, i) el agravamiento de problemas de infraestructura básica que asegure condiciones mínimas de salubridad. Los sistemas de drenaje , de aprovisionamiento de agua potable, de control de basuras y de contaminación se deterioran, colocando a varias ciudades de Latinoamérica entre aquellas con mayores posibilidades de 'colapso urbano' ". ¹⁷

¹⁶ Menéndez, E.: Op. cit.

¹⁷ Menéndez, E.: Op. cit.

En este encuadre surge la Medicina Social Latinoamericana que niega la concepción desarrollista de la Salud Pública por la cual se sostiene que el crecimiento económico beneficia las condiciones de salud colectivas. Además se resalta la "estructuración del sistema de salud con servicios diferenciales para cada una de las clases sociales",¹⁸ ante la expansión de la medicina privada y la insuficiencia de los servicios estatales.

Por otro lado, la Medicina Social se propone redefinir el objeto de estudio, hasta ahora planteado en términos de la enfermedad biológica del individuo, como la unidad de la salud y la enfermedad a manera de momentos de un mismo proceso social.

La s.e.a. demuestra su carácter histórico-social en los procesos que se desarrollan en la colectividad humana, es decir, en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos. Los perfiles patológicos varían a lo largo del tiempo como resultado de las transformaciones de las sociedades y, dentro de éstas, las clases sociales que las componen también se caracterizarán por diferentes tipos de patologías y por la frecuencia con la cual se presentan.

La Medicina Social también se propone redefinir la concepción de la causalidad del proceso social de la s.e.a.

Hasta el momento el modelo más usado por la medicina para explicar la enfermedad fue el de la unicausalidad externa, según el cual la pérdida de la salud resulta de la actuación de un agente. En función de ello se desarrollaron técnicas y procedimientos para establecer la constancia de las asociaciones entre ambos. Este modelo resultó útil para identificar agentes patógenos como los microorganismos o lesiones tales como tumores, cálculos, etc. Sin embargo, demostró sus limitaciones en la explicación global de la emergencia de la enfermedad en determinado lugar, momento histórico y grupo social.

Dentro del mismo esquema unicasal externo, se enmarca el modelo de la tríada ecológica (agente, huésped y medio ambiente) en el que el eje explicativo se mantiene en la relación entre el huésped y el agente.

Gradualmente se fue pasando a un modelo multicausal donde se distinguen los siguientes grupos de factores de riesgo que afectan al

¹⁸ Laurell, A.C.: Op. cit.

p.s.e.a. :biológicos individuales; ambientales; sistema de salud (atención médica) y estilo de vida, según los siguientes porcentajes promedio: ¹⁹



Determinados modelos multicausales conciben a lo biológico y a lo social como factores que actúan por igual en la producción de la enfermedad. Otros (como el del gráfico) si bien otorgan a lo social mayor relevancia que a lo biológico, "lo deja como algo externo que solamente establece un determinado juego de probabilidades". ²⁰

En cambio la Medicina Social Latinoamericana propone entender el p.s.e.a., no solo determinado socialmente, sino con un carácter social en si mismo. Es decir, se acepta el carácter doble del p.s.e.a., en tanto biológico como social pero donde el primero se subsume en el segundo y donde funcionen como mediaciones explicativas las categorías analíticas de proceso de trabajo y clase social que determinan el p.s.e.a.

Pitch ²¹ *distingue cuatro definiciones- tipo de desviación social: la primera de ellas considera que las conductas son desviadas cuando se apartan del promedio de conductas sociales.*

Sin embargo, las conductas desviadas no son solo excepciones estadísticas sino que poseen connotaciones valorativas negativas.

La segunda de estas definiciones incorpora lo valorativo (como elemento subjetivo) agregándolo a un factor "objetivo", es decir, la violación de las reglas normativas de los sistemas sociales. Este tipo de definición distingue la desviación (que posee connotaciones negativas) de otras clases de conductas que aunque se aparten de la norma son

¹⁹ Vasco V., A.: "Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad". Medellín, 1987.

²⁰ Laurell, A.C.: Op. cit.

²¹ Pitch, T.: "Teoría de la desviación social", Ed. Nueva Imagen, México, 1980.

aprobadas socialmente (por ejemplo las conductas asociadas a la genialidad y a la santidad).

Igual que el primer tipo de definición, éste también carecería de un contenido descriptivo. Al mismo tiempo, la especificación de las reglas que son transgredidas, las causas de estas conductas y el tipo de sistema social en que encuentran provocarían dificultades en la utilización de esta definición. ²²

Si los dos tipos de definición anteriores refieren a la desviación social respecto de las normas sociales y jurídicas, el tercer tipo de definición visualiza la desviación respecto a las normas relacionadas con la posición social. Es decir que se referirá a las conductas que niegan o impugnan el propio rol. Al considerar a los roles y status como funcionales al sistema, se desprende que las conductas desviadas son eminentemente disfuncionales al mismo.

La cuarta definición-tipo, a diferencia de las anteriores, no considera a determinadas personas o conductas como inherentemente desviadas, sino que se centra en los procesos a través de los cuales dichas personas o conductas son definidas como tales.

Estas definiciones-tipo de la desviación social, subyacen a los siguientes conceptos de los autores de la escuela sociológica norteamericana. ²³

²² Pitch, T.: Op. cit.

²³ Domínguez Mon, A.: "El concepto de 'estigma social': de la 'desviación' a la 'construcción de

sentidos' ". Mimeo.

	Definición-tipo	Caracterización	Conceptos
Desviación Social	1º y 2º	1-Respecto de las normas sociales.	Patología social (Parsons / Merton)
	3º	2-Respecto de las normas vinculadas a la posición social.	Status y rol. Situación social disfuncional (Lemert).
	4º	3-Conducta como respuesta a procesos sociales.	La dramaturgia (Goffman). Conflicto entre poderes (Becker). Las mediaciones del observador (Cicourel). El sentido común desde la perspectiva del actor. (Geertz). Teoría de la diversidad impugnadora Cohen/Selkoff. Construcción social de la anormalidad (Conrad).

**CONSTRUCCION SOCIAL DEL PROCESO SALUD-
ENFERMEDAD-ATENCION: UNIDAD DE REPRESENTACIONES Y
PRACTICAS.**

Conrad y Schneider abordan la construcción social de la enfermedad desde la perspectiva que ellos llaman "construccionista socio-histórica", desde la cual tratan el problema de la conducta desviada en relación a los procesos sociales, históricos y culturales de su designación.

Si bien toman de la sociología del conocimiento fenomenológico (considerando a Berger y Luckman sus principales referentes) el planteo de la construcción social de las designaciones de enfermedad por parte de los actores en sus interacciones, superan las limitaciones de este enfoque (ya que se parte del individuo sin considerar las determinaciones socio-históricas que atraviesan la situación social), al incorporar una noción de la sociedad como integrada por grupos en conflicto.

Aunque las contradicciones entre ambos enfoques son evidentes y reconocidas por los autores, es importante el énfasis puesto en los grupos de poder que se encuentran en una posición privilegiada para crear y legitimar las definiciones de desviación que mejor representen sus intereses (política de designación de la desviación).

Según Conrad y Schneider ²⁴ existirían tres paradigmas en relación con la designación de desviación: el pecado, el crimen y la enfermedad. En la actual sociedad, la medicina científica no solo decide la definición de determinadas conductas como desviadas sino que cada vez mayor número de éstas son consideradas como problemas médicos que requieren tratamiento (proceso de medicalización). Es en este sentido que la medicina se constituye en un agente de control social al pretender "limitar, modificar, regular, aislar o eliminar el comportamiento anormal socialmente definido utilizando medios médicos y en nombre de la salud". ²⁵

Por otro lado estos autores, distinguen claramente entre morbo y enfermedad: los fenómenos biofisiológicos no son por si mismas enfermedades sino que éstas representan juicios humanos que reflejan valores sociales. La valoración social forma parte del concepto de enfermedad.

²⁴ Conrad y Schneider: "Deviance and medicalization" (cap. 2). Menil Publishing Company.

²⁵ Ibid.

Esta última afirmación es compartida por Freidson quien desde un marco teórico funcionalista concibe la enfermedad como una desviación de las conductas cotidianas valoradas socialmente en forma positiva en determinado momento histórico (frente a la noción de la conducta como anormal en relación a normas y valores ahistóricos).

Este autor considera que para analizar la construcción social de la enfermedad es necesario considerar las concepciones del paciente o el lego y no, solamente, las de los profesionales, aunque atribuye a la medicina un papel principal en dicha construcción. Son las definiciones y acciones del médico las que predominan en el proceso de la construcción social de la enfermedad, en el marco de la consulta médica (sobre todo si se trata de una derivación).

En cuanto a las concepciones y representaciones de los profesionales de la salud, Freidson destaca el papel que juegan determinadas características sociales de los mismos (antecedentes religiosos, étnicos, género, clase social) como también el tipo de pacientes que trata con mas frecuencia y el medio institucional en el que desarrollan sus prácticas.

Para precisar el sentido del concepto de institución al que nos referimos, entre las numerosas definiciones formuladas, debimos descartar en principio, el concepto de institución total ("cerrada") de Goffman debido al carácter semi-abierto de la clínica B (con actividades de hospital de día y consultorios externos).

En cambio, el concepto de institución, según Lourau,²⁶ se descompone en 3 momentos: universalidad, particularidad y singularidad.

En cuanto a la universalidad, éste es el momento de la unidad positiva del concepto: "Dentro de ese momento el concepto es plenamente verdadero, vale decir, verdadero de manera abstracta y general".²⁷

El momento de la particularidad señala la negación del momento anterior.

El último momento es el de la singularidad que expresa la unidad negativa: "resultante de la acción de la negatividad sobre la unidad positiva de la norma universal".²⁸

Además la institución posee una función o finalidad oficial a cumplir que: "No basta con definir racionalmente una organización por

²⁶ Lourau: "El análisis institucional", 1988.

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

los servicios que ésta brinda o que está destinada a brindar".²⁹ También la institución posee funciones latentes, accidentales o informales que la finalidad oficial excluye.

"En primer término, la institución es un espacio singular. Es el lugar clausurado, marcado, lugar de la represión libidinal; un lugar dividido en el espacio y tiempo sociales, un lugar sometido a normas imperativas, que refleja en parte las normas sociales de la clase dominante acentuándolas...".³⁰

La institución abarcaría lo instituido (normas instituidas, lo que ya se halla establecido) y lo instituyente (el significado dinámico de la institución, se refiere al acto de instituir, de fundar, de modificar el sistema instituido).

Se señala el nivel simbólico en que se encuentra este concepto: "Lo que es simbólico en la institución es el hecho de representar, en un sector particular de la práctica social, el sentido del sistema social en su conjunto".³¹

Lourau señala tres niveles en el concepto de institución: estructura libidinal, organización e ideología: "La estructura libidinal revela la existencia de vínculos libidinales referidos al sistema de parentesco simbólico y que son de dos tipos: sustitución del ideal del yo por un objeto exterior (relación con el líder) e identificación (relaciones entre los miembros del grupo). Pero la diferenciación entre diversos tipos de instituciones (...) debe explicarse a través de las modificaciones en el plano de la organización y de la ideología".³²

Por último, este autor señala que no hay institución sin sustrato material, constituido éste último por la organización material, el componente tecnológico y el entorno físico.

Retomando el concepto de construcción social del p.s.e.a., por tal entendemos el proceso de condicionamiento recíproco entre las representaciones y las prácticas desarrolladas en torno a la s.e.a., tanto por los profesionales de la salud como por los distintos sectores sociales.

El concepto de representaciones alude a la articulación entre los modos de percibir, categorizar (o nominar) y significar (dar sentido) los p.s.e.a.. Al hablar de percepciones nos referimos a los significados que se atribuyen en primer lugar, a los síntomas observados en los episodios

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

³² Ibid.

concretos de la enfermedad. Las categorizaciones refieren a las definiciones taxonómicas de enfermedad y a las definiciones globales de salud, enfermedad, curación, etc. Por último, las significaciones se refieren al carácter evaluativo adherido a las categorizaciones.

Si bien Menéndez no utiliza la categoría "construcción social" del p.s.e.a. distingue diferentes procesos sociales que condicionan la constitución del mismo.

Respecto a la problemática de la enfermedad mental, Menéndez³³ reconoce la existencia de tres procesos relacionados con ella: el de etiquetamiento, la psiquiatrización de la vida y la represión de la diferencia.

En relación al primero de estos procesos, se plantea si existe un aumento real de las enfermedades mentales o si, por el contrario, solo aumenta el etiquetamiento de ciertas conductas como tales. Señala que ciertos autores se inclinan por esta última alternativa.

Algunos factores relacionados con el reconocimiento técnico y social de la enfermedad mental son: el aumento de la población; la concentración urbana y la disminución de la tolerancia social; los avances de la medicina que permite mayores expectativas de vida para sujetos débiles que antes morían (por ejemplo retardados profundos y ancianos); la organización de sistemas de seguridad social que posibilita este tipo de demandas; la relación entre aumento en tiempos y ritmos de producción (en especial en las industrias de punta) y el aumento de la enfermedad mental en los trabajadores; la difusión de la "ideología psiquiátrica" de curación y especialmente en América Latina, los fenómenos de desocupación y marginalidad que caracterizan estos países.

Autores como Becker y Goffman (con Durkheim, Merton y Parsons como antecedentes) al sostener que lo desviado es lo así catalogado por la sociedad dieron lugar a la conformación de la concepción del etiquetamiento, del cual Szasz constituye la versión extrema. Según este autor, la enfermedad mental no existe y toda problemática relacionada con ella es función del etiquetamiento en una sociedad que necesita uniformar y controlar cada vez más, y si bien el proceso de etiquetamiento es social, la psiquiatría habría jugado el papel técnico al conferir la categoría de enfermo mental a través de sus diagnósticos.

Menéndez señala las deficiencias de esta posición: en especial la falta de elaboración de un planteo que no permite explicar los procesos

³³ Menéndez, F.: Op. cit.

mediatizadores que generan la desviación y la exclusión de las dimensiones inconscientes (individuales y colectivas) del proceso de etiquetamiento, que aparece como intencional.

Sin embargo, la posición de Szasz converge con la de la antipsiquiatría y la psiquiatría italiana: "todos ellos van descubriendo en sus instrumentos profesionales formas de etiquetamiento y de constitución de enfermedad mental". ³⁴

Basaglia, como referente más reconocido de la psiquiatría italiana, considera que la estructura económica y productiva es la que determina la desviación: la mayor o menor tolerancia respecto de los comportamientos anormales se relacionan con los momentos de desarrollo o recesión económicos; la marginación ocupacional constituye el principal factor de etiquetamiento (afectando especialmente a los desocupados, ancianos e inválidos).

La limitación de este esquema teórico es que no explica el fenómeno de la enfermedad mental en los trabajadores incorporados al proceso productivo, ni de las neurosis de los sectores medios. ³⁵

El proceso de "psiquiatrización" de la vida es complementario al de etiquetamiento, mientras que éste controla la "diferencia", el primero haría lo mismo con la "normalidad" al convertir lo cotidiano en enfermedad, legitimando de esta manera, el control que ejerce sobre dicha cotidianeidad.

La psiquiatrización es un producto social en el que intervienen todos los sectores (no solo el hegemónico), aunque las estructuras de poder juegan un papel básico. Sin embargo, este proceso se da, sobre todo, en sociedades de capitalismo avanzado, en sectores medios y altos y en los que están continuamente incorporados en el proceso productivo. En América Latina, los Estados no pueden hacerse cargo económicamente de este proceso, "el Estado deja a la iniciativa privada hacerse cargo de los que pueden financiarse un tratamiento, los otros que se jodan." ³⁶

Por último este autor admite que, en líneas generales, se intenta controlar la diferencia en el sentido que, la misma, sería discriminada y homogeneizada. Aunque en algunas sociedades actuales de capitalismo avanzado existiría un amplio margen de aceptación de lo diferente. ³⁷

A pesar que los tres procesos señalados (etiquetamiento, psiquiatrización y control de la diferencia) hacen a la constitución de la

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid.

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

enfermedad mental, coincidimos con Menéndez en que no dan cuenta de la totalidad de la misma. Aceptar la cualidad desviante y etiquetadora de los sistemas no implica negar la locura o considerarla un mito (como lo hace Szasz): existen personas con padecimientos psíquicos graves que, generalmente, se traducen en sufrimiento y/o en una falta de adecuación a las situaciones sociales mas cotidianas.

En el otro extremo del p.s.e.a., la salud mental puede entenderse como una situación de bienestar psíquico, definido éste no sólo en términos subjetivos sino también social y culturalmente.

LA DIMENSION SOCIAL EN LA PRACTICA PSIQUIATRICA

La conceptualización teórica de la desviación apareció como problema a fines del siglo XIX, a través de la producción de los científicos sociales. Sin embargo, en la psiquiatría de ese siglo, lo social como etiología está casi totalmente ausente: tanto lo etiológico como lo curativo se plantean en términos individuales.

Sobre todo a partir de 1930, se empieza a considerar lo social, aunque desde una perspectiva puramente etiológica, en especial a través del psicoanálisis (consideraciones sobre el grupo familiar y el medio institucional hospitalario).

La situación de la Segunda Guerra Mundial facilita el énfasis en las relaciones sociales como generadoras de enfermedad mental y como técnica curativa (experiencias de la comunidad psicoterapéutica británica, hospital de día, etc.).

Durante la década del 50' y del 60' se desarrollan experiencias prácticas en EEUU, Canadá y Gran Bretaña donde se intenta transformar e incluso "disolver" la institución psiquiátrica en el contexto de las relaciones sociales "externas." ³⁸ También durante este período se produce un gran número de investigaciones sobre instituciones psiquiátricas. "El aporte de estas prácticas a nivel de unidades relativamente pequeñas (pequeño hospital, centro de salud, pequeña comunidad, grupo familiar); la crisis de las expectativas depositadas en los aportes específicos de las ciencias sociales en el nivel macrosocial y en el nivel etiológico; la toma de conciencia de los procesos de etiquetamiento procedentes de la propia práctica, condujeron al desarrollo de enfoques que podemos denominar como contextuales en ámbitos microsociales." ³⁹ Estos enfoques están representados por la antipsiquiatría británica y la escuela de Palo Alto, donde la contextualidad se convierte en el eje de sus trabajos y donde se resalta la importancia de los factores de opresión y jerarquización en el proceso de cura/desviación, incluyendo el papel del terapeuta y del enfermero que "aparecen (...) con funciones opresoras dentro de un sistema de relaciones sociales que él contribuye a instituir" ⁴⁰ (el psiquiatra y el enfermero).

Sin embargo, este autor señala el elitismo de la antipsiquiatría que acciona sobre microgrupos contruidos, y la reducción que la escuela de

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

Palo Alto efectúa de su práctica al limitarse al contexto relacional. En cambio, se destaca la práctica de Basaglia (a pesar de sus limitaciones teóricas) ya que lleva la práctica psiquiátrica hasta sus límites al intentar una intervención radical sobre la enfermedad.

Por otro lado, con respecto a la psiquiatría británica Streacher y Baruch ⁴¹ sostienen que experimentos como la "comunidad terapéutica" resultaron inocuos desde un punto de vista político.

En relación al papel del psicoanálisis en dicho contexto, estos autores afirman que:

"El hecho de que en Gran Bretaña el psicoanálisis se alinee de forma casi exclusiva al lado de la clase médica contribuyó a su ocaso como fuente de ideas radicales. (...) El resultado de ello son una ortodoxia y un conservadurismo que han sobrevivido a la obra interesante, pero en gran parte efímera, de Laing, Cooper y otros psiquiatras que se apartaron del redil en la década de 1960". ⁴²

En cuanto al psicoanálisis Menéndez señala que, aunque la concepción de Freud implique una apertura a los factores sociales, la práctica hegemónica psicoanalítica o bien no las considera (centrándose en los problemas que emanan de los conflictos internos del hombre) o bien lo hace en forma adaptacionista.

Además, se señala como otra limitación de la concepción psicoanalítica el etiquetamiento negativo de la mujer: "...el manejo práctico e ideologizado de los factores sociales, el etiquetamiento, o mejor dicho la contribución a seguir etiquetando en términos normales a más de la mitad de la humanidad como inferior, no es una casualidad". ⁴³

⁴¹ Streacher y Baruch: "Psiquiatría crítica". Ed. Grijalbo, 1982.

⁴² Ibid.

⁴³ Menéndez, E.: Op. cit.

FUNCIONES DE LA PSIQUIATRIA

Las funciones básicas de la psiquiatría son:

a) curar: El psiquiatra se mueve contradictoriamente entre sus objetivos como "hombre de ciencia" y como "mantenedor del orden": mientras que el primero intenta ayudar y curar al hombre enfermo, el segundo tiende a salvaguardar y defender al hombre sano. Basaglia se pregunta cual de éstos dos polos prevalece y " de que manera se puede presumir de curar a quien se sale de la norma, si nuestra principal preocupación es la adaptación a la norma y el mantenimiento de sus límites". ⁴⁴

b) controlar: Como dice Castel ⁴⁵ la psiquiatría es la práctica de la contradicción entre una finalidad terapéutica y determinadas funciones político-administrativas de control social: el "loco" al ser irresponsable de sus actos no puede ser objeto de sanción pero como fuente de desórdenes se lo reprime aunque de manera distinta a los que han transgredido las leyes voluntariamente.

c) normatizar: "...toda sociedad hace de la enfermedad lo que mas le conviene y (...) es la apariencia social así construída la que será determinante en sus evolución sucesiva". ⁴⁶ Es en este sentido que puede hablarse de la estrecha relación que existe entre psiquiatría y política, ya que la primera defiende la norma definida por cierta organización político social.

d) inducir a la producción: la psiquiatría busca, entre otras cosas, mantener a la gente en su función, es decir, recuperar al hombre enfermo para el trabajo en el menor tiempo y con el menor costo posible.

Básicamente, los profesionales de la salud mental se asumen como funcionando para curar. Si bien algunas prácticas evidencian la función controladora a nivel conciente, ésto no es lo hegemónico. La misma situación puede señalarse para la función de normatización incluso en aquellas corrientes que se conciben como educadoras.

En cuanto a la función productiva pueden distinguirse dos niveles: uno de ellos se relaciona con la reproducción de esta práctica profesional, la que se expresa en la creación de fuentes de trabajo, donde la ampliación del personal requerido se legitima ante la expansión de la

⁴⁴ Basaglia, F.: "La institución negada". Ed. Banal, 1972.

⁴⁵ Basaglia y otros: "Los crímenes de la paz". S. XXI, 1981.

⁴⁶ Basaglia, F.: Op. cit.

práctica médica. El otro nivel de esta función es la que se relaciona con su incidencia en el proceso productivo: la capacidad productiva de los conjuntos sociales aparece como un indicador de salud. También aquí la función productiva se deriva hacia la función curativa. Puede señalarse la articulación de estas funciones en la práctica: "Tanto en la función de control, como en la de producción se cumplen funciones educativas normatizadoras que la práctica psiquiátrica desconoce en su mayoría, refiriendo el proceso de educación a indicadores de curación y rehabilitación aceptados como dados". ⁴⁷

Además, es necesario indicar que las funciones de control y normatización son ejercidas solo secundariamente por la psiquiatría ya que estas funciones son cumplidas, básicamente, por instituciones como las de educación, medios de comunicación, medios de represión directa, etc.

Específicamente para América Latina, Menéndez afirma que la psiquiatría cumple su función curativa solamente en aquellos sectores con posibilidades de pagar el tratamiento mientras que el resto de la población carece, casi en absoluto, de estos servicios.

Las funciones productivas son de poca importancia debido al fenómeno de desocupación y las funciones de control y normatizadoras se ejercen muy limitadamente, reduciéndose al carácter ejemplarizador de la imposición del encierro a algunos desviados.

Esto se relaciona con la imposibilidad de los Estados latinoamericanos de responsabilizarse de los problemas de salud mental. De aquí la necesidad de los conjuntos sociales de recurrir a la medicina tradicional (curanderos, por ejemplo), que demuestran la efectividad de sus prácticas en casos de psicosis agudas o fenómenos de histeria, por ejemplo. ⁴⁸

⁴⁷ Menéndez, E.: Op. cit.

⁴⁸ Ibid.

OBJETO DE ESTUDIO Y LIMITACIONES METODOLOGICAS

En un principio la problemática que nos habíamos propuesto investigar era la relación entre las representaciones acerca de la s. e.a. mental con la población efectivamente atendida en una institución psiquiátrica concreta. Posteriormente el acceso al campo y las limitaciones metodológicas consecuentes con él, influyeron en la formulación de una problemática diferente.

En efecto, la posibilidad de acceder a la clínica B de la zona sur del Gran Buenos Aires conllevó serias limitaciones en la metodología a emplear. Para explicitar ésto último detallaremos la manera en que se nos permitió realizar nuestro trabajo de campo en una clínica psiquiátrica privada.

A partir de relaciones personales entabladas previamente a la investigación, con un psiquiatra que trabaja como subdirector de la clínica en cuestión, gestionamos la autorización para efectuar nuestro trabajo de campo en ese lugar.

El pedido de dicha autorización fue formulada por escrito al director y dueño de la clínica.

A pesar que casi inmediatamente se nos permitió realizar nuestro trabajo de campo, el mismo quedaba sujeto a una seria limitación: la de no entablar contacto con los pacientes.

De esta manera, la posibilidad de entrevistar a los pacientes y/u observar las prácticas profesionales, quedó truncada.

Asimismo, el relevamiento de las historias clínicas de los pacientes nos fue negada por los directivos de la institución en cuestión. Y si bien el psiquiatra que ayudó a gestionar nuestro acceso al campo, nos entregó cierta información extraídas de las historias clínicas de los pacientes que, en ese momento, estaban internados, nos pareció que las fuentes de las cuales podríamos relevar nuestros datos resultaban insuficientes.

De esta forma resolvimos replantearnos nuestra problemática de investigación. Metodológicamente, la observación fue imposible de efectuar, por ello decidimos trabajar las representaciones del personal de salud en relación a cuatro ítems que nos parecieron relevantes: clasificación de las enfermedades mentales; funcionalidad de los hospitales/clínicas psiquiátricas; función de psiquiatras y psicólogos y concepción acerca de la s.e.a. mental.

Básicamente empleamos la entrevista en profundidad como elemento metodológico. Nos propusimos efectuar una serie de entrevistas a cada uno de los integrantes del plantel de salud de la clínica B.

Debido al incesante recambio de personal pusimos como objetivo entrevistar a toda aquella persona empleada en esta institución psiquiátrica que tuviera, al menos, 6 meses de antigüedad en su puesto de trabajo; prestando importancia de esta forma, a la acumulación de experiencia recabada en el mismo.

La recepción recibida por nuestros entrevistados fue cálida. La misma fue mediada por el profesional directivo que nos ayudara a acceder al campo.

Es importante destacar que, en varias oportunidades, lejos de sentirse "invadidos" por el investigador-extraño que les formulaba preguntas y definiciones sobre diferentes temas, en especial los profesionales, se mostraron gratificados ante la situación de entrevista. La misma fue abierta y la posibilidad de realizar una serie de citas con el personal de salud de esta institución psiquiátrica, nos permitió repreguntar y profundizar en los significados y valoraciones de los informantes.

Asimismo, resultó relevante una serie de charlas informales que mantuvimos con el directivo que nos facilitara nuestro acceso al campo.

El trabajo de campo fue realizado en, aproximadamente, seis meses (de octubre del 91' a marzo del 92'). La mayor parte del mismo se efectuó en la zona de consultorios externos pero una parte de él se realizó en domicilios o consultorios particulares de los profesionales.

La extensión horaria de cada entrevista fue variable pero es importante destacar que no hubo directivas institucionales acerca del mismo. El límite de las entrevistas era fijado por el informante (ya sea por compromisos previos o por cansancio).

Para el análisis de los testimonios nos pareció pertinente agrupar a los entrevistados por las actividades que desarrollaban en la institución (más allá de su formación; así por ejemplo uno de los médicos de guardia era psiquiatra pero no fue incluido en el grupo de los mismos sino en el que correspondía a su actividad).

Por último, creemos necesario destacar que en este estudio de caso, las conclusiones son válidas únicamente para él, ya que no pretendemos realizar generalizaciones.

BREVE RESEÑA HISTORICA DE LA PSIQUIATRIA ARGENTINA

Hasta fines del siglo XVIII la psiquiatría argentina se encontrará influenciada por la psiquiatría europea. ⁴⁹

Foucault ⁵⁰ se refiere al tratamiento social de la locura en Europa (principalmente Francia, Inglaterra y Alemania) a partir del modelo que denomina "el gran encierro". Este se relaciona con la creación institucional del confinamiento de "pobres" (mendigos y desocupados) y locos, que se desarrolla a partir del siglo XVII y que asigna a estos actores el papel jugado por los leprosos en la Edad Media.

La red de Hospitales Generales que cumplen esta función en Francia revela su carácter represivo antes que médico: "...el Hospital General no es un establecimiento médico. (...) Soberanía casi absoluta, jurisdicción sin apelación, derecho de ejecución contra el cual nada puede hacerse valer; el Hospital General es un extraño poder que el rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la represión". ⁵¹

La emergencia de un nuevo personaje en Europa, el del "internado", estaría ligada a la preeminencia de una valoración ética según la cual pobres y locos son divididos en "buenos" y "malos" en tanto acepten el confinamiento como una actitud de beneficencia o lo consideren en términos represivos, respectivamente.

La condenación moral dirigida hacia al ocio, convierte a esta institución en la culminación de una serie de medidas dispuestas para terminar con el desempleo y la mendicidad, que funciona, en los períodos de crisis económica, en torno a un eje puramente represivo a través de la "reabsorción de los ociosos y protección social contra la agitación y los motines", ⁵² y en los períodos de expansión económica a través de la asignación de trabajo a los internados, se busca regular los precios del mercado.

"Entre los muros de los internados es donde Pinel y la psiquiatría del siglo XIX volverán a encontrar a los locos; es allí -no lo olvidemos- donde los dejarán, no sin gloriarse de haberlos liberado". ⁵³

⁴⁹ Guerrino A., y otros: "Síntesis evolutiva de la psiquiatría argentina". Boletín de la Academia

⁵⁰ Foucault, M.: "Historia de la locura en la época clásica". Fondo de cultura económico, 1990.

⁵¹ Ibid.

⁵² Ibid.

⁵³ Ibid.

Pinel se habría mostrado indiferente hacia la elaboración teórica y la construcción de clasificaciones. Enfatizará, en cambio, la observación de hechos clínicos y datos estadísticos. ⁵⁴

En Argentina, en el contexto de la organización nacional, comienza a primar el paradigma positivista al mismo tiempo que se constituye un sector médico al servicio de los objetivos del Estado. ⁵⁵

Depalma ⁵⁶ *al mismo tiempo que reconoce la falta de información sobre el tema, ubica hacia 1799 el tratamiento de los enfermos mentales en dos ranchos contiguos al edificio del hospital ubicado entre México y Defensa, "siendo éste un verdadero depósito de crónicos, con escasa o ninguna posibilidad de recuperación. La atención y la terapéutica eran nulas".* ⁵⁷

Durante la primer mitad del siglo XIX, Alcorta elabora la primer tesis psiquiátrica inspirada en la obra de Pinel. Acepta su clasificación de enfermedades mentales (melancolía, manía, demencia, idiocía), centrándose en la manía aguda (equivalente de lo que Loudet llama síndrome maníaco descrito como una excitación psicomotriz), aunque en la Argentina predominaría la depresión melancólica. Destaca la importancia del tratamiento higiénico y, sobre todo, del tratamiento moral ("El hecho de hablar con el enfermo, de inquirir los motivos de sus reacciones..."). ⁵⁸

En la tesis de Alcorta puede apreciarse la equivalencia de los conocimientos psiquiátricos de la época entre nuestro medio y el europeo.

⁵⁹

En 1854 se crea el Asilo especial para mujeres y el Asilo de Dementes. Hasta el momento los enfermos mentales eran internados en los Hospitales Generales de hombres y mujeres.

Loudet ⁶⁰ *destaca los nombres de Bosch, Eguía y Meléndez como directores de aquellas instituciones.*

En 1884 se crea la asignatura Patología Mental en la Academia de Medicina de la que se hace cargo Meléndez. Esta cátedra adhirió a la Escuela Somática y a la doctrina de la degeneración hereditaria.

En 1879, Meléndez publicó con Coni una estadística sobre alienados, en Buenos Aires, donde se destaca el aumento creciente de enfermos mentales, hacinamiento en los asilos y abuso en las admisiones de

⁵⁴ Cignoli, F.: "Apostillas psiquiátricas". Revista argentina de neurología y psiquiatría, 1969, V. 25

Nº 59.

⁵⁵ Kohn Loncarica y otro:

⁵⁶ Depalma, D.: "Historia de la psiquiatría infantil en la Argentina". Archivos argentinos de pediatría,

1977, 75 Nº 6.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Loudet: "Historia de la psiquiatría argentina". Ed. Troquel, 1971.

⁵⁹ Lardies Gonzáles: "Análisis histórico de las primeras tesis psiquiátricas en Bs. As." La semana

médica, 1967, 130 Nº 10.

⁶⁰ Loudet: Op. cit.

internos. Atribuyó a la locura causas "evidentes" como la "influencia de la edad, la nacionalidad, la instrucción, la ignorancia, las profesiones, la religión". ⁶¹

En 1887 se inaugura el Hospicio de las Mercedes con Meléndez como director quien crea pabellones para presuntos alienados y de alienados delincuentes. Cabred, quien ejerce como subdirector de esa institución suprime las celdas y medios violentos de contención estableciendo el peculio para los internos que trabajaban en los talleres del hospital. Además creó la Comisión de Hospitales y Asilos Regionales; la Colonia Nacional de Alienados de Luján, Primer Asilo de puertas abiertas (hoy Colonia Nacional Dr. D. Cabred); Asilo Colonia Regional Mixto de Alineados de Oliva en Córdoba; Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados de Torres, Bs. As. y el Asilo Nacional Nocturno en Capital Federal.

En 1911, Cabred funda la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal.

Borda formula una clasificación de enfermedades mentales que "no ahonda en la etiología ni en la patogenia. Es una clasificación de cuadros clínicos..." ⁶²

La cátedra de Psiquiatría infantil es fundada por G. Bosch en la Universidad del Litoral.

Loudet destaca la importancia de la obra de Ramos Mejía ("La neurosis de los hombres célebres en la historia argentina", "La locura en la historia", "Rosas y su tiempo") en la que aplica al conocimiento de ciertos puntos históricos, los "métodos" de la fisiología y patología.

Ingenieros, también, es una figura relevante que en sus escritos ("Simulación en la lucha por la vida"; "Simulación de la locura"; "La psicopatología en el arte"; "La locura en la Argentina", etc.) analiza el principio de Darwin de supervivencia del más apto y la simulación como medio de lucha por la vida a través del estudio de la psicología de los simuladores humanos, la simulación de la locura en general y en los delincuentes en particular.

⁶¹ Ibid.

⁶² Ibid.

Junto con De Veyga dirigirá el Servicio de Observación de Alienados creado a partir del Depósito de Contraventores al que son "enviados todos los vagos, los atorrantes, los invertidos y lunfardos recogidos por la Policía de la Capital". ⁶³

Se destaca la labor de A. Korn como director del Melchor Romero (1897-1917), quien construyó el comedor para el manicomio de hombres y el pabellón Lombroso, estableció el sistema terapéutico de laborterapia y fundó las primeras seis colonias agrícolas.

Desde 1891 hasta 1970 fueron elaborados 14 proyectos de ley sobre alienados, 17 proyectos sobre alcoholistas; 7 proyectos sobre toxicomanías y 3 sobre vagos y mendigos pero lo único que se concretó fue la creación del Registro de Incapaces del Instituto Nacional de Salud Mental y la denuncia obligatoria del toxicómano.

Loudet ⁶⁴ ***distingue cuatro etapas en la historia de la psiquiatría argentina. La primera de ellas es la carcelaria en que se mezclan y confunden alienados y delincuentes. La segunda es la asilar en la que los enfermos mentales son separados de los delincuentes aunque no existe asistencia médica propiamente dicha. La tercera es la hospitalaria cerrada en que "los internados ascendieron a la categoría de enfermos y fueron tratados como tales, predominando el criterio de peligrosidad. Las construcciones tenían el aspecto de conventos o prisiones con muchas rejas y pocas puertas".*** ⁶⁵

La última etapa es la hospitalaria abierta que, según Loudet, correspondería al período actual y en la que las instituciones para alienados serían "libres como un hospital común", aislándose únicamente a los agudos y peligrosos.

Goldenberg y otros ⁶⁶ ***destacan la labor desempeñada por el Servicio de Psicopatología y Neurología del Policlínico Alfaro de Lanús, el que funciona desde 1956.***

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Loudet y otro: "Historia de la Enseñanza de la clínica siquiátrica en Bs. As. La semana médica, 1969

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Goldenberg y otros: "La siquiatría en el Hospital General". La semana médica, 1966 128 N° 1.

CARACTERIZACION DE LA CLINICA B

Esta institución fue creada en 1986 por el profesional (médico psiquiatra) que ocupa el cargo de director de la misma. La clínica resultó de la remodelación de una casa particular, encontrándose en ese momento, en un período de expansión de su estructura edilicia. La conformación de la misma muestra, a simple vista, una distribución espacial asociada a las diferentes modalidades de atención: a) el área de internación; b) el área de consultorios externos y c) el área de hospital de día.

Actualmente, la primer área cuenta con una habitación de seguridad, dormitorios colectivos con un total de 36 camas, 14 baños, un comedor, dos patios internos y un consultorio.

A la segunda área se accede desde el exterior, a través de una puerta permanentemente cerrada con la indicación (expresada en un cartel) de anunciarse por el portero eléctrico. Este lugar cuenta con una recepción-sala de espera donde, aparte de la distribución de asientos y un escritorio utilizado por la recepcionista, se caracteriza por la presencia de una cámara de video y numerosos carteles con indicaciones (por ejemplo, sobre horarios de visita, restringiendo el acceso a otras áreas, etc.). Desde allí un par de escaleras, respectivamente, conducen al sector de administración y a un amplio salón (aproximadamente 30 metros cuadrados) utilizado para las actividades de hospital de día. Además, un par de puertas comunican el lugar con dos consultorios (cada uno con escritorio y sillas) y otro par de puertas (siempre cerradas, desde adentro sólo pueden abrirse con una llave) comunican con el área de internación. A través de una ventana con barrotes, se visualiza uno de los patios internos.

En cuanto al personal y modalidades de atención, se comenzó trabajando con un plantel de psiquiatras y una laborterapista, en el desarrollo de actividades de internación y de atención ambulatoria en consultorios externos. Posteriormente, fueron incorporadas psicólogas y, muy recientemente, una musicoterapeuta.

En el 90' se comenzó a trabajar con la modalidad de atención llamada hospital de día y, recientemente, se creó un grupo terapéutico para adolescentes.

Actualmente, el plantel de profesionales está constituido por cuatro psiquiatras (incluyendo el personal directivo), dos psicólogas, una

laborterapista y una musicoterapeuta. Desde que comenzamos el trabajo de campo (octubre del 91') fue incorporada una psiquiatra y, en cambio dos psiquiatras dejaron de trabajar en la clínica.

Salvo un caso, las edades de estos profesionales se ubican por debajo de los 35 años.

En cuanto a su formación, los psiquiatras provienen de la Universidad de La Plata; las psicólogas y la musicoterapeuta de la Universidad de El Salvador y la laborterapista realizó estudios relacionados con el área en el extranjero. A excepción de esta última, los demás manifestaron una explícita adhesión al "marco teórico" del psicoanálisis (tres de ellos a partir de la obra de Lacan).

Respecto a lo que entienden en la clínica por psicoanálisis, se lo diferencia, a nivel de la práctica, del "psicoanálisis ortodoxo" el cual no podría ser aplicado debido a los condicionamientos sociales de los pacientes. En vez de ello el tratamiento consistiría en una "psicoterapia con orientación psicoanalítica" en la cual se trata de "rescatar un poco el inconsciente de la persona" (psiquiatra).

La división del trabajo en cuanto a las áreas de atención no es estricta: si bien una pareja de profesionales (formada por un psiquiatra y una psicóloga) es asignada al área de internación, y otra pareja al área de hospital de día, estos psiquiatras también atienden los consultorios externos, lo mismo ocurre con alguna de las psicólogas y, especialmente, en el caso del personal directivo, puede atender pacientes de las tres áreas. El grupo terapéutico de adolescentes se encuentra a cargo de las psicólogas.

Las áreas de internación y hospital de día incluyen, también, sesiones grupales de laborterapia y musicoterapia.

Por otro lado se encuentra el grupo de los médicos de guardia constituidos por seis médicos clínicos y cirujanos. Hubo cuatro reemplazos (uno de ellos era médico psiquiatra). La mayoría de ellos se formaron en la Universidad de La Plata.

El grupo de enfermeros, que se caracteriza por su alta movilidad, se distribuye por pares en cada uno de los turnos de trabajo (mañana, tarde y noche).

Además, en cada uno de los turnos diurnos trabaja un par de mucamas (este grupo también se caracteriza por el continuo reemplazo de personal).

Los otros miembros del personal son: una cocinera, dos empleadas administrativas, una recepcionista y un colaborador (estudiante de psicología).

El personal de la clínica describe su medio de trabajo por su "clima familiar": "Se trata de darle a la clínica una dinámica familiar, porque considero que toda clínica debe ser, primero, reducida en cuanto al cupo de gente porque sino se genera adentro de la clínica, lo que el paciente siente afuera como una cosa despersonalizada. Primero que sea una clínica chica y que tenga un clima familiar; ojo si está acá es porque en la familia muy bien no le va, pero familiar en cuanto al trato afectivo, no afectivo en tanto franeleo, sino a modo de contención, de protección." (psiquiatra)

"...para mi es como si no estuvieran enfermos, como si fueran toda una familia, que hay que ayudarlos mucho..." (enfermera).

"...ésto es como en tu casa (...)vos viste que en tu casa con tu mamá o con tus hijos..., yo con mis hijos a veces chocamos, bueno acá me pasa lo mismo, porque a mi es como que es una familia ésto..." (mucama)

El "modelo familiar" de la clínica evidencia uno de los rasgos del submodelo corporativo privado: el de la estructuración jerarquizada de las relaciones internas,⁶⁷ donde por lo menos en este caso, la posición de cada miembro está definida, fundamentalmente, por el tipo de saber del que es portador.

Este saber es caracterizado en términos cuantitativos (años de formación; cualitativos (mayor o menor científicidad del mismo) o por un combinación de ambos (la mayor antigüedad de una ciencia es la que aseguraría la mayor "dureza" de la misma).

De esta manera, aunque los propios psiquiatras consideran que su especialidad es subestimada dentro del campo general de la medicina ("La ventaja de esta especialidad es que cada uno puede elegir lo que quiera, por eso dicen que somos chantas, que somos unos degenerados" - psiquiatra-), los otros miembros de esta institución (la mayoría), los ubican en la cúspide de esta jerarquía y no sólo por la obviedad que son psiquiatras los que ocupan los puestos directivos, sino por una asociación de los factores ya mencionados al género masculino de la mayoría de los psiquiatras de la clínica B, que los colocaría en un papel de "padres"

⁶⁷ Menéndez: Op. cit.

dentro de esta metafórica estructura familiar de la institución psiquiátrica.

El saber de las psicólogas y de las terapistas, "menos exacto" y adquirido en menor cantidad de años, marcaría su posición subordinada a los psiquiatras.

"...lo más fuerte es el psiquiatra; porque yo pienso que los entiende más (a los enfermos); tiene más estudio (que las psicólogas), entiende más a la gente; las psicólogas también porque son muy dulces. Yo pienso que por ser hombre, el psiquiatra entra más (...), por ser hombre y por ser psiquiatra (...), pienso que son un poquito más que las psicólogas; para mí el psiquiatra es tener fuerza (...), la psicóloga acompaña al psiquiatra." (mucama)

"...lo que sería lo científico, sería la medicina, de la facultad de medicina y lo no científico, más paramédico, porque ya no es tan exacto, ni tan evidente ni tan comprobable, a lo que sería las psicoterapeutas o las terapistas (...), la medicina tiene muchísimos años más, esto no quiere decir que tenga una mejor calidad, tiene más cantidad. Pero también es cierto que en este mundo el peso de los valores también corre por esa jerarquía de más.(...) el médico, el doctor, tiene una imagen mucho más paternal que por ahí nosotros, desde nuestra función, también se la damos." (terapeuta grupal)

'...nunca creí mucho en el psicólogo. Si, ojo, en el psiquiatra, para mí el psiquiatra sabe todo. Los veo como que saben más (...) el psiquiatra llega más profundo que el psicólogo, aparte sabe medicar. (...) aparte por la experiencia misma con los pacientes, la mayoría quieren más al psiquiatra que al psicólogo (...). Fulano (un profesional de la clínica) me explicaba que la psicóloga es una ayuda para el psiquiatra." (enfermera)

"...los psicólogos no sirven para nada, es innecesaria la implementación de una carrera universitaria de cinco años donde ven a un montón de autores que.., mientras que la psiquiatría es suficiente para tratar las enfermedades mentales." (médico de guardia)

"...los pacientes que están internados acá están en un medio donde reciben el apoyo necesario por parte de los médicos y de sus asistentes los psicólogos..." (médico de guardia)

Otras relaciones claramente jerarquizadas, son las que incluyen a los grupos de mucamas y enfermeras que se expresan en las protestas de los médicos de guardia respecto de ellas (por ejemplo:"introduciría

cambios respecto a algunos roles que están invertidos, me refiero a las enfermeras que se toman demasiados atributos" -médico de guardia-) y de las enfermeras respecto a las mucamas y a sus relaciones con otros miembros del personal ("No doy una aspirina a un paciente sino consulto con el médico de guardia, soy muy derecha en ese sentido, no paso a nadie por arriba, entonces como yo respeto mi lugar, quiero que me respeten (...) Si viene un médico tratante de tal paciente y para eso estoy yo, no me gusta que venga y le diga a la mucama (...), ellas cada una en su trabajo, porque es lo que yo veo conveniente, ahora si quiere entrar en mi trabajo no se lo permito porque soy yo la enfermera.")

En estos fragmentos de las entrevistas se vislumbra otro de los rasgos del submodelo corporativo privado: nos referimos a la profundización de la división técnica del trabajo, estrechamente asociado al rasgo ya descrito (estructuración jerárquica de las relaciones internas, de acuerdo al tipo de saber).

Si bien esta división técnica del trabajo en un principio parece ser estricta, existen testimonios que muestran como en esta pirámide jerarquizada los miembros del personal de la clínica B, tienden a colaborar entre ellos. Así, por ejemplo, las actividades de las enfermeras se superpone con la de los médicos de guardia en lo que refiere a la preparación de la medicación.

También las mucamas colaboran con las enfermeras, por ejemplo, cuando se cae algún paciente. Además los médicos de guardia reemplazarían a los profesionales del staff de la clínica, en especial durante la noche en la que puede darse una situación similar a la de la psicoterapia, cuando aquellos tratan de contener a un paciente en crisis.

De esta manera, si bien esta división del trabajo se mantiene, hay zonas grises en las que las tareas se superponen para diferentes miembros del personal de salud.

En cuanto a la estructuración jerárquica de las relaciones internas, de acuerdo al tipo de saber, se podría considerar que por su formación médica, los médicos de guardia ocuparían un lugar de poder por encima de las psicólogas y terapistas grupales. Sin embargo, existen indicios en la organización del trabajo de la clínica que revierten ésto último. Así, por ejemplo, una vez a la semana se reúnen los psiquiatras, psicólogos y terapistas grupales para determinar el tratamiento a seguir con los diferentes pacientes. En estas reuniones también se decide el alta de los

mismos. Este tipo de decisiones (importantes, evidentemente) son tomadas por estos profesionales, excluyendo a los médicos de guardia.

Además, al tratarse de una institución psiquiátrica pequeña, y tal como lo revelan las quejas de algunos de los miembros del personal, no siempre se respeta la jerarquía en las relaciones internas: muchas veces las enfermeras se ponen en contacto directamente con el personal directivo, en vez de consultar al médico de guardia.

Como resulta obvio el paciente internado ocupa el último lugar en la jerarquía de las relaciones internas de la clínica. Su subordinación al resto de los integrantes del mundo interno institucional (tal como lo describe Menéndex en su MMH), lo coloca en esta "familia psiquiátrica" en el lugar del hijo, ya que depende en todo sentido, de los demás miembros de la clínica, desde los permisos para salir o el alta, o el permiso para recibir visitas hasta las cosas más cotidianas (horarios de comidas, etc.).

PRACTICAS DE PSIQUIATRAS Y PSICOLOGAS.

La forma en que estos actores relacionan sus prácticas con las características de la población atendida, sólo ocasionalmente incluye alguna consideración sobre factores sociales; las mismas aparecerían como 'modeladas' por los rasgos individuales de cada uno de los pacientes.

De esta manera uno de los profesionales destaca la imposibilidad de "aplicar un análisis ortodoxo; no es un psicoanálisis ortodoxo se trata de adaptar la práctica a una orientación analítica. Rescatar un poco el inconsciente de la persona (...); por las características institucionales, por las características de tiempo, dado hoy las circunstancias socio-económicas que se vive es muy difícil (...) citar a la persona las veces que sea necesario." (psiquiatra).

Pero incluso cuando se manifiesta explícitamente que un "nivel cultural bastante primitivo" (psicóloga) de una paciente, determina la imposibilidad de desarrollar una psicoterapia mas profunda, si en principio el "margen cultural, necesario para poder encarar ese tipo de práctica, es definido en relación "a su familia, a su contexto, a lo social en que se mueve, no nivel económico", inmediatamente se prefiere sustituir la categoría "nivel cultural" por la " capacidad de insight" del paciente (psicóloga).

Si una "práctica psicoanalítica" aparece como la más valorada ("el psicoanálisis es el único que va a la causa, que combate el germen, todo lo demás es paliativo, de alguna manera sintomático" -Psiquiatra-; "...el psicoanálisis porque no apunta ni a la resolución de las conductas, ni a la desaparición de los síntomas, ni a la adaptación, apunta a otra cosa, apunta a un cambio de posición subjetiva" (psicóloga), la misma es adaptada a situaciones no contempladas en la formulación teórica del dispositivo psicoanalítico. Este, identificado como "psicoanálisis ortodoxo" solo sería aplicable en un consultorio particular, con determinado tipo de patologías (ciertas neurosis) y con pacientes con "buen nivel social, cultural y económico".

Esto último no invalida la práctica psicoanalítica en la institución. Una de las psicólogas, por ejemplo, no está de acuerdo en que sólo los neuróticos puedan psicoanalizarse, ya que éste último tratamiento sólo requiere de la demanda del paciente.

Dicha afirmación es confirmada por uno de los psiquiatras quien asegura que el tratamiento a seguir depende de la constitución afectiva e intelectual del paciente.

Si bien el grave deterioro de algunos pacientes internados impediría la práctica psicoanalítica, ésta no es descartada en especial para los pacientes de consultorios externos.

Coincidimos con el trabajo de Visacovsky, ⁶⁸ en cuanto a que los profesionales del staff de la clínica se caracterizan por "a) la identidad psicoanalítica de la práctica profesional. Esto no solo suponía un corpus de significaciones teóricas y clínicas" sino también una posición respecto a la relación con las instituciones. Como ya aclaráramos anteriormente, nos ocupamos de una clínica privada que trabaja prioritariamente con obras sociales, es decir, existe un pago por los servicios que se prestan, sin embargo (y ésta es una característica de la institución) los pacientes no eligen a su terapeuta/s sino que éste es asignado de acuerdo a como se desarrolla su trabajo.

No hay, en cambio, un "malestar" por la ausencia de un sueldo, ⁶⁹ aunque en algunos casos se señale otro tipo de "malestar" generado por la falta de compromiso de los compañeros en el trabajo, la cual se traduce en realizar el trabajo con "desgano", no "investigar" al mismo tiempo que se efectúan esas prácticas o simplemente en anteponer asuntos de orden organizativo al del bienestar de los pacientes. Por ejemplo: por razones de orden interno se intercambian las "parejas" formadas por un psiquiatra y una psicóloga asignados respectivamente al área de internación y al área de hospital de día con el consiguiente efecto negativo sobre los pacientes.

Nos llama la atención que uno de los profesionales utilice el término "institución" como sinónimo de "instituciones estatales", negando implícitamente el carácter institucional de la clínica donde trabaja.

Por otro lado, también en coincidencia con lo expuesto por Visacovsky, se visualiza una idéntica posición en el caso de un colaborador con el staff de la clínica, el que asume "lo institucional como campo de exploración" y si bien se rebela contra la falta de "espacios rentados", en principio, aceptaría el "pago -sustituto" constituido por la "formación". ⁷⁰

⁶⁸ Visacovsky: "Qué sabe la teoría de sí misma? La cuestión de las relaciones del psicoanálisis con el hospital desde la lógica de las prácticas". Cuadernos de antropología social N° 5, 1991.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid.

En la institución psiquiátrica B tanto psicólogos como psiquiatras efectuarían, una "psicoterapia" caracterizada por la "lectura analítica del discurso del paciente", en aquellos casos en que la/s "potencialidad/es" (afectivas e intelectuales) del mismo, lo permitan. En su defecto, se practicaría una psicoterapia que apunta a la "contención, apoyo, orientación". Y, en el peor de los casos (exclusivamente respecto a los psiquiatras), la atención se limita a recetar medicación y "controlar" sus efectos.

Dichas "potencialidades" individuales se vinculan, a la vez, con el tipo de demanda que efectúa el paciente: "puede haber una demanda de cualquier cosa, puede haber una demanda de cura, una demanda de amigo, una demanda de resolver problema y no una demanda de análisis" (psicóloga). "Cuando uno tiene el diagnóstico sienta ciertas pautas pero en definitiva el que va a marcar el ritmo del tratamiento es el paciente, lo que el paciente demanda. Si viene un paciente con buen nivel, buen nivel afectivo que claramente quiere rectificar o que quiere plantearse que es lo que está pasando, no va a aceptar a un psiquiatra clásico que le dice 'tómese tres gotitas de halopidol, lexotanil o cualquier otra cosa', va a querer ir más allá" (psiquiatra). "...yo creo que no es para todos (el psicoanálisis) porque no todos demandan pero no porque algunos sean neuróticos o psicóticos" (psicóloga).

"Potencialidades-"demanda" por parte del paciente y "diagnóstico"- "tratamiento" por parte del profesional se encontrarían mutuamente imbricados en la práctica de estos actores: para "demandar" un "tratamiento mas profundo" es necesario poder hacerlo y, al mismo tiempo, esta "potencialidad" será evaluada, entre otras cosas, a los fines de arribar a un "diagnóstico", indispensable en tanto guía de la estrategia terapéutica.

Las quejas de los profesionales van dirigidas principalmente contra los tiempos largos de internación (caracterizan a la clínica como una institución de agudos), contra la internación de enfermos crónicos (especialmente ancianos) y si bien "lo social" aparece como una dimensión importante en el discurso de estos sujetos, siempre es secundarizada cuando tienen que dar cuenta de sus prácticas, así la mayoría de los pacientes de internación y hospital de día son mujeres, amas de casa, para lo cual las explicaciones que suelen darse, se remiten a características "naturales" femeninas (mayor sensibilidad a los

problemas, "Mas corazón que cerebro"(médico de guardia) lo cual redundaría en una mayor demanda de servicios por parte de las mujeres.

Incluso cuando se señala una conexión entre la enfermedad mental y las obras sociales ("cada obra social tiene su patología particular"-psiquiatra-) se enfatiza la dimensión psicológica que incide en la elección de ocupación: "...los choferes tienen otra (patología) por eso la gente maneja, por eso la gente es chofer (...); las maestras, las grandes neurosis, las neurosis obsesivo-fóbicas, por eso eligen estar con los chicos, porque les va mejor con los chicos que con los grandes (...), por eso se dedican a ser maestras" (psiquiatra).

PRACTICAS DE LAS TERAPISTAS GRUPALES

Existe otro tipo de servicio para los internados y la gente de hospital de día. Nos referimos a las sesiones grupales de laborterapia y musicoterapia.

A partir de las entrevistas vemos como intervienen las características personales y de formación de los profesionales en sus prácticas.

Por un lado la laborterapeuta tiene características mas pedagógicas que terapéuticas, es decir, la manera en que se relaciona con los pacientes tiene que ver con una forma de enseñanza de utilización de materiales plásticos. Si bien se alude a la creatividad de los individuos, las tareas se programan grupalmente y se las dirige mas bien pedagógicamente ante las dificultades provenientes de la enfermedad de los pacientes. La laborterapeuta define a esta actividad como un código no tan riguroso pero si más profundo.

A las actividades educativas y terapéuticas (porque en definitiva lo que se busca es que los pacientes puedan expresarse a través de medios plásticos) se agregan las de observación. En otras palabras, se observa como "evoluciona" un paciente y después, ésto, se comenta en las reuniones de equipo que periódicamente realizan los profesionales. Lo primero que sobresale es la confrontación entre lo conductual/verbal y grupal/individual con la práctica tradicional psiquiátrico-psicológica (por lo menos la que se practica en la clínica). Se destaca que la mayoría de los profesionales sean de una misma generación como factor integrador del grupo. Contradictoriamente las diferentes formaciones o adhesiones teóricas también son evaluados como un elemento positivo, que, en definitiva, beneficia al grupo de profesionales y a los pacientes.

Se destaca que si bien la laborterapia o la musicoterapia están menos difundidas que la psiquiatría o la psicología, la gente las prefiere a esta última porque lo pone en contacto directo con su conflicto mientras que las otras terapias mencionadas generarían menor resistencia por el uso de actividades lúdicas o de entretenimiento. En este sentido, la entrevistada define a la laborterapia como no tan "escrachante", con el psicólogo en cambio "es una cuestión bien existencial".

Pero la difusión sigue teniendo un peso en la elección de la psiquiatría antes que este tipo de terapias.

Entre las actividades se incluyen la confección de souvenirs para fechas "clave" para la sociedad, como el día de la madre o Navidad, como una forma de integración del paciente a su entorno familiar. También fue destacado el hecho de hacer excursiones o salidas fuera de la clínica (paseos, tomar algo en una confitería, compras) pero siempre por la zona. Estas actividades tendrían las ventajas que los pacientes no se sentirían tan observados como en el "laboratorio", es decir, cuando se efectúan actividades en un lugar de la clínica apartado del movimiento general del personal.

Para el diagnóstico de un paciente se consideran factores tales como la integración al grupo, medida por su predisposición a compartir materiales o por su iniciativa.

Desde la musicoterapia la perspectiva es distinta, al trabajar bastante con el cuerpo esto generaría mayor resistencia en el paciente. Se trabaja principalmente con la expresión corporal o vocal. Se plantea determinada actividad y luego se intenta realizar una reflexión sobre la misma.

La musicoterapeuta a diferencia de la laborterapeuta no plantea lo lúdico y lo terapéutico por separado sino que los relaciona. No se trabaja con una planificación sino que se va improvisando según la "evolución" de los pacientes, medida en función de su capacidad de reflexionar sobre la actividad efectuada.

La musicoterapeuta a pesar de trabajar con grupos (generalmente establecidos a partir de la clínica) hace hincapié en el seguimiento individual de los pacientes destacando que a veces su trabajo queda inconcluso cuando se le dá de alta a algún paciente.

Si bien se destaca que con algunos grupos de pacientes no puede hacerse (grupo de ancianos o los que están en un "permanente delirio") lo que trata de lograrse es dar continuidad a las actividades, enganchándolas a partir de la reflexión.

Si bien algunos días se trabaja lo que quieren los pacientes, esto es reconocido como un arma de doble filo, porque generalmente quieren hacer siempre lo mismo (en el caso de la gente de hospital de día lo que mas se pide es relajación).

Pero lo que más sobresale es que en el caso de los depresivos, marcados en el momento de la entrevista como la mayoría, se resistieran a la terapia porque la ven como un juego "lo ven como una cuestión de subestimación", hecho que se refuerza al ser uno de los primeros

servicios recortados en cuanto a horas de trabajo ya que no está cubierto por las obras sociales sino que está subvencionado por la clínica. En internación se redujo de dos horas semanales a una hora semanal.

En el caso de un depresivo se valora la voluntad para salir del "pozo" y se ve como un avance el hecho que pueda realizar una relajación o un juego corporal o simplemente reflexionar sobre la actividad realizada.

También se pone de relieve el trabajo en equipo y también se dá en la musicoterapia que se trabaje más bien con la expresión corporal o vocal que con la expresión verbal.

La musicoterapeuta marca su disidencia con la psiquiatría en cuanto a diagnosticar con rapidez ya que es el mismo paciente quien debe ir mostrando sus posibilidades y limitaciones. Es decir se rebela contra el diagnóstico como un encasillamiento al que tenderían los psiquiatras. Plantea ejemplos donde la "evolución" de un paciente desmiente o, por lo menos, cuestiona seriamente a un diagnóstico.

Es muy valorado que el paciente se desenvuelva con independencia (aunque dentro de ciertos límites) antes que aquel que hace todo lo que se le dice.

Las características físicas de la musicoterapeuta se confunden con las apreciaciones de los pacientes acerca de las actividades desarrolladas, de esta manera éstas son subestimadas al considerárselas "juegos" para chicos mientras que a la profesional se la ve como a una nena.

Ante estos planteos la musicoterapeuta, opone la posibilidad del elemento lúdico, también, para gente grande. A pesar de esta "resistencia", la musicoterapeuta manifiesta que la mayoría de los pacientes quedan sumamente gratificados ante la actividad lúdica desarrollada.

PRACTICAS DE LOS MEDICOS DE GUARDIA

Las guardias se realizan de 20 hs a 20 hs del día siguiente.

Al ingresar los médicos efectúan aquello que llaman un "pase de guardia". Es decir que el médico que finaliza la guardia informa al que la comienza, el estado en que se encuentran los pacientes internados. Para ello recorren, cuarto por cuarto, toda la clínica conversando acerca del grado de "tranquilidad" o "excitación" en que transcurrieron el día los pacientes.

A las 22 hs. se efectúa el recambio de enfermeras realizando, las mismas, una tarea similar a la ya descripta.

Con la/s enfermeras/s ingresante/s el médico de guardia prepara la medicación de los pacientes para el día siguiente. Para ello disponen de unos pastilleros en los que se distribuyen las cuatro tomas diarias de medicación, que coinciden con los horarios de las comidas. Todo esto se detalla en una hoja que posee cada paciente.

En estas hojas donde los médicos tratantes dejan indicada la medicación que debe administrarse a cada paciente (y a los cuales tienen acceso tanto las enfermeras como los médicos de guardia) se detalla también los remedios que son aplicados en forma excepcional.

Además en las historias clínicas se asienta la "evolución" de los pacientes, es decir, el estado general en que transcurrió el día. Esto se realiza con los llamados "pacientes agudos", es decir, aquellos "pacientes que tienen mas probabilidades de cambio, de evolucionar y que se prevé que van a estar un tiempo medianamente breve en la clínica". No sucede lo mismo con los "pacientes crónicos", es decir, aquellos "cuyas alteraciones mentales son irreversibles, pacientes que no van a curarse nunca más".

En el caso de los pacientes "agudos" se anota en forma diaria "su evolución, las interurrencias que puede haber tenido e, incluso, se asienta si no hay novedades."

Algunos médicos de guardia detallan que en su recorrida por la clínica establecen conversaciones con algunos pacientes, aquellos con los que "se puede charlar, se habla de cualquier tema de la realidad nacional pero de forma tangencial."

Posteriormente del pase de guardia, la preparación de la medicación y la recorrida, los médicos de guardia se van a dormir (para ellos disponen de un cuarto privado) previa indicación a las enfermeras que

sean llamados en caso de "intercurrencias o alguna cosa que no puedan manejar ellas". Esto ocurriría en el caso de algún "desborde" de algún paciente, es decir, un grado de excitación que ellos manifiestan que no puede ser tolerado por ser "contagioso" ("empiezan a los gritos, con la capacidad que tiene este tipo de desequilibrio de producir desequilibrio en el resto"). Ante esta situación recurren a la contención farmacológica o mecánica (uso de chaleco de fuerza o se ata a los pacientes a la cama).

Al igual que el resto de los profesionales, quienes se reúnen una vez a la semana, los médicos de guardia tienen una reunión mensual con uno de los directivos de la clínica. Allí se discuten los problemas que puedan haber tenido con los pacientes o con algún otro miembro del personal de la clínica.

A este respecto, las principales quejas de los médicos de guardia se formulan contra las enfermeras, cuando no respetan la línea jerárquica.

El otro tipo de quejas registrado es contra la internación de pacientes de la tercera edad, ante la imposibilidad de intervenir con éxito frente a su deterioro mental. Esto último es relacionado por los médicos de guardia con la conceptualización de la clínica B como una institución de agudos, y no de pacientes crónicos.

Los médicos de guardia se caracterizan por no poseer una visión global de la evolución de los pacientes, ya que, la mayoría, sólo están una vez a la semana en la clínica.

CARACTERIZACION DE LA POBLACION ATENDIDA EN LA CLINICA B.

No resultó posible acceder a las historias clínicas o a otro tipo de documentación escrita para reconstruir el perfil social de la población que concurre a la clínica B. Para hacerlo recurrimos al testimonio oral de aquellos entrevistados que por sus actividades, se encuentran en contacto con ese tipo de documentos.

En consecuencia, la descripción de la clientela de esta institución fue "armada" sobre la base de los puntos en común de los relatos de los entrevistados, con los consiguientes vacíos en ciertos puntos (algunos que consideramos importantes).

Esto último responde no solo a la "selección" efectuada por la memoria de los informantes sino también al desinterés que existe a priori en el relevamiento de datos tales como ocupación de maridos o padres de las pacientes amas de casa o rama laboral en el que se desempeñaron los pacientes jubilados, durante su etapa activa.

El siguiente cuadro pretende mostrar de una manera medianamente ordenada, la información que pudo obtenerse acerca de esta población de acuerdo a las diferentes modalidades de atención en relación al año 1990:

Modalidades de atención / 1990

	Internación	Hospital. de día	Consultorios. Externos	Grupo de adol.
Ocupación	<i>La mayoría no tiene. Las mujeres son amas de casa. Algunos policías y maestras.</i>	<i>La mayoría no tiene. Algunos trabajan en su domicilio o trabajo doméstico en otras casas.</i>	<i>"De todo un poco". Profesionales, comerciantes, empleadas.</i>	<i>Estudiantes.</i>
Domicilio	<i>La mayoría (80%) del partido de Berazategui. Algunos del Partido de Quilmes.</i>	<i>Ídem.</i>	<i>Ídem.</i>	<i>No saben.</i>
Obras Sociales	<i>80% de PAMI. Resto IOMA, Agua y Energía, Policía.</i>	<i>100% de PAMI.</i>	<i>Las psicólogas no atienden por obra social. Cada médico atiende diferentes obras sociales y/o particulares.</i>	<i>No saben.</i>
Particulares	<i>Uno o dos por mes.</i>	<i>No.</i>		
Patologías	<i>Psicosis, depresiones y demencias.</i>	<i>Neurosis, depresiones.</i>	<i>Neurosis, depresiones.</i>	<i>Neurosis, depresiones.</i>
Edad	<i>La mayoría de 60-70 años.</i>	<i>La mayoría entre 20 y 50 años.</i>	<i>La mayoría entre 20 y 50 años.</i>	<i>16 a 25 años.</i>
Género	<i>Mayoría de mujeres (70 / 80%).</i>	<i>Ídem.</i>	<i>Ídem (aunque en un % mas bajo).</i>	<i>50% y 50%.</i>
Nivel de educación	<i>Mayoría primaria o secundaria incompleta.</i>	<i>Ídem.</i>	<i>No saben.</i>	<i>Secundaria incompleta.</i>
Tiempo de tratamiento	<i>Mayoría de 4 a 6 meses. Mayoría son reinternaciones.</i>	<i>Entre 8 meses y un año.</i>	<i>Entre 8 meses y un año.</i>	<i>No saben.</i>
Terapia familiar	<i>Algunos (aquellos que tienen una familia continente).</i>	<i>No se practica.</i>	<i>Algunos.</i>	<i>Algunos.</i>

Además contamos con la información proporcionada por uno de los directivos de la clínica quien consultó las historias clínicas de los pacientes internados al 30/01/92.

Los datos recogidos fueron los siguientes:

Mujeres : 24

Hombres : 10

<i>Edades</i>	<i>Número</i>
<i><20</i>	<i>1</i>
<i>>20<30</i>	<i>2</i>
<i>>30<40</i>	<i>6</i>
<i>>40<50</i>	<i>4</i>
<i>>50<60</i>	<i>3</i>
<i>>60<70</i>	<i>11</i>
<i>>70<80</i>	<i>5</i>
<i>>80<90</i>	<i>2</i>
<i>TOTAL</i>	<i>34</i>

<i>Patologías</i>	<i>Número</i>
<i>Demencias</i>	<i>8</i>
<i>Psicosis esquizofrénica</i>	<i>8</i>
<i>Depresión</i>	<i>8</i>
<i>Psicosis mantaco-depresiva</i>	<i>2</i>
<i>Retraso mental</i>	<i>2</i>
<i>Reacción paranoide</i>	<i>1</i>
<i>Atrofia cerebral</i>	<i>1</i>
<i>Alcoholismo</i>	<i>2</i>
<i>Delirio crónico</i>	<i>1</i>
<i>Síndrome psico-orgánico</i>	<i>1</i>
<i>TOTAL (con componentes orgánicos)</i>	<i>34</i>

<i>Partido</i>	<i>Domicilio</i>	<i>Número</i>	<i>Subtotales</i>		
<i>Berazategui</i>	<i>Berazategui centro</i>	<i>8</i>	<i>15</i>	<i>19</i>	
	<i>Berazategui oeste</i>	<i>4</i>			
	<i>Berazategui este</i>	<i>1</i>			
	<i>Berazategui (sin aclaración)</i>	<i>2</i>			
	<i>Ranelagh</i>	<i>1</i>	<i>4</i>		
	<i>Hudson</i>	<i>2</i>			
	<i>Villa España</i>	<i>1</i>			
<i>Quilmes</i>	<i>Quilmes</i>	<i>1</i>	<i>10</i>	<i>12</i>	
	<i>Quilmes centro</i>	<i>1</i>			
	<i>Quilmes oeste</i>	<i>8</i>			
	<i>Ezpeleta</i>	<i>1</i>	<i>2</i>		
	<i>Bernal</i>	<i>1</i>			
	<i>San Francisco Solano</i>	<i>1</i>	<i>3</i>		<i>3</i>
	<i>Florencio Varela</i>	<i>2</i>			
<i>TOTAL</i>		<i>34</i>			

Tal como viéramos en el primer cuadro construído a partir de los testimonios orales de varios informantes, los siguientes cuadros armados sobre la base de la información suministrada por uno de los directivos quien consultó las historias clínicas correspondientes, se ratifica la gran mayoría de pacientes internadas femeninas.

También se ratifica la preponderancia de demencias, psicosis y depresiones (en cuanto a las patologías) y la predominancia de los domicilios de los internos ubicados en Berazategui (y el resto en Quilmes).

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

De acuerdo a Bourguignon ⁷¹ en sus principios la clasificación de las enfermedades mentales se calcó sobre el modelo de las clasificaciones botánicas y zoológicas, que reúnen y distinguen vegetales y animales en órdenes, clases y especies:

"Desde el S. XVIII con Boissier de Sauvages (1703), Linneo (1763) y Pinel (1798), entre otros, este modelo parece ser el único aceptable, porque es el único lógico y riguroso. Para Pinel, por ejemplo, las enfermedades se agrupan en clases, órdenes y géneros. Así cinco clases de enfermedades se distinguen: las fiebres, las flemáticas, las hemorragias, las nerviosas y las lesiones orgánicas. Esta clasificación, esta 'nosografía' como él la llama, se apoya ante todo sobre los síntomas observados, sobre la semiología". ⁷²

Según este autor, si bien aún estamos lejos de la homogeneidad y la racionalidad del modelo botánico, se está más cerca que en el S. XVIII que los criterios de clasificación mas relevantes no parten de los síntomas o signos clínicos sino de las lesiones, los mecanismos y las causas.

La cuarta clase de enfermedades, según Pinel, contiene la "neurosis" o "lesiones del sentimiento y del movimiento sin inflamación ni lesión de estructuras". Esta clase está subdividida en cinco órdenes. En la segunda subárea del orden 2, se incluyen la mayoría de las enfermedades mentales, entonces llamadas vesánicas" y que son la hipocondría, la melancolía, la manía, la demencia, el idiotismo, el sonambulismo y la hidrofobia. La histeria está clasificada en el orden 5, entre las "neurosis de generación". ⁷³

En la nosología de la OMS se distinguen 20 categorías de diagnósticos, divididas a su vez en otras subcategorías: 13 categorías están definidas por criterios sintomáticos; 5 por criterios etiológicos; una esta definida por la edad del paciente y una, relacionada a los "trastornos somáticos considerados como psicógenos".

Pero la imprecisión de la psiquiatría oficial se evidencia en categorías diagnósticas definidas como "trastornos aislados no clasificados antes" (que incluyen el tartamudeo, la impotencia, el

⁷¹ Bourguignon: "La antisiquiatría", 1975.

⁷² Ibid.

⁷³ Ibid.

insomnio, etc.) o como "estados no clasificables en las categoría precedentes".

Aparte de reconocer la variación socio-histórica de los síntomas:

"Otras clases de cambio ponen también en tela de juicio las bases del diagnóstico. Cuando en un mismo sujeto, perturbaciones mentales diferentes se suceden en el curso de los años; se debe decir que la enfermedad cambia de aspecto o que el enfermo es víctima de varias enfermedades sucesivas? A esta pregunta la psiquiatría no responde en forma unívoca. De la sucesión periódica y alterna de estados maníacos y depresivos hace una sola entidad nosográfica, la psicosis maníaco-depresiva. Pero en otros casos dirá que una histeria se ha transformado en psicosis paranoide (...) Todo esto no es muy satisfactorio para la razón y la locura; estos pocos ejemplos sólo son para mostrar la incoherencia del diagnóstico tradicional". ⁷⁴

Pero aunque es imposible establecer un diagnóstico psiquiátrico sobre bases científicas, aquel posee un alcance práctico: el psiquiatra resulta beneficiado ya que al nombrar y clasificar una enfermedad agota...:

"...de un solo golpe los dos manantiales de su angustia, lo desconocido de la locura y la relación con el loco". ⁷⁵

Al establecer un diagnóstico psiquiátrico tradicional se establece un diagnóstico médico. De esta manera se participa en el saber y el poder de la medicina. Al mismo tiempo se decide sobre un pronóstico y un tratamiento:

"...es decir, cerrar instantáneamente las intolerables y permanentes preguntas del loco y así arrojarlo -a él a la angustia que él suscita- de nuestro mundo. A fin de cuentas, se puede decir que para el médico de locos, el diagnóstico no es más que un tratamiento preventivo que él se administra". ⁷⁶

Cuando no es el mismo interesado, son los que le rodean quienes quieren que se designe a la enfermedad responsable.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Ibid.

Pero los inconvenientes y peligros del diagnóstico son evidentes; se vuelve estático lo que en realidad es dinámico, es decir, el mundo viviente y movido de la locura.

"Apenas marcado, etiquetado, el loco queda encerrado en un pronóstico del cual le será muy difícil salir: el paranoico será peligroso; el obsesivo, incurable y la mujer histérica, insaciable. Se esperará que el 'suicida' frustrado vuelva a comenzar; que el agitado rompa todo y que el delirante continúe divagando. Esto es efectivamente lo que pasará; pues, doblemente marcada por el diagnóstico y el pronóstico, el paciente, prisionero de esta fatalidad, no puede ser sino el que se quiere que sea. Una cosa clasificada puede cambiar sin el riesgo de arruinar todo el sistema de clasificación? Tal es la ley de la taxonomía por la que el paciente no puede rebasar nunca el diagnóstico" ⁷⁷

⁷⁷ *Ibid.*

SEGUN LAS PSICOLOGAS

Las entrevistadas clasifican a los enfermos mentales, básicamente, en neuróticos, psicóticos y perversos. Aunque de hecho, utilizan estas dos primeras categorías en su discurso. En cuanto a los perversos afirman que:

"parece una entidad clínica medio..., que no tiene ningún referente real, medio teórica(...), caen en instituciones sobre todo carcelarias, pero no se ven porque ellos no se cuestionan nada, entonces no consultan (...)Creo que es lo que menos se atiende."

De hecho todo ser humano puede ser clasificado dentro de uno de estos 3 grupos. Es decir que la antinomia hombre sano o normal-hombre enfermo o anormal se diluye. En términos muy generales las profesionales explicaron que en determinado estadio de la evolución del niño según como se resuelva el complejo de Edipo, la estructura de la personalidad del sujeto será neurótica, psicótica o perversa.

De esta manera, a grandes rasgos, las psicólogas acordarían con la clasificación freudiana de las enfermedades mentales que, según Pichón Riviere ⁷⁸ estaría conformada de la siguiente forma:

"Las formas clínicas según Freud son:

1) Neurosis actuales o actual neurosis de causa biológica, tóxica, debidas a un trastorno de la vida genital, comprenden la neurastenia, la neurosis de angustia, la hipocondría y la despersonalización.

2) Neurosis de transferencia, que comprenden la histeria, en sus dos formas mas típicas: histeria de conversión e histeria de angustia o fobias y la neurosis obsesiva.

3) Neurosis o enfermedades narcisísticas o psicosis, que comprenden la esquizofrenia, la paranoia, la psicosis-maníaco depresiva y en general todas las psicosis.

4) Las perversiones, homosexualidad, sadismo, masoquismo, etc."

En uno de los casos se hizo la aclaración sobre la creencia en una mezcla de diferentes componentes en la personalidad (aunque la estructura de base sea neurótica o psicótica, nunca una mezcla de ambas):

⁷⁸ Pichón Riviere: "Del psicoanálisis a la psicología social II"

"no creo en una clasificación así estructurada, organizada, siempre hay una mezcla. De pronto todos tenemos una mezcla, creo (...) que tiene que haber una proporción mínima de la mezcla neurótica (...); un mínimo componente neurótico tenemos todos y es bueno."

Sin embargo se afirmó la utilidad de esta clasificación de enfermedades mentales, no solo obviamente para determinar un diagnóstico, sino para orientar el tratamiento asignado a un paciente:

"creo que no se puede encarar un tratamiento sin tener claro que le pasa al paciente, porque creo que nos mandaríamos muchas macanas. Yo creo que no se le puede decir lo mismo a un paciente neurótico, que a un paciente psicótico, que a un perverso. No se puede hacer el mismo silencio, ni decir las mismas cosas. Así que me sirve muchísimo (la clasificación de enfermedades mentales) para trabajar, no puedo trabajar sino tengo claro eso".

En relación a este tema, Menéndez ⁷⁹ sostiene que :

"Uno de los problemas que arranca de esta discusión es si es posible trabajar sin un mínimo de etiquetamiento y si todo etiquetamiento conduce necesariamente a la clasificación desviante. El propio Szasz reconoce que todo proceso de entendimiento supone un mínimo de actividad clasificatoria; pero según el autor, el problema no es éste, sino que prácticamente toda clasificación implica la subordinación de una de las partes."

Cuando analicemos el ítem sobre la concepción de salud-enfermedad mental veremos que en la clasificación de estas enfermedades la parte que resulte subordinada será la de las psicosis, conceptualizada como la mayor desadaptación social frente a las estructuras neuróticas. Estas últimas si bien pasibles de poseer un alto grado de gravedad patológica, en sus manifestaciones más tenues incluye a la mayoría de la gente, incluso aquella que desarrolla "normalmente" su vida con un sufrimiento psíquico mínimo.

En cuanto a la forma de llegar a un diagnóstico, es decir, a "etiquetar" a un paciente según esta clasificación de enfermedades

⁷⁹ Menéndez, E.: Op. cit.

mentales, una de las psicólogas precisó que lo hacía basándose en el discurso del enfermo y no por los síntomas:

"me parece que cuando uno se identifica por los síntomas uno puede confundirse mucho. Porque los síntomas pueden ser síntomas de una psicosis, de una esquizofrenia pero yo lo identifico por el discurso, por lo que dice a lo largo del tiempo determinado, no lo que dice en media hora, una hora o dos horas de sesión una vez, creo que la diferencia es esa. Si acá aparece un paciente que viene alucinado y bueno, vos decís 'es un psicótico' y no, no que viene desorientado, con todos síntomas que pueden no ser psicóticos."

Si bien en este testimonio no se hace referencia explícita a la práctica psiquiátrica tradicional creemos reconocer en ésta al sujeto que actúa elaborando sus diagnósticos por la sintomatología del paciente. Esta observación viene apoyada por numerosas críticas que la profesional realizó a dicha práctica, incluido un largo relato sobre la evolución de una paciente quien provino de otra clínica después de largas internaciones con un diagnóstico de esquizofrenia. En esa clínica la paciente había sido tratada como una "percha, se la medicó y la atención psiquiátrica era una vez por mes". Al ser trasladada a la clínica B, su diagnóstico fue cambiado por el de una neurosis histérica que, mas allá de los episodios graves con que pudiera contar, resulta mucho menos estigmatizante que aquella variedad de psicosis.

La otra psicóloga, en cambio, sostuvo que la "diferenciación entre un neurótico y un psicótico se ve desde lo fenomenológico, se ve desde ... un millón de cosas".

Interrogada acerca de estos indicadores de psicosis o neurosis, la psicóloga detalló que un neurótico puede elaborar, tiene capacidad para discriminar, puede metaforizar, tiene un sentido de realidad, conciencia de la enfermedad; mientras que en el psicótico el pensamiento es concreto y existe una indiferencia afectiva que no se da en el neurótico.

Por otro lado se destaca la posibilidad de transformación de una enfermedad mental de allí que el diagnóstico debe adecuarse a esto, es decir, debe poseer cierta flexibilidad:

"por ahí el diagnóstico me sirve para implementar una estrategia, pero bueno no me voy a encasillar en tal paciente. Si es una neurosis

histérica y si voy a trabajarlo como neurosis histérica y como neurosis histérica ese cuadro podrá revertirse. Y una histeria podrá en otro momento tener mayor componente fóbico, ya no voy a seguir trabajando con la histeria, sino que voy a trabajar otro componente. Pero es una cosa que sirve mas que nada para la historia clínica, obviamente para implementar una estrategia terapéutica. Pero un diagnóstico, el sello no."

Es interesante relacionar el énfasis puesto en este testimonio en la flexibilidad del diagnóstico con aquel, citado anteriormente, en el cual se aboga por una idea de clasificación de enfermedades mentales que resultan de una "mezcla" o combinación de diferentes componentes. Esta profesional parece sugerir que en determinados momentos de la evolución de un paciente alguno de estos componentes estructurales podría adquirir mayor relevancia y, en otros momentos, ser opacado por otro elemento de la combinación primigenia. La adaptación del diagnóstico y por ende del tratamiento terapéutico a estos diferentes momentos del paciente, aparece como una necesidad en el trabajo de esta profesional.

Esta misma psicóloga expresó la dificultad con que se llega a un diagnóstico. En la clínica B, las reuniones semanales que realizan los profesionales tendrían como uno de sus objetivos, definir los diagnósticos de los pacientes buscando el consenso de los diferentes miembros del staff de la clínica.

En el otro caso también se señaló esta dificultad:

"(el diagnóstico) me demora un montón de tiempo, a mí me demora más, por ahí tengo dificultades pero creo que no es algo que uno pueda darse cuenta muy fácil. Me parece que no hay que encasillar en dos entrevistas o tres o lo que sea, a un paciente porque lo aniquilaste. Todos los pacientes que deliran por ejemplo no necesariamente son psicóticos..."

SEGUN LOS PSIQUIATRAS

Salvo un caso, que agrega la categoría de los "psicópatas" los demás adhieren a una clasificación que distingue entre neuróticos y psicóticos. Observamos que en el caso de los psiquiatras ha desaparecido la categorización de "perversiones" mencionada anteriormente por las psicólogas.

De la misma manera que las psicólogas se señaló que esta clasificación de las enfermedades mentales sirve para arribar a un diagnóstico que, a su vez, guía el tratamiento terapéutico:

"lo que yo trato de saber es si el paciente se inscribe en un marco de neurosis o de psicosis, eso es para apuntar a objetivos terapéuticos para aplicar esta forma de trabajo que, evidentemente, es diferente en cada uno de los casos."

Aquí también aparece la estrecha ligazón que une a la clasificación de enfermedades mentales con diagnóstico y tratamiento terapéutico. Este último está guiado por los primeros y si bien, como en el caso de las psicólogas, no se destaca explícitamente la utilidad de las clasificaciones, la misma estaría implícita en la forma que se las relaciona con la práctica propiamente dicha de los psicoterapeutas, es decir, con la puesta en práctica del tratamiento terapéutico.

También se apuntó que estas dos grandes variables (neurosis y psicosis) a veces pueden confundirse, es decir que no necesariamente se presentan con claridad:

"lo que pasa es que generalmente las fronteras se mezclan: una neurosis puede confundirse con una psicosis y, viceversa, una psicosis mostrarse más o menos establemente y con signografías así.."

En el caso que se describe en este testimonio no se aclara, como en el caso de las psicólogas, si para decidir un diagnóstico se basan en el discurso del paciente o en su sintomatología. En este testimonio creemos vislumbrar algo de la incertidumbre propia de la clasificación psiquiátrica de las enfermedades mentales, de la cual ya habláramos al principio de este ítem: no solo resulta complicado distinguir entre formas

de neurosis o psicosis, sino que esta distinción básica para los profesionales entre neurosis y psicosis, resulta problemática.

De igual forma se destacó la utilidad de esta clasificación para llegar a un diagnóstico y que este no funciona a modo de "etiqueta" permanente del paciente ya que la enfermedad es pasible de transformarse, aunque esto dentro de los límites ya señalados por las psicólogas (es decir, que no se puede pasar de una neurosis a una psicosis o viceversa):

"el diagnóstico no 'etiqueta' definitivamente a un paciente en un estado determinado, en cambio el estado del paciente tiene movilidad (...) Y aunque este cambio no se da (pasar de una neurosis a una psicosis o viceversa) lo que se busca por ejemplo de un psicótico es que tenga características neuróticas, que este adaptado socialmente, que pueda convivir con los demás".

Afirmación que contradice lo sostenido por Basaglia ⁸⁰ según lo cual:

"En su diagnóstico, el psiquiatra se reviste de un poder y de una terminología técnica para sancionar lo que la sociedad ya ha producido, excluyendo a quien no ha entrado en el juego del sistema. Sin embargo esta sanción está desprovista de todo valor terapéutico, puesto que se contenta con operar una distinción entre lo que es normal y lo que no lo es, donde la norma no es un concepto elástico y discutible, sino algo fijo y estrechamente ligado a los valores del médico y de la sociedad de la cual es representativa."

En efecto, a pesar de la intención de los profesionales por revestir al diagnóstico de cierta movilidad, negándose a considerarlo un sello o una etiqueta, el mismo fija el estado del paciente en una estructura congelada de la cual solo pueden esperarse cambios secundarios. La aclaración que el diagnóstico debe mantenerse solo en conocimiento del profesional y no ser transferido al paciente deja traslucir la conciencia del estigma que va adherido a un diagnóstico psiquiátrico.

En el relato de la evolución de una paciente, por ejemplo, se llegó a un diagnóstico diferente al que tenía cuando se la internó en otra clínica.

⁸⁰ Basaglia: Op. cit.

A pesar que el nuevo diagnóstico era de neurosis histérica, la familia de la paciente la sigue considerando esquizofrénica.

El tratamiento psicoanalítico, el más idóneo para los profesionales, sólo puede ser aplicado con pacientes que posean determinadas cualidades intelectuales y afectivas. Dichas cualidades a su vez, determinarán el diagnóstico de su enfermedad. Es decir que su "constitución afectiva e intelectual" serán elementos evaluados para arribar a un diagnóstico y por lo tanto clasificar determinado estado mental entre todos los posibles.

En un caso se admitió la variabilidad histórica de las clasificaciones de estas enfermedades pero se consideró que son cada vez más extensas, por lo cual lo relacionamos con el avance del proceso de etiquetamiento. En este testimonio también se dejó claro que la distinción básica a tener en cuenta es la que separa a neuróticos de psicóticos:

"...una vez un paciente me pidió que lo clasificara y yo le dije: 'en que época' porque antes era una cosa y ahora es otra; yo creo que las clasificaciones se van haciendo cada vez más extensas y eso es algo que ayuda a encuadrar la elección de una terapéutica o a clasificar al paciente en tal o tal momento. Pero hay dos cosas bien claras: neurótico y psicótico, eso es lo que me ayuda..."

SEGUN LAS TERAPISTAS GRUPALES

También este grupo de profesionales utilizan en su discurso las dos grandes variables de neurosis y psicosis.

En uno de los casos se puso especial énfasis en la dimensión "etiquetadora" del diagnóstico frente a una realidad lábil de la enfermedad mental:

"Yo agarro un historia clínica y veo que dice 'esquizofrenia o 'histérica grave'(...) Yo eso lo leo pero no lo tengo permanentemente presente (...), un diagnóstico limita (...) Yo creo que lo bueno es poder ver que es lo que trae el paciente, que es lo que hace el paciente, como está el paciente y después, bueno, ver si esto tiene que ver con una esquizofrenia (...) o si dentro de esta patología el paciente puede evolucionar algo. A mi no me gusta el diagnóstico como parálisis como para decir 'ah, bueno, esto es esto, es un psicótico, punto ya está."

De nuevo observamos, el énfasis puesto en un pretendida movilidad del diagnóstico pero a diferencia de los otros profesionales las terapistas grupales no tienen a su cargo la elaboración del mismo, sino que ésta ya viene dada en las historias clínicas. Sin esta responsabilidad y en un ámbito grupal donde las consignas de trabajo son colectivas, sin duda, aparecen mayores posibilidades de evaluar las potencialidades de cada uno de los pacientes.

En determinado momento, incluso se mencionó (aunque con dudas) la posibilidad de transformación de una psicosis en una neurosis:

"lo único que yo se es que este paciente ha podido evolucionar dentro de lo que fue su patología y eso es lo que me interesa a mi. Es lo que de alguna manera me sustenta el trabajo. Porque si yo no pienso que ese paciente en algún momento puede llegar a modificar algo y va a hacer algo, me resultaría totalmente frustrante lo mío. Porque estar frente a un paciente que uno piensa: 'es una psicosis pero no hay manera de que esta psicosis pueda ser neurosis porque conceptualmente es una aberración, bueno, no se si va a poder llegar a ser una neurosis o no pero tal vez el paciente pueda no se si adaptarse, no se si lograr ciertas cosas, si poder darse a entender, si poder modificar cosas, entonces a eso es a lo que yo apunto."

Si bien esta profesional no cuestionó abiertamente la clasificación de enfermedades mentales en tanto distinción de neurosis y psicosis como compartimentos separados, mostró un manejo mas fluido de la misma. Acá no aparece tanto el elemento diagnóstico como el énfasis en algún cambio observado en los pacientes.

En este sentido se perfiló una crítica hacia el trabajo de los psiquiatras que si bien se reconoció que estaban formados para diagnosticar, esto se realizaba en muy poco tiempo con toda una serie de consecuencias indeseables en el tratamiento terapéutico aplicado al paciente en cuestión:

"Creo que lo ideal es poder escuchar con la mayor amplitud al paciente y después, al cabo de un tiempo poder decir un diagnóstico (...) Creo que en dos o en cuatro entrevistas uno no puede, de alguna manera, descualificar un diagnóstico. Yo no puedo, por mi formación no puedo, un psiquiatra puede hacerlo, yo no digo que lo esté haciendo mal, digo que eso responde a cierta escuela y a cierta metodología de trabajo, con la que yo muchas veces no estoy de acuerdo (...) En lo que no estoy de acuerdo es en diagnosticar con cierta rapidez, con esta cosa de decir 'ah, este paciente es esquizofrénico porque de su historia no se puede decir otra cosa, porque que otra cosa le queda a este paciente', bueno, pará, dejémoslo que es lo que le queda realmente, no supongamos que este paciente no le queda nada. Veamos que es lo que le queda a este paciente, o veamos como este paciente va superando todo lo demás."

En relación a lo afirmado por esta terapeuta, Basaglia ⁸¹ sostiene que:

"El psiquiatra dispone de un poder que , hasta ahora, no le ha permitido comprender gran cosa del enfermo mental y de su enfermedad, pero se ha servido del mismo, en cambio, para defenderse de ellos utilizando (como arma principal) la clasificación de los síndromes y las esquematizaciones psicopatológicas (...) La principal deferencia entre el psiquiatra y el enfermo que se halla ante él, no reside en el desequilibrio entre salud y enfermedad, sino en un desequilibrio de poder. Una de las dos personas posee un poder mayor, en ciertos casos absoluto que le permite definir el rol del otro según su propia terminología."

⁸¹ Basaglia: Op. cit.

Si bien la terapeuta no habló expresamente en términos del poder desigual entre psiquiatra y enfermos como hace Basaglia, en su crítica bastante acentuada hacia la práctica psiquiátrica de elaboración de diagnósticos se cuela esta tendencia etiquetadora que ella atribuye a la metodología de trabajo y a la escuela correspondiente a los psiquiatras. En este testimonio parece proponerse la observación prolongada de los pacientes en un ámbito social, por contraposición a la práctica de las psicólogas de escucha de un discurso de un paciente, en forma individual.

SEGUN LOS MEDICOS DE GUARDIA

Las clasificaciones de las enfermedades mentales en los médicos de guardia variaron según la formación de cada uno de ellos. El único psiquiatra del grupo planteó dos tipos de clasificaciones: la que distingue entre las dos variables tratadas hasta ahora (neurosis y psicosis) y la que incluye, también a las enfermedades psicósomáticas:

"...podríamos intentar algún tipo de clasificación, dividir las psicosis de las neurosis, pero podríamos intentar también como Pichón (Riviere) o como Bleger (...) que la estructuración del aparato psíquico se hace en forma de espiral y se puede estructurar en algún lugar de esa espiral medianamente fijo o no (...) y en esa espiral irían las neurosis, hasta las psicosis y las psicósomáticas..."

Otra optó por una clasificación ya utilizada por uno de los psiquiatras (neurosis, psicosis y psicopatías) y en otro caso se distinguió las enfermedades psiquiátricas alienadas y no alienadas, incluyendo entre las primeras a las psicosis y , entre las segundas, la depresión y las neurosis:

"hay pacientes que están alienados (desconexión con el mundo) y no alienados, es decir, aquellos que tienen conciencia de la enfermedad y aquellos que no la tienen, están desubicados en tiempo y espacio."

Si bien se reconoció la utilidad de estas clasificaciones, se señaló las dificultades existentes en psiquiatría para arribar a un diagnóstico:

"una cosa es la teoría pero encuadrar a un paciente dentro de esos cuadros a veces es difícil. Necesita un seguimiento del paciente, con la terapia todo (...) A veces no se puede encuadrar fácilmente a un paciente; en realidad no se puede conociendo a un paciente en una primer entrevista se puede clasificar (...) y a veces pienso que durante el tratamiento tampoco. Es difícil llegar al diagnóstico más en psiquiatría porque no tenés valores como puede ser en clínica que tenés valores de laboratorio, acá no."

En este testimonio al destacar las dificultades que entraña la elaboración de un diagnóstico psiquiátrico, se obvia su importancia para determinar el tratamiento terapéutico ya que, dice, incluso durante el mismo es difícil arribar a un diagnóstico.

Sin embargo, en uno de los casos se relativizó el valor de las clasificaciones en tanto no les resultan útiles a los pacientes:

"las clasificaciones son un elemento que uno puede tomar para organizarse uno y para mirar al paciente , medianamente armado desde algún lugar, no creo que sirvan nada mas que para eso. No creo que le sirva al paciente 'ud. tiene tal cosa' eso no le sirve para nada, es algo que le sirve a uno en todo caso para poder abordar un tema cualquiera..."

Basaglia ⁸² llega aún más lejos al afirmar que:

"...desde el momento en que ud. hace un diagnóstico, la etiqueta es inmediata; cuando ud. dice esquizofrenia, en realidad quiere decir una cosa que no es la esquizofrenia sino lo que el médico entiende por ella; y lo que este entiende es un juicio de valor: bueno o malo; entiende?. Es delincuente o no delincuente."

Junto al señalamiento de la relativa validez de las clasificaciones de las enfermedades mentales, se destacó la influencia que tienen en tanto funcionando como "etiquetas" de las personas:

"Está en uno determinar su grado de utilidad (el de las clasificaciones de enfermedades mentales) y saber que el paciente no 'es' un esquizofrénico, sino que padece de una esquizofrenia. Esto cambia hasta el lenguaje, y esto tiene que ver con estos cuadros, con esta cosa de clasificar. Además esta cosa de certeza que te da la clasificación y cuando no podés clasificar, no sabés donde meterlo, que hacés con ese paciente, donde lo meto, que 'es'. Importa que padece pero no 'es' ..."

En este sentido Basaglia ⁸³ afirma:

"Clasificaciones discriminatorias, diagnósticos que adquieren el significado de un determinado juicio de valor, definiciones de estados

⁸² Basaglia: Op. cit.

⁸³ Ibid.

morbosos que se convierten en 'estigma' son la evidencia de lo que sigue subyacente en nuestra cultura psiquiátrica: la ideología de la diferencia como exasperación de la distancia que separa los opuestos, salud y enfermedad, norma y' desviación''.

En este testimonio al distinguir la patología de un paciente, de su esencia (que "es") no solo relativiza la importancia de las clasificaciones sino que también pierde relevancia el elemento congelante del diagnóstico. Además, como lo señalamos anteriormente, se destaca el factor de las clasificaciones en tanto responde a la angustia creada por el estado del considerado paciente mental.

SEGUN LAS ENFERMERAS

Las enfermeras coincidieron en utilizar categorías como alcohólicos, esquizofrénicos y depresivos en sus clasificaciones de enfermedades mentales. En un caso, se agregó la demencia senil, los epilépticos y drogadictos y en otro caso los paranoicos y arteroscleróticos.

Pero en su discurso los tipos de pacientes que aparecen son los que corresponden al grupo de la tercera edad ("los abuelos") y los "independientes", es decir, aquellos enfermos que no necesitan ayuda para cambiarse, bañarse, etc. como en el caso anterior.

También hacen distinción entre los pacientes que "están bien, mas lúcidos" y los que están "brotados", es decir, un paciente:

"que se haya excitado, que esté nervioso, no se controla"

La manera en que caracterizan esta tipología de enfermos mentales es por ejemplo, la siguiente:

"creo que un psicótico entiende un poco más, de lo que es un esquizofrénico, el esquizofrénico es un loco; el psicótico es más bien nervioso; el arterosclerótico está completamente ido, supuestamente sus arterias están todas tapadas."

Si bien las enfermeras utilizan terminología técnica empleada por los profesionales, muestran mayor coherencia cuando clasifican a los pacientes según sus características más aparentes.

En este sentido, las enfermeras se muestran como un grupo intermedio entre los grupos de los profesionales quiénes usan clasificaciones técnicas organizadas y el grupo de las mucamas quiénes clasifican a los pacientes según la relación que tienen con ellos.

SEGUN LAS MUCAMAS

En un caso se distinguieron las siguientes categorías de pacientes : "enfermos agresivos", "pacientes con los que no tienes contacto", las "abuelas" y los "hombres"

En otro caso se describió a los pacientes de dos maneras distintas. Por un lado también distinguió a los pacientes agresivos de aquellos que "no te quieren ni hablar" y "los que te quieren contar lo que les pasa":

"hay pacientes que están depresivos en una cama, que no te quieren ni hablar; hay pacientes que vienen y te quieren contar lo que les pasa; hay pacientes que se levantan alunados, todo el día agresivos."

Por otro lado se describió a los pacientes como divididos en grupos, el de las chicas, el de los varones y el de las abuelas:

"yo tengo chicas 4 ó 5 chicas todas son iguales, son todas que no están tan mal (...) Como hay pacientes que no , que no entienden ni lo que les digo, hay un montón de abuelas (se ríe), la demencia de las abuelitas no tiene cura, tienen 80 y pico de años, que podés hacer con ellas (...) y después está el grupo de los varones que son todos patoteros, cargan a las mujeres, me cargan a mi (...) pero no son malos, son distintos a las nenas (...) yo los veo más agresivos..."

En este mismo caso se diferenció entre los pacientes depresivos, los excitados y los paranoicos:

"yo te puedo decir que conozco gente depresiva; que conozco gente que vive todo el día, prácticamente excitada, no excitada mal, sino tratando de mandarte, de pedirte cosas pero no se el nombre de la enfermedad (...), hay gente que se persigue, un paranoico, una persona que se persigue 'que me van a hacer esto, que me van a matar...'"

En otro caso volvió a distinguirse entre los que charlan o no charlan con el personal de la clínica y el grupo de las abuelas:

"hay pacientes que no hablan nada con nosotros (...) ellos se aíslan entonces a nosotros, no nos dejan tener un diálogo, esos son 1 entre 10,

los demás si esos charlan, todos preguntan cosas (...) Está aquel que tiene poco contacto y, bueno, ya nos acostumbramos, ellos van en silencio, no hablan. Y con las viejitas charlamos , nos dicen cosas incoherentes, nosotras nos reímos, ellas se ríen, siguen charlando y así estamos permanentemente en contacto con ellas."

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Como hemos visto la clasificación de las enfermedades mentales se constituyó en un problema para la psiquiatría y esto por diferentes motivos, pero nos interesa destacar las aspiraciones que esta última ciencia perseguía de compartir el halo de cientificidad instaurado por las ciencias naturales.

De la clasificación de las enfermedades mentales según su sintomatología, etiología y otro conjunto de signos al establecimiento de un diagnóstico hay solo un paso. En efecto, esta clasificación permitía que al ser identificada una enfermedad mental se estableciera su grado de parentesco con el resto de enfermedades mentales, ubicándola dentro del espectro de las mismas.

Pero que fin se perseguía al realizar esta operación (aparte del ya mencionado)? Sin duda, situar y nombrar el estado patológico o "anormal" de un paciente serenaba la angustia que el mismo pudiera generar en sus familiares y el personal de salud en contacto con él, pero también un diagnóstico, al decir de muchos autores como Menéndez y Basaglia, "etiquetan" el estado inquietante en que se encuentra una persona. Es decir, ubica en un "estante" de los que permite la clasificación de las enfermedades y congela su estado como si el mismo no fuera pasible de movilidad. Y esto sin duda, a pesar de los reparos opuestos por los profesionales de la clínica B a considerar el diagnóstico como un especie de "sello" inamovible.

Esto se desprende del testimonio de una de las terapistas grupales quien no solo se lamenta de la rapidez con que los psiquiatras elaboran su diagnóstico sino que aboga por permitir al paciente que muestre sus posibilidades.

También se deduce del énfasis con que psicólogas y psiquiatras relacionan diagnóstico con tratamiento terapéutico: este último solo puede ponerse en marcha eficazmente en tanto el primero sea establecido.

La distinción que aparece como fundamental es la que se realiza entre neurosis y psicosis, mas allá que posteriormente se trabaje sobre el tipo específico dentro de estos dos grandes grupos. La clasificación supone la imposibilidad del pasaje de uno de estos grupos al otro dentro de un mismo paciente. Y esto pese a la expresión de deseo emitida por una de las terapistas grupales quien, si bien no se animó a establecer la

posibilidad de dicho pasaje no dejó de subrayar su esperanza en observar "cambios" en un mismo paciente.

Clasificación, diagnóstico, etiquetamiento: tres pasos que se encuentran en estrecha relación y que se efectúan en la clínica B por sus profesionales y enfermeras. Las mucamas, una parte del personal que mantiene asiduo contacto con los pacientes, los clasifica según sea su relación con ellos: si charlan o si no charlan, si entienden o no entienden, etc.

Si bien los profesionales de esta clínica aseguraron la utilidad de la clasificación de las enfermedades mentales para su trabajo, uno de los médicos de guardia negó que tal operación extendiera sus beneficios a los pacientes: en efecto, en el mejor de los casos solo representan nombres esotéricos cuya comprensión implica cierto entrenamiento que generalmente incluye solo a los profesionales de la salud y, en el peor de los casos, carga al paciente con el estigma de una enfermedad fuertemente rechazada por la sociedad.

En las representaciones de los entrevistados acerca de la clasificación de las enfermedades mentales se vislumbran algunos de los rasgos principales del MMH: la ahistoricidad y la asocialidad, ya que dicha clasificación en ningún momento fue presentada como susceptible de modificarse en el tiempo y el espacio social. Lo mismo sucede con el individualismo, otro de los rasgos del MMH que se desprende de la forma de trabajo del citado personal: si bien en algunos casos se trabaja con el grupo familiar o se tiene en cuenta la historia familiar para llegar a un diagnóstico esto no es destacado como lo más usual o mucho menos y, por otro lado, aun en las terapias grupales se tiene presente, en general, el diagnóstico elaborado durante la terapia individual.

También se visualiza uno de los rasgos de los submodelos corporativos público y privado, a saber el de la profundización de la división técnica del trabajo: en efecto, observamos que las categorizaciones respecto a la clasificación de enfermedades mentales varía no sólo entre profesionales y el grupo no profesionalizado de las mucamas sino también entre los primeros según la especialidad científica continuada (entre psicólogas, psiquiatras y médicos de guardia).

En las representaciones de los entrevistados acerca de la clasificación de las enfermedades mentales, estas se relacionan pura y exclusivamente con las funciones curativas del MMH: las clasificaciones

son necesarias para arribar a un diagnóstico y el mismo lo es para la indicación de un tratamiento terapéutico.

Por otro lado, identificamos la estrecha relación establecida entre la clasificación de enfermedades mentales con uno de los procesos que Menéndez ⁸⁴ distingue en relación a la constitución del p.s.e.a. mental: el de etiquetamiento.

⁸⁴ Menéndez, E.: Op. cit.

FUNCIONALIDAD DE CLINICAS Y HOSPITALES PSIQUIATRICOS.

Según Foucault,⁸⁵ al final de la Edad Media el lugar en que había sido excluida la lepra, es ocupado por el fenómeno de la locura.

Hasta ese momento, los locos que no pertenecen a la ciudad son expulsados de la misma hacia otras tierras.

Desde mediados del S. XVII y hasta el S. XIX, en toda Europa se crean los grandes internados, donde son reclusos los pobres, los desocupados y los locos.

Estos internados no son establecimientos médicos, poseen una...:

"Soberanía casi absoluta, jurisdicción sin apelación, derecho de ejecución contra el cual nada puede hacerse valer; el Hospital General es un extraño poder que el rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la represión(...). En su funcionamiento y en su objeto no tiene relación con ninguna idea médica".⁸⁶

La creación de estas instituciones forma parte de una serie de medidas tomada en la época, con el fin de terminar con el desempleo:

"...el confinamiento adquiere otro sentido. A su función de represión se agrega una nueva utilidad. Ahora ya no se trata de encerrar a los sin trabajo, sino de dar trabajo a quienes se ha encerrado y hacerlos así útiles para la prosperidad general. La alternación es clara: mano de obra barata, cuando hay trabajo y salarios altos; y, en período de desempleo, reabsorción de los ociosos y protección social contra la agitación y los motines".⁸⁷

Hasta el S. XIX, en que se reclamará la exclusividad de los asilos para los locos, numerosos personajes se agruparán en estas instituciones bajo la categoría de internados: enfermos venéreos, homosexuales, blasfemos, alquimistas, suicidas, magos, etc.

A pesar de esto se reconoce la excepción del caso de España donde a fines del S. XV se fundan los primeros hospitales de insensatos bajo la influencia de los árabes, quienes para el S. XVII ya contaban con una

⁸⁵ Foucault: Op. cit.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Ibid.

especie de curación de almas, utilizando la música, los espectáculos, la danza, etc. ⁸⁸

Menéndez ⁸⁹ *critica el modelo foucaultiano del "Gran Encierro" porque aunque reconoce la función productiva del encierro de los marginales y la función de control de la desviación, este esquema se habría basado fundamentalmente en el caso de Francia y, en segundo lugar, en el Reino Unido, Alemania y Holanda pero casi no se toma en cuenta el caso de España que se encontraba a la vanguardia en el tratamiento de los enfermos mentales. "La información histórica indica que el Gran Encierro no comenzó durante el S. XVII, no es coetáneo de la Edad de la Razón, sino que habría empezado en el S. XV, período de mayor instalación de hospicios en España. El Gran Encierro no empezó ni en Bicetre ni en Bethlam, hospicios que fueron construidos mucho después de la mayoría de los manicomios españoles. Todo el esquema de Foucault basado en Francia necesita ser revisado en función de las situaciones históricas que realmente operaron el 'encierro de la sinrazón' ".* ⁹⁰

En el S.XIX el acercamiento entre los asilos y el pensamiento médico, según Foucault, ⁹¹ *se debe a que el internamiento cobró un valor terapéutico.*

El asilo se estructura según el modelo de la familia patriarcal:

"...quiere ser una gran comunidad fraternal de los enfermos y de los vigilantes, bajo la autoridad de los directores y de la administración Familia rigurosa, sin flaquezas ni complacencias, pero justa, conforme a la gran imagen de la familia bíblica". ⁹²

A diferencia del lugar natural de la enfermedad, es decir la familia, el hospital aparece como un dominio neutro, donde es posible construir el conocimiento médico ante la observación y comparación de los fenómenos patológicos. ⁹³

Al decir de Foucault, estos "observatorios de la multiplicidad humana" ⁹⁴ son necesarios para el ejercicio de la disciplina a través de un

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ Menéndez, E.: Op. cit.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Foucault: Op. cit.

⁹² Ibid.

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Ibid.

dispositivo que funciona mediante la mirada. La arquitectura permitirá el control interior de estas instituciones.

"Las disciplinas establecen una 'infra-penalidad', reticulan un espacio que las leyes dejan vacío; califican y reprimen un conjunto de conductas que su relativa indiferencia hacía sustraerse a los grandes sistemas de castigo. ⁹⁵

De esta manera, los aparatos disciplinarios jerarquizan a unas personas en detrimento de otras y esta distribución según rangos o grados señala las desviaciones a través del castigo.

"La penalidad perfecta que atraviesa todos los puntos y controla todos los instantes de las instituciones disciplinarias, compara, diferencia, jerarquiza, homo-geiniza, excluye. En una palabra normaliza". ⁹⁶

Según Basaglia, estas instituciones deben cumplir determinadas funciones que no son las declaradas, es decir, se encuentran latentes:

"A las instituciones, en cambio, no se le pide que sean eficientes, ni interesa saber si alcanzan su finalidad a menudo puramente verbal e ideológica. El sistema espera de las instituciones que cumplan funciones muy determinadas, que prescindan por completo de la finalidad declarada o que a menudo se sitúan en el extremo opuesto y que ningún representante oficial del sistema consentiría en admitir (en términos sociológicos, funciones latentes). ⁹⁷

En relación a los asilos psiquiátricos, Basaglia especifica cuales son las funciones que cumplen:

"Por una parte, la ciencia nos ha dicho que el enfermo mental debía ser considerado como el resultado de una alteración biológica, por lo demás bastante mal identificada y frente a la cual no se podía hacer otra cosa que admitir dócilmente su diferencia con relación a la norma; de aquí deriva la acción exclusivamente tutelar de las instituciones psiquiátricas, expresión directa de la impotencia de una disciplina que,

⁹⁵ Foucault: Op. cit.

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ Basaglia: Op. cit.

frente a la enfermedad mental se contenta con definirla, catalogarla y regularla de algún modo".⁹⁸

Frente a las funciones que efectivamente cumplen las instituciones psiquiátricas, Menéndez aboga por el cumplimiento de nuevas funciones: la de transformar el sistema social:

"La acción psiquiátrica debe orientarse en un cuestionamiento del orden social a través del cambio profundo en el orden manicomial que establezca dentro del mismo relaciones que no sólo cuestionen el orden tradicional de la 'locura' sino el orden normal de las 'relaciones externas'. El objetivo debe ser la subversión, la negación permanente de la estructura social dada. Cuando ésto no puede realizarse, cuando esta función política de la psiquiatría está limitada, la única alternativa es irse".⁹⁹

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Menéndez, E.: Op. cit.

SEGUN LAS PSICOLOGAS

En todos los casos la funcionalidad de las clínicas y hospitales psiquiátricos fue señalada en tanto "rehabilitación" del paciente como "inserción" social del mismo. Esto fue destacado desde un punto de vista ideal de las funciones que deberían cumplir estas instituciones, separándolas de las que cumplen las "instituciones de crónicos". Cabe señalar al respecto que, en general, los entrevistados conceptúan a la clínica B como una "institución para agudos". Acerca de la diferenciación entre enfermos crónicos y agudos (que analizaremos puntualmente más adelante) se introduce la dimensión temporal en relación a las internaciones. Es decir la cronicidad de un paciente pasa por la mayor extensión de los períodos en que permanece internado, asociando dicha variable temporal a un mayor grado de deterioro y, por lo tanto, menores posibilidades de "cura". De aquí la sobrevaloración que los entrevistados atribuyen a las "instituciones de agudos" como la clínica B e inclusive sus quejas porque esta alberga, a veces, pacientes con características de crónicos (pacientes de la tercera edad).

En términos de las entrevistadas la función de los hospitales y clínicas psiquiátricas es:

"...rehabilitar al paciente y reinsertarlo en la sociedad. Están las instituciones de crónicos que, bueno, los pacientes están ahí, no tienen familia, no tienen donde estar o no tienen una situación familiar continente por ahí tienen familia pero no se hacen cargo, no les queda otra que estar en instituciones crónicas, también, digamos, que son pacientes muy deteriorados que por más que alguien los quiera tener en su casa, no se puede. Pero bueno, este lugar apunta a la rehabilitación y a la reinsertión del paciente en sociedad."

"...la rehabilitación tiene que ser ese, no tiene que tener otro objetivo un hospital o una clínica psiquiátrica, estoy hablando de la internación. Y después tiene un objetivo netamente social, creo que la sociedad necesita que la gente esté sana, a veces, y otras que esté enferma, según quien dirija la batuta. "

A diferencia de esta perspectiva "ideal" se señala que en la práctica las clínicas y hospitales psiquiátricos cumplen otras funciones. Estas serían las siguientes:

"..por ahí el objetivo de la familia que interna al paciente porque el paciente está en mal estado, no sabe donde está parado, entonces la familia lo interna;el objetivo de la familia no es que se recupere porque cuando se recupera se cuestiona cosas, arma kilombos, entonces el objetivo es que se calle, ese es el objetivo no solo de la familia, hay objetivos institucionales que pasan por ahí, que no delire."

Como dijimos antes , es clara la separación que realizan las entrevistadas entre una función "ideal" que deberían cumplir las instituciones psiquiátricas y la función que efectivamente cumplen, es decir, del orden del control o la represión.

Respecto a la primera función es llamativo que no utilicen el término "curación", como suele emplearse para las instituciones médicas. Modestamente recurren a la categoría "rehabilitación" que, a la vez, está cargado de un tinte social muy fuerte. En efecto, a los pacientes es necesario volver a habilitarlos para que se desempeñen eficientemente en la sociedad. Aunque no se empleó esta terminología, se está hablando de la necesidad de "adaptar" al paciente a su contexto social. Hasta aquí aparece una intención unidireccional en el sentido de "amoldar" al paciente a las condiciones sociales que le fueron dadas. En ningún momento se plantea la necesidad de un cambio en el sentido inverso. Y eso que estamos hablando de la función más positiva que podrían cumplir estas instituciones,del "deber ser institucional".

Cuando ya se refieren a la función de control que efectivamente cumplen las clínicas y hospitales psiquiátricos la mayor descarga se realiza en el sentido del contexto familiar, un ámbito social más amplio que tampoco toleraría que el paciente "cuestione cosas, que arme kilombos" no es mencionado. En este nivel , la institución psiquiátrica es colocada en el mismo plano que la familia, también pretendería el silencio del paciente pero no en tanto representante de un orden social más globalizado, sino en tanto sustituto de una familia que puede ser considerada enferma o no.

También en ambos casos se señaló la necesidad de la internación en estas instituciones psiquiátricas, en determinadas circunstancias.

En un caso se precisó que:

"...la internación no pasa solo, por ahí, por la gravedad del enfermo mental, creo, sino que a veces se interna a alguien porque el grupo familiar es conflictivo, entonces necesitamos aislarlo y la medida sería la internación. Y después con todas las variantes que puedan tener, si lo traés excitado si golpea, la cosa de la agresividad, en casos graves: el delirio, la alucinación. Cuadros de de-presión o, por ahí, melancolías, intentos de suicidio."

En el otro , la necesidad de la internación se fundamentó de la siguiente manera:

"...yo pienso que hay pacientes, que hay momentos del paciente en que necesita la internación (...), cuando un paciente no puede ser responsable de lo que hace, no sabe lo que hace, no tiene conciencia de lo que dice o de lo que dice. Cuando sea inmanejable desde la cosa mas práctica, mas pragmática, donde corre riesgos él y pone en riesgos a otros, creo que es el único momento en que yo puedo adherir a una internación."

La referencia a la medida de la internación es central en el análisis de este ítem. En efecto, ella es la que identifica el procedimiento más utilizado por las instituciones psiquiátricas y sólo secundariamente se las identifica con la implementación de tratamientos ambulatorios.

Las entrevistadas al exponer los motivos que llevan a una internación ponen el acento en la dimensión curativa, surge, entonces el alegato clásico de la necesidad de aislar al paciente de un ámbito familiar conflictivo y la necesidad de proteger su vida y la de los demás.

Ante el análisis de la principal actividad de las instituciones psiquiátricas desaparecería la tibia crítica realizada en torno de las funciones represivas o de control, comentadas más arriba.

En un caso, se expresa claramente que la pérdida de conciencia en una persona es la única condición necesaria para aceptar la internación de la misma. Pero en el otro caso se incluye entre los motivos de internación, los "cuadros de depresión, melancolías, intentos de suicidio" que, por ejemplo, siguiendo la caracterización de la clasificación de enfermedades mentales expuesto por uno de los médicos de guardia (analizada en el ítem anterior), son casos en que el paciente no se encuentra alienado, es decir, conserva su "conciencia".

Mas allá de que observamos esta contradicción entre las exposiciones de las entrevistadas, si hay una cosa que nos queda clara, porque aparece recurrentemente en el testimonio de todos nuestros informantes, es que el sector de internación de la clínica B está repleto de pacientes cuyos diagnósticos son de depresión.

Por otro lado, la responsabilidad de las acciones y los discursos en una persona, dimensión que la eximiría de una internación en estas instituciones, parece estar dada por la posibilidad de ser manejado desde afuera por los demas. En efecto, en términos de la entrevistada la no-responsabilidad de los discursos y acciones aparece como sinónimo de la "inmanejabilidad" de una persona.

Una de las psicólogas si bien destacó la importancia de los tratamientos ambulatorios de los pacientes (hospital de día y consultorios externos) y aunque siguió insistiendo en la necesidad de la internación propuso acortar el tiempo de la misma y reducir el número de instituciones psiquiátricas:

"De todas maneras creo que si es necesaria (la internación), lo que yo haría es disminuir la cantidad de hospitales y clínicas psiquiátricas, disminuir la cantidad y el tiempo. Por ejemplo las obras sociales, el tiempo de prestación e internación, no se, máximo de dos meses, máximo, me parece una barbaridad igual, salvo con alguna indicación que tiene que ver con la evolución del paciente, que no pueda irse o alguna cosa así, pero yo estoy de acuerdo con el enfermo ambulatorio, con el hospital de día, con consultorios externos."

En este testimonio se planteó la necesidad de introducir cambios, desde lo práctico, en el ámbito de la salud mental . Sin embargo no llegó a proponerse algún tipo de modificación mas radical en el sentido del proyecto realizado en Río Negro con el cierre de las instituciones psiquiátricas y ésto a pesar que en otro momento de la entrevista la psicóloga expresara su simpatía por dicho proyecto.

En cuanto a la diferenciación entre una institución psiquiátrica privada y una estatal no solo se destacó el elemento económico sino que se estableció (en un caso) la preferencia por las instituciones estatales:

"...yo acá cobro, en el hospital cuando se interna alguien, es negativo ésto , pero supuestamente no demanda intereses económicos porque todo el mundo cobra sueldo, o sea, haya pacientes o no haya pacientes, y acá no es así, si la clínica está vacía , si esta llena, no es lo mismo para el dueño, no es lo mismo para nosotros, entonces hay otros elementos, otras variables que yo creo que joden el laburo, como siempre la guita ahí jode. O sea por un lado, si se puede trabajar es bárbaro, pero de última es una empresa; el hospital de alguna manera también es una empresa, pero no me atañe a mi directamente, ésta es una empresa chiquitita, es directa la relación, si yo no trabajo no cobro (...). Me parece que tendrían que ser todas estatales (las instituciones psiquiátricas)... Yo creo que el Estado tiene que funcionar distinto, de tal manera que todos podamos trabajar con buenos sueldos y que el Estado maneje la cosa, a mi me parece que eso generaría que no haya este concepto de empresa que a veces dificulta un poco la cosa."

En el otro caso, en cambio, se estableció la preferencia por las clínicas privadas:

"...en este lugar integramos un grupo y se nos permite mayor libertad para hacer un programa (...) me parece con más posibilidades, no una cosa burocrática y estatizada. Por ahí la diferencia sería esa; te permite un manejo con libertad en cuanto a evaluación de pacientes, estrategias de tratamiento..."

También los hospitales y las clínicas psiquiátricas fueron diferenciados a partir de la manera en que llega el paciente. Al hospital los pacientes llegan "solos", sin familiares, sin poder contar su historia clínica, en cambio en las clínicas privadas:

" tienen que pasar por la obra social, el psiquiatra tira el diagnóstico (...), en general vienen con la familia, como sean, la familia por ahí no sirve para nada pero la familia está (...) acá tiene que firmar un familiar que se haga responsable..."

En uno de los casos , se expresó el deseo que la clínica B cubriera otra área funcional hasta ahora no desarrollada en la misma: la investigación.

"Por ahí hacer algún proyecto de., que implicaría, no se trabajar con los colegios, con instituciones de la zona para hacer algún trabajo de investigación, de estadística de salud mental de la población (...),por ahí algo de estadística, algo de prevención o hacer prevención en los colegios, que se yo , dar charlas."

Si bien la clínica B cubre ampliamente el área asistencial, con el desarrollo de numerosas actividades, la investigación y la prevención no están incluidas en las mismas. En este testimonio, estas dos últimas aparecerían relacionadas.

SEGUN LOS PSIQUIATRAS

La funcionalidad de los hospitales y clínicas psiquiátricas en términos de los entrevistados es "social" (aparte de médica) en tanto sustituyen el hogar del paciente y, en tanto, cubren las necesidades de los familiares del paciente que "no se lo bancan más":

"(un hospital o clínica psiquiátrica) cumple una función social, aparte de una función médica (...) porque la clínica psiquiátrica muchas veces hace de ese hogar que, muchas veces, el paciente no tiene afuera. Evidentemente, la función de la clínica no es 'hacer de ese hogar', en última instancia sirve así por un tiempo pero después, teóricamente, se tiende a que el paciente revalorice lo que tiene, no utilice...sustituye las falencias que el paciente tiene afuera. Yo creo que en la mayoría de los casos es la problemática social, se puede trabajar individualmente con el paciente siempre y cuando la familia afuera colabore con el tratamiento, lo que pasa es que a lo mejor hay tratamientos, tanto por parte del paciente y muchas veces, fundamentalmente de los familiares hacen imposible que vos a un paciente lo.. digas "bueno, vamos a dejarlo de la clínica hacia afuera" porque la familia muchas veces viene a tirarlo al paciente porque no se lo banca más..."

Nuevamente las instituciones psiquiátricas aparecen representando y, hasta cierto punto, sustituyendo al ámbito familiar. En este sentido, el entrevistado asegura que cumplen una función social, en tanto tapan ese vacío que la familia se niega a protagonizar ya sea por ausencia o porque "no se lo bancan más". Esta última expresión hace referencia muy indirectamente a la función de control de estas instituciones pero como en los testimonios anteriores la que carga con la responsabilidad es únicamente la familia como núcleo social exclusivo que necesita segregarse de sí, al paciente mental.

Nuevamente, aunque aparte de la función curativa se menciona esta función social, un contexto más generalizado es ignorado.

Por otra parte es obviado el carácter iatrogénico de estas instituciones. En palabras de Mannoni:

"El medio cerrado del hospital psiquiátrico crea, es cosa sabida, una enfermedad 'institucional' que se agrega a la enfermedad inicial

deformándola o fijándola de un modo anormal. El medio hospitalario se asemeja a las estructuras de una vida familiar coercitiva y favorece el desarrollo de una nueva enfermedad, específica de la institución misma (...). No son ni el psiquiatra ni la sociedad los que crean la locura pero son responsables del modo en que ella se fija en la asilo". ¹⁰⁰

En otras palabras:

"...en el estado burgués burocrático, encontramos siempre imitaciones de la institución familiar, de tal modo que el hospital psiquiátrico se presenta como una gran familia, con un sentido terrible e indefinido. Así como hemos llegado a comprender, durante este siglo, que la familia es el origen, la génesis focal de la locura (en especial de la forma de locura llamada esquizofrenia), si volvemos a proponer la forma familiar para las instituciones, será ésta la mejor manera de perpetuar la locura, continuamente y para siempre". ¹⁰¹

Como ya vimos en el testimonio de uno de estos psiquiatras, se resalta la función social que cumplen las instituciones psiquiátricas. Una de las psicólogas también se había expresado en los mismos términos, aunque cargándolos con otros contenidos: mientras el primero refería a la función social que cumplían en tanto sustituto de la familia; la segunda aludía a la necesidad de la sociedad de curar de sus dolencias a sus integrantes.

En un caso se relacionó directamente la función de estas instituciones con la actividad de internación:

"...cuando no se puede tratar a un paciente en forma ambulatoria, cuando su cuadro se descompensa de tal manera que es necesario internarlo en una institución ya sea del estado o privada, según la posibilidad del paciente..."

Las condiciones necesarias para que se efectúe una internación fueron explicitadas de la siguiente forma:

"...hay que ver que presenta el paciente, hay pacientes que necesariamente deben ser aislados, por él o por terceros (...) casualmente cuando pone en peligro su vida o la de terceros, creo que como única

¹⁰⁰ Mannoni, M.: "El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis". Siglo XXI, 1990.

¹⁰¹ Basaglia: Op. cit.

limitación absoluta, como indicaciones negativas cuando el medio familiar es inconsistente, como para dar una contención, un marco de contención."

En otro caso se coincidió parcialmente con este testimonio al declarar que un paciente debe ser internado "cuando peligra su vida"

En relación con esto, Mannoni afirma que:

"La sociedad exige que el orden no sea perturbado: el acto psiquiátrico lo tiene en cuenta cuando el médico redacta un certificado según el cual a un individuo debe considerárselo como 'peligroso para sí mismo y los demás' certificado que implicará el aislamiento del sujeto, su separación de la sociedad". ¹⁰²

En coincidencia con las psicólogas los motivos que llevan a una internación es la puesta en peligro de la vida de un ser humano, y la dimensión curativa de dicha medida en tanto brinda un marco de contención que no ofrece la familia. Ambas razones parecen justificar plenamente este procedimiento médico sin que, en este grupo, se oponga ningún nivel de crítica o se exprese la necesidad de modificación del estado de cosas.

Por lo dicho anteriormente, parecerían existir razones médicas y sociales inmodificables que sólo pueden resolverse mediante la presencia de las instituciones psiquiátricas y que éstas sólo pudieran actuar, por lo menos principalmente, a través de la implementación de la internación.

Es como si a diferencia de las psicólogas, los psiquiatras se hubieran movido en un plano netamente descriptivo: no se propusieron funciones ideales de las instituciones psiquiátricas, no se propusieron cambios en esta área, ni se efectuaron críticas a la forma de funcionamiento de las mismas. Tampoco se refirieron a proyectos alternativos como el desarrollado en Río Negro. Parecería que los psiquiatras se remitieran a "describir" el actual funcionamiento de las instituciones psiquiátricas y que se encontraran comprometidos con el mismo, tal vez por eso la falta de compromiso con una transformación de la situación.

¹⁰² Mannoni, M.: Op. cit.

En un caso, a través del relato de los proyectos de futuras actividades a realizarse en la clínica se vislumbró la atribución por parte del entrevistado de la función preventiva a este tipo de instituciones:

"Los proyectos son muchos (...) proyectos comunitarios. Primero que toda función de este tipo tiene que estar abierto a la comunidad (...); el conocimiento a través de cursos, de jornadas, de traer gente (...) con un grupo reducido de gente que sea un buen reciclador de las ideas (...) hablar de los problemas de la vida, ser un poco un elemento cuestionador de la sociedad (...). Todas las instituciones de este tipo tienen que estar abiertas, ser, insisto, una generadora de cuestionamientos permanentes. Un programa para adolescentes (...) hacer un cateo (...) de características comunes del adolescente y un poco tratar a través de centros recreativos, un poco dar un marco de continencia, un marco de seguridad y de protección (...). Lo que estamos haciendo ahora es para adentro, para los bolsillos y para adentro, es triste pero es así (...). Que sea una clínica cerrada no sirve, no tiene razón de ser, si es así, en todo caso para los dueños que se enriquecen (...) esa es la tarea nuestra, no curar. Tratar de prevenir uno o algunos de los factores que hacen a la causalidad de la patología."

Como en el grupo anterior, investigación y prevención aparecen relacionadas. Pero a diferencia de las psicólogas, en este testimonio se hace claramente hincapié en el funcionalidad preventiva.

En este aspecto, se vislumbra una aspiración de transformación de las instituciones psiquiátricas: no sólo pasar de la cura a la prevención sino también pasar de ser una institución conservadora a un "elemento cuestionador de la sociedad". Se critica el fin puramente económico de las actividades desempeñadas actualmente por la clínica B y si bien se propone una modificación sustanciosa en la misma, tal cambio sólo pertenece al orden de los deseos.

A pesar de ésto, es el único caso dentro de los psiquiatras en que la función ideal se acerca bastante a la planteada por Menéndez ¹⁰³ que ya anticipáramos en la introducción al ítem por la cual sostiene que:

"El objetivo debe ser la subversión, la negación permanente de la estructura social dada."

¹⁰³Menéndez, E.: Op. cit.

En este caso se hablaría de cuestionar a la sociedad. Sin duda es un fin más modesto y sin embargo de las entrevistas analizadas hasta ahora , es la expresión mas audaz en cuanto a la funcionalidad de las instituciones psiquiátricas.

En un caso, al igual que una de las psicólogas, se expresó la preferencia por las clínicas privadas antes que las estatales. El argumento giró en torno a la posibilidad de instrumentar cambios en el medio institucional, es decir, que el nivel de protagonismo desempeñado por los profesionales es mucho más importante en las instituciones privadas que en las estatales.

En términos del entrevistado:

"Creo que acá, en esta clínica se pueden hacer un montón de cosas, por ejemplo, si decido que tal medicamento es bueno para tal paciente hablás con el... y digo 'comprá tal medicamento', cosa que en el medio estatal no lo voy a poder hacer, me voy a manejar con las herramientas que tengo (...); la diferencia es que yo acá soy el que de alguna manera, puedo decir que es lo que quiero."

En otro caso, uno de los directivos señaló que una institución psiquiátrica debe ser evaluada por la movilidad de los pacientes. Nuevamente encontramos la valoración positiva acerca de las instituciones de agudos como la clínica B:

"lo que importa son los resultados, mirar al paciente, la patología que tienen, eso es lo que dá nivel al establecimiento, sobre todo la movilidad del paciente, un sitio que el paciente entra y mañana sale, no que entra y es un depósito de fiambres..."

SEGUN LOS MEDICOS DE GUARDIA

En uno de los casos se coincide plenamente con el punto de vista de las psicólogas en tanto la principal función de los hospitales y clínicas psiquiátricas es la de "reinsertar" a los pacientes en la sociedad:

"...el sentido de la clínica psiquiátrica es el mismo que el de una clínica quirúrgica cuando un paciente está descompensado ponerlo de vuelta.. o reinsertarlo en la sociedad".

En otro de los casos, se coincidió con uno de los psiquiatras en tanto se individualiza a la internación como función predominante de las instituciones psiquiátricas:

" ...atender al paciente que no puede ser ambulatorio, darle una atención permanente esa sería la función, cuando el tratamiento en consultorio es imposible, cuando no se puede seguir al paciente está la internación, por eso generalmente, en los hospitales pasan por admisión 3 ó 4 días y después se distribuye en los distintos pabellones."

Otro de los médicos de guardia si bien no habló explícitamente sobre el tema, implícitamente reconoció el carácter negativo de los asilos, al adherir a la experiencia reciente desarrollada en el área , en la provincia de Río Negro, que a su vez se basa en la práctica de Basaglia en Italia del cierre de los hospitales psiquiátricos.:

"...hay muchas alternativas, acá tenemos que empezar a buscar la nuestra; las experiencias que han hecho en otros lados de hecho , que se yo, Basaglia en el norte de Italia (...) un día se cerraron los hospicios tiraron las puertas abajo, los locos salieron a la calle, con toda la resistencia que sectores de la comunidad tenían, sectores más tradicionales, más conservadores (...). Nosotros tenemos que encontrar la alternativa nuestra, hacer lo mismo sin plata, como se hace todo acá, como se puede. Ya salió la primer ley provincial de abolición de las instituciones psiquiátricas en Río Negro (...); lo que si seguro se puede prevenir es la internación, lo que si se puede prevenir es el grado de deterioro que llegan los pacientes cuando no han tenido contención y cobertura asistencial (...). Peor es el silencio del loquero , que debe ser

un kilombo (la experiencia en Río Negro) no tengo la menor duda, pero de eso va a salir una experiencia y va a salir algo. Del silencio del loquero no sale nada, del encierro que sale?, no sale nada. Son los momentos de transición que hay que vivirlos, sino no se cambia nada."

La finalidad de la experiencia italiana es descripta, por Mannoni de esta manera:

"Para los italianos (Franco Basaglia) el problema no reside en la humanización de los hospitales , ni tampoco en el hecho de que el hospital liberalizado termine con crear una microsociedad que no logre comunicarse con el medio social (con lo que los enfermos técnicamente curados se resignarán a la hospitalización y quedaran exiliados en una carrera hospitalaria de la que no podrán ya salir). Lo que cuestionan es el modo en que, en el contexto social de hoy, se concibe y se trata la enfermedad mental y denuncian los compromisos ideológicos que se hallan en la base de todo proyecto psiquiátrico". ¹⁰⁴

La mayoría de los médicos de guardia coincidieron con las psicólogas y psiquiatras en que la internación se convierte en una medida necesaria cuando peligra la vida de un ser humano (ya sea paciente o no):

"El paciente tiene que ser internado cuando peligra su seguridad y la de sus semejantes, cuando es peligroso para él mismo y para los demás, en el caso del paciente depresivo comienza con ideas de suicidio, puede cometer algún acto que le puede ser perjudicial para él pero puede perjudicar a su familia; en el caso de un esquizofrénico comienza a no darse cuenta de sus actos y a realizar actos que pueden poner en peligro la vida de un familiar, entonces es el momento de internarlo y a veces no, a veces el paciente mismo se da cuenta de que está mal que necesitan internación y ellos mismos piden internarse. No hay que esperar que el paciente esté descompensado hasta el punto que sea peligroso para los demás y para él sino que hay que tratar (...) de internarlo antes de que el cuadro se agrave más. Si empieza a descompensarse y uno ve que con la terapia ambulatoria no hay mejoría entonces hay que internarlo y volver a empezar todo hasta poder recuperarlo (...) entonces necesita que

¹⁰⁴ Mannoni, M.: Op. cit.

vuelva a la clínica para que sea nuevamente encarrilado hasta que se adapte completamente."

En un caso, igual que las psicólogas se abogó por la reducción del tiempo de internación:

"...yo creo que los que necesitan una internación en la mayoría de los casos no demasiado prolongada (...) pero en el aspecto estrictamente psiquiátrico cada vez las internaciones ..., no hay justificación para internaciones demasiado prolongadas (...) los motivos de internación son cada vez menos y de internaciones más cortas".

Mientras que vemos que en este caso se habla de internaciones cortas , e inclusive anteriormente se habló de la abolición de las instituciones psiquiátricas, dichos testimonios se contradicen con el anteúltimo en que no sólo se reivindica la internación para pacientes "descompensados" sino que también se la invoca como una medida de precaución para que los pacientes no lleguen a ese estado. La expresión de este último entrevistado acerca de la necesidad de "encarrilar" a los pacientes con un fin de adaptación social, habla a las claras de una noción de enfermedad mental como desviación de la norma.

Aparte la internación fue reconocida como necesaria, de la misma forma que los grupos anteriores, cuando el enfermo mental no es contenido por su contexto familiar:

"(la internación es necesaria) cuando ya el grupo del paciente ya no puede o no quiere hacer más nada por este paciente, cuando ya no se pueden hacer cargo de esta situación, cuando su familia ya no es continente, entonces creo que es un lugar de la internación, porque cuando la familia no puede más, mal puede ayudar y acompañar a este paciente en el proceso de la cura (...). La institución opera como ordenador, debería operar como ordenador, vamos a desvincularse por un tiempito para que cada uno pueda repensar su lugar y el lugar del otro. Esto relaja, esto tranquiliza y aparece la institución y los terapeutas como interlocutores de ésto y como depositario también de un principio de solución que después uno lo devuelve, la solución va a estar en ese grupo familiar y en ese paciente".

En este caso, ratificando el punto de vista de psiquiatras y psicólogas, se expresa la opinión contraria a la de Foucault en establecer a la institución psiquiátrica como lugar de cura, y a la familia como lugar de enfermedad. Sin embargo nos cabe preguntarnos lo mismo que Mannoni:

"hoy como ayer, oscilamos entre las dos alternativas de esta elección: o conservarlo en la familia o transferirlo al asilo. No es preciso ya insistir en la nocividad del medio familiar, pero el asilo tampoco es una solución. Que hacer? Cambiar la sociedad, soñar en construir otra, en la cual los locos encontrarían un lugar mas justo?". ¹⁰⁵

En cuanto a la diferenciación entre hospitales y clínicas psiquiátricas se destacó que pasa por una cuestión de dimensiones, aspecto que determinaría un funcionamiento diferente de la institución:

"..hay una diferencia, ésto es chiquito entonces el manejo de la clínica está dado por el director y sus asistentes, las empleadas administrativas, entonces él puede ver muy de cerca todo lo que pasa en la clínica. A lo mejor en el otro trabajo (un hospital)... es otro manejo, tarda un poco más en llegar, la solución tarda un poquito más. En cambio, acá es un feed-back las cosas van y vienen en el acto, está todo mucho mas conectado, para todo es así, inclusive en cuanto compras y todo lo que sea manejo en un hospital es diferente (...)quizás en un clínica psiquiátrica más grande es de otra manera, yo te estoy hablando de esta clínica porque es chiquita, entonces el manejo es diferente."

"(las instituciones estatales) cuesta muchísimo cambiarlas, han padecido o son producto de una historia bastante represiva con respecto a la temática del enfermo mental, entonces son instituciones que han sido cerradas durante muchísimos años desde la concepción que el loco lo único que necesita es un lugar de internación para protegerse a si mismo y a la sociedad; entonces cambiar esta estructura aunque esta concepción por más de 30 años parece que no se atreve mas nadie (...). De pronto en una institución privada, nueva, como es ésta las alternativas son más..., es más fácil, se trabaja con menos pacientes, más personal, es decir, las condiciones son mejores."

¹⁰⁵Mannoni, M.: Op. cit.

A pesar de estas apreciaciones, en un caso se expresó la preferencia por las instituciones estatales:

" A mi me gusta mucho trabajar en el estado; a pesar de todo, yo creo que se puede; además hay que hacerlo; yo creo que alguna vez los manicomios hay que cerrarlos y para eso hay que trabajar mucho (...) yo creo que (lo privado) no tendría que existir. Creo que si absorben una necesidad social pero creo que es por abandono de la obligación que tiene el sector público en ofrecer servicios, no está demostrado que el sector privado pueda , en términos de igual posibilidad económica de uno u otro, brindar mejor servicio que el sector público, en iguales condiciones, claro, si vas a desabastecer a los hospitales, si tenés una persona para 80 pacientes claro, es peor, pero si alguien pone un negocio, no hay ningún motivo para que no sea un buen negocio para el estado, o que no debe ser buen negocio (...) no debería ser negocio."

En este caso observamos una coincidencia con una de las psicólogas ante la defensa de la salud pública y el trabajo en las instituciones estatales, aunque el mismo no sea más que para lograr el cierre de las hospitales psiquiátricos.

SEGUN LAS ENFERMERAS

En relación a este tema, las enfermeras aludieron principalmente a la función asistencial de las clínicas y hospitales psiquiátricos. Así, por ejemplo, en palabras de los actores, estas instituciones deben:

"...atender, estar con el paciente constantemente que es lo que requiere este tipo de pacientes."

Advertimos que casi con los mismos términos que uno de los médicos de guardia se describe la actividad de la internación como principal función de hospitales y clínicas psiquiátricas.

En un solo caso, se mencionó el rol que juega la institución como sustituto de la familia en tanto control"

"...los hospitales psiquiátricos son para tenerlos ahí (a los pacientes) y para hacer lo que la familia no puede con ellos, cuando no pueden estar en sociedad."

Hasta aquí vemos que, grosso modo, las representaciones acerca de la funcionalidad de las instituciones psiquiátricas coinciden con la de los grupos anteriores.

En este mismo caso, la función represiva de las instituciones psiquiátricas fue formulada explícitamente al hablar de la internación como un paso necesario, cuando a los pacientes..:

"..ya no se lo puede controlar, cuando la familia no puede controlar al paciente."

En los demás casos, se aludió a la necesidad de curación de algunos pacientes cuando se efectúa la internación:

"...la internación se realiza según el estado del paciente y la capacidad de una paciente para asumir todo y para sobrellevar su.., reponerse."

SEGUN LAS MUCAMAS

En un solo caso, se aludió en forma positiva a la funcionalidad de las instituciones psiquiátricas, centrándose en el aspecto curativo de las mismas:

"(las instituciones psiquiátricas) sirven para ayudar a la gente, ahí tienen todo lo que no va a haber en la casa; en la casa no van a tener lo que necesitan de un hospital (...) porque en la casa no puede., no sabe lo que tiene que tomar, como se tiene que conducir, lo que tiene que hacer, bueno acá adentro creo que lo tienen a eso al paciente no?"

Creemos que aquí se hace referencia también a la función normativa y de control de estas instituciones. Ellas normatizan las acciones del paciente en tanto sustituto del contexto familiar.

En este sentido:

"Si en el mundo exterior al loco se lo declara de buen grado irresponsable, en el interior del recinto del asilo se le hace una especie de proceso moral. Esta actitud subsiste todavía en nuestros días: quienes curan aun cuando lo nieguen, tienen tendencia a apreciar la mejoría del paciente en función de criterios esencialmente normativos". ¹⁰⁶

En cambio la mayoría de las mucamas aludió claramente al aspecto represivo de las instituciones psiquiátricas, aunque sin dejar de mencionar la función curativa de las mismas, en especial de las clínicas privadas que fueron consideradas muy superiores a los hospitales psiquiátricos:

"..pienso aquí sirven primero de los pacientes hacia los familiares, algunos para sacárselos de encima, otros necesitan atención, no se si les hace bien o mal, eso no te lo puedo decir porque no se, pero pienso que necesitan atención..."

"yo pienso que los hospitales, no clínicas privadas como esta, pienso que los hospitales, están mal, descuidados, la atención, todo es malo."

¹⁰⁶Mannoni, M.: Op. cit.

"..yo haría eso, los sacaría más (a los pacientes) para que no se sientan como en una cárcel, porque es como una cárcel pero con distintas maneras (...); nada comparable a una cárcel porque acá no hay asesinos, ni violadores, ni nada pero ellos se sienten encerrados y a lo mejor eso los afecta un poco (...); parece una cárcel pero es muy bueno porque es recuperar para el enfermo, es muy bueno, la atención de los médicos que se dedican (...) comparo ésto y es un paraíso, al lado de un hospital o del Melchor Romero, que a veces llegan cosas de allá, que los tienen encerrados a los que son muy bravos, acá nadie encierra (...), ésto es hermoso porque hay gente que se ha recuperado a las mil maravillas (...), quiere decir que ésto sirve y tendría que ponerse muchos de éstos, clínicas así para recuperar a personas que cometen algún error..."

Mas allá de la contradicción que observamos en este testimonio, donde se habla de la necesidad de sacar a los pacientes de la clínica para que no se sientan encerrados, con la aclaración casi simultánea de que "acá nadie encierra"; notamos que aparece por primera vez en el discurso de los entrevistados toda la crudeza de la función de control de los hospitales y clínicas psiquiátricas al comparársela con una cárcel. Si bien por un lado no se deja de defender a las clínicas privadas donde desarrollan su trabajo, las mucamas no las dejan afuera en su comparación con instituciones carcelarias.

Por otro lado, lo internados en la clínica B son , aún mas, asimilados a los presos al considerar que su condición depende de la voluntad de los pacientes ("cometen algún error"), así que , de esta manera, se realiza una descarga de la función de control ejercida por estas instituciones, en el sentido que por lo menos, hasta cierto punto le cabe a los "presos mentales" cierta responsabilidad en relación al castigo que supone una internación.

En este sentido:

"El paciente vive a veces la hospitalización como una sanción merecida. En el asilo, el adulto se identifica con ese niño o ese adolescente que fue, al que se amenaza con encerrar en el 'hogar de niños desvalidos. En ese hogar-prisión, ha terminado por aterrizar, lo ha encontrado en el hospital psiquiátrico, en el cual el psiquiatra es su guardián". ¹⁰⁷

¹⁰⁷ Mannoni, M.: Op. cit.

Además, la críticas efectuadas a las instituciones estatales coinciden, aunque en otros términos con las que realizaron los entrevistados de los grupos anteriores. Pero a diferencia de algunos entrevistados que defendieron su existencia, las mucamas solo proponen abrir muchas más clínicas privadas como la que les ofrece trabajo.

La medida de la internación en las instituciones psiquiátricas, apareció asociada en las mucamas, a la noción de desadaptación social:

"...un paciente tiene que ser internado cuando ya no se puede manejar por si solo, cuando ya la familia tampoco puede manejarlo que no puede., que no toma la medicación o que se tiró en una cama y no quiere comer o que está en la casa rompiendo todo."

Aunque en este caso no se alude explícitamente a la responsabilidad de las personas, como en el caso de una de las psicólogas se habla de la inmanejabilidad de las personas que deben ser internadas.

"..yo llegaría a internar a una persona, que llegue a estar en mi casa con violencia, yo odio la violencia,pienso que la internaría si es una persona violenta; si tenés una persona que está haciendo cosas que no son muy normales, que se yo te puedo decir: apagando los cigarrillos en un cajón, te hace pipí, cocó en cualquier lado, pienso que también lo internaría, sería una persona que no tiene los 5 sentidos bien puestos."

Entre los motivos que llevarían a una internación prevalecen dos: uno es la violencia y la otra la desadaptación social. Entre estas entrevistadas desaparece la consideración del peligro que pueda correr una persona. Creemos que es una opinión tal vez menos romántica que la del resto de los grupos pero tal vez más aproximada a lo que realmente sucede.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Respecto a las representaciones que el personal de la clínica B mantiene acerca de la funcionalidad de los hospitales y clínicas psiquiátricas, notamos que condice con uno de los rasgos del MMH, es decir su orientación básicamente curativa. En efecto, casi todos los grupos de entrevistados adjudicó a estas instituciones una función de cura (las psicólogas en términos de rehabilitación o reinserción social, de la misma manera que los médicos de guardia y los psiquiatras como función médica). Las enfermeras, junto con uno de los psiquiatras y uno de los médicos de guardia describen la actividad de la internación como función principal de estas instituciones.

A pesar que la función curativa es la hegemónica en las representaciones de estos actores, tal como lo sostiene Menéndez, las funciones de control no son ignoradas. Tanto las psicólogas (callar al paciente), como las enfermeras (control, en sustituto de la familia) y las mucamas (analogía con una cárcel), adhieren a esta concepción, aunque utilicen diferentes terminologías.

Las psicólogas y psiquiatras coinciden en atribuir una función ideal preventiva a las instituciones psiquiátricas, así como una función social, aunque este término es cargado con distintos contenidos: en el primer caso se refieren a que cubren una necesidad de la población y, en el segundo, a que sustituyen a la familia.

Solamente las mucamas, aludieron indirectamente a una función normativa.

En relación al rasgo n) del MMH (el paciente como responsable de su enfermedad), se contraponen las concepciones de las psicólogas y las mucamas: mientras las primeras consideran que los pacientes internados no son responsables de lo que dicen o hacen; las segundas, creen que los internados están en esas condiciones por "cometer algún error".

En cuanto a los motivos de internación, actividad principal de estas instituciones, las psicólogas, psiquiatras y médicos de guardia coinciden en atribuirlos a la puesta en peligro de una vida o ante una familia conflictiva o inconsistente. Las psicólogas y mucamas coincidieron también, en aceptar como motivo de internación la inmanejabilidad de un paciente. Mientras que las enfermeras como motivo de internación, optaron por la cura y las mucamas ante la desadaptación social y la violencia.

Una de las psicólogas y uno de los médicos de guardia estuvieron de acuerdo en la necesidad de reducir el tiempo de internación y, también en preferir a las instituciones estatales frente a las privadas. Esto último se invirtió en el caso de las mucamas.

FUNCIONES DE PSICOLOGOS Y PSIQUIATRAS

El ítem anterior fue dedicada a las funciones cumplidas por las instituciones psiquiátricas. Pero también nos pareció pertinente relevar las representaciones que los entrevistados poseen acerca de las funciones desempeñadas por los técnicos (como Basaglia llama a los psicólogos y psiquiatras) de estas instituciones y que aparecen como los "amos de la locura" encargados de "producir la verdad de la enfermedad en el espacio del hospital". ¹⁰⁸

Sin duda, no es la institución abstracta la que cumple las funciones de la psiquiatría. Para ello se necesitan actores que sancionen y justifiquen la sanción del loco. ¹⁰⁹ *La función que cumplen estas instituciones derivan de los roles y de la ideología general del poder médico.* ¹¹⁰

"El médico es un individuo que dispone de cierto poder y, para ejercerlo, necesita aceptar el mito de la omnipotencia que el paciente le confiere. Sin embargo, a diferencia del médico o del cirujano, el psiquiatra está investido de un poder mucho mayor, es decir que, en vez de usar su omnipotencia técnica para actuar sobre una parte del cuerpo que pertenece al enfermo, actúa en forma global sobre un enfermo que le pertenece". ¹¹¹

Si bien el psiquiatra/psicólogo es el técnico que se ocupa de etiquetar, este proceso de etiquetamiento es social. ¹¹²

"Es desde esta perspectiva que debe reconocerse que la acción del psiquiatra sanciona formas reconocidas socialmente como legítimas y que, en consecuencia, son los conjuntos los que conforman y refuerzan este proceso de etiquetamiento". ¹¹³

Según Basaglia, los técnicos serían los ejecutores del proceso de psiquiatrización de la vida cotidiana y también aquellos que adaptan a los excluidos al sistema social, desde su lugar específico:

¹⁰⁸ Basaglia: Op. cit.

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Menéndez, E.: Op. cit.

¹¹³ Ibid.

"Los nuevos concesionarios tendrían por finalidad extender los límites de la exclusión, descubriendo técnicamente nuevas formas de desviación, consideradas hasta hoy como pertenecientes a la norma.

"El nuevo psiquiatra social, el psicoterapeuta, el asistente social, el psicólogo de empresas (...) son únicamente los nuevos administradores de la violencia del poder, en la medida en que -suavizando asperezas, disolviendo resistencias, resolviendo conflictos engendrados por los instituciones-, se limitan a permitir, mediante su acción técnica aparentemente reparadora y no violenta, la perpetuación de la violencia global". ¹¹⁴

Las funciones que cumple la psiquiatría son enumeradas por Menéndez ¹¹⁵ ***de la siguiente manera:***

"...podemos preguntarnos cuales son las funciones de la psiquiatría en nuestra sociedad. Una enumeración simple daría lo siguiente: a) curar; b) psiquiatrizar los conflictos y relaciones cotidianas (en la escuela, la fábrica, etc.); c) normatizar, educar a través de la diferencia ; d) ideologizar las relaciones sociales, racionalizando la irracionalidad del sistema; e) recuperar o marginar a la fuerza de trabajo; f) crear fuentes de trabajo a través de las necesidades y de las instituciones de salud mental. En última instancia, estas y otras funciones posibles pueden ser reducidas a 4 básicas: curar/controlar/normatizar/producir". ¹¹⁶

Según este autor los terapeutas se asumen principalmente, en su función curativa. En la mayor parte de la práctica psiquiátrica la función de control es negada y lo mismo pasa con las funciones de normatización. ¹¹⁷

"Esto desde nuestro análisis no significa plantear que el psiquiatra no deba asumir como núcleo de su actividad las funciones curativas sino que señala la imposibilidad de la mayoría de la práctica psiquiátrica de reconocer a las otras funciones o la necesidad de disolverlas en la función curativa. Porque no puede acceder a esto? No puede, pues hacerlo significaría reconocer que sus funciones son en gran medida político-ideológicas, tanto a nivel privado como público; que estas

¹¹⁴ Basaglia: Op. cit.

¹¹⁵ Menéndez, E.: Op. cit.

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Ibid.

funciones están determinadas a pesar de su propia intencionalidad, es decir, actúan como determinaciones de la estructura inconsciente de su práctica; que reconocerlo y asumirlo sería funcionar en una especie de antipsiquiatría permanente". ¹¹⁸

Pero las tensiones existentes entre las funciones de cura y de control llevan a una contradicción que atraviesa toda la práctica de los técnicos, según lo expresado por varios autores (Castel y Basaglia, por ejemplo):

"La psiquiatría es la práctica de una contradicción. Digamos, esquemáticamente para empezar, entre una finalidad terapéutica proclamada en voz alta y ciertas funciones político-administrativas de control social. Pero no por esto la medicina mental está necesariamente consciente de tal contradicción". ¹¹⁹

"El psiquiatra actúa siempre de acuerdo con su doble misión de hombre de ciencia y mantenedor del orden. Pero ambas funciones están recíprocamente en evidente contradicción, dado que el hombre de ciencia debería procurar salvaguardar y curar al hombre enfermo, mientras que el guardián del orden tiende a salvaguardar y defender al hombre sano. Cual de los dos polos en contraste prevalece en el papel del psiquiatra?. De que manera se puede presumir de curar a quien se sale de la norma, si nuestra principal preocupación es la adaptación a la norma y el mantenimiento de sus límites?". ¹²⁰

¹¹⁸ Menéndez, E.: Op. cit.

¹¹⁹ Basaglia: Op. cit.

¹²⁰ Ibid.

SEGUN LAS PSICOLOGAS

Notamos una divergencia importante en las representaciones que poseen las psicólogas acerca de su función y la de los psiquiatras. Nos referimos a que una de ellas considera positivo que tanto psiquiatras como psicólogos puedan realizar una práctica psicoterapéutica (asociado ésto a una posición de escucha que puede ser psicoanalista o no) mientras que la otra lo considera como una "invasión de roles":

"...yo veo que el psiquiatra o los psiquiatras, por ahí la mayoría de ellos, no todos, a veces invaden territorio y se desdibuja un poco la diferencia entre lo que hace un psicólogo, un psicoanalista y un psiquiatra; entonces resulta que lo que hace el psicólogo y el psicoanalista es un apoyo al trabajo que hace el psiquiatra que es lo mas importante; yo creo que es tan importante uno como otro si se pueden dividir las aguas."

Mientras que la otra psicóloga opinaba lo siguiente:

"...uno (el psicólogo) como que está preparado pura y exclusivamente para escuchar y el otro (el psiquiatra) digamos que no es que no puede escuchar pero también escucha y también tiene una escucha psicoanalítica (...) y esto me parece muy bien, me parece bárbaro."

Este es un tema de larga antigüedad entre psicólogos y psiquiatras. Pero en estos casos parecen referirse, específicamente, a la realidad de la clínica B, donde los psiquiatras por su formación, realizan una escucha psicoanalítica (por lo menos la mayoría de ellos).

La "invasión de roles" parece atacar la especificidad de los psicólogos. Los psiquiatras por el contrario, salvaguardados en su formación médica al ampliar el espectro de sus actividades se ven claramente favorecidos.

En cambio se advierte una coincidencia en relación al papel que la sociedad otorga a psiquiatras y psicólogos, es decir al menosprecio social que se realiza en detrimento de los segundos en relación a los primeros.

"...la gente reconoce mas a un médico que a un psicólogo, por eso también cuando vienen acá van a ver al médico, no vienen a ver al psicólogo, así que desde ya, culturalmente es así".

Este testimonio se verá ratificado por el de las mucamas en el cual se afirma que los pacientes prefieren hablar con los psiquiatras antes que con las psicólogas.

Por otro lado, también los médicos de guardia van a expresar su preferencia por la psiquiatría, considerando a la psicología como una disciplina subordinada (en el mejor de los casos) o como una invención que "no sirve para nada".

En relación con esto, Menéndez afirma:

"Un elemento a recuperar es que este proceso de etiquetamiento es social, y que implica en el mismo el conjunto de los actores que juegan diferentes papeles, incluidos los de poder. Es desde esta perspectiva que debe reconocerse que la acción del psiquiatra sanciona formas reconocidas socialmente como legítimas y que, en consecuencia, son los conjuntos los que conforman y refuerzan este proceso de etiquetamiento. El psiquiatra asume su acción de poder que el enfermo delega en él". ¹²¹

El motivo o la razón de que esto suceda es sintetizado por una de las psicólogas de la siguiente forma:

"...yo creo que lo que haga un médico o un psicólogo con un paciente psiquiátrico o con una persona que padezca una enfermedad mental es importante. Lo que pasa es que habitualmente como se trabaja con la palabra, que le puede hacer una palabra más o una palabra menos."

Esto resume como es vista desde la sociedad, la cura por la palabra. Desde una dimensión biologicista lo que cuenta es la facultad de medicar que le corresponde a los psiquiatras mientras que la cura por la palabra se lo considera como un medio exótico de cura reservado a una élite de la población.

¹²¹ Menéndez, E.: Op. cit.

En uno de los casos la diferencia entre psicólogos y psiquiatras fue referida a la posibilidad de mantener la "normalidad" o no:

"...el psiquiatra apunta a que el paciente se estabilice y la mayor de las veces a que no delire, que sea normal, entre comillas como la sociedad quiere. Y creo que un psicólogo (...) lo que intentamos hacer es que el paciente pueda ser lo menos normal posible en el sentido de que pueda salirse de la norma pero saber que está saliendo y poder volver a entrar cuando quiera o lo necesite."

Este testimonio refleja una perspectiva claramente crítica de la psiquiatría en la cual esta ciencia estaría subsumida bajo sus funciones de control y, en cambio, la psicología expresaría las funciones de liberación, en el ámbito de salud mental. La antítesis sintetizada entre ambas ciencias parece reflejar una discusión de larga data. Discusión que estaría instalada no solamente a nivel de los profesionales involucrados sino en la población en su conjunto.

Referente a este tema Basaglia sostiene:

"...es posible hablar de una estrecha relación entre psiquiatría y política, porque la psiquiatría defiende los límites de la norma que define una determinada organización político social. Si bien es cierto que la política no cura a los enfermos mentales, se puede responder paradójicamente que, sin embargo, los hace enfermar...".¹²²

¹²²Basaglia: Op. cit.

SEGUN LOS PSIQUIATRAS

Advertimos una coincidencia , en general, acerca de la función estrictamente medicalizadora de las psiquiatras a diferencia de los psicólogos, en el sentido de indicar medicación a los pacientes. También se comparte la idea que la actividad psicoterapéutica es compartida tanto por psiquiatras como psicólogos.

Pero existen matices acerca de este tema que sólo la impronta individual puede explicar. Así, por ejemplo, uno de los psiquiatras afirma que:

"El psiquiatra que dice que cura es un mentiroso, se cura el que puede, el paciente, nosotros podemos ayudar en un 20 ó 30%, no haciendo macanas grandes(...). Se cura el que puede, el que tiene tela, el psiquiatra es un colaborador en el camino para la cura."

Otro psiquiatra en coincidencia con la primera cita afirma que:

"...lo mas importante es que la función del médico es primero no hacer daño, ya al no hacer daño ya es un buen médico".

Otro de los psiquiatras coincide con el anterior en cuanto al rol de colaborador que juega el psiquiatra en la relación médico-paciente:

"La enfermedad mental no la curamos nosotros, si seguimos la línea que decíamos antes, la enfermedad mental está inscrita en la persona y yo creo que depende de la persona la atenuación de los síntomas. Nosotros colaboramos por ejemplo en un neurótico a hacer conciente determinado tipo de cosas que puedan permitir mejor nivel de vida, pero yo no curo nada."

Estos testimonios reflejan una representación de las funciones del psiquiatra estrictamente pasiva, al poner como eje de la cura al paciente mientras que el psiquiatra sería un simple colaborador. La relación médico-paciente se ve acá invertida en relación con el imaginario social acerca de la cura de las enfermedades mentales donde se concibe al psiquiatra como al paladín en la lucha contra estos males.

Es interesante no dejar de destacar la amplia coincidencia en relación a esta perspectiva: casi la totalidad de los psiquiatras expresó, de una manera u otra, la pasividad del papel que le corresponde al psiquiatra en el proceso salud-enfermedad mental.

Sin embargo, mas allá de ésto la representación que poseen estos actores en relación a la función que les compete sigue girando en torno a la cura, las otras funciones descritas por Menéndez no irrumpen en un nivel conciente:

"Si partimos de la situación del terapeuta, percibimos que él se asume básicamente como funcionando para 'curar'. Si bien hay incipientes concepciones de la función controladora de la psiquiatría en psiquiatras como Esquirol, si bien determinadas participaciones de los psiquiatras en acciones tales como la tortura, "lavado de cerebros", etc. (...). La actividad psiquiátrica en asilos para huérfanos o niños delincuentes y en ámbitos similares señala otra área de control manifiesto. Pero en estas áreas, como en otras (...) una parte significativa de la práctica psiquiátrica o se asume como externa o cuestiona los sistemas policiales; es decir, evade sus funciones de control en el nivel conciente(...). Lo mismo podemos decir para las funciones de normatización...". ¹²³

Más adelante este autor especifica:

"... desde nuestro análisis no significa plantear que el psiquiatra no deba asumir como núcleo de su actividad las funciones curativas, sino que señala la imposibilidad de la mayoría de la práctica psiquiátrica de reconocer a las otras funciones (...). Porque no puede acceder a ésto? No puede, pues hacerlo significaría reconocer que sus funciones son en gran medida políticoideológicas...". ¹²⁴

El mismo psiquiatra agrega que la función de ellos no es tanto curar como prevenir la enfermedad mental. En sus términos:

"...esa es la tarea nuestra, no curar. Tratar de prevenir uno o alguno de los factores que hacen a la causalidad de la patología, pero para eso se necesita todo un aparataje y la estabilidad que lamentablemente..."

¹²³ Menéndez, E.: Op. cit.

¹²⁴ Ibid.

Es interesante que uno de los psiquiatras haya hecho referencia a las funciones de prevención de la enfermedad mental. Cabe resaltar que este es el único caso que se hace cargo de dicha función dentro del grupo de psiquiatras y de psicólogos.

También es importante destacar que, según el testimonio, dicha función es la que le compete exclusivamente al psiquiatra, renunciando en cambio a la función de cura.

La función de los psicólogos fue definida en relación con la práctica psicoterapéutica:

"(la función de los psicólogos) es el estudio de la personalidad, orientación familiar, psicoterapia profunda, psicoterapia comprensiva, psicoterapia de apoyo, psicoterapia grupal y familiar".

SEGUN LOS MEDICOS DE GUARDIA

La mayoría de los médicos de guardia ven a los psicólogos como un complemento de la actividad psiquiátrica. Desde una postura muy dura según la cual "los psicólogos no sirven para nada" hasta una más suave en la cual los psicólogos son conceptualizados como "asistentes" de los psiquiatras, esta perspectiva es mantenida por la mayor parte del grupo.

A continuación se transcriben algunos testimonio que ratifican lo anteriormente expuesto:

"(la función del psiquiatra sería) atender tanto al paciente ambulatorio como de internación cuando sobrevino una enfermedad mental. (Y la del psicólogo) es una actividad que se complementa con la del psiquiatra."

"...el psiquiatra está adecuado o preparado para tratar este tipo de pacientes con enfermedades mentales y asimismo manejarlo, trabajando con el paciente con charlas y a su vez con medicación que ayuda(...). El psicólogo tiene en cuanto a poder charlar con los pacientes, las mismas armas, el psicólogo no medica, no da medicación, pero en si lo que hace es ayudar al psiquiatra".

"Pero los pacientes que están internados acá están en un medio donde reciben el apoyo necesario por parte de los médicos y de sus asistentes los psicólogos".

Acá se expresa claramente la posición subordinada que estos profesionales otorgan a la psicología. Estas representaciones acerca de la mayor validez que posee la psiquiatría convalidan lo anteriormente expresado por las psicólogas quienes afirmaban que ésto era así desde "lo cultural."

Es importante recordar que la mayoría de los médicos de guardia no recibieron una formación psiquiátrica, sino que los mismos son médicos clínicos. En relación a ésto cabe mencionar que uno de estos médicos contó, durante el transcurso de la entrevista, que en la facultad había tenido psicología como materia y que la misma le había disgustado por ser "demasiado teórica".

En un caso se explicitó abiertamente que la función del psiquiatra es adaptar a los pacientes a su medio social:

"El papel del psiquiatra a nivel de un paciente es buscar la causa por la cual el paciente se encuentra con un cuadro psiquiátrico y tratar de llevarlo a una adaptación (...) que el paciente pueda manejarse sin sentirse agredido (...), sin luchar constante que lo lleva a enfermarse contra la sociedad, contra el medio..."

El término adaptación que es evitado cuidadosamente por los psiquiatras y psicólogas es empleado fluidamente por este médico de guardia quien lo hace sin pretender adoptar una postura crítica frente a las ciencias de la salud mental.

En cambio Basaglia sostiene lo siguiente:

"El nuevo psiquiatra social, el psicoterapeuta, el asistente social, el psicólogo de empresas, el sociólogo industrial (por citar solo algunos), son únicamente los nuevos administradores de la violencia del poder, en la medida en que -suavizando asperezas, disolviendo resistencias, resolviendo conflictos engendrados por las instituciones-, se limitan a permitir, mediante su acción técnica aparentemente reparadora y no violenta, la perpetuación de la violencia global. Su tarea -que se denomina terapéutica orientadora-, consiste en preparar a los individuos para que acepten sus condiciones de objetos de violencia, dando por sentado que, más allá de las diversas modalidades de adaptación que puedan elegir, ser objetos de violencia es la única realidad que está permitida". ¹²⁵

En otro caso, se habló de la necesidad de complementar los estudios de los psiquiatras y de los psicólogos abogando por una sola carrera de salud mental:

"...la función del psiquiatra es tratar de integrar todos estos elementos (...), todos los elementos que hacen al proceso de la enfermedad: lo biológico, lo social, lo familiar, lo cultural, lo individual, lo evolutivo, lo vincular (...). Yo creo que los psicólogos deberían tener mayor formación biológica, además de otras (antropológica, bueno...). Digamos que la deficiencia de los psiquiatras es que si no hacen una

¹²⁵ Basaglia: Op. cit.

formación psicoanalítica o psicológica o la que quieras, pero una formación en otro terreno fuera de lo biológico seguro que van a hacer psiquiatría biológica: fenomenología y farmacología (...). Yo creo que debería haber una sola carrera en salud mental.."

Es destacable que solamente este médico de guardia (con formación psiquiátrica) haya manifestado la necesidad de una mayor formación tanto para los psicólogos como para los psiquiatras, opinión que parece no ser compartida ni por el resto de los médicos de guardia, ni por los otros profesionales en general.

En cuanto a la integración de diferentes elementos a que refiere este médico de guardia en relación a la función que deberían desarrollar los técnicos, Basaglia afirma que:

"Desenmascarar en la práctica que la fábrica es nociva a la salud, que el hospital produce enfermedad, que la escuela crea marginados y analfabetos, que el manicomio produce locura, que la cárcel produce delincuentes y que esta producción 'deteriorante' está reservada a la clase subalterna, significa romper la unidad implícita en el encargo dado a los técnicos que tienen el deber de ratificar con su teoría científica, que locos, enfermos, retardados mentales, delincuentes son los que son por naturaleza, y que ciencia y sociedad no pueden modificar procesos connaturales en el hombre". ¹²⁶

¹²⁶Basaglia: Op. cit.

SEGUN LAS ENFERMERAS

En el caso de las enfermeras se encuentra bien definido el rol de los psiquiatras y psicólogas a partir de actividades como medicar y hablarles que son atribuidos a unos y otras respectivamente:

Así por ejemplo:

"(la función de los psiquiatras es) darles medicamentos (y la de los psicólogos) hablarles, porque no pueden darles medicamentos"

"(el psicólogo) tiene una charla, yo calculo que el paciente le cuenta todo porque es a quien le tiene confianza (...). Y el psiquiatra tiene la parte medicinal, tratar la medicación, ser el médico tratante, ver la medicación que tiene que tomar ese paciente. O sea que no es lo mismo, podrá tener charlas pero la charla creo que está en el psicólogo."

En este caso, el grupo de enfermeras describen como función de psiquiatras y psicólogas, las actividades que vienen desarrollando desde una visión clásica dichos profesionales: medicar en el primer caso y charlas en el segundo.

En relación a la función del psiquiatra Foucault sostiene:

"...el poder médico encuentra sus garantías y sus justificaciones en los privilegios del conocimiento: el médico es competente, el médico conoce las enfermedades y al enfermo, tiene un saber científico que es del mismo tipo que el del químico o del biólogo: he aquí lo que actualmente le fundamenta para intervenir y decidir". ¹²⁷

Referente a los tratamientos psiquiátricos Szasz afirma:

"El objetivo primario de los tratamientos psiquiátricos -ya utilicen como métodos los fármacos, la electricidad, la cirugía o la contención y especialmente si son impuestos al paciente sin su consentimiento- es autenticar al sujeto como 'paciente', al psiquiatra como 'médico' y a la intervención misma como 'cura' ". ¹²⁸

¹²⁷ Basaglia y otros: Op. cit.
¹²⁸ Ibid.

SEGUN LAS MUCAMAS

En los testimonios que vamos a citar a continuación, se destaca la preferencia por los psiquiatras antes que los psicólogos, en los dos casos dicho predominio estaría dado por la facultad de medicar que distingue a los primeros:

"...como que nunca creí mucho en el psicólogo, si, ojo, en el psiquiatra, para mi el psiquiatra sabe todo. Los veo como que saben más (...)el psiquiatra para mi , llega más profundo que el psicólogo, aparte sabe medicar, sabe dar el remedio exacto a la persona. Aparte por la experiencia mismo con los pacientes, la mayoría quieren más al psiquiatra que al psicólogo."

"una de las pavadas en que se diferencian el psiquiatra del psicólogo es que el psicólogo no te puede medicar, el psiquiatra si, ese es uno de los factores. Es fundamental porque si vos traés un enfermo, reenfermo, rebrotado, el psicólogo no puede medicar..."

Esta postura coincide con la de algunos de los grupos ya analizados. En particular sigue la descripción realizada por una de las psicólogas, quien había formulado que culturalmente se otorga una supremacía a los psiquiatras en relación a los psicólogos. El hecho que dicha supremacía esté relacionada con la formación médica de los primeros y por lo tanto con la capacidad de medicar, da razón de esta postura biologicista que ya comentáramos anteriormente.

Por eso coincidimos con Menéndez cuando afirma que:

"...este proceso de etiquetamiento es social y en él el psiquiatra solo juega una función técnica, pero a partir de un proceso en el cual los conjuntos sociales asumen la existencia de diferencias legitimizadas tanto técnica como socialmente. El objetivo de definir al Otro como un extraño o como una persona alienada, únicamente puede ser el de expulsarlo de la categoría de hombre normal a la que pertenece y esta conversión en otro es funcional al mantenimiento de la uniformidad y control". ¹²⁹

En otro caso , la función de los psiquiatras y psicólogos fue enfocada a partir de la relación establecida con los pacientes:

¹²⁹Menéndez, E.:Op. cit.

"(la función de los psiquiatras es) charlar con los pacientes, medicarlos cuando necesitan la medicación, llamarlos en el momento justo cuando está alterado, ellos los llaman y están al minuto con él, el médico enseguida está (...). Yo sigo trabajando acá porque yo veo como los tratan. Las psicólogas igual, están en el momento y todos los días están llamando,están muy encima de ellos."

CONCLUSIONES PRELIMINARES

*Como dice Menéndez en las representaciones de los actores se percibe que "la medicina científica es considerada como mas rápida y eficaz: es una medicina de urgencia y no una medicina de espera".*¹³⁰

En efecto, ésto es lo que ocurre con la mayoría de los actores cuando dicen preferir a los psiquiatras frente a los psicólogos: eligen su formación médica que incluye la indicación de medicamentos en vez de una cura por la palabra ("medicina de espera") que es lo que puede ofrecer la psicología.

En cuanto a los rasgos que caracterizan al MMH, por empezar lo anterior confirma el biologismo.

Los rasgos de eficacia pragmática y orientación básicamente curativa son sustentados por las representaciones de la mayoría de los actores. De acuerdo a ésto vemos que los mismos perciben a los psiquiatras y psicólogos en función de la cura. Solo uno de los psiquiatras habló de una función preventiva. El resto de los psiquiatras habló de un dimensión más suave de la cura: "ayudar al paciente, no haciéndole daño".

El apoyo a la medicación, que sólo practican los psiquiatras, confirman el rasgo del MMH respecto a la práctica curativa basada en la eliminación del síntoma.

*En cuanto a las funciones de control, sólo una psicóloga alude a ellas refiriéndose a los psiquiatras. Como dice Menéndez: "La práctica médica no es pensada por los actores como un ejercicio de control; dicha actividad se articula inconcientemente en su propia práctica curativa y preventiva".*¹³¹

Por último, el llamado proceso de "psiquiatrización de la vida" a diferencia del de etiquetamiento -que controla la diferencia- controla la "normalidad", al convertir lo cotidiano en enfermedad, legitimando, de esta forma, el control que ejerce sobre dicha cotidianeidad. Dicho proceso estaría legitimado por la mayoría de los actores cuando conceden un rol tan importante a los psiquiatras.

¹³⁰Menéndez, E.:Op. cit.

¹³¹Menéndez, E.:Op. cit.

CONCEPTUALIZACION DE LA SALUD-ENFERMEDAD MENTAL

Pensamos que la representación social del proceso salud-enfermedad que poseen los actores se encuentra en la base de una forma de pensar que a su vez justifica la manera de tratar a los pacientes en cuestión.

De allí la necesidad que se nos impone de relevar dichas representaciones en los entrevistados.

Decidimos reproducir aquí, algunas de las conceptualizaciones acerca de la salud-enfermedad mental de diferentes pensadores.

Así por ejemplo para Basaglia:

"La enfermedad (doble de la enfermedad, enfermedad propiamente dicha) que la psiquiatría (la ciencia psiquiátrica) estudia, describe y crea como poder clasificatorio (escindidor) entre ambos lados de la línea divisoria que es la norma (Normal-inclusión/Patológico-exclusión) y la institución (como lugar de exclusión) proyectan y el enfermo (en su papel de excluido) refleja". ¹³²

En el caso de Menéndez la enfermedad mental se define de la siguiente manera:

"La denominación de enfermedad mental se aplica, en consecuencia, a diferentes sectores cuyos rasgos tratan de ser homologados para lograr su diferenciación de la 'normalidad'. Ahora bien, la emergencia de lo 'diferente' y su codificación social es tan antigua como las sociedades existentes conocidas y estudiadas (...) una cosa son las instituciones que toda sociedad genera, y otra muy distinta el generar una concepción unívoca y además una teorización 'científica' de la diferencia". ¹³³

En cuanto a Pichón Riviere la salud-enfermedad es conceptualizada de esta forma:

"...salud y enfermedad, al que definimos como adaptación activa o pasiva a la realidad. Con el término adaptación nos referimos a la

¹³² Menéndez, E.: Op. cit.

¹³³ Menéndez, E.: Op. cit.

adecuación o inadecuación, coherencia o incoherencia de la respuesta a las exigencias del medio, a la conexión operativa e inoperante del sujeto con la realidad. Es decir que los criterios de salud y enfermedad, de normalidad y anormalidad no son absolutos, sino situacionales y relativos". ¹³⁴

En relación a la causalidad de la enfermedad mental, aceptamos la expresada por Menéndez:

"La enfermedad mental y/o la desviación deben ser comprendidas en su conjunto como determinadas por la estructura social."

Según Basaglia ¹³⁵ para la psiquiatría tradicional o positivista un comportamiento es anormal por ser la manifestación exterior y directa de una enfermedad de las funciones superiores del sistema nervioso. La psiquiatría positivista se afianza a finales del siglo pasado y se consolida con el descubrimiento de la etiología sifilítica de la parálisis progresiva. Esta "psicosis modelo" sentó el precedente a partir del cual se derivaron las interpretaciones de las enfermedades psiquiátricas y "parecía anunciar la reconciliación entre la medicina general y la psiquiatría."

"Se suele considerar, generalmente, que esta visión 'orgánica' de las enfermedades mentales fue superada por las concepciones 'dinámicas' introducidas por Freud y sus sucesores, y que el antiguo modelo de la enfermedad mental como enfermedad del cerebro, no sobrevivió a la constatación de que las neurosis, y probablemente las principales psicosis, no se desarrollan en base a un sustrato lesional verificable". ¹³⁶

¹³⁴ Pichón Riviere: Op. cit.

¹³⁵ Basaglia: Op. cit.

¹³⁶ Basaglia: Op. cit.

SEGUN LAS PSICOLOGAS

Las entrevistadas de este grupo manifestaron su desconocimiento acerca de una definición de salud-enfermedad mental. En uno de los casos, incluso, se cuestionó la categorización de enfermedad mental, sustituyéndolo por el de enfermedad psiquiátrica.

En términos de dicha psicóloga:

"yo no creo en las enfermedades mentales, no sé que es, si vos me decís 'enfermedad mental' como estoy muy inmersa en la sociedad se a que te estás refiriendo pero lo primero que se me ocurre pensar es una enfermedad del cerebro, como yo creo que las enfermedades psiquiátricas no tienen nada que ver con las enfermedades del cerebro entonces bueno creo que la enfermedad mental no existe(...). Son cuestiones psíquicas no mentales, yo lo asocio lo mental con algo neurológico, del cerebro, con los nervios. Me parece que no es una enfermedad de la mente, ni de los nervios, es una enfermedad del psiquismo pero por ahí como no se ve ni nada, por ahí es mas tranquilizador ponerle enfermedad mental para los médicos, por eso digo que no existe la enfermedad mental."

Esta misma psicóloga todavía de una manera negativa definiría a las enfermedades mentales o psiquiátricas de la siguiente forma:

"(la enfermedad psiquiátrica sería) la rotulación de lo no tangible, de lo que no se sabe, lo que no aparece en una radiografía o en un análisis, no se puede medir, no tienen forma, es medio abstracto..."

En el otro caso , no solo se aseguró desconocer "una definición de enfermedad mental" sino que manifestó "creer" solamente en el paciente que asiste a la consulta.

Esto podemos asociarlo con el llamado, por varios autores, proceso de psiquiatrización de la vida cotidiana: la persona que solicita una consulta a los técnicos es considerado, de por si, como paciente.

Como señaláramos en el ítem de las clasificaciones de enfermedades mentales, una de las profesionales expresó que la mínima cuota de elementos neuróticos (histeria, obsesión, fobia ,etc.) es positivo para

desenvolverse en el sociedad (por lo menos en nuestra sociedad). Cabría preguntarse , en este caso, sobre el carácter patológico de la misma.

En ambos casos, se señala a la angustia como indicador de la demanda de análisis: cuando una persona se angustia porque no puede resolver problemas cotidianos es cuando se produce la consulta y, por lo tanto, ésta persona se convierte en paciente. Según esta profesional esto no quiere decir que la persona que no requiere consulta psicológica se encuentre sana. Más bien, la salud y la enfermedad fueron señaladas como momentos diferentes dentro de una misma persona.

Esta psicóloga trató de definir a la enfermedad mental como "una cosa individual, estratégica en cada paciente", pero que al mismo tiempo " no se puede aislar de lo social, está totalmente ligado de lo social, de lo familiar, de lo cultural."

En el otro caso se definió a la salud mental como "una utopía, un deseo, un ideal", en este sentido se manifestó:

"Creo que hay gente más sana que otra y lo determina porque está más feliz o menos feliz (...); yo creo que si viene un paciente y me dice 'yo hago todo esto y me siento muy feliz', y yo no tengo nada que hacer con ese paciente."

En este sentido Szasz definiría a la enfermedad mental de esta manera: "Llamamos, en efecto, 'enfermedad mental' a determinados problemas de la vida; individuos que se dirigen a un psiquiatra o que son obligados a hacerlo mediante la fuerza o el engaño, son 'enfermos mentales'; las cosas de que se lamentan o las quejas de los otros por lo que hacen son 'síntomas psiquiátricos'; los trastornos de los que según se dice sufren y que 'provocan' y 'explican' su conducta son 'enfermedades mentales' ".¹³⁷

En cuanto a la causalidad de las enfermedades mentales las respuestas de estas profesionales resultaron un tanto ambiguas: mientras que en un caso se reconoció como única causa a la estructura de la personalidad, contradiciéndose luego al aceptar "factores sociales" como probable fuente de la depresión de la mayoría de internados al momento de la entrevista; en el otro caso se destacó, en primer lugar, a los aspectos sociales como principal causa de estas enfermedades, aceptándose

¹³⁷Basaglia y otros: Op. cit.

después a la estructura de la personalidad como la más importante etiología de las mismas.

Es ejemplificador del lugar en que se ubica a los factores sociales, cuando una de las psicólogas sostiene que los pacientes de los hospitales y de las clínicas privadas "son los mismos, la psicosis es la misma en todos lados y los síntomas y como se debería encarar un tratamiento."

Este es el único grupo que hace referencia a la causalidad de la enfermedad mental aunque con las contradicciones ya señaladas; por lo tanto no queda claro el papel que jugaría lo social en dicha etiología.

En relación a la variabilidad de las enfermedades mentales según sociedades, grupos sociales, géneros, edades y etapas históricas, en general la misma fue aceptada pero no en cuanto a estructuras sino en base a los síntomas.

De esta manera la estructura de una histeria sería la misma en cualquier época, sociedad o grupo social, la variación se daría a un nivel fenoménico.

En cuanto a los géneros la diferencia sexual marcaría las diferentes estructuras de personalidad entre hombre y mujer. Esto teóricamente, explicaría el dato estadístico según el cual la histeria se daría mayoritariamente en las mujeres y la neurosis obsesiva en los hombres.

La otra psicóloga, en cambio, habló de una predominancia de histeria en las mujeres y de fobias en los hombres.

En cuanto a la depresión femenina (recordando que la mayoría de los testimonios hablan del predominio de esta enfermedad para este género en la clínica B), se expresó que las mujeres pueden manifestar mejor una depresión que los hombres, en cambio éstos últimos no llegarían a la consulta.

En relación a las edades si bien se acepta las diferentes crisis de la vida como probables etapas de la emergencia de una enfermedad mental, se hace excepción de la niñez donde la estructura de la personalidad aún no estaría formada. El trabajo del técnico se vería favorecido por la plasticidad de esta época del crecimiento en el ser humano.

SEGUN LOS PSIQUIATRAS.

En cuanto a las representaciones que poseen los psiquiatras respecto a la salud-enfermedad mental, en uno de los casos se utilizó una metáfora (ya empleada por una de las psicólogas) para definir a la misma: se aludió al enfermo mental como el fusible que entra en cortocircuito dentro del sistema familiar.

En otro caso la enfermedad mental fue conceptualizada como:

"sintéticamente, cuando el ser humano pierde contacto con la realidad."

En este sentido lo afirmado por Marie Langer resulta pertinente:

"Que quiere decir concepto de realidad? Y el concepto de realidad, de todos modos es del adulto, que lo trasmite al niño y es la realidad de la clase dominante. A que llamamos realidad? La neutralidad valorativa del analista no existe, nadie de nosotros es capaz de ser neutral frente a los valorativo; todos tenemos nuestro esquema de valores, concientes e inconcientes. Entonces según el criterio conciente o inconciente de realidad y de meta social de psicoanalista se forma su concepto de salud mental. Y este concepto de salud mental también ya es totalmente ideologizado". ¹³⁸

En el otro de los casos (como una de las psicólogas) se cuestionó la categoría de enfermo mental:

" 'enfermo mental' es peyorativo (...) es un poco el concepto general, esta cosa peyorativa, descalificadora. La enfermedad mental, bueno, está quien puede soportar ciertas presiones de la realidad y quien no puede soportarlas, entre comillas 'se enferma'. Bueno, es una manera de defenderse de toda una situación interna y externa que no puede metabolizar, entonces hablar de enfermedad no lo comparto..."

Relacionado con este testimonio Jervis afirma que:

¹³⁸ Basaglia y otros: Op. cit.

"El desprecio hacia la inferioridad de los enfermos mentales, de los asociales, de los criminales, de los pueblos coloniales, hacia los pordioseros de las clases subordinadas, iba acompañado de la imagen triunfante del derecho histórico y biológico del burgués blanco dominador y colonizador, de su cultura, de su moralidad intachable y compacta". ¹³⁹

Como en el grupo de las psicólogas las cuales definían por la negación a la salud-enfermedad mental y se replanteaban este concepto, este último psiquiatra la conceptualiza, también, en forma indirecta a través del cuestionamiento.

En este mismo caso, se aludió al proceso de medicalización al señalar que la gran mayoría de la población consume psicofármacos, de ahí a la generalización del concepto de enfermos mentales:

"...hablar de enfermo mental, primero que no existe, es una cosa de antaño, en la medida que todos somos un poco alienados, somos todos un poco enfermos mentales y la pauta la dá que Roche con Lexotanil, se sabe, el 60% de la población de Buenos Aires que consume, entonces somos todos enfermos mentales."

En relación a las variabilidades sociales de dicha entidad, los psiquiatras coinciden con las psicólogas: aquello que varía según los grupos sociales son los síntomas pero la "esencia" de la enfermedad mental es la misma.

Un solo psiquiatra reconoció a los factores sociales o culturales como posible incidente en el caso de los géneros.

Si bien en coincidencia con las psicólogas se apuntó una prevalencia de histeria en las mujeres y de obsesión en los hombres, lo que se vería actualmente "es que se están mezclando bastante los síntomas".

En relación a ésto Burin señala que:

"La concepción tradicional de salud mental, sin distinguos de género, es un eslabón mas dentro de los deslizamientos y confusiones acerca de 'lo humano' mencionado como totalidad, esquivando el registro de la diferencia y la evidencia histórica de que, cuando se pretende generalizar

¹³⁹ Jervis, G.: "Manual crítico de siquiatria". Ed. Anagrama, 1977. Barcelona.

al ser humano diciendo 'el hombre', tal expresión suele referirse a algunos hombres varones adultos, de raza y clase hegemónicas".¹⁴⁰

A través de las diferentes etapas históricas lo que variaría sería el "contenido" de la salud-enfermedad mental, no así la forma de la misma.

En cambio, en los distintos tipos de sociedades, por lo menos en un caso, variaría la frecuencia de determinadas patologías pero la estructura de la enfermedad es la misma en todos lados:

"lo que varía no es la enfermedad en sí sino la incidencia de determinadas enfermedades en determinado tipo de sociedad; digamos en algunas zonas existe mayor experimentación de psicosis maniaco-depresivas, en otras hay mayor porcentaje de esquizofrenias, pero la esquizofrenia es la misma acá que en Japón".

La salud mental (en un caso) fue definida como:

"...el equilibrio en que la persona se siente bien y no perturba a los demás".

Sin embargo, y en coincidencia con los otros casos, se reconoció que todo el mundo es por lo menos neurótico:

"...yo creo que la estructura de la personalidad de alguna manera siempre se va a mantener (...); no existe para mí el a-neurótico, no existe la persona que carezca totalmente de síntomas."

¹⁴⁰ Burin M.:

"Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental". Grupo editor

latinoamericano, 1987.

SEGUN LOS MEDICOS DE GUARDIA

Como en los otros grupos, también se consideró dificultoso definir a la salud-enfermedad mental. El único que relacionó ambos polos de este proceso, lo hizo en estos términos:

"Si estamos definiendo enfermedad mental estamos definiendo salud, ésto se puede hacer en términos de cultura. Que es lo sano en una cultura determinada? Aparentemente lo que hoy podemos llamar alucinación o psicosis en otra cultura por ahí está completamente integrado y por ahí es el shamán y no es el enfermo (...) yo creo que estas son definiciones que le corresponden a la cultura..."

Por el contrario:

"La psiquiatría clásica se prohibía plantearse este género de cuestiones, por el hecho de que definía médicamente la locura como existente en el interior de la persona examinada".¹⁴¹

En otro caso dicho proceso fue conceptualizado a partir de la integración de un factor orgánico y otro social:

"...el paciente tiene la patología seguramente algo orgánico que tiene él pero de todos modos hay un influjo de la sociedad, la familia y el medio ambiente que lo rodea para que llegue a ese estado en que llega (...) para él es un trastorno, un desequilibrio. Todo nuestro organismo está en una homeostasis perfecta, cuando ese equilibrio se rompe te llevan a una enfermedad. Evidentemente que para las enfermedades mentales debe ser exactamente igual, hay un desequilibrio orgánico que lleva a la enfermedad mental."

Por el contrario Jervis sostiene la siguiente:

"Lo que ya resulta imposible de sostener es el carácter 'natural' de la enfermedad, y la posibilidad de una relación directa de causa efecto entre los desarreglos cerebrales, más o menos hipotéticos, y la forma como el 'enfermo' consigue o no consigue vivir en sociedad. En la mayor parte de los casos, la hipótesis de una lesión cerebral resulta infundada,

¹⁴¹ Mannoni, M.: Op. cit.

artificiosa o irrelevante; en efecto, el transtorno interpersonal sólo toma sentido en el seno de la dinámica social que poco a poco le dió cuerpo, y que de este modo creó su enfermo, negándole, gradualmente, la posibilidad de mantener relaciones sociales". ¹⁴²

Otra médica de guardia definía la enfermedad mental de la siguiente forma:

"...es una alteración del juicio, un paciente que tiene un desequilibrio, que no es conciente de su situación, de su enfermedad."

Respecto de los otros ítems mencionados en los otros grupos, los médicos de guardia marcan una continuidad: la variabilidad social estaría marcada a nivel de la manifestación de la enfermedad mental pero la misma permanecería indemne pese a dichas alteraciones (sociedades, etapas históricas, grupos sociales, géneros y edades).

¹⁴²Basaglia y otros: Op. cit.

SEGUN LAS ENFERMERAS

Dos de las enfermeras coincidieron en caracterizar a la salud-enfermedad como un "misterio":

"...es muy raro para mi, es un misterio, generalmente para mi no tienen cura; es muy misteriosa para mi, no se de donde puede ser que venga"

"...es algo que para mi me llega mucho pero es algo que hasta el momento me queda en una incógnita porque es algo que es muy de estudiarlo (...) yo pienso que puede llegarnos a todos, es algo tan misterioso la mente humana..."

Las preguntas que se formula Foucault resultan pertinentes:

"Si definir la enfermedad y la salud psicológicas resulta tan difícil, no será porque nos esforzamos en vano en aplicarles masivamente los conceptos destinados a la medicina somática?. La dificultad de encontrar la unidad de las perturbaciones orgánicas y de las alteraciones de la personalidad, no provendrá de que les atribuímos una causalidad del mismo tipo?.¹⁴³

En otro caso se recurrió al factor biológico para definir dicho proceso:

"(la enfermedad mental) es una parte del cerebro atrofiado (...); el sistema nervioso que no funciona..."

"...yo pienso que la enfermedad mental, eso viene de nacimiento; se nace enfermo mentalmente. Es biológico después se va alterando con otras cosas que vienen, como todo."

Obviamente en otros términos pero la definición de la salud-enfermedad mental a través de una etiología en parte orgánica y en parte social, coincide con una ya citada, de los médicos de guardia.

¹⁴³Foucault, M.: "Enfermedad mental y personalidad". Ed. Paidós, 1988.

En cuanto a la variabilidad social, la misma fue negada por la mayoría de las enfermeras quienes resumen su posición en un "es igual para todos".

En este sentido, este grupo no sería la excepción a la regla dentro del personal de salud de la clínica B.

El único caso en que se realizó una distinción fue en relación con la gran cantidad de mujeres deprimidas internadas. Primero y en general se atribuyó la depresión a un factor social, tanto de hombres como de mujeres:

"últimamente tenemos muchos pacientes depresivos, será por la vida que estamos pasando..."

Después específicamente en relación a las mujeres:

"pienso que las mujeres son las que afectan en el sentido que son las que tienen que estar en el hogar con todo el problema, la rutina."

SEGUN LAS MUCAMAS

Las mucamas definieron de manera diversa al proceso salud-enfermedad mental.

En términos de las entrevistadas:

"Yo lo pongo como una persona que no tiene las cosas claras. Pienso que mucha gente, que todos pasamos por un momento de no tener las cosas claras, hay momentos en que vos lo podés superar y hay gente que no lo supera nunca mas."

"...retroceder, no tener voluntad para pensar cosas lindas, cosas positivas, todo negativo es como que se encierra y vuelve para atrás en la infancia. Yo pienso que son cosas que han pasado y no lo supieron superar (...) porque dicen por ahí donde hay un hogar es donde el chico se hace."

"...yo pienso que no razonás, ponele si yo tengo un cáncer el cerebro te sigue funcionando igual, yo pienso que al paciente mental no le funciona el cerebro, quizá no sufrís tanto como si tenés un cáncer, en cambio un enfermo mental no sufre tanto..."

En la segunda definición hay una apertura a los factores sociales al referirse a la formación en el "hogar". En cambio en la última el factor orgánico es el que pesa.

En relación a la variabilidad social también las mucamas optaron por negarla, aceptando que a través de las épocas o sociedades las enfermedades mentales podían cambiar de nombre pero que "es lo mismo para todos".

La única salvedad que hicieron fue la de los géneros.

Una de ellas manifestó lo siguiente:

"...pienso que somos más débiles las mujeres, pienso que el hombre es más duro (...) aparte pienso que la mujer pasa por más cosas que el hombre."

En cuanto al rol de la medicación en la cura de una enfermedad mental una de las mucamas expresó que a través de la misma se ejercía la función de control de los técnicos:

"...la medicación es una droga, cualquier medicamento (...). La medicación te droga, más la medicación en psiquiatría, así que pienso que en realidad no lo estás curando, lo estás manteniendo, lo estás controlando."

Lo importante de este testimonio es que, es el único que delata la función de control de la medicación en el proceso de salud-enfermedad mental y hay que recordar que es una mucama la responsable del mismo (nuevamente como dice Menéndez esta función de control permanece inconciente para los técnicos).

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Psiquiatras y psicólogas utilizaron dos pares de oposiciones equivalentes para definir el proceso de salud-enfermedad mental: "forma/contenido"; "síntomas/esencia". En ambos grupos prevalecía la noción de estructura de personalidad; el papel de lo social si bien es mencionado reiteradamente ocupa un lugar secundario.

Una vez formada la estructura mental del individuo, ésta determina la historia del sujeto.

A diferencia de lo que postula Menéndez como uno de los rasgos del MMH (concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia), la mayoría de los grupos (psiquiatras, psicólogas y enfermeras) se caracterizan por poseer una concepción indefinida de la salud-enfermedad mental, llegando en algunos casos a cuestionar dicha terminología. Pero contradictoriamente con lo dicho anteriormente, por lo menos en el caso de las psicólogas, existe una noción de continuidad de las enfermedades psíquicas o mentales, es decir, todas las personas poseen una estructura de personalidad que es, por lo menos, neurótica; estado con diferentes grados de gravedad en ascenso. Sin embargo, las estructuras psíquicas mas patológicas (las psicosis) se presentan como cualitativamente diferentes de las otras. Los brotes psicóticos se presentan como sinónimo de la locura como lo "inmanejable, la mayor desadaptación social".

En este sentido es posible visualizar parcialmente, el rasgo del MMH según el cual la enfermedad se conceptualiza como desviación o ruptura.

Por otro lado , nos parece que los testimonios de la mayoría de los grupos ratifican los rasgos de ahistoricidad y de asocialidad del MMH al negar la variabilidad de la salud-enfermedad mental según las sociedades, clases sociales, géneros y etapas históricas (en su gran mayoría).

No existiría una oposición entre salud y enfermedad mental. Si bien los entrevistados tienen dificultades en definir la salud mental ("Yo creo que puedo hablar muy claramente de que es la salud orgánica (...) pero en ésto no se si uno puede determinarse sano. Creo que hay gente mas sana que otra y lo determina porque esta más feliz o menos feliz." - psicóloga-. "-la salud mental- es una cosa muy extensiva (...). No creo ni en la salud ni en la enfermedad (...). "Personalmente no creo que haya

sanos y enfermos, creo en la persona que se presenta en el consultorio." (-psicóloga) toman la "normalidad" en términos de adaptación o inserción social, no como ausencia de patología. Inclusive algunos rasgos patológicos son considerados positivos:

"...una cuota de obsesividad nos viene bien a todos, ser un poco obsesivo para la cosa de realización, te sirve para el trabajo, para el estudio. La cosa histérica, toda la cosa de comunicación, de extroversión para desenvolverte en la sociedad, la pequeña cuota es bastante válida (...), un mínimo componente neurótico tenemos todos y es bueno".

Es de destacar que un solo actor (un médico de guardia) realizó el esfuerzo intelectual de relacionar salud y enfermedad mental en términos culturales.

Relacionamos el rasgo del MMH según el cual éste posee la tendencia a la medicalización de los problemas con el testimonio de una de las psicólogas según la cual todos aquellos que solicitan una consulta psicológica se convierten en pacientes mentales.

Si bien no es la nota dominante, hay ejemplos de biologicismo en los testimonios analizados: tal es el caso de uno de los médicos de guardia y una de las enfermeras.

Por otro lado cuando los psiquiatras afirman que su profesión solo sirve en un "20 ó 30%" en la cura de una enfermedad mental, es decir, que solo se visualiza como una ayuda en el proceso de cura, se pone de relieve uno de los factores relacionados con el MMH que resultan cuestionados: nos referimos a la evidencia de las limitaciones de la intervención médica y psicológica-psiquiátrica sobre los principales problemas de "salud mental" (ya citado en nuestro marco conceptual).

CONCLUSIONES GENERALES

En cuanto a las clasificaciones de las enfermedades mentales, la mayoría de los profesionales de la clínica B desde una posición teórica determinada adhieren a la utilización de las mismas en tanto determinantes de un diagnóstico y como guía en la elección del tratamiento terapéutico.

Observamos, en cambio, que una minoría de estos actores asumen una posición crítica de dichas clasificaciones en tanto no resultan útiles para los pacientes y convierten su situación en un estado estático.

En el otro extremo de los primeros profesionales, las mucamas ya no desde una teoría organizada, elaboran sus clasificaciones a partir de los aspectos más evidentes de los pacientes ("abuelas", "hombres", "chicas") como su edad y género y también a partir de las relaciones que establecen con ellos (los que charlan con ellas y los que no charlan).

En una posición intermedia entre estos extremos, se encuentran las representaciones de las enfermeras quienes utilizan términos técnicos de diagnóstico para clasificar a los internados aunque de una manera desorganizada o por lo menos que no coincide con la coherencia de los esquemas teóricos de los profesionales. Así, por ejemplo, esquizofrenia y psicosis serían dos enfermedades independientes entre sí para las enfermeras, mientras que para los profesionales la primera sería una de las variables de la segunda. Pero además, las enfermeras utilizan criterios pragmáticos similares a los de las mucamas para clasificar a los pacientes.

En resumen distinguimos cuatro criterios de clasificación de las enfermedades mentales en el personal de la clínica B: uno teórico, que parte de las conceptualizaciones de la psiquiatría o el psicoanálisis; un criterio crítico que enfatiza las consecuencias para el paciente de estas clasificaciones; un criterio pragmático que se sostiene en datos de edad, sexo y relaciones que se mantienen con los internados y un último criterio que toma elementos del pragmático y del teórico.

En el caso de las representaciones acerca de la funcionalidad de hospitales/clínicas psiquiátricas pensamos que también pueden distinguirse estos criterios en los testimonios de los actores.

Para los grupos de psicólogas, psiquiatras y médicos de guardia se encuentra una conjunción de los criterios teórico y crítico: reconocen al factor de curación como hegemónico pero no niegan la función de

control de dichas instituciones (ésto último es cuestionado). A este último criterio adhieren algunas de las enfermeras y mucamas.

En cuanto a las representaciones acerca de la función de psicólogas y psiquiatras la mayoría de los actores optó por utilizar un criterio teórico al aludir principalmente al aspecto curativo. Solo una psicóloga aludió en forma crítica a las funciones de control ejercidas por los psiquiatras.

En el primer caso, cuando decimos que se alude a un criterio teórico no podemos dejar de lado la utilización de un criterio pragmático usado por las enfermeras y mucamas (ellas "ven" que los pacientes prefieren a los psiquiatras antes que a las psicólogas).

En el caso de las representaciones acerca de la salud-enfermedad mental los profesionales en general , utilizaron un criterio teórico para referirse a dicho proceso. Un par de entrevistados utilizó, inclusive, un criterio crítico frente a esta terminología.

Las enfermeras en cambio, emplearon un criterio pragmático para explicar que a través de su experiencia dicho proceso resulta un misterio. El mismo caso se repite para las mucamas.

En cuanto a los rasgos del MMH que se han visto confirmados a través del análisis de los testimonios para el caso del primer ítem analizado (clasificación de enfermedades mentales) dichos rasgos son: ahistoricidad, asocialidad e individualismo. Sucede lo mismo con el rasgo de los submodelos corporativos público y privado; nos referimos a la profundización de la división técnica del trabajo.

Para el mismo ítem podemos decir algo similar en relación con las funciones curativas del MMH y en cuanto al proceso de etiquetamiento.

En cuanto a las representaciones acerca de la funcionalidad de clínicas/hospitales psiquiátricos se confirman los siguientes rasgos del MMH: orientación básicamente curativa; el paciente como responsable de su enfermedad. Además se ponen de relieve las funciones de control, preventivas y normativas.

Las representaciones acerca de la función de psiquiatras y psicólogos, por su parte confirman los rasgos de biologismo, eficacia pragmática, orientación básicamente curativa y práctica curativa basada en la eliminación del síntoma. Aparte en este ítem se destacaron las funciones de cura, prevención y control. En este ítem también se ratifica el proceso de psiquiatrización de la vida.

Con los rasgos de ahistoricidad, asocialidad, tendencia a la medicalización de los problemas, biologismo y la enfermedad

conceptualizada como desviación o ruptura sucede algo similar con el ítem de concepción de la salud-enfermedad mental.

BIBLIOGRAFIA

Baruk, M. H.: "La obra de Pinel y Esquirol frente a la 'antipsiquiatría'". *Psicología Médica*, 1976, V. 3, número 1

Basaglia, F.: "La institución negada". Ed. Barral, 1972

Basaglia y otra: "La mayoría marginada". Ed. Laia, 1977

Basaglia y otros: "La salud de los trabajadores", Ed. Nueva Imagen, México, 1978.

Basaglia y otros: "Los crímenes de la paz", S. XXI, 1981.

Basaglia y otros: "Razón, locura y sociedad", S. XXI, 1985.

Becker, H.: "Los extraños" *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. The Free Press of Glencoe, London 1963 (p. 22-78).

Betta, J.: "Manual de psiquiatría". Ed. Savino.

Bleger, J.: "Psicoanálisis y dialéctica materialista". Ed. Nueva Visión, 1988.

Burin, M.: "Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental". Grupo Editor Latinoamericano, 1987.

Castel, R.: "El orden psiquiátrico", 1980. Ed. La Piqueta.

Cignoli, F.: "Apostillas psiquiátricas". *Revista argentina de neurología y psiquiatría*, 1969, V. 5, n 59.

Conrad y Schneider: "Deviance and Medicalization" (Cap. 2), Merril Publishing Company.

Cuatrecasas, J.: "Influencia de la psicología en el desarrollo de la psiquiatría. Hasta la aparición del psicoanálisis". *Orientación Médica*, 1974, V. 23, n 1075.

Depalma, D.: "Historia de la psiquiatría infantil en la Argentina", Archivos argentinos de pediatría, 1977, 75, n 6.

Diario El Sol (Revisión de 1960 a 1993), Quilmes.

Diario El Sol: "Berazategui. 25 años de autonomía municipal". Quilmes, 1985.

Domínguez Mon, A.: "El concepto de 'estigma social': de la 'desviación' a la 'construcción de sentidos'" (Mimeo).

Foucault, M.: "Enfermedad mental y personalidad". Ed. Paidós, 1988.

Foucault, M.: "Historia de la locura en la época clásica". Fondo de cultura económica, 1990.

Friedson, A. : "La profesión médica".

García, J.: "Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud.". Primeras jornadas de Atención Primaria de la Salud, 1987.

Goffman, E.: "Internados". Ed. Amorrortu, 1988.

Goldenberg y otros: "La psiquiatría en el Hospital General". La Semana Médica, 1966, 128, n 1.

Greco, J.: "Historia de Berazategui", Municipalidad de Berazategui, 1971.

Grimberg, M. : "Internalizar y resistir: Prácticas y Demandas de "Salud" entre trabajadores gráficos". Cuaderno Médico-Sociales.

Grimberg, M.: "Salud y Práctica Social en los trabajadores. Una propuesta desde la antropología."

Grimberg, M. : *"Saber Médico, saber obrero y salud: los trabajadores gráficos"*. Cuadernos Médico Sociales, n 45, 1988.

Guerrino, A. y otros: *"Síntesis evolutiva de la psiquiatría argentina"*. Boletín de la Academia Nacional Buenos Aires, 1975, semestre 2.

Herzlich, C. y Pierret, J.: *"De ayer a hoy: construcción social del enfermo"*. Cuadernos Médico Sociales n 43, 1988.

Hey y otros: *"Tratado de psiquiatría"*.

Ipar, O. y otros: *"Los criterios de salud y enfermedad mental hasta el siglo XIX"*. Revista Latinoamericana de Salud Mental, 1964, V. 2, n 6.

Jervis, G.: *"Manual crítico de psiquiatría"*. Ed. Anagrama, 1977, Barcelona.

Jodelet, D.: *"La representación social: fenómenos, concepto y teoría"*.

Khon Loncarica y otro: *"El contexto médico"*. En : *"El movimiento positivista argentino"*.

Lardies González: *"Análisis histórico de las primeras tesis psiquiátricas en Buenos Aires"*. La Semana Médica, 1967, 130, n 10.

Laurell, A. C.: *"El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina"*. Cuadernos Médico Sociales n37, 1986.

Laurell, A. C. : *"Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción"*. Serie Planificación n 32, 1987.

Laurell y otro: *"Proceso de trabajo y salud en Sicartsa"*. Cuadernos Médico Sociales n 40, 1987.

Laurell , A. C. : *"La salud-enfermedad como proceso social"*. Revista Latinoamericana de Salud n 2, Ed. Nueva Imagen.

Loudet y otro: "Historia de la enseñanza de la clínica psiquiátrica en Buenos Aires". La Semana Médica 1969, n 75.

Loudet: "Historia de la psiquiatría argentina". Ed. Troquel, 1971.

Lourau: "El análisis institucional".

Mannoni, M.: "El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis". S. XXI, 1990.

Menéndez, E.: "Modelo Hegemónico, crisis socio económica y estrategias de acción del sector salud". OMS, Serie Planificación n 4.

Menéndez, E.: "Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica", 1979.

Menéndez, E.: "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos". Nueva Antropología n 23, V. VI, 1984.

Mercer, Hugo: "La Medicina Social en debate". Cuadernos Médico Sociales n 42, Diciembre 1987.

Menéndez, E.: "Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica", 1990. Ed. Patria S. A.

Pichón Riviére: "Psicología de la vida cotidiana". Ed. Galerna.

Pichón Riviére: "Del psicoanálisis a la psicología social II".

Pino, E.: "800 años de psiquiatría en el Tucma". Ciencia Médica 1989, V. IV, n 3.

Pitch, T.: "Teoría de la desviación social", Ed. Nueva Imagen, México, 1980.

Streacher y Baruch: "Historia de la profesión psiquiátrica". En "Psiquiatría crítica". Ed. Grijalbo, 1982.

Ulloa, F.: "Psicología de las instituciones".

Ulloa y otros: "Psicología argentina hoy". Ed. Búsqueda.

Vasco U., A.: "Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad". Medellín, 1987.

Vezzetti, H.: "La locura en la Argentina". Paidós, 1985.

Williams, R.: "Marxismo y literatura". Barcelona, Ed. Península, 1980.

AGRADECIMIENTOS

Al Lic. Santiago Wallace.

Al Dr. Juan Carlos Santos Ríos.

Al Dr. Brook.

A todos los entrevistados.

A mi hermano Andrés Conca.

A Lía Bargalló.

INDICE

-	<i>Introducción.....</i>	<i>2</i>
-	<i>Contexto del trabajo de campo: breve historia de Berazategui.....</i>	<i>5</i>
-	<i>De la crisis del MMH a la formulación de la salud-enfermedad-atención como proceso social.....</i>	<i>8</i>
-	<i>Construcción social del proceso salud-enfermedad-atención: unidad de representaciones y prácticas.....</i>	<i>17</i>
-	<i>La dimensión social en la práctica psiquiátrica.....</i>	<i>23</i>
-	<i>Funciones de la psiquiatría.....</i>	<i>25</i>
-	<i>Objeto de estudio y limitaciones metodológicas.....</i>	<i>27</i>
-	<i>Breve reseña histórica de la psiquiatría argentina.....</i>	<i>29</i>
-	<i>Caracterización de la clínica B.....</i>	<i>34</i>
-	<i>Prácticas de psiquiatras y psicólogos.....</i>	<i>40</i>
-	<i>Prácticas de las terapistas grupales.....</i>	<i>44</i>
-	<i>Prácticas de los médicos de guardia.....</i>	<i>47</i>
-	<i>Caracterización de la población atendida en la clínica B.....</i>	<i>49</i>
-	<i>Clasificación de las enfermedades mentales.....</i>	<i>54</i>
-	<i>Conclusiones preliminares.....</i>	<i>73</i>
-	<i>Funcionalidad de clínicas y hospitales psiquiátricos.....</i>	<i>76</i>
-	<i>Conclusiones preliminares.....</i>	<i>104</i>
-	<i>Conceptualización de la salud-enfermedad mental.....</i>	<i>118</i>
-	<i>Conclusiones preliminares.....</i>	<i>132</i>
-	<i>Conclusiones Generales.....</i>	<i>134</i>
-	<i>Bibliografía.....</i>	<i>137</i>
-	<i>Agradecimientos.....</i>	<i>142</i>