



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,  
Psicosociales e Institucionales

## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

EXTRA Nº 3 – verano 2018

Materiales presentados en la II Asamblea Internacional sobre Investigación en torno a la  
Concepción Operativa de Grupo, Madrid 26-28 de abril de 2018

### **Entre el encierro de los pacientes y el de los profesionales, las prácticas y los equipos: el trabajo vivo en acto <sup>1</sup>**

Claudia López Mosteiro

*Creo que quien piensa muchas veces en un tema cambia de opinión respecto a él.  
Es decir va viendo las deficiencias y las ventajas de cada definición nueva.*

*Quizás hubiera sido más prudente leer a un solo autor,  
pero entonces hubiera repetido lo que ese autor decía.  
Pero como cometí la impudencia de leer diversos textos,  
esos diversos textos se contradecían.*

Jorge Luis Borges. El tango. Cuatro conferencias

#### **Hay cosas que se pueden hacer y pensar desde un lado, y en otro no.**

Trabajando como psicóloga en dos dispositivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) -que han implicado una puesta en movimiento, salir de los lugares habituales y ubicarse en lugares descentrados- me he dado cuenta de algo que puede parecer obvio: hay cosas que se pueden hacer y pensar desde un lado, y desde otro, no. Es decir que podemos interrogarnos a partir de lo que hacemos.

Un dispositivo dispone condiciones para que algo suceda.

---

<sup>1</sup> Las ideas del presente texto están basadas en el libro *Trabajo vivo en acto. Clínica de los encierros*. Claudia López

¿Qué condiciones se necesitan para instituir algo nuevo, pensarnos en relaciones de poder diferentes, contemplando diferencias que no impliquen jerarquías?

Los encuadres que construyen experiencias clínicas en escenarios diversos -como el trabajo domiciliario en salud mental, entre otros- tienen como característica principal cierta imprevisibilidad. Siendo los encuadres móviles, no se trata de un instituido siempre igual -como puede ser un centro de día, un hospital, un consultorio-. No conocemos lo que nos va a pasar tan de antemano. Hacemos entonces del desconocimiento la posibilidad de una producción y una invención constantes.

Los dispositivos crean condiciones de tiempo y lugar para que las personas se encuentren. Y sugieren modos de estar allí.

Empezamos a salir a las calles para asistir a las personas que requieren ser atendidas en sus casas; -sin una perspectiva territorial o comunitaria en su inicio-, aunque sí de trabajo intersectorial e interinstitucional.

Nos encontramos con el desafío de darnos a conocer en la red de servicios de la CABA, para poder hacer lugar a equipos y prácticas nuevos. Esto no ha sido ni es aún fácil; tanto para los que trabajamos en APS, como para los que lo hacemos en los domicilios, estos pocos treinta años frente a los doscientos de tradición de los hospitales, no son algo significativo tomando en cuenta los tiempos históricos.

### **Cada transformación requiere de una época**

Vengo de un país donde aún existen los manicomios, u hospitales psiquiátricos. Donde hay un barrio en la ciudad capital, al que le dicen Villa Freud, pues allí se concentran los consultorios privados de los psicoanalistas, la mayoría psicólogos y algunos psiquiatras, formados en una universidad pública y gratuita, que durante su formación aspiraban en su mayor parte a montar justamente eso, un consultorio; y que a lo largo de su práctica han permanecido en su mayoría ajenos a pensar su implicación en las políticas de salud mental de las que forman parte.

Vengo de un país, Argentina, que a su vez es ejemplo en la lucha y la defensa de los derechos humanos.

Un psiquiatra y docente andaluz me contó que de las tantas veces que fue a Buenos Aires, nunca lo habían invitado a conocer el Hospital Borda, el mayor hospital psiquiátrico del país y sin embargo lo invitaron a hablar en la sede de la Universidad de las Madres de

Plaza de Mayo. Esta Universidad fue la que dio origen al Movimiento de desmanicomialización en Argentina.

Y esto se relaciona con una pregunta que me hago hace tiempo, acerca de por qué en Argentina llevó tanto tiempo el que los sectores más abiertos y progresistas de los trabajadores de la salud mental pudieran pensar la transformación del sistema de salud mental, en pos del cierre de los manicomios.

A favor de esta demora he pensado que en los años posteriores a la dictadura del 76, que culmina en 1983, época en la que surgen y se consolidan algunos movimientos de reforma de SM como el de Basaglia (Ley 180 en 1978) en Italia, o el de Andalucía, estos sectores estaban involucrados en crear los movimientos de Derechos Humanos, en acompañar a las víctimas de la dictadura, a las Madres de Plaza de Mayo, luego a las Abuelas, a la búsqueda de los nietos; en fin, en pensar y poder dar cuenta de los efectos subjetivos y sociales de la represión.

Y fue tal vez cuando esos movimientos estuvieron más encaminados e instituidos, la lucha pudo empezar a ser también otra.

### **Un lugar desde donde mirar y desde donde hacer: el trabajo en las casas**

Nos proponemos dar cuenta de cómo es el abordaje domiciliario en salud mental desde un Programa que propone el trabajo en equipo interdisciplinario (psiquiatra, psicólogo y trabajador social), dado que para quienes no han tenido la oportunidad de participar de un dispositivo como éste, creemos que se hace difícil imaginar cómo es que se puede establecer un espacio clínico por fuera de los lugares institucionales habituales. O de cómo la institución de un dispositivo novedoso visibilizó un campo que estaba oculto -para el que no quisiera ver-.

También se trasmite una perspectiva, un lugar desde donde mirar y desde donde hacer, que se fue construyendo a partir de participar de diversas prácticas institucionales que se inscriben en una lógica que intenta superar la tradición hospitalocéntrica, hacia un modelo de Salud Mental Comunitaria.

A partir de integrar un equipo interdisciplinario de atención domiciliaria en salud mental desde su creación, hace quince años, empecé preguntándome acerca de las situaciones de encierro de los pacientes, lo cual me condujo a pensar sobre las modalidades del encierro en los profesionales, las prácticas y los equipos. Así se configuraron los dos cuerpos de la investigación, a los que hace alusión el título.

La figura del trabajo vivo en acto me encontró en el momento en que buscaba palabras para dar cuenta del hecho de estar participando de experiencias y dispositivos, que si bien se pueden referenciar en otros similares, locales e internacionales, presentan el vértigo y su contrapartida de entusiasmo y de creación ante lo nuevo.

Es preciso distinguir cuando hablamos de la atención domiciliaria en general y del encierro en particular.

El encuentro con las situaciones de personas confinadas en sus casas, más o menos locas, más o menos acompañadas, más o menos fracasadas o entregadas a su nada, me fue llevando a preguntarme por las diversas formas de la soledad. La pregunta por el autoencierro, o por los pequeños encierros, que al inicio formulé como hipótesis en tanto reproducción de la lógica manicomial, fue deviniendo en un campo de saber más amplio.

Hemos puesto foco en el encierro en sus diversas expresiones, dado que es un hallazgo del dispositivo, y pues esa perspectiva nos ubica en un lugar desde el cual empezar a trabajar; una puerta posible de ingreso. La intervención clínica propone desdibujar ese escenario como único lugar posible, o bien procurar otros modos de habitarlo mientras que no se puede acceder a otros lugares concretos y simbólicos.

La dimensión de la clínica del encierro permite mostrar cómo la complejidad de la intervención en un escenario diverso, el domicilio, está dada entre otras cosas por la cercanía que se construye al participar de la intimidad del espacio de otra/s persona/s; como así también por la imprevisibilidad de estas prácticas.

Sostenemos también la correlación entre el encierro-aislamiento de los profesionales y el encierro-aislamiento de los pacientes; tensión que entendemos como lógica que se produce y se reproduce a lo largo de todo el tejido social.

Tomamos como dimensiones de análisis: lo domiciliario, el abordaje familiar y la dimensión temporal, en tanto constituyen ejes organizadores de la intervención, son percibidos por sus actores como aquello que distingue al programa de otras prácticas, y forman ya parte de su bagaje conceptual.

La dimensión institucional de este dispositivo la hemos desplegado en diversas categorías de análisis, a saber:

- trabajo en equipo/interdisciplina
- el equipo funcionando como institución

- el equipo representando al Estado,
- el equipo en su dimensión instituyente
- el dispositivo mismo como parte de un Sistema

### **Y siempre el grupo**

En la etimología de la palabra grupo, se encuentra que la misma alude a grupo escultórico: una obra que invita a ser rodeada, observada desde distintas perspectivas, apreciada en diversas dimensiones.

Esta línea de sentido es afín a la clínica domiciliaria, a lo que se nos abre al ampliar nuestra mirada y escucha, en la intimidad de las casas. Una clínica en tres dimensiones, o más bien cuatro, si obviamente consideramos el tiempo.

### **Todos somos huéspedes**

En la práctica hospitalaria, el hospital es el anfitrión. Cuando la intervención se descentra del hospital: el anfitrión es el paciente, quien nos aloja en su ámbito privado, para que nosotros alojemos su padecer. Se configura entonces un interesante espacio de articulación de lo privado y lo público, donde se abre la posibilidad de una intervención más amplia, sobre la familia, grupo conviviente; y la red de apoyo que se trata de ir construyendo.

Una mujer al recibirnos en su casa dice: "*ayer atendí al psiquiatra*". ¿Podría estar hablando de una posición activa, distinta a la de la clínica clásica, donde el paciente es visitado en su lecho, o donde "es atendido" en un consultorio, en el que es "visitante" y no "local"?

El Diccionario de la Real Academia española define: "*Huésped, da. (Del lat. hospes, -ītis). Persona alojada en casa ajena. Persona que hospeda en su casa a otra*".

Huéspedes somos, entonces; quienes vamos a las casas, y quienes nos reciben en ellas. Hay algo en común. Alojamos y somos alojados, por la palabra y por los muchos otros devenires que se produzcan entre nosotros.

### **El pequeño encierro**

*Las sociedades autoritarias se apoyan y se alimentan de las instituciones represivas. A veces no son necesarias las prisiones porque las instituciones nos recluyen de lunes a*

*viernes, ocho horas por día. Y como en otras zonas de nuestra vida, por ahí nos termina gustando.*<sup>2</sup> Kaminsky, G.

Una vez un paciente nos dijo “*a los locos se los encierra, los raros se quedan dentro de casa*”. Esta afirmación es -además de un intento intuitivo de clasificación diagnóstica- toda una declaración sobre la percepción que alguien puede tener acerca de cómo la sociedad crea territorios, delimita y distribuye lugares, que pueden registrarse casi como destinos inamovibles.

Así como cuando en el siglo XVIII los médicos acuden a atender la locura, ya la encuentran asociada al encierro y a la exclusión de la vida social, según señala Foucault, cuando visitamos a muchos de nuestros pacientes, los encontramos en una situación de encierro en sus casas que viene de semanas, meses, y hasta de años.

Foucault describe “El Gran Encierro”<sup>3</sup>. Que las personas se encuentren limitadas al encierro doméstico, ¿nos permite pensar en un “pequeño encierro”? ¿Sería una reproducción de ese otro Gran Encierro, o habría que buscar otras lógicas que nos permitan ubicarlo?

¿Hay algo específico en algunas formas del sufrimiento mental que hace que el afuera sea algo tan inabordable al punto de confinar a personas durante años en sus casas? ¿O bien, por el contrario es una forma más de expresión de las modalidades ya conocidas?

¿Podríamos hablar de una *lógica del encierro* que terminan reproduciendo sin saberlo? Como si las familias, que alojan en sí a personas con padecimientos mentales severos, no pudieran escapar a la lógica del retiro, el aislamiento, la reclusión. ¿Estarán jugando factores como la vergüenza, el estigma?

Las respuestas sociales disponibles, ¿cómo se ponen en juego y para quiénes? ¿De qué manera se legitiman, se instalan y se instituyen nuevas prácticas?

Hallamos así otra forma de nombrar la tensión *salud/enfermedad* como *libertad/encierro*. Si se habla de procesos de salud-enfermedad-atención, que la atención sea domiciliaria ¿puede propiciar otro tratamiento de esa tensión?

Pensamos el encierro como prisión, como retiro, como lo opuesto a la libertad, a la autonomía. Dice Samaja:

---

2 KAMINSKY, G. (1994) Dispositivos institucionales. Buenos Aires. Lugar Editorial. 3ª Ed. p.14.

3 FOUCAULT, Michel. (1967) Historia de la Locura en la Época Clásica. México. Ed. Fondo de Cultura Económica.

*La salud es un valor esencialmente ligado a la idea de libertad o autodeterminación. La “enfermedad” es una limitación, a través de la cual la libertad debe abrirse nuevamente paso. Ahora bien, si la salud tiene que ver con la libertad, una epistemología de las ciencias de la salud debe afrontar explícitamente la pregunta: ¿es posible pensar científicamente la libertad? <sup>4</sup>*

Siguiendo este planteo, ¿cómo pensar una clínica de las distintas formas del encierro? La intervención domiciliaria se encuentra ante el desafío de poner en cuestión una lógica, y hacerla jugar con otras.

¿Existen las patologías del encierro? ¿El encierro es anterior lógicamente a la aparición de la sintomatología reconocible como patología?

Hay constelaciones familiares que generan encierro. Pero aún así el abordaje conceptual no se puede limitar a los modos de producción familiares del mismo. En todo caso dichas familias encuentran como respuesta social disponible, frente al estigma de la enfermedad, el ocultamiento del que la padece.

Acá es preciso aclarar que si bien al inicio se pensó al AdoP-AdoPi como un dispositivo centralmente orientado a evitar internaciones innecesarias, -dado que no se desestiman las internaciones en las situaciones que sí lo requieren-, con el correr de los años observamos que un porcentaje importante de intervenciones se da en personas que no presentan criterio de internación, pero que por lo silencioso de su padecimiento psíquico no acceden a la consulta hospitalaria. Estos encierros no hacen ruido. Forman parte de lo que Saraceno llama los períodos de meseta, que se alternan muchas veces con los episodios agudos, para los que los servicios hospitalarios suelen estar más preparados.

Esta problemática se inscribe en lo que se denomina la brecha de tratamiento, definida como la diferencia entre la prevalencia real de un trastorno y la prevalencia tratada; se expresa como el porcentaje de personas enfermas que requieren atención y no la reciben.

### **Encierros y encerronas**

Tan -paradójicamente- cómodos podemos estar instalados en el hospital, en el consultorio, hasta en la casa de un paciente, que la tendencia al encierro es casi inevitable. Y de allí a la *encerrona trágica*<sup>5</sup>, hay sólo un paso.

---

4 SAMAJA, Juan. (2004) Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires. Lugar Editorial.

5 ULLOA, F. (1995) Novela clínica psicoanalítica. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Si en la encerrona trágica que plantea Ulloa lo que falta es la figura del tercero de apelación –y esto también Ulloa lo relaciona con el abandono del Estado-, podemos pensar que el equipo viene a cumplir esa función, en tanto figura que puede representar al Estado.

Advertidos de la existencia de esta tensión ante el encuentro con aquello que se puede percibir como amenaza, con la posibilidad de una hostilidad, procuraremos no perder de vista la ternura, la suavidad, como expresión de buen trato -al decir de Ulloa- en la hospitalidad.

Cuando la intervención se realiza desde un equipo interdisciplinario, o sea, entre varios, se agrega una cualidad de diversidad que la convierte en una herramienta irremplazable, en dos aspectos fundamentales: como ocasión para ofrecer y dejarnos atravesar por lo diverso, sin sentir amenazada la propia identidad; y como garante –en su intrínseca pluralidad- de una alerta ante los riesgos del propio aislamiento.

Me interesa subrayar también acá la idea de que a veces participamos de situaciones que no por poco duraderas, son menos intensas o productivas. También la de jugar con los nombres de las cosas, desafiar los modos habituales de nombrar lo que hacemos. Tal vez en ese juego nos jugamos también a hacer algo nuevo.

Y saber que nuestra elasticidad mental para dejarnos atravesar por lo diverso sin sentir amenazada la propia identidad, no depende sólo de nosotros, sino de las condiciones del lugar y el tiempo en que vivimos.

Seguir Interrogando las respuestas institucionales actuales, los dispositivos con los que contamos y las lecturas que hacemos de las situaciones que se nos presentan, -que a veces no somos capaces de leer sin referirlas a categorías conocidas- nos permite evitar caer en la reproducción de prácticas y saberes que simplemente nos ponen a salvo de nuestro desconcierto.

### **Otros también lo hacen**

Como en la serie Merli, cuando se muestra el acompañamiento que hace un profesor a un alumno que no sale de su casa.

Merlí es una serie catalana actual, cuyo protagonista es un profesor de filosofía desocupado, separado; provocador, intolerante y desafiante con sus pares y autoridades, empático, simpático y entrador con los alumnos, por momentos achicando la distancia, en el borde de lo aceptable para los cánones de ese instituto.

Ya el primer día le declara la guerra a un colega a quien considera detestable. Escucha que éste ha sido destinado para visitar y dar clases en el domicilio a un alumno que no sale de su casa, ha dejado de concurrir a la escuela y se resiste a una consulta psicológica.

Merlí se le adelanta, en la calle se presenta ante la madre -mintiéndole- como el profesor asignado. Cuando toca el timbre nadie responde. Se queda entonces sentado en el piso un buen rato, hablándole a través de la puerta al alumno a quien aún no conocía. Sabe que el joven lo escucha del otro lado. Cuando anuncia que se va, el chico abre la puerta. Al día siguiente concurre el profesor asignado. Toca insistentemente el timbre, casi con furia. Ninguna respuesta del otro lado. Se va. El director del instituto decide designar a Merlí como profesor de apoyo para el alumno, dado que es a él a quien ha elegido.

Siento una conmoción al reconocer una escena tan cercana. Nos ha pasado tantas veces con un paciente con quien nos pasábamos cartitas a través de la puerta, cuando no se decidía a abrir y dejarnos entrar, o cuando se encerraba en un pequeño placard o se escondía debajo de la cama, encontrándonos entonces varias veces en la situación de hablarle al placard donde la madre nos decía que estaba metido, o de dirigirnos al espacio de debajo de la cama, y que nos contestara desde el baño.

Pequeñas fugas, impulsivos desplazamientos domésticos, que nos desafiaban.

### **También en la ficción**

En el libro *Desde la sombra*, de Juan José Millás (Seix Barral, 2016) el protagonista, desocupado, comete un pequeño robo en un mercado de anticuarios y se esconde en el interior de un armario; antes de que pueda salir, el armario es vendido y trasladado a una casa donde el hombre termina instalado, como si formara parte del mueble. Así, desde su escondite, observa a esta familia.

Cito libremente algunos párrafos:

*Desde su nueva condición, tan alejada de lo terrenal, evocaba a veces su existencia pasada y le parecía asombroso haber permanecido atrapado durante tanto tiempo en la libertad ficticia del mundo exterior. Paradójicamente, ahora que pasaba tantas horas adentro de un armario se sentía libre. En esa forma de libertad nueva, el pensamiento fluía casi de un modo involuntario, como si fuera un jugo más de los segregados por su organismo.*

*Nunca se había asomado a una familia, ni siquiera a la suya, como el que observa al microscopio el comportamiento de una colonia de microorganismos. Los resultados del examen le producían asombro y confusión.*

Mantiene diálogos imaginarios con un célebre conductor televisivo, que le pregunta:

- *Es usted poco sociable?*
- *Digamos que soy raro.*
- *Raro, en qué sentido?*
- *En el sentido de buena persona, yo soy una buena persona, jamás he hecho daño a nadie, y eso me ha alejado del mundo.*
  
- *Tuvo dudas acerca de si lo que había era correcto?*
- *Dudas, por qué? Esa noche dormí mejor que la anterior, pues el hueco del armario, gracias a la cama que había improvisado en él, resultaba muy cómodo. Y muy bueno para la columna, ya que era recto y duro.*
  
- *Y no sintió claustrofobia?*
- *No, al contrario, jamás me había sentido tan libre. Como si aquel armario fuera el centro del universo, como si el mundo se expandiera a partir de él.*

Millás narra que se basó en la historia de una mujer que estuvo encerrada en el armario de un desconocido durante un mes, en Japón, hasta ser descubierta cuando el dueño colocó cámaras al notar “cosas raras”, como el robo de comida en su hogar.

Las lecturas que se hacen de este libro pasan por una metáfora sobre el capitalismo, la desocupación, y el mismo autor lo asocia con la vida intrauterina, y hasta con el ataúd.

*En las profundidades del armario se preguntaba si su vida habría sido como la de ellos de haberse adaptado a las costumbres del común de la gente. Se imaginaba a sí mismo como padre de familia, regentando una juguetería, y sonreía, escéptico, incapaz de decidir si sí o si no. En cambio, formar parte de aquel grupo en calidad de fantasma le resultaba agradable. No habría encajado en ningún otro de los papeles. No se veía ni como marido, ni como esposa, ni como hija. Sólo como una presencia invisible que disfrutaba ocupándose de la intendencia, que era una rama del mantenimiento.*

Estos relatos me sorprenden por la coincidencia con algunas situaciones familiares con las que nos hemos encontrado, donde vemos la convivencia con un miembro de la familia como si fuese un fantasma, un ¿raro? Y aparece como un equilibrio difícil de asimilar para el que entra por primera vez en esos espacios.

Si bien se puede pedir ayuda para que algo de eso cambie, como ya sabemos, a veces cuando las cosas empiezan a moverse, vuelven a recrudecer las estrategias para reforzar la quietud, la inmovilidad, el no cambio.

## Encierro y diagnósticos

Una investigación realizada en 2010 por un psiquiatra japonés, Takahiro A. Kato<sup>6</sup>, se propone explorar si el síndrome “*hikikomori*” (social withdrawal, retiro social) descrito en Japón, existe en otros países y, en caso afirmativo, cómo son esos casos diagnosticados y tratados. Para ello se enviaron dos viñetas de casos *hikikomori*, a 123 psiquiatras de Japón y 124 de otros países (Australia, Bangladesh, India, Irán, Corea, Taiwán, Tailandia y EEUU). Las respuestas muestran que los consultados perciben que el síndrome *hikikomori* se presenta en todos los países de la muestra, especialmente en áreas urbanas. Se enunciaron como causas probables, factores biopsicosociales, culturales y ambientales.

Los psiquiatras japoneses sugieren tratamiento ambulatorio, y algunos no consideran necesario el tratamiento psiquiátrico. Los de otros países por el contrario, optan por la internación. Los autores concluyen que se puede hablar de la existencia de pacientes con el síndrome *hikikomori* en diversos contextos culturales, por lo que los resultados podrían constituir una base para su epidemiología.

En Japón la aparición de este síndrome -que ya tiene una entrada en el diccionario Oxford, “*Staying indoors, social withdraw*”, definido como un completo retiro social de al menos seis meses de duración y de evitación anormal al contacto social-, es atribuida a los rápidos cambios culturales y socioeconómicos que sufrió ese país.

Establecen los autores un *hikikomori* primario, no asociado a trastornos psiquiátricos previos, y uno secundario, causado por un trastorno preexistente. Y aclaran que minimizar el impacto o la carga de sus síntomas, o desconsiderar los trastornos psiquiátricos que se pueden presentar, reduciría la posibilidad de mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

Los expertos debaten acerca de si puede ser clasificado con los criterios del DSM IV o CIE 10. Algunos de los entrevistados refieren ya haber diagnosticado bajo ese nombre, otros han utilizado otros diagnósticos ya conocidos.

El hecho de que en el resto de los países sea mayor la recomendación de internación a lo que sucede en Japón, es atribuido a la mayor aceptación social que el síndrome fue allí adquiriendo asociado al concepto de “*amae*”, síndrome descrito por Tokeo Doi, relacionado con conductas de dependencia, en particular en lo económico, hacia los padres.

---

6 TAKAHIRO A. Kato et alter. “Does the ‘hikikomori’ syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2012) Volume 47, Issue 7 p 1061-1075

El *hikikomori* estaría entonces promovido por el *amae*, que favorece la tolerancia hacia la permanencia de los hijos en sus casas.

Consideramos que la inquietud por el diagnóstico que orienta la investigación citada se relaciona con la tendencia a la psicopatologización de lo que tal vez sean expresiones culturales de nuevas formas de vida, de crianza, de cómo se promueven las relaciones intrafamiliares, y por lo tanto, también hacia el afuera.

### **Algunas conclusiones**

*Por supuesto, no todos los problemas psiquiátricos son enfermedades; la mayoría no lo son. Pero algunos sí. No todos los medicamentos curan; la mayoría no. Pero algunos sí. Hasta que no nos demos cuenta cuál es cuál – cuál síndrome es una enfermedad y cuál no, cuál medicamento cura y cuál no – seguimos adivinando, las más de las veces equivocadamente, mientras complacientemente cumplimos con la profesión. En una palabra, la mitad de lo que sabes es verdad y la otra mitad es falsa, y no sabes cuál es cuál. Si sabes esto, ya sabes todo lo que puedes saber ahora – es un buen comienzo. Actúa de manera que las generaciones futuras puedan tener un mejor lugar de partida.*

S. Nassir Ghaemi

Entendemos que los procesos de desinstitucionalización son recorridos accidentados, no lineales, y que buscan intersticios por donde avanzar. Si bien hay una constitución y distintas leyes que los sustentan, muchas de estas experiencias, fruto de varios colectivos que trabajan para ello, son aún aisladas.

Las experiencias innovadoras en el amplio campo de la salud y la salud mental, se dan en ocasiones con el viento de las políticas públicas a favor, pero muchas veces sin ese apoyo y aún en ámbitos francamente hostiles. Más que de políticas de desinstitucionalización definidas, habría una tolerancia a la existencia de algunos dispositivos, en tanto no cuestionen demasiado las lógicas existentes, o no las pongan a prueba; sin terminar de legitimarlos, y sin brindarles los recursos necesarios.

Esta resistencia política y simbólica, instalada socialmente, parecería que se expresa más en el propio sistema de salud mental que en los destinatarios de los programas.

Se piensa al trabajo en equipo en tanto implementación de tecnologías blandas, asociadas al espacio relacional entre el trabajador y el usuario, y que sólo adquieren materialidad en acto. En el contexto actual la interdisciplina revela la dificultad del sistema a incorporar algo nuevo y la resistencia de los propios integrantes de los equipos.

Las modalidades alternativas pueden asumir una modalidad de práctica inclusiva, comunitaria, territorial, intersectorial; o por el contrario una modalidad asistencialista, vertical, manicomializadora. Dado que muchos estamos formados en esta lógica es preciso conocer y estar atentos ante este riesgo. Los dispositivos deberán crear condiciones para que los operadores puedan tener la capacidad de conservar cierta distancia en la proximidad, la flexibilidad para propiciar cambios en lo cotidiano y en particular, el dejarse atravesar por lo diverso y lo imprevisible, sin sentir amenazada la propia identidad en ese quehacer.

Para finalizar, poco podemos ofrecer a las personas que padecen situaciones de encierro, para quienes el asilamiento y la fragmentación psíquica son también un efecto y una respuesta ante su padecimiento, si como equipos lo que brindamos son respuestas aisladas y fragmentadas; en fin, encerradas.

Si pensamos la salud mental como una condición que permite la integración de los recursos de las personas, sabemos que lo que estas personas requieren son herramientas de integración y apoyo para los recorridos vitales e institucionales que por sí mismas no están en condiciones de recorrer.

Tengamos presente entonces que en cada acto clínico podemos ofrecer respuestas integradas o fragmentadas.

Presentamos al final de este artículo un cuadro –que se ofrece como herramienta a ser ampliada–, en el que se muestran las tensiones halladas al analizar la situación descrita, que nos hablan de la simultaneidad y superposición de lógicas, saberes y prácticas en el momento actual de los desarrollos del campo de la Salud Mental Comunitaria.

Como todo esquema corre el riesgo de la simplificación. Se expresa allí un recorrido que busca señalar lógicas coexistentes, que por momentos pueden ser complementarias, y en otros no. El modelo de intervención que se propone apunta al registro de estas tensiones.

Lógicas	Lógica Hospitalocéntrica - Manicomial	Lógica Territorial - Comunitaria	
Espacios institucionales	<b>Centramiento en un Servicio (aislamiento / fragmentación)</b>	<b>Red de Servicios (Integración)</b>	
	<b>Hospital</b>	<b>Territorio - Contexto</b>	
	<b>Trabajo “intramuros”</b>	<b>Trabajo “extramuros”</b>	
	<b>Consultorio</b>	<b>Domicilio</b>	
Los encierros	<b>El Gran Encierro</b>	<b>Los pequeños encierros</b>	
	<b>Los “locos”</b>	<b>Los “raros”</b>	
La hospitalidad: todos somos huéspedes	<b>Huésped es quien es recibido. <i>Persona alojada en casa ajena</i></b>	<b>Huésped es tanto el que es recibido como el que recibe. <i>Persona que aloja en su casa a otra</i></b>	
	<b>El hospital es el anfitrión</b>	<b>El usuario es el anfitrión</b>	
Concepciones de la clínica	<b>Clínica tradicional</b>	<b>Clínica ampliada</b>	
	<b>Noción de enfermedad</b>	<b>Noción de padecimiento subjetivo</b>	
	<b>Paciente enfermo</b>	<b>Crisis subjetiva y familiar</b>	
	<b>Centramiento en la enfermedad</b>	<b>Perspectiva de procesos de: Salud/Enfermedad/Atención/ Cuidados</b>	
	<b>Diagnóstico psicopatológico</b>	<b>Diagnóstico situacional / familiar</b>	
	<b>Ubicación espacial del proveedor</b>	<b>Ubicación temporal del usuario</b>	
	<b>Reproducción</b>	<b>Producción / Invención</b>	
	<b>Encuadres fijos</b>	<b>Encuadres móviles</b>	
Prácticas	<b>Disciplina</b>	<b>Interdisciplina</b>	
	<b>Núcleo de competencia y responsabilidad</b>	<b>Campo de competencia y responsabilidad</b>	
	<b>Trabajo “uno a uno” Abordaje individual</b>	<b>Trabajo en equipo Abordaje familiar - situacional</b>	
Tecnologías	<b>Tecnologías duras</b>	<b>Tecnologías blandas-duras</b>	<b>Tecnologías blandas</b>
	<b>Trabajo muerto</b>	<b>Combinación de trabajo vivo y trabajo muerto</b>	<b>Trabajo vivo en acto</b>

Temporalidad de las Intervenciones	<b>Abordaje en la situación de crisis</b> <b>Noción de alta</b>	<b>Abordajes en las “mesetas”</b> <b>Noción de continuidad de cuidados</b>
Implementación de recursos	<b>Agentes de salud / salud mental</b>	<b>Diversidad de recursos disponibles.</b>
	<b>Sectorialidad</b>	<b>Intersectorialidad</b>
	<b>Abordaje centrado en recursos profesionales</b>	<b>Actores de la comunidad</b> <b>Recursos no profesionales</b>
Perspectiva de derechos	<b>Presunción de discapacidad</b>	<b>Presunción de capacidad</b>
Políticas	<b>Políticas centralizadas</b>	<b>Micropolíticas</b>
	<b>Lo macro</b>	<b>Lo micro</b>
	<b>Lo molar</b>	<b>Lo molecular</b>

## **Dra. Claudia López Mosteiro**

Psicóloga (Universidad de Buenos Aires), Psicóloga Social (Primera Escuela Privada de Psicología Social Enrique Pichon Rivière) y Doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús).

Ex Docente de la Universidad Nacional de Lanús y de la Universidad de Buenos Aires.

Trabaja como Psicóloga en el CESAC 22 (Centro de Salud y Acción Comunitaria) dependiente del Hospital Carlos G. Durand, y en el AdoP-AdoPi (Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica-Psicológica Programada en Situación de Crisis) de la Ciudad de Buenos Aires.

Participó del grupo organizador del Café Basaglia (Empresa social en salud mental) 2011-2013.

Ha obtenido en co-autoría el Premio Dr. Arturo Ameghino 1999 a la Investigación Clínica, otorgado por el Centro de Salud Mental Nº 3 Dr. Arturo Ameghino, por el trabajo de investigación: *“Entre el imaginario social y sus instituciones, el lugar de la Salud Mental”*.

Ha realizado rotaciones en servicios de salud mental y cooperativas sociales en Andalucía, Bologna, Latiano, Trento (2012) y Trieste (2010).

Obtuvo el Primer Premio al trabajo: *“Sobre los encierros”*, en el Quinto Concurso Internacional de Ensayo Breve 2014-2015, 25 años de la Revista Topia, en el área Problemáticas en Salud mental.

Autora del libro *Trabajo vivo en acto. Clínica de los encierros*. Topia Editorial. 2015.