

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

# **Acerca del dispositivo de internación en Salud Mental.**

Rucci, Giuliana.

Cita:

*Rucci, Giuliana (2020). Acerca del dispositivo de internación en Salud Mental. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/668>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/k8D>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# ACERCA DEL DISPOSITIVO DE INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL

Rucci, Giuliana  
Hospital José T. Borda. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

En el presente artículo se indagará acerca del dispositivo de internación en salud mental, con el objetivo de plantear una propuesta de trabajo general respecto al mismo. Partiremos de un breve recorrido acerca de la función de la internación desde la psiquiatría clásica, para luego llegar a reflexionar sobre los lineamientos que propone la Ley Nacional de Salud Mental argentina (26.657). Se esbozarán lineamientos generales respecto a cómo pensar el dispositivo de acuerdo a la ley vigente y el recorrido de un paciente en situación de internación por el mismo, desde el momento de la admisión hasta la planificación del alta, teniendo en cuenta la continuidad de cuidados.

## Palabras clave

Internación - Trastorno mental severo - Salud mental - Psiquiatría

## ABSTRACT

### ABOUT MENTAL HEALTH HOSPITALIZATION DEVICE

In this article we will enquire into the mental health hospitalization device with the objective of settle on a general propose of work about it. We will begin with some enquiries into the history of hospitalization device from the classical psychiatry point of view, from that point we will reflect on the actual Argentinian mental health law (26.657). After that, we will share some general guidelines about how to think hospitalization device out including the patient route since the beginning of the treatment to the final of it.

## Keywords

Hospitalization - Severe mental illness - Mental health - Psychiatry

## INTRODUCCIÓN

Es sabido que Ley Nacional de Salud Mental (26.657) establece la internación como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (ART N° 14, 2010), por lo que partimos de dicha definición para pensar tanto el dispositivo como el tratamiento que se ofrece. Comenzaremos haciendo un breve recorrido histórico por la función que fue teniendo a lo largo del tiempo la internación en la psiquiatría para luego llegar a las indicaciones de internación actuales y a una

propuesta de trabajo respecto al dispositivo y a los tratamientos que se llevan a cabo en el mismo.

## DESARROLLO

### Breve recorrido histórico respecto de las internaciones

Para poder aprehender de una manera más acaba la complejidad del dispositivo de internación, nos parece necesario conocer su historia, que no es independiente de la evolución del conocimiento científico de la “enfermedad mental” ni de las condiciones sociales en las que ésta se fue desarrollando. Utilizaremos como punto de partida el contexto en el que se desarrolla el primer paradigma en psiquiatría (G. Lanteri-Laura, 2000) establecido en el período de 1793-1854. Hasta dicho momento, “la locura” no era concebida como concepto médico. Es Ph. Pinel quien marca la diferencia entre la locura como concepto social, como expresa Lanteri-Laura (p. 73), y la alienación mental. A decir del Dr. N. Conti (2006), esta última, se originaría en “causas morales” (p.4):

Los dos maestros de la clínica francesa tenían una fuerte convicción en el origen moral de la alienación mental como su causa más frecuente; se trataría siempre de cuadros idiopáticos, funcionales, originados por causas morales, sociales las llamaríamos nosotros, como conflictos interpersonales y/o grupales, situaciones de crisis políticas y sociales que llevan a la aparición de dos fenómenos etiológicos fundamentales: las pasiones intensas y fuertemente contrariadas y los excesos de todo tipo, las irregularidades de las costumbres y la educación viciosa” (p. 4).

Para tratar la alienación mental Pinel desarrolló un tratamiento particular conocido como tratamiento moral que se desarrollaba en un lugar específico: los asilos para alienados. El objetivo final era la cura, dada por la recuperación de la razón. Uno de los medios para llegar a ésta era aislar a la persona de su entorno habitual, ya que según Pinel (1809) “La experiencia enseña que los alienados no se curan casi nunca bajo la dirección inmediata de sus amigos o sus allegados” (p.514) en un lugar donde reine un “orden constante e invariable” (p. 502) “siendo el aislamiento de los alienados una máxima general del tratamiento” (p.514). Es interesante rescatar una pregunta que introduce Jorge J. Saurí en su libro “El naturalismo psiquiátrico” (1996): “¿Cómo conjuga el Siglo de las Luces este encierro con el espíritu de filantropía

de sus afirmaciones sociopolíticas?” (p.140); él mismo responde líneas después “La filantropía humanitaria que propugnan los alienistas proviene de una doble fuente: una imperiosa expectativa social de la época y la exigencia de la propia moral del psiquiatra” (p. 140). En el mismo “Tratado médico filosófico sobre la alienación mental” (1809) Pinel establece que una de las máximas que rige el tratamiento moral es la esperanza de devolver a la sociedad hombres que estaban perdidos para ésta. Un nuevo capítulo se abre de la mano del segundo paradigma, el cual establece su mayor diferencia respecto al primero en el esfuerzo por introducir la alienación mental y su campo de saber dentro de la medicina científica. Según el artículo de N. Conti citado anteriormente, la enfermedad mental pasa a conceptualizarse como entidad clínica evolutiva bajo el modelo de la Parálisis General Progresiva de Bayle, la cual posee una etiología, una fisiopatología, evolución, pronóstico y tratamiento. Esto establece la posibilidad de un tratamiento somático, introduce un criterio de cronicidad y fija la internación prolongada como el tratamiento adecuado.

Aquí vemos con claridad dos momentos en la historia de la psiquiatría de donde podemos desprender dos variables asociadas al abordaje de los trastornos mentales severos: la internación prolongada y el aislamiento. Pareciera que la primera, no estaba asociada a un momento de la evolución de la enfermedad sino a la enfermedad en sí misma. No se internaba una persona que pasaba por un periodo de crisis aguda sino un diagnóstico.

En Inglaterra, de la mano de Connolly, comienza a surgir el movimiento “non - restraint”, el cual promulgaba por la abolición de toda coerción mecánica (Falcone, 2010). Siguiendo esta línea, en Escocia se busca eliminar todos los muros que dividen el exterior del interior de los asilos, dando paso al movimiento Open Door. En Argentina, la evolución de la historia de las instituciones psiquiátricas sigue un recorrido parecido al europeo e inglés, desde la existencia de “El loquero” hasta la creación de la Colonia Nacional de Alienados en Luján (Falcone, 2010). Sin embargo, en términos de la autora citada, Rosa Falcone, “la desilusión no se hizo esperar” (p. 12), ya que fue en aumento la cantidad de personas internadas y la colonia lejos de convertirse en un lugar de paso, se convirtió en un asilo más. Es recién a partir de la Liga de Higiene Mental (con la creación del servicio de Consultorios Externos en el Hospicio de las Mercedes) y luego con el Instituto Nacional de Salud Mental que podemos evidenciar cambios en el abordaje de la actual salud mental en Argentina. Las internaciones dejaron de ser la única opción de tratamiento para las personas con trastornos mentales severos y se dio paso a la creación de otro tipo de dispositivos.

De la mano de la experiencia de Rio Negro, la ley 448 y, por último, con la ley nacional de salud mental 26.657, la internación pasó a ser un recurso terapéutico más entre otros, con indicaciones precisas.

### La internación en la actualidad

De la ley argentina de salud mental (26.657) podemos extraer varios lineamientos para repensar la internación. Más allá de las cuestiones que se pueden leer desde la ley misma, nos interesa destacar al menos dos puntos que difieren de la perspectiva clásica sobre el uso de las internaciones.

En principio, sabemos que sólo debe ser indicada cuando aporte mayores beneficios que otros tratamientos. Esto nos da la pauta, que no se trata, como en otros momentos de la historia, del tratamiento por excelencia, sino de uno más entre otros. Esto conduce a los profesionales que forman parte de los equipos, a evaluar, al momento de recibir a un paciente en una guardia, todas las opciones posibles de acuerdo al momento actual del paciente: ¿podría concurrir a un control en 24 horas o 48 horas? ¿se trata de una situación de riesgo cierto e inminente para sí y para terceros? ¿hay una red de contención? ¿tomará, de ser requerida, la medicación por sí solo? ¿cuenta con un equipo ambulatorio que pueda intensificar el seguimiento?, todas estas preguntas y otras serán formuladas antes de llegar a la indicación de internación. Se trata de barajar otras opciones de abordaje posibles y, en última instancia, recurrir a la internación. Como plantea la ley, debe haber motivos que la justifiquen y se debe poder explicitarlos, tanto en la historia clínica, en los informes y como con el paciente. Aquí, señalamos un segundo punto a tener en cuenta: la restricción de indicar un tratamiento basándonos únicamente en un diagnóstico. Cualquier tratamiento, sobretodo el de internación obedece a un criterio clínico momentáneo, el cual deberá ser abordado para luego dar paso a otra instancia (dispositivo) asistencial.

Desde esta perspectiva, podemos decir que cuando se indica una internación, siempre estará supeditada a un momento particular con coordenadas clínicas específicas y transitorias. Podríamos decir que, cuando un equipo de salud indica una internación “debidamente fundada” (Ley 26.657, 2010, p. 26), representa para la persona en cuestión la garantía que su derecho a la salud esté siendo asegurado en tanto se le garantiza el tratamiento que requiere -y que el sistema de salud puede proporcionarle- en ese momento.

### Particularidades del dispositivo de internación

En líneas generales y, de acuerdo al contexto actual de la salud mental, donde aún no contamos con un terreno establecido sobre ciertos lineamientos, abordar sólo “lo clínico” -la sintomatología del paciente- puede no ser abarcativo respecto a la complejidad que demanda una persona en situación de internación. El dispositivo en cuestión se ve atravesado por múltiples dimensiones: lo social, los procesos manicomiales, el hospital como institución, la organización en sí misma (ya sea que se trate de un hospital de salud mental o general), la clínica del paciente. Consideramos que el dispositivo debe estar pensado desde todos estos aspectos. Dichas dimensiones, se encuentran todas imbricadas entre sí, todas se relacionan y, en la práctica,

no hay posibilidad de diferenciarlas claramente. A fines didácticos podemos pensar de la siguiente manera, no sin estar advertidos del límite mencionado:

¿A qué llamamos “lo social”? Puede implicar todos los aspectos que aparezcan en cada contexto dado, pero podríamos decir que lo social tiene que ver con la visión social de la internación, el estigma para con la persona que se interna como los prejuicios de esa misma persona previos a la internación, su situación socio-económica, los cambios o los no cambios que pueda haber en la relación de la persona con su red vincular, entre otras cosas. Cuando hablamos de “lo manicomial” nos referenciamos en lo trabajado por Fernando Ulloa (1995), en tanto se trataría de un proceso que va más allá del “manicomio”:

Pero la historia de la manicomialización no comienza en el manicomio; suele iniciarse en la cuna. (...) Cada vez que arbitrariamente aparece la ley del más fuerte se instaura lo que bien puede denominarse la protoescena manicomial, la encerrona trágica, se avencinan los procesos manicomiales, presentes o futuros. Los encierros de esta naturaleza ocurren en la familia, la escuela, el trabajo, las relaciones políticas, y en toda mortificación más o menos culturizada...” (p. 243-244)

Vemos cómo lo social, lo manicomial y las instituciones se gestan entre sí. Respecto a “la institución” tomamos lo trabajado por Gustavo Melera en el artículo “Tipos de instituciones” (2012) donde las nombra como “producciones socio-histórico-culturales” (p.1). En cambio, la organización (en nuestro caso podríamos decir cada efector de salud) será cada materialización de las instituciones (la salud, el hospital, el manicomio) que la atraviesan. Además del efector en cuestión, ya sea hospital de salud mental o general, nos encontramos con otra organización dentro de esta organización: el servicio de internación. Podríamos decir que hay una lógica de la organización en sí misma y, a su vez, una lógica propia de cada servicio.

Como dijimos, pensar el dispositivo de internación implica poder reflexionar sobre todas estas aristas las que, a su vez, se atraviesan entre sí. El trabajo en internación, merece ser pensado desde la complejidad que amerita y no reducirlo a “establecer un cuadro clínico” y efectuar un alta.

### **Admitir en un dispositivo de internación**

Como todo dispositivo, la internación tiene un encuentro inaugural con el paciente y, en ocasiones, con allegados al mismo. Dicho encuentro no sólo es del equipo con el paciente, sino del paciente mismo con el equipo, el lugar, el espacio, otros compañeros. En el texto “Sobre la admisión” (1996) de Adriana Rubistein se trabaja sobre la definición del “admitir”: “recibir o dar entrada, aceptar, reconocer, permitir o sufrir, aceptar (esto no admite demora)” (p.1). Utilizaremos la palabra admisión en este sentido, ya que no se trataría de una entrevista en la cual puede admitirse o no a un paciente, sino de un proceso que implica, como bien señalamos, recibir, dar entrada, reconocer, permitir. A partir de esto, planteamos la admisión desde dos perspecti-

vas; una de estas efectivamente es que la admisión es la primera entrevista que mantenemos con el paciente, pero existe otra faceta que va desde el mismo momento que el paciente llega al servicio y, a su vez, llega hasta más allá de terminada la primera entrevista.

De la entrevista podríamos decir que tenemos que finalizarla una vez hayamos podido dejar medianamente en claro para nosotros y para el paciente, al menos las siguientes cuestiones: qué dice el paciente respecto a por qué está en el hospital, de qué se trata la internación, el funcionamiento del servicio y los objetivos para la misma. El equipo que esté haciendo la admisión debería poner en palabras qué implica una internación y el funcionamiento genera, explicitando que se trata de una situación transitoria y que el objetivo es el alta. A partir de esto se pueden agregar cuestiones generales en relación a las visitas, permisos de salida, etc. Luego, retomando los dichos del paciente respecto a por qué está en el hospital y a su registro de lo que le sucede, se debería poder formular uno -o más- objetivo para la internación. El objetivo puede variar -es dinámico- y siempre debe establecerse en referencia a lo expresado por el paciente; debe ser un objetivo para él mismo, sea el que sea. De esta forma, se busca que la internación tenga un sentido propio y no sea vivida como impuesta.

La otra faceta del admitir, como dijimos, no encuentra su realización en la entrevista misma si no que la trasciende. Implica el recibimiento por parte del equipo y del servicio de una persona que se encuentra pasando por una crisis en su vida, una crisis que requiere hospitalización y por lo tanto estar en un lugar nuevo, con personas que no conoce, tanto otros pacientes como profesionales. Aquí es cuando proponemos hacer una presentación del lugar, del funcionamiento. Esto ordenará el panorama del paciente, establecerá coordenadas. Delimitará tiempos, espacios y referentes.

### **El trabajo terapéutico durante la internación y su conclusión**

En líneas generales, proponemos que de la admisión se despliegue la siguiente pregunta: ¿qué necesita esta persona para no estar internado? Esto permitirá sentar un estado de situación y comenzar a diagramar qué es necesario que se construya durante la misma para que el paciente pueda continuar su tratamiento de manera ambulatoria. Hablamos de construcción, en la medida que el trabajo con el paciente implique justamente un proceso con un saldo diferente al inicial, que haya una diferencia entre el inicio y la conclusión. Esto podría implicar un “cambio en la posición subjetiva” en términos de la psicoanalista Julieta De Battista (2012): “(...) inferir la presencia de un trabajo de tramitación (auto-tratamiento) solidario de un cambio en la posición subjetiva - que ubica al sujeto como agente activo de su propia curación y no como objeto pasivo de prácticas asistenciales-.” (p.15). Justamente en este último punto cobra valor el requisito de que durante la admisión se pueda formular un objetivo para la internación que surja de la problemática referida

por paciente, de esta manera la internación se volvería un medio para tal objetivo, lo cual podría facilitar que el paciente no sienta -y que efectivamente no lo sean- las prácticas asistenciales como impuestas e invasivas.

Esta construcción siempre será en equipo, un equipo del que forman parte los profesionales, el paciente y sus vínculos significativos. Lo trabajado, además, debería incluir la continuidad de cuidados luego de la internación. Esto va desde lo más objetivo -el turno ambulatorio una vez dado de alta- a la perspectiva de tratamiento que tenga el paciente (conocimiento del diagnóstico, de la medicación que tome, la posibilidad de establecer cierto reconocimiento de pautas de desestabilización y demás cuestiones que se puedan desplegar).

Establecer un estado de situación y una planificación en relación a este permitirá delimitar el límite a la internación, ¿qué queremos decir? no todo lo que sea necesario trabajar para ese paciente será dentro de los límites de está, es necesario hacer el ejercicio de reconocer cuándo lo que reste trabajar es posible que sea de manera ambulatoria. Allí sería recomendable efectivizar el alta. Se trata de un límite, a construir en cada caso, en el que la internación deja de ser terapéutica y se vuelve iatrogénica. Con todo esto, se introduce desde el inicio la perspectiva de alta. Podemos decir que el tratamiento en sí mismo es el proceso de externación. Como dijimos, consideramos que la conclusión de la misma debería poder evidenciar un saldo respecto al trayecto de tratamiento y que éste se desprenda de lo recorrido.

## REFLEXIONES FINALES

Como dijimos, intentamos abordar de manera general cuestiones del dispositivo de internación. Esta es un recurso efectivo cuando es el adecuado, de aquí la necesidad de indagar sobre las particularidades de la misma.

Sostenemos el imperativo de pensar las prácticas de manera histórica y de acuerdo al contexto en el que se encuentran inmersas. Los abordajes de los trastornos mentales severos en situación de internación implican un trabajo complejo que no abarca la situación clínica del paciente sino lo social, las instituciones, las cuestiones inherentes a cada organización, los procesos de manicomialización, que lejos están de haber perdido su efecto y de circunscribirse a una sala de internación.

Elegimos finalizar citando a Fernando Ulloa (1995):

Una propuesta que pretenda preservarse de la degradación manicomializante, debe ser continuamente replanteada en su proceso, sometida a la producción crítica colectiva, como intento de verificar los conocimientos de esta propuesta y su relación con los objetivos, y preservada de las desviaciones y los reciclajes del maltrato. Esto implica crear lo que puede llamarse una garantía colectiva, la que emerge precisamente de este quehacer crítico. Son los propios responsables de la salud, en el campo concreto y no en la planificación, quienes deben mantener la suficiente corrección autogestora de su propio quehacer y de-

fender los buenos tratamientos, una práctica que comienza por considerarlos a ellos mismos, en relación con el modo de maltrato que en ese programa puede llegar a concernirlos. (p.244)

## BIBLIOGRAFÍA

- Conti, N. (2006). La psiquiatría moderna: una perspectiva histórico-epistemológica. En *Interdisciplina en Psiquiatría*. Buenos Aires: FINTECO.
- De Battista, J. (2012). Condiciones subjetivas que inciden en el abandono del tratamiento de pacientes psicóticos re-internados en un hospital psiquiátrico argentino. *Acta psiquiatría y psicología de América Latina*. [https://digital.cic.gba.gov.ar/bitstream/handle/11746/10548/11746\\_10548.pdf-PDFA.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://digital.cic.gba.gov.ar/bitstream/handle/11746/10548/11746_10548.pdf-PDFA.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Falcone, R. (2010). Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina. Del hospital cerrado al hospital abierto. *Academia*. [https://www.academia.edu/download/38947765/Falcone\\_Historialnstit.pdf](https://www.academia.edu/download/38947765/Falcone_Historialnstit.pdf)
- Lanterí-Laura, G. (2000). La sucesión de los paradigmas. En *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Editorial Triacastela.
- Ley 26657. (2010). Ley nacional de salud mental. Derecho a la protección de la salud mental.
- Melera, G. (2012). Tipos de instituciones. [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/039\\_psico\\_institu2/material/bibliografia/melera-tipos\\_de\\_instituciones.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/039_psico_institu2/material/bibliografia/melera-tipos_de_instituciones.pdf)
- Pinel, P. (1806). *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental*. En *El nacimiento de la psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Pólemos, 2012.
- Rubistein, A. (1996). Sobre la admisión. *Jornadas provinciales de dispositivos de salud mental*. [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/146\\_acercamiento/material/rubistein\\_%20sobre\\_la\\_admision.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/146_acercamiento/material/rubistein_%20sobre_la_admision.pdf)
- Saurí, J. J. (1996). Modos asistenciales y terapéuticos. En *El naturalismo psiquiátrico*. Buenos Aires: Ediciones Lohlé-Lumen.
- Ulloa, F. (1995). Cultura de la mortificación y proceso de manicomialización, una reactualización de las neurosis actuales. En *Novela clínica psicoanalítica. Historia de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.