

Una experiencia en el dispositivo

Hospital de Día

A personal experience in the resource Day-care Hospital

Bandeira Helena de Melo Rio Branco

Brasileña, Psicóloga, Especialista em Atendimento Clínico – Ênfase em Psicanálise, Clínica de Atendimento Psicológico – Instituto de Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Maestranda en Psicoanálisis, Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Rosario, helenabandeira@hotmail.com

Resumen

Comparto mi experiencia en el dispositivo Hospital de Día, un recorrido sinuoso, desafiante y a la vez alentador dadas las vicisitudes del ejercicio profesional en un idioma extranjero, los avatares inherentes al trabajo en la institución pública y la complejidad de la clínica con pacientes graves.

A partir de mi práctica profundicé la significación y el valor del Hospital de Día y de las actividades de los talleres, a causa de los efectos terapéuticos logrados. Este dispositivo sigue siendo un tratamiento posible sostenido con firmeza y consistencia, tanto clínica como teóricamente.

Palabras-clave: Hospital de Día, talleres, trabajo creativo, lazo social, tratamiento posible.

Abstract

To share my experience with the resource Day-care Hospital, an intricate, challenging and yet encouraging path due to the vicissitudes of the professional development in a foreign language, the difficulties inherent in working for a public institution and the clinical complexity with acutely-ill patients.

From my own practice, I deepened the significance and value of the Day-care Hospital and the workshop activities because of the therapeutic effects achieved. This resource keeps being a possible treatment carried out with firmness and consistency, both clinically and theoretically.

Key words: Day-care Hospital, workshops, creative task, social bond, possible treatment.

La clínica de las psicosis y pacientes graves interroga constantemente el quehacer del analista y los recursos del tratamiento posible. ¿Cuáles son las particularidades de un dispositivo pensado desde el psicoanálisis? ¿Cuáles fueron los aportes del dispositivo Hospital de Día a la atención en salud mental? ¿Qué papel desempeña el trabajo creativo en los talleres? ¿Cuál es la especificidad de la transferencia en estos casos? Mi experiencia proviene de una pasantía en el dispositivo Hospital de Día del Centro de Salud Mental N°3 “Dr. Arturo Ameghino”¹. Un desafío que soporta los avatares de una praxis en la institución pública cuyo referente es el psicoanálisis.

La proliferación de los Hospitales de Día ha ayudado a la ruptura del centralismo del hospital psiquiátrico en la atención en salud mental. Éste provocaba la sintomatología del “hospitalismo”. ¿Cuáles cambios trajeron los Hospitales de Día? Su estructura y asistencia “le reduce al paciente el costo de la cronicidad como producto de un modelo de aislamiento propio del que gozan las instituciones totales” (Iuorno, 2004: 76). El Hospital de Día indudablemente evita el encierro del paciente, su segregación, institucionalización, la desconexión con su familia, entorno social y trabajo. Se asienta así la noción de inclusión social, opuesta a la recuperación de lo que hubo y se perdió; más bien se trata de “inventar” un sostén para las psicosis y las neurosis graves. No buscamos atenuar la barrera existente entre lo normal y lo patológico, ni tomar las psicosis como deficitarias, por el contrario, apostamos a instalarlas como una estructura diferente, la cual exige una teorización y un abordaje terapéutico que incluye una posición particular del analista.

Fue relevante el pensamiento y el trabajo de E. Pichon-Rivière en el país; su modo de pensar y tratar la locura se expandió e influyó en las directrices de los Hospitales de Día. Trabajó en aquel entonces Hospicio de las Mercedes, hoy Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda por más de quince años. Pichon-Rivière fue el precursor en la creación de hospitales dedicados al tratamiento de las enfermedades mentales, de la humanización del trato dispensado a esos enfermos² y de los estudios en las patologías psíquicas. Él sería un continuador del trabajo de Philippe Pinel (Elvira, 2007). Asimismo, dio mucha importancia a la terapia familiar, para que la locura se desplegara entre sus miembros, y no fuera depositada en el individuo llamado enfermo. Pensaba que quien se enfermaba era el portavoz de los conflictos familiares.

Nuestro Hospital de Día está compuesto por un equipo interdisciplinario (psicólogos, terapeuta ocupacional, psiquiatras, enfermera, personal de cocina y limpieza), con el soporte de supervisiones con analistas invitados e interconsultas con profesionales de la institución y externos. La reunión de equipo tiene una frecuencia semanal y los ateneos clínicos son mensuales. En su estructura encontramos el espacio de convivencia, la terapia individual, los talleres, las entrevistas familiares, el control de medicación, la sala de espera, la asamblea comunitaria, el momento del almuerzo y la merienda. Sus actividades se orientan, a partir del abordaje psicoanalítico, hacia el respeto y la atención a la singularidad, alguna demanda o interés específico que pueda manifestarse a lo largo del tratamiento, desprendiendo la función de curar de las expresiones sintomáticas. “Pues ahí donde hay síntoma, está el sujeto. No atacar el síntoma sino abordarlo como una manifestación subjetiva significa alojarlo para que pueda ser desdoblado, haciendo emerger allí un sujeto” (Quinet, 2016: 16). También hallamos las reglas que atraviesan a todos, o sea, tanto a los pacientes como a los profesionales. Las llamadas “normas de convivencia”³ ordenan y regulan el funcionamiento del dispositivo (tratarse con respeto, no agredirse, no insultar, no tomar cosas sin permiso, no pegar a la gente, no arrojar objetos, cuidar la higiene personal, respetar las reglas de la cocina, etc.), a modo de un límite allí donde no hubo.

Los talleres siguen consignas claras: una actividad específica (leer, escribir, cocinar, sembrar, cosechar, etc.), un día de la semana determinado, un horario de inicio y fin, un espacio para su realización, invitando al participante a una producción singular con la autonomía posible en este trabajo creativo. Nosotros – los coordinadores – somos los encargados de “ordenar [en el sentido de delimitar], interviniendo no ingenuamente [pensado desde la lógica misma del taller], marcando espacios, tiempos, diferencias, inicios y fin, cuando el paciente no lo hace [o mejor, no lo puede hacer]”⁴ (Neo, 2004:121). La particular relación del psicótico con el tiempo requiere de nosotros el acotamiento y regulación, conforme al uso habitual.

Cada taller funciona como “pequeños talleres simultáneos”, visto que los pacientes se apropian de la actividad de distintas maneras. El objeto producido es enteramente particular y excede la propuesta del taller (la fotografía, el poema, la cosecha, etc.). Pues no se reduce al elemento concreto, palpable, sino al proceso de su producción, la faceta sensorial-corporal, creativa y expresiva. “Este objeto, escrito, artesanal, artístico, comestible, etc., identifica a su autor [...] El sujeto produce un objeto y éste, en su circulación, lo termina de producir a él” (Pérez, 1999: 134). Además, el saber circula sin jerarquía entre los participantes (pacientes y profesionales), todos aportan algo desde su historia, recuerdos infantiles, experiencias, gustos personales, saber específico, intereses, preguntas sobre lo desconocido, etc.

¿Qué pasa cuando una de las coordinadoras no tiene el idioma local fluido? ¿Dificulta su escucha, sus lecturas e intervenciones?

En principio, trabajar en un dispositivo de tratamiento de pacientes graves como el Hospital de Día, siendo el portugués mi lengua materna, me preocupó mucho; la exigencia era aprender el vocabulario corriente en el menor tiempo posible. Sin embargo, mi di cuenta que, independientemente del aprendizaje del idioma, podía poner lo desconocido a mi favor; una estrategia para barrarme y a la vez barrar mi saber, dando relieve al saber de los pacientes. Desde este intercambio cultural el saber también pudo circular.

La condición de extranjería también se puso en juego en la transferencia con los pacientes latinos que allí estaban y aquellos que tenían alguna conexión con Brasil.

En esta línea, el paciente O participaba del taller literario y tenía nacionalidad boliviana. Como estrategia de inclusión y circulación del saber presentábamos las jergas de nuestros países de origen, o sea, Bolivia, Brasil y Argentina. Encontrábamos así semejanzas y diferencias entre las culturas. Esto enriquecía nuestros conocimientos y vocabularios, ampliando las posibilidades en el momento de la escritura.

Actualmente contamos con los talleres de música, literario, grupo terapéutico, cocina, salud, cine, huerta, dibujo y pintura, fotografía y merienda. Impulsamos que la participación del paciente sea acorde a sus gustos e intereses. El funcionamiento de tales actividades no es permanente, sino variable, se reinventa de tanto en tanto, conforme a los recursos materiales de la institución y los profesionales.

El propósito del taller no es la recreación, tampoco la distracción – a pesar de que muchas veces se divierten, o mejor, nos divertimos (pacientes y coordinadores) –, sino ayudar al paciente a correrse del lugar de objeto, ser un creador⁵ – crear algo y recrearse a sí mismo –, aunque sea por un rato, aliviando así su padecimiento. En otras palabras, el dispositivo taller promueve, a partir del trabajo creativo, un lugar de sublimación y la producción de un saber-poder-hacer con su sufrimiento.

Apostamos a la producción singular que circula y adquiere un valor de intercambio y reconocimiento social; esta misma posibilita a la vez acotar el goce parasitario y operar estabilizando la estructura. La participación del paciente no es obligatoria, tampoco homogénea; *el paciente puede faltar*. Es importante presentar a los pacientes graves la posibilidad de no estar, ausentarse, quedarse afuera cuando en su historia la predominancia fue la mirada del Otro omnipresente. La conexión con el funcionamiento de puertas abiertas de nuestro dispositivo (llegar y salir por propia voluntad), también conlleva circular por la ciudad, vivenciar la conflictiva social y política que la habita, estar incluido en la familia, en su convivencia, en sus conflictos, en un trabajo posible, etc. Ser un dispositivo de puertas abiertas no implica que no se interrogue el motivo de una llegada tarde o una salida anticipada. El permiso de entrar y partir también impone una tarea de responsabilizar al sujeto de su decisión. Esto es un trabajo a cargo del equipo terapéutico y de la comunidad de pares, que se enlaza a la terapia individual, más orientada hacia la subjetivación del responsabilizarse.

Consideramos la internación psiquiátrica como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, para aquellos pacientes en momentos de crisis que no pueden ser contenidos dentro de los límites y con los recursos propios del Hospital de Día. Siendo así los derivamos a los Servicios de Guardia o Salas de Internaciones Psiquiátricas, manteniendo contacto con estas instancias a fin de que una vez pasado el cuadro, puedan reingresar al dispositivo o, en casos particulares, hacer una derivación a otro servicio. Hoy en día la internación se desplaza a una decisión del tratamiento, con una duración de corto plazo.

La sanción del alta es un trabajo que elabora el equipo terapéutico, incluyendo posteriormente toda la comunidad del Hospital de Día. El alta de un paciente grave implica las vicisitudes de su despliegue sintomático a lo largo del tratamiento; también consideramos si hay estabilización (una constancia de un estado subjetivo en el tiempo) como efecto del trabajo, teniendo en cuenta su labilidad. La estabilización en las psicosis puede producirse desde diferentes medios: el delirio, el acto, el *sinthome*, las creaciones artísticas, algo que funcione a manera de un organizador, el lugar que consigue en el Otro, etc. Además, apostamos al armado de un lazo social, aun cuando decimos que el lazo social no es posible en las psicosis si lo definimos desde los cuatros discursos de Lacan. Aprehendemos *un lazo social como un lazo con el otro*; al considerarlo como interacciones y vínculos sociales, tal concepto gana otro lugar en el tratamiento. El alta no conlleva la desaparición del malestar psíquico ni adquisición de la salud mental, o la llamada normalidad, sino la configuración de un acto terapéutico. En algunos casos es necesaria la continuidad del tratamiento en otro tipo de dispositivo, como los consultorios externos, los talleres protegidos u otra instancia. La cura en psicoanálisis está alejada de la concepción médica (volver idealmente al estado de salud). Lacan emplea el término “cura analítica”, en “Variantes de la cura-tipo”, en el sentido de *therapeutikós* que significa cuidado, entrega y solicitud.

La dinámica de las actividades y los efectos terapéuticos serán posibles siempre que se sostenga la transferencia con el dispositivo, es decir, las múltiples transferencias. El psicótico acude a los terapeutas no por la ausencia del saber que supone la razón del sufrimiento que lo afecta, sino “por una afectación que siente en lo real de su cuerpo, una angustia [sentimiento de perplejidad, hipocondría]⁶ que no cede, o para compartir con nosotros, en la medida que su confianza lo permite, la convicción de un saber que su delirio le confirma y del cual se siente mensajero” (Vegh, 2007: 45). Por lo tanto “el neurótico transfiere [vivencias psíquicas anteriores], el psicótico plantea transferencialmente [él tiene el saber y la certeza, es quien testimonia]⁷” (Allouch, 1989: 41). No se trata de una transferencia simbólica, no está en juego el Sujeto Supuesto Saber; el equipo y sus pares quedan ubicados en el lugar de testigos.

Lo que está en juego no es la realidad. El sujeto admite, por todos los rodeos explicativos verbalmente desarrollados que están a su alcance, que esos fenómenos son de un orden distinto a lo real, sabe bien que su realidad no está asegurada, incluso admite hasta cierto punto su irrealidad. Pero, a diferencia del sujeto normal para quien la realidad está bien ubicada, *él tiene una certeza: que lo que está en juego – desde la alucinación hasta la interpretación – le concierne.*

*En él, no está en juego la realidad, sino la certeza*⁸ (Lacan, 2009: 110).

Lacan confiere importancia a la escucha de la palabra del psicótico y otorga valor a su relato. De este modo debemos tomar su testimonio literalmente y desempeñar la función de testigo, dado que tal función hace posible la escena y

el despliegue del testimonio. Cabe diferenciar la escucha del analista y del psiquiatra; una aloja al sujeto, independientemente de su diagnóstico, la otra indaga los fenómenos y los desórdenes psíquicos.

La experiencia nos muestra que no hay un analista que pueda ser soporte de demandante transferencia que suscita un psicótico, tan sólo un dispositivo con otros profesionales con el fin compartirla.

¿Quién estaría al frente del tratamiento de un paciente, el analista a cargo de la terapia o el equipo del dispositivo Hospital de Día?

Ante las múltiples transferencias producidas por el psicótico, reconocemos que el tratamiento de un paciente compete al equipo del Hospital de Día. En otras palabras, es el equipo quien está a cargo del tratamiento y dirección de la cura de cada paciente. La transferencia toma, tizna a todos los que trabajan en el dispositivo. Así cualquiera del equipo interdisciplinario está habilitado a intervenir en el trabajo con el paciente, conforme al análisis del caso hecho en ateneos y supervisiones.

Nuestra práctica y lectura del psicoanálisis se orienta en la contingencia, tratando el síntoma del sujeto y desactivando los goces superyoicos. Los tratamientos y la dirección de la cura de los pacientes no se guían por los patrones e ideales universales, sino por el seguimiento de cada singularidad (la posibilidad de que algo suceda o no suceda al modo de la contingencia).

1. El Hospital de Día del Centro de Salud Mental N°3 “Dr. Arturo Ameghino” fue fundado en 1968, el segundo del país, en Buenos Aires. Durante la última dictadura cívico-militar en la Argentina (1976) se desarmaron la mayoría de las actividades comunitarias y grupales, como el Hospital de Día. Éste fue reabierto en 1985, sin lograr estructura administrativa alguna.

2. Pichon-Rivière ofreció capacitación a los enfermeros de la Sala de Admisión, quienes cumplían un rol fundamental en el tratamiento de los enfermos. “Me di cuenta de que el mal trato que recibían los internados provenían, en primera instancia, de los enfermeros, que no tenían el menor conocimiento sobre el asunto, es decir, de los problemas de la salud y de la enfermedad mental” (Lema, 2013: 71). Con el reconocimiento de su trabajo y las discusiones sobre los cuadros clínicos en tratamiento, hubo un mayor compromiso por parte de los enfermeros y, por consiguiente, los pacientes tuvieron una mejoría importante (Lema, 2013).

3. Las normas de convivencia fueron creadas por profesionales y pacientes durante sus experiencias con el dispositivo. En un cartel colgado en la pared, las normas están disponibles para conocimiento y consulta; su actualización se hace cuando es necesario.

4. Los corchetes son míos.

5. La experiencia creativa en los talleres me ha revelado estar a distancia de las bellas artes. En este caso el devenir artista (el oficio, las exposiciones, la publicación, la venta, etc.) pertenece al campo de la contingencia.

6. Los corchetes son míos

7. Los corchetes son míos.

8. Las itálicas son mías.

Bibliografía

- Allouch, J. (1989) Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica en *Littoral: las psicosis*, N° 7/8, 39-65. Córdoba, La Torre Abolida.
- Elvira, O. A. (2007) Una mirada resignificada, a la luz de los aportes de Pichon Rivière en *Psicoanálisis*, N° 3, Vol. XXIX, 661-678. Buenos Aires, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Iuorno, R. (2004) *En el hospital ...* Buenos Aires, Catálogos.
- Lacan, J. (2009) *El seminario: Libro 3: Las Psicosis*. Buenos Aires, Paidós.
- Lema, V. Z. (2013) *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*. Buenos Aires, Cinco.
- Neo, N.; Dolce, E. y Ratz, D. (2004) Cómo pensar la lógica de los talleres expresivos para pacientes psicóticos dentro del dispositivo de Hospital de Día en Bertran, G. F. (comp.), *Hospital de Día: particularidades de la clínica. Temas y dilemas*, 119-122. Buenos Aires, Minerva.
- Pérez, E. V. (1999) Los cuatro discursos y el hospital de día: un abordaje racional en Delgado, O. (comp.), *Los bordes en la clínica*, 129-137. Buenos Aires, JVE Ediciones.
- Quinet, A. (2016) *Psicosis y lazo social: Esquizofrenia, paranoia*. Buenos Aires, Letra Viva.
- Vegh, I. (2007) Estructura y transferencia en el campo de la psicosis en Vegh, I. (comp.), *Una cita con la psicosis*, 41-50. Rosario, Homo Sapiens Ediciones.