

JORNADA DE INVESTIGADORES/AS SOBRE CONOCIMIENTO Y POLITICAS PUBLICAS

Instituto de Investigaciones sobre conocimiento y políticas públicas
Octubre 2019

¿Cómo desmanicomializar sin segregar?**Proyecto de investigación acerca de los obstáculos desde la perspectiva de las historias de vida de usuarios del HIAC Dr. A. Korn (Melchor Romero, La Plata)**

Julieta De Battista (CIC-UNLP-UNAJ)

Introducción**Contextualización del problema**

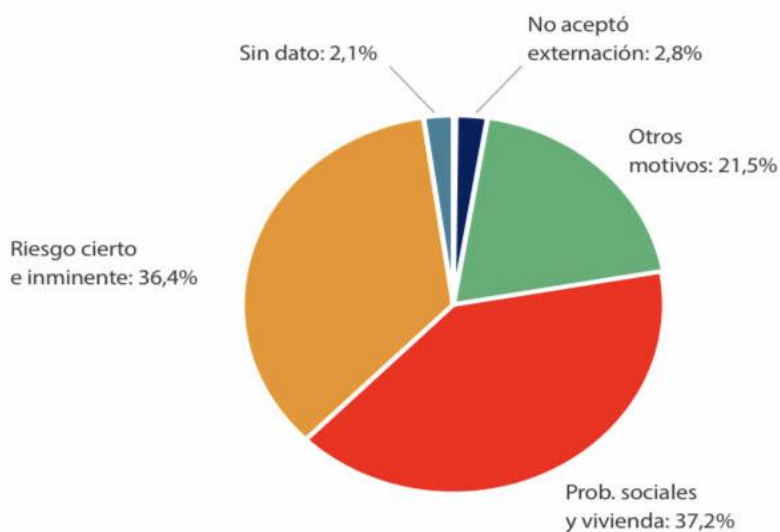
La Organización Mundial de la Salud viene alertando acerca del aumento de la población con padecimiento mental a nivel mundial, al señalar que este tipo de padecer se ha convertido en la mayor causa de discapacidad en gran cantidad de países. Numerosos autores señalan también la asociación existente entre los efectos sociales de determinadas políticas económicas y el aumento de ese tipo de padecimiento en la población (Ortale et al, 2015). Las estimaciones oficiales de la OMS para nuestro país -realizadas en el año 2014 a través del *Mental Health Atlas* - elevan a 3458 la cantidad de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) cada 100.000 habitantes¹, con una tasa de suicidios del 10,3: índices que se encuentran por encima de aquellos alcanzados por otros países de la región. La carga global por enfermedad que afecta el desarrollo de América Latina llega al 22,2%, mostrando un acelerado crecimiento en comparación con el 8,8% de AVAD de la década del '90, de acuerdo a los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). No obstante, las políticas gubernamentales no siempre consideran como prioritarios los problemas de salud mental, asignándoles en la región presupuestos muy bajos y no destinando suficientes recursos de investigación a este área (Cohen, 2009).

Si bien el padecimiento mental no repercute ampliamente en los índices de mortalidad, implica un alto impacto a nivel del porcentaje de discapacidad que produce, al incidir de forma significativa en el desarrollo social y económico de un país. La OMS recomienda considerar a la Salud Mental como un foco de inversión necesario para garantizar los derechos humanos y la dignidad de las personas, pero también en términos del desarrollo socioeconómico de la región, dado que cuenta con evidencia para afirmar que cada año de inactividad y falta de inversión aumenta la carga sanitaria, social y económica que engendran los padecimientos mentales (WHO, 2012). De esta manera, la inversión en investigación se encuentra entre uno de los cuatro objetivos mayores del *Mental Health Action Plan 2013-2020*.

¹ Los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) es una medida propuesta por la Organización Mundial de la Salud para intentar cuantificar las pérdidas en una vida saludable, debidas a una muerte prematura o a las consecuencias de vivir con enfermedades o lesiones que no son mortales, pero reducen la calidad de vida.

El diagnóstico con respecto a la Salud Mental subraya que la estigmatización, discriminación y victimización de las personas con padecimiento mental es un obstáculo mayor que actúa a modo de barrera en los tratamientos de la salud mental (WHO, 2013). Esta característica reconocida ampliamente en los abordajes del tema incide en forma negativa sobre la protección de los derechos humanos, la reducción de desigualdades sociales y el favorecimiento de la productividad económica (Garbus, 2009; Goffman, 1989; Morasso, 2013). Este proceso de estigmatización es mayor cuando se trata de problemas mentales severos, asociados a la existencia de riesgo para sí y para terceros y que acarrearán serias dificultades de inserción en el lazo social común. Esta es una característica que suele presentarse en los casos de psicosis, en sus diferentes modalidades de presentación: esquizofrenia, paranoia, psicosis maníaco-depresiva. Históricamente, las personas afectadas por padecimientos mentales severos han sido segregadas y excluidas de la sociedad en pos de privilegiar el orden social y evitar la peligrosidad de aquellos con marcadas dificultades de inserción en el lazo social. Los trabajos de Foucault (1972, 2003) han elucidado la microfísica del poder en juego en los dispositivos disciplinarios y las razones históricas de su subsistencia en el tiempo. El dispositivo asilar cuenta con una historia que atraviesa varios siglos, desde el siglo XVIII hasta la actualidad, demostrando que su existencia se ha anudado a urgencias socio-históricas que continúan vigentes y que se encuentran íntimamente ligadas a prácticas de segregación y de gobierno de los cuerpos. Estas instituciones forman parte de nuestra geografía suburbana aun a pesar de los numerosos estudios que han señalado los efectos iatrogénicos que producen (Goffman, 2001, 1989; CELS, 2007).

De acuerdo a los datos del primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental de 2019, en Argentina quedan aún en esta situación de internación 12035 personas. El 52% se encuentra internada en el sistema público de salud, aunque solo el 25% de la totalidad de instituciones con internación en salud mental sea pública. En el 75% de instituciones privadas se encuentra internada un 48% de esa población. El promedio de internación en las instituciones públicas es de 12,5 años, mientras que en las privadas desciende a 4,2 años. Es importante destacar que según lo referenciado por los equipos tratantes en el censo, solo el 36,4% de las personas internadas presentan criterio de internación (riesgo cierto e inminente). Del 63,6% restante, un 37,2% de esta población continúa internada por problemas sociales y de vivienda, e incluso hay un 2,8% que ha rechazado su externación. En tanto que de un 21,5% no se especifican los motivos.



Fuente: Primer censo nacional de personas internadas con motivos de salud mental 2019.

Antecedentes y relevancia del problema a investigar

Desde la década del '60 varios países comenzaron a implementar estrategias de atención de pacientes psiquiátricos basadas en la promoción de la inclusión social y la descentralización de la atención en el hospital especializado (Morasso, 2013). No obstante, hoy en día esta tendencia parece sufrir un retroceso en algunos países desarrollados en los que la opinión pública adjudica al proceso de desmanicomialización un aumento de la criminalidad, impulsando nuevos procedimientos de judicialización del padecimiento mental y de segregación (Fernández, IV; De Battista, J; Bauer, L & Dagfal, A, 2017). En nuestra región, la OMS ha emitido principios rectores en la materia desde los años '90 (OMS & OPS,1990; OMS,1991; Principios de Brasilia), pero en nuestro país la reglamentación de una nueva ley nacional de salud mental requirió de dos décadas más, efectivizándose su sanción en 2010 y su reglamentación en 2013.

El tema que este proyecto se propone investigar se inscribe en este cuerpo más vasto de problemáticas cuyo campo de aplicación es la salud mental, focalizándose especialmente en las estrategias de abordaje del padecimiento psíquico en sujetos psicóticos: principales destinatarios -en la mayoría de los casos involuntarios- de los dispositivos manicomiales. Se trata de una población especialmente vulnerable, afectada por desigualdades sociales evidentes, objeto de un proceso de estigmatización duradero y que padece de graves dificultades para reinsertarse social y laboralmente. El problema de esta investigación se vuelve relevante por el contexto de reformas que este campo atraviesa en la actualidad. La sanción de la nueva ley nacional de salud mental Nro. 26657 promulga un cambio de paradigma en la atención de los otrora llamados "enfermos mentales", al sustituir la concepción de la enfermedad mental por la de padecimiento, con el fin de preservar los

derechos humanos de las personas afectadas en su salud mental. Promulga además un cambio en la modalidad de atención que se consideró legítima durante varias décadas, al proponer la sustitución progresiva de los dispositivos manicomiales por otros que se encuentren en la comunidad y favorezcan el lazo social. Se basa entonces en los principios de intersectorialidad, interdisciplina, participación de la comunidad, preservación de los derechos humanos y promoción de la inclusión social. Este cambio concierne especialmente a los usuarios en situación de padecimiento mental severo (psicosis), dado que durante muchos años la modalidad de tratamiento privilegiada para estos casos se vio restringida al uso de psicofármacos y al aislamiento en instituciones especializadas, convirtiéndolos en una suerte de "clientela cautiva" de los hospitales especializados (Morasso, 2013: 56). La nueva ley propone, en cambio, limitar todo lo posible los dispositivos restrictivos hasta su completa desaparición, sustituyéndolos por internaciones breves en hospitales generales y dispositivos alternativos de atención insertos en la comunidad. Esto abre el debate acerca del tipo de convivencia que estos usuarios podrían sostener en sociedad y las estrategias que se utilizarán para que su externación resulte en una reinserción socio-laboral y no reproduzca las prácticas segregativas en la comunidad.

La reforma en curso afecta especialmente a la provincia de Buenos Aires, dado que en las cercanías de la capital de la misma -más precisamente en la localidad de Melchor Romero- se encuentra el Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico Especializado en Agudos y Crónicos "Dr. A. Korn", fundado en el año 1882. Este hospital es el principal centro de derivación de la provincia y es referencia en internaciones psiquiátricas de la región, al contar con cerca de 1500 camas de internación antes de la sanción de la ley 26657. En este contexto de reforma la situación en el HIAC "Dr. A. Korn" es crítica, dado que fue el principal centro de derivación de urgencias psiquiátricas de la provincia y de la región durante varias décadas, razón por la cual la cantidad de usuarios internados fue creciendo exponencialmente. También en la ciudad de La Plata se encuentra el Hospital Interzonal General de Agudos Policlínico "San Martín" que tiene una sala de internación especializada en psiquiatría. De este modo, la ciudad se ha convertido en una referencia para toda la provincia de Buenos Aires en lo que concierne al tratamiento de padecimientos mentales severos y, por lo tanto, los cambios impulsados por la nueva ley afectan especialmente a la comunidad profesional y académica de esta ciudad. Hace casi dos décadas se implementó el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), por el cual muchos de los usuarios internados lograron reinsertarse en la comunidad, aunque muchos de ellos aún siguen concurriendo a los dispositivos ofertados por el hospital.

En la provincia de Buenos Aires la existencia de hospitales neuropsiquiátricos y de servicios especializados en otros dispositivos asistenciales pone de relieve la importancia de abordar el problema de la externación y reinserción socio-laboral de estos usuarios. Este problema está en relación con la evidencia acerca de la reinternación reiterada y de la insuficiencia de información sobre las características de vida durante la permanencia fuera de la institución. De suyo surge el interés de contar con información que posibilite tanto un encare profesional más acorde al tema como el diseño de estrategias de intervención en la materia que resulten innovadoras y acordes a los principios de la nueva ley nacional de salud mental.

En la actualidad, la urgencia por la externación puede resultar en prácticas expulsivas que atenten contra la inclusión y promuevan la segregación. De ahí la importancia de una investigación sobre los obstáculos a la externación en esta coyuntura histórica. Estamos ante una coyuntura que reclama un cambio social y una redefinición de los modelos de externación en función del nuevo contexto legal, cultural y socioeconómico. Sin por eso perder de vista que la erradicación de la "expulsión" es un proceso lento y difícil (Tisera et al, 2009), que enfrenta numerosos obstáculos y puede derivar en una mera transinstitucionalización -usuarios que parecen haberse externado pero continúan en extrema dependencia con el hospital- y no en una verdadera desmanicomialización.

La sanción de la Nueva Ley de Salud Mental trajo entonces consigo el desafío de su implementación efectiva, es decir lo que algunos autores han llamado la "institucionalización de la desmanicomialización" que, según los estudiosos del tema, se presentaría como un proceso en varias etapas (Shen & Snowden, 2014). La primera de ellas concierne a la adopción de marcos legales sobre la salud mental en los diferentes países, etapa en la cual se ha observado cierta igualdad a nivel de las formas y cierta disimetría con respecto al momento de adopción de las nuevas normas (habría países que lo hicieron tempranamente "*early-adopters*" y otros que se sumaron posteriormente "*late-adopters*"). La segunda etapa corresponde al armado de aparatos administrativos y de infraestructura para la efectiva implementación de la ley, donde ya no se comprueba una igualdad de formas sino que cada país debe encontrar el modo de organización que resulte viable de acuerdo a la realidad socio-económica y cultural de cada uno. Aquí los autores señalan que puede producirse una "desmanicomialización superficial" que solo quede en la primera etapa de la adopción de la política pero que no conlleve transformaciones reales en el sistema de salud, sino que las prácticas propias del paradigma anterior se reproduzcan aun cuando la nueva legislación ya esté vigente (Shen & Snowden, 2014; Ridley & Hunter, 2013). Los "*late-adopters*" corren mayormente con ese riesgo, dado que habrían adoptado las nuevas políticas por una cuestión de legitimidad ante la sociedad del mundo y no motivados por mejorar la eficiencia interna y económica, como lo fueron los innovadores o *early-adopters*.

Nuestra formulación del problema

El movimiento de desmanicomialización se inició en los años '50. Ya se cuenta con más de medio siglo de implementación de estas experiencias. Argentina se encuentra entre los países que más tardíamente adoptaron la reforma a nivel nacional. De acuerdo a estos autores el riesgo de que la desmanicomialización solo se produzca superficialmente es alto. Es en este punto de la implementación efectiva en el que se han detectado mayores dificultades debidas ya sea a la inercia institucional, a la ausencia de información acerca de los costos y beneficios de las políticas opcionales, los obstáculos en el establecimiento administrativo, la insuficiencia de los recursos económicos, las modificaciones requeridas a nivel de la infraestructura y el proceso de formación de los recursos humanos. Muchos autores subrayan el desfase existente entre la adopción legitimante de las reformas en salud mental y su implementación, señalando que no se trata de una reforma que surja del avance del conocimiento, sino que se

sustenta en principios ideológicos (Shen & Snowden, 2014). “Es más probable que el proceso por el cual una política paradigmática reemplace a otra sea más sociológico que científico” (Hall, 1993). Por esta misma razón el diseño de los dispositivos alternativos no está fundamentado en el avance de las investigaciones científicas, cuestión que parece contribuir a una modalidad donde se espera llegar a la efectividad por ensayo y error. No hay entonces un *gold standard* en salud mental. Numerosos estudios señalan, sin embargo, que los dispositivos de rehabilitación del lazo social tienen efectos positivos en el tratamiento de pacientes psicóticos por fuera de las instituciones tradicionales (Kunitoh, 2013). Por otra parte, en los países en los que la experiencia se encuentra más avanzada, los *early-adopters*, comienzan a surgir investigaciones que señalan que una desmanicomialización llevada a cabo rápidamente puede conducir a la sobrecarga de otras instituciones (véase la hipótesis Penrose en Lamb, 2015). Posiciones más extremas vinculan la desmanicomialización con el aumento de la criminalidad en EE.UU. (Fuller Torrey, 2015). Incluso en algunos países, como por ejemplo Francia, comienza a darse un proceso de reinstitucionalización (Priebe et al., 2005; Fernández, De Battista et al., 2017).

Una de las cuestiones en discusión actualmente a nivel local es justamente la creación de dispositivos alternativos al aislamiento de la internación en hospitales neuropsiquiátricos especializados y su incidencia en el proceso de externación. Las dificultades en la implementación suelen cargarse a cuenta de los defectos en la planificación administrativa y organizacional, en problemas de infraestructura y la insuficiencia o directamente carencia de los recursos económicos y humanos para llevar adelante la reforma. Otros estudios realizados en países con mayor inversión en estos ítems adjudican el fracaso de la estrategia de externación al fenómeno de la puerta giratoria o *revolving door* y a las características de la enfermedad misma (Frick & col., 2013; Geller, 1982; Hajebi et al., 2013; Juven-Wetzler, 2012). De esta manera, es notable cómo el proceso de desmanicomialización se enfrenta con numerosos obstáculos y resistencias para su implementación. Algunas son sin duda de índole económico, político y organizacional, pero otras parecen depender de otros factores (Tisera et al, 2013). El problema de la externación va de la mano del dilema de las continuas reinternaciones y las internaciones prolongadas que demuestran que, aun cuando las condiciones de vida en los hospitales neuropsiquiátricos son iatrogénicas y la mayoría de estos estén organizados con el sistema de *open door*, el desafío de la externación es el de reconstruir un entramado social habitable en el afuera. El alto número de reinternaciones y la extensión en la duración de las mismas demuestra que se presentan obstáculos y resistencias mayores a la externación en las que las condiciones subjetivas inciden de manera notable, tal y como pudimos establecer en trabajos anteriores (De Battista, 2012, 2014). Nos enfocaremos entonces especialmente en los obstáculos y resistencias referidos por los propios usuarios, al entender que el relato de las experiencias que ellos aporten sobre la trayectoria de su padecer podría contribuir al diseño de dispositivos alternativos más acordes a las necesidades de sus usuarios y más sensibles a sus condiciones subjetivas. Este tipo de investigación que toma por objeto las vivencias subjetivas de los usuarios podría tener un impacto favorable no solo a nivel de la producción de conocimiento sobre el tema y sus

potenciales aportes a la planificación de políticas públicas, sino también a nivel del cuestionamiento de prejuicios profundamente arraigados en nuestra sociedad acerca de lo que significa padecer mentalmente y ser internado. Algunos estudios señalan que el conocimiento generado por la convivencia en comunidad con usuarios en situación de padecimiento mental disminuye los prejuicios acerca de la peligrosidad de los mismos y aumenta la aceptación de la enfermedad mental (Ardila et al, 2015).

La descripción del contexto actual permite ponderar la importancia de llevar a cabo investigaciones que contribuyan a la generación de conocimientos que puedan aplicarse en el diseño de estrategias acordes a la nueva normativa y que contemplen la particularidad de la posición subjetiva del psicótico (De Battista, 2012, 2014, 2015; Tejo & De Battista, 2014 y 2015). En la mayor parte de los estudios compilados los factores subrayados con preponderancia son de orden económico, social, administrativo. Creemos que este sesgo responde también a la concepción del padecimiento mental que se sustenta, dado que se atribuye el orden de causalidad a factores que parecen no depender del sujeto en cuestión y sobre las cuales no tendría ninguna posibilidad de transformación: condiciones biológicas transmitidas o adquiridas, contexto socio-cultural y económico, etc. Esta pérdida de la condición de sujeto impide incorporar en el análisis de estos fenómenos múltiplemente determinados la esfera de las decisiones conscientes (pero también inconscientes) y las posibilidades de arribar a un saber-hacer con el malestar que incide en la trayectoria vital de quienes padecen mentalmente.

Numerosos estudios especialmente en el campo de la sociología, la antropología social y la psicología comunitaria han demostrado la importancia de tomar como objeto de investigación la perspectiva de los usuarios y el impacto que esto puede tener en el diseño de políticas públicas (Ardila & Stolkiner, 2011; Poccioni, 2016; Tejo & De Battista, 2014; Tisera et al, 2009, 2013, 2015). Recuperar la incidencia de las condiciones subjetivas apunta a generar sujetos activos y comprometidos en la transformación de su situación vital y no únicamente víctimas pasivas del sistema. Analizar los discursos, prácticas, acciones, valoraciones, creencias y experiencias de los propios usuarios desde un punto de vista subjetivo permitiría incluir en el análisis componentes que habitualmente quedan relegados ante determinantes económicos, políticos y presupuestarios.

En este sentido, creemos conveniente incluir una perspectiva que suele ser soslayada en la discusión de estas cuestiones: la perspectiva psicoanalítica, que otorga un valor fundamental a la posición subjetiva ante el malestar y a la posibilidad de transformaciones que la misma puede sufrir en las relaciones con los otros. Desde su inicio su fundador lo ubica como una psicología fundamentalmente social, negando la posibilidad de que exista una psicología individual: la condición del ser humano es inescindible de la relación social (Freud, 1921). Considerar al sujeto psicótico como parte esencial del proceso de externación permitiría acceder a una mejor comprensión de las resistencias que se encuentran en muchos casos para dejar el hospital, pasando de un abordaje netamente objetivante a propiciar procesos de subjetivación (Lacan, 1967). A esto se suma que en nuestro país el psicoanálisis ha tenido una gran importancia en la conformación de la identidad profesional del psicólogo (Dagfal, 2009)

dando lugar a numerosas generaciones que enfocan su práctica desde un gran compromiso con la lectura de las singularidades subjetivas y sus posibles modificaciones. Estos profesionales han tenido también una inserción sostenida en los establecimientos públicos asistenciales, al otorgar a nuestro país una configuración específica en lo que a la conformación de los equipos interdisciplinarios se refiere.

En las coordenadas actuales, la formación requiere alimentarse de la investigación de estos aspectos poco explorados que permitirían abrir nuevas líneas de indagación sumamente pertinentes al problema de la inclusión social: aquellas que abordan la variable subjetiva de esta inserción. No considerar la incidencia de la posición de rechazo de las referencias comunes propia de los sujetos psicóticos en momentos de crisis (Lacan, 1958) y sus posibles modalizaciones (De Battista, 2015) entraña el riesgo de suponer que la cuestión de la desmanicomialización requiere meramente de más recursos económicos y humanos destinados a tal fin y desconoce que esta problemática no se resuelve únicamente destinando más recursos, sino que requiere de un estudio detallado de las condiciones subjetivas en que cada usuario se encuentra en los distintos momentos de su vida para que la implementación de esos recursos tan costosos resulte efectiva y sostenible a largo plazo.

Preguntas de la investigación

El problema que este proyecto de investigación delimita es el de los obstáculos y resistencias que los propios usuarios refieren en el proceso de externación. Se trata entonces de abordar la pregunta acerca de cómo pueden convivir con otros en un lazo social para así diseñar modalidades de externación que resulten sustentables. Este trabajo adopta una perspectiva que privilegia el testimonio de los propios ex-pacientes acerca de los obstáculos encontrados en el proceso de externación. Este problema puede declinarse en las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué obstáculos encuentran los sujetos psicóticos en su proceso de externación?
¿Cuáles son desde su perspectiva las principales dificultades para vivir en sociedad? ¿Qué abordajes les resultan propiciadores de su inclusión social y cuáles retroalimentan la segregación? ¿De qué maneras se presentan en los testimonios de las historias de vida de estos usuarios las distintas modalidades de enlace al otro y desenlace? ¿Cuáles son sus características, sus alcances y sus limitaciones? ¿Qué variables se destacan en los lazos soportables y cuáles en los momentos de ruptura del lazo? ¿Pueden detectarse cambios en el modo de vincularse con los otros a partir del abordaje terapéutico? ¿Cómo pueden constituirse lazos compatibles con los síntomas psicóticos? ¿Qué estado civil pueden procurarse?

Objetivos generales

- Delimitar y analizar los principales obstáculos encontrados en el proceso de externación desde la perspectiva de los usuarios del HIAC “Dr. A. Korn” con vistas a realizar un aporte al conocimiento de las modalidades de reinserción social de los internados: sus alcances y dificultades.

- Favorecer el cuestionamiento de prejuicios y representaciones sociales de la locura que estigmatizan.
- Contribuir al diseño de estrategias tendientes a la resolución de los obstáculos encontrados, proponiendo dispositivos alternativos de externación que privilegien la inclusión social y consideren las condiciones subjetivas.

Objetivos particulares

- Reconstruir la trayectoria vital del proceso de internación/externación a partir de la historia de vida.
- Identificar las condiciones subjetivas que inciden en cada caso en el proceso de externación.
- Explorar la compatibilidad/incompatibilidad de los síntomas psicóticos con la vida en sociedad.
- Detectar modalidades de vincularse con los otros que contemplan un saber-hacer con el malestar y pueden resultar soportables para el sujeto y su entorno.
- Analizar las distintas transformaciones de la posición subjetiva que pueden producirse.
- Sensibilizar a la comunidad académica y profesional acerca de modalidades de relación con los otros que pueden resultar restitutivas, sin por ello atacar el lazo social.
- Elaborar una herramienta para el equipo de salud mental, que favorezca el reconocimiento de estas modalidades de enlace e inclusión social.

Metodología: tipo de estudio y técnicas a emplear

Para abordar el problema delimitado se propone un estudio de casos basado en técnicas cualitativas de recolección de datos: entrevistas en profundidad y reconstrucción de la historia de vida. Este tipo de abordaje ha sido utilizado por la sociología, la antropología social y la psicología con el fin de investigar las significaciones que los propios sujetos otorgan a sus experiencias y la trama de representaciones que las conforman (Veras, 2010). El modo en el cual los sujetos organizan secuencias temporales de su vida permite acceder a la trayectoria vital de los propios actores en su contexto mismo de producción y en su dinámica.

Se trabajará en el estudio de 15 casos, que no pretenden ser representativos de esta población sino que permitirán indagar en profundidad las particularidades propias de cada uno sin pretensión de establecer generalidades. Se trata de conocer el punto de vista de los usuarios acerca del proceso de externación y no de la conformación de una muestra con significación estadística. Se intentarán incluir proporcionalmente casos que respeten las diferencias de género. Los casos a estudiar se seleccionarán de acuerdo a la predisposición y el interés en participar del estudio.

Criterios de inclusión

- Diagnóstico de padecimiento mental severo (psicosis) realizado por el equipo tratante.
- Tiempo de externación no menor a seis meses.
- Inclusión predominante en lazos sociales.
- Consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Diagnóstico de psicosis tóxica y/o de causa orgánica comprobable, dudas diagnósticas.
- Tiempo de externación menor a seis meses o reinternación.
- Externaciones con apoyo excesivo en la institución hospitalaria.
- Negación a dar consentimiento informado.

Aspectos éticos

Se trabajará con consentimiento informado en el momento de las entrevistas y en la selección de los casos para su publicación. El proyecto de investigación será presentado ante la Comisión de ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires a los fines de que la misma se expida acerca del cumplimiento de los principios éticos en investigación propios de la disciplina.

Análisis de los resultados

El guión de la entrevista en profundidad se diseñará en función de obtener información acerca de:

- Características formales de la presentación del malestar y coordenadas de aparición.
- Reconstrucción diacrónica de la historia singular del malestar, secuencia vivencial.
- Trayectoria de las internaciones, re-internaciones y proceso de externación.
- Obstáculos y puntos de inflexión en el proceso de externación.
- Obstáculos encontrados en la reinserción familiar, laboral, social, residencial y educativa.
- Cambios de posición en relación a los otros significativos.
- Localización de las distintas modalidades de solución: sus alcances y limitaciones.
- Impacto social del saber-hacer encontrado por cada uno.
- Compatibilidad entre el malestar, el saber-hacer con él y el lazo con otros.
- Convergencias y divergencias entre el tipo de malestar, el saber-hacer y los alcances/limitaciones de los lazos establecidos.

La historia de vida se reconstruirá en un segundo momento haciendo especial hincapié en el tipo de enlaces y desenlaces encontrados con respecto a:

- Lazos familiares (constelación de origen, familia extendida, lazos de crianza).
- Lazos de pareja (tipo de convivencia, relación al amor y al deseo).
- Lazos sexuales (elección sexual, tipos de objetos, unicidad-pluralidad).
- Lazos laborales (tipos de trabajo, relaciones con las pares y con los superiores).
- Lazos a los estudios (primarios, secundarios, universitarios, inclusión-no inclusión en los grupos de socialización primaria y secundaria).
- Lazos políticos (proyectos políticos, afiliaciones, intereses)
- Lazos sublimatorios (relación con la creación, impacto de la obra en los otros).

- Lazos de esparcimiento (modalidades de recreación, relación al ocio).
- Lazos de amistad (tipos, duración, características, cortes).
- Lazos de filiación (inscripción en las generaciones, nombre propio).
- Lazos con la progenie (hijos propios, adoptados).

El análisis de la información recabada permitirá establecer la posible recurrencia de elementos significativos que pueden ser de utilidad tanto para el diseño de estrategias diferentes de externación como así también para contribuir a la formación de profesionales en el área.

Conclusiones

El problema de la desmanicomialización propuesta por las reformas en salud mental presenta variadas aristas, entre ellas la de cómo abordar una externación para que la misma se sostenga en el tiempo.

El estudio de los obstáculos que aparecen en este aspecto se ha focalizado en factores económicos y administrativos, bajo el supuesto de que mayores inversiones en la materia redundarían en efectos positivos a nivel del tiempo de externación. La literatura sobre el tema en países que han iniciado sus procesos de reforma varias décadas antes que Argentina, relevan las dificultades de la desmanicomialización, en tanto la misma podría producirse sólo superficialmente, podría sobrecargar a otras instituciones, podría transformarse en un proceso expulsivo e incluso podría convertirse en una herramienta reproductora de prácticas segregativas. De ahí que el problema no es sólo el de cómo implementar la desmanicomialización, sino cómo implementarla sin reproducir las prácticas segregativas que se pretenden erradicar. Consideramos que la investigación de este problema requiere de la inclusión de la perspectiva de los usuarios y sus trayectos en las instituciones en salud mental, así como de la formación de los profesionales.

Referencias bibliográficas

Ardila, S. Stolkiner, A. (2011). Investigando sobre procesos de evaluación de programas de reinserción comunitaria de personas externadas de instituciones psiquiátricas. *Revista Salud mental y comunidad*. Universidad Nacional de Lanús, 1: 65-76.

Ardila-Gómez SE, Fernández M, Hart el M, Ares-Lavalle GA, Borelli M, Canales V, Stolkiner A. (2015) Convivencia barrial con pacientes psiquiátricos y sus efectos en las actitudes de la comunidad: Estudio en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. 2012-2013. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 2015; 32 (supl 1): S123-S133.

CELS (2007) *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. Mental Disability Rights International.

- Cohen, H. (2009). *Salud mental y derechos humanos: vigencia de estándares internacionales*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Dagfal, A. (2009) Entre París y Buenos Aires: la invención del psicólogo (1942-1966). Buenos Aires: Paidós.
- De Battista, J. (2012) Condiciones subjetivas que inciden en el abandono del tratamiento de pacientes psicóticos re-internados en un hospital psiquiátrico argentino. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 2012, 58 (1):11-22.
- De Battista, J.; Calvo E. y cols. (2014). *Premios Salud Investiga 2013*. Buenos Aires: Comisión Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. ISBN 978-950-38-0197-0
- De Battista, J. (2015). *El deseo en las psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Decreto 603/2013. Reglamentación de la ley N° 26657. 28/05/2013.
- Dirección Nacional de Salud Mental y adicciones. (2019). Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental.
- Fernández IV, De Battista J, Bauer L, Dagfal A. (2017). Re-institutionnalisation ou désinstitutionnalisation? Regards croisés entre la France et l'Argentine: à propos des réglementations en santé mentale. *L'Évolution psychiatrique*, 82 (1), Janvier-mars 2017: 228-239.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En Freud, S. *Obras completas*. T. XXI. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Frick, U & al. (2013) The revolving door phenomenon revisited: Time to readmission in 17415 patients with 37697 hospitalisations at a german psychiatric hospital. *PLOS ONE*, 8 (10): 75612.
- Fuller Torrey E. (2015). Deinstitutionalization and the rise of violence. *CNS Spectr*. Jun;20(3):207-14.
- Garbus, P. (2009). Acceso a la atención en salud de pacientes psiquiátricos externados: barreras de acceso asociadas al estigma. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, p. 289-291.
- Geller, M. (1982). The revolving door, a trap or a life style? *Hospital and Community Psychiatric Open Forum*, Vol. 33, No5.
- Goffman, E. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hajebi A et al. (2013). A multicenter randomized controlled trial of aftercare services for severe mental illness: study protocol. *BMC Psychiatry*, 2013, 13:178.
- Hall, PA. (1993) Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain. *Comparative politics*, 25 (3): 275-296.

- Juven-Wetzler A, Bar-Ziv D, Cwikel-Hamzany S, Abudy A, Peri N, Zohar J. (2012). A pilot study of the "Continuation of Care" model in "revolving-door" patients. *Eur Psychiatry*. 2012 May;27(4):229-33.
- Kunitoh N. (2013). From hospital to the community: the influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013 Sep;67(6):384-96.
- Lacan, J. (1958). D'une question préliminaire a tout traitement possible de la psychose. En *Écrits*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1967). Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne. Inédito.
- Lamb, MD. (2015) Does deinstitutionalization causes criminalization? The Penrose Hypothesis. *JAMA Psychiatry*, 2015, 72 (2).
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, promulgada 2/12/2010.
- Morasso, AM (2013). Gestión de modelos de externación de adultos con alteraciones mentales y el impacto en la desinstitutionalización en Argentina. *Visión de futuro. Revista científica*. Año 10.
- OMS (1991) Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Res. 46/119 del 17/12/1991. U. N. GAOR, 46 sesión, Supp. N o 49, Anexo, pág. 188- 192.- ONU. Doc. AG46/ 49.
- OPS y OMS (1990) Declaración de Caracas para la reestructuración de la Atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud. 14 de noviembre de 1990.
- Ortale, MS; Eguía, A; Piovani, JI (comp.) (2015). *Género, trabajo y políticas sociales. Estudios de caso en el Gran La Plata*. Buenos Aires: CLACSO.
- Poccioni, MT. (2016). Hospitales públicos desde la mirada comunicacional. Disponible en http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/atencioncomunidad/files/2013/03/Programa_Mejora_Publicac.pdf
- Priebe S et al. (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005, 330 (7483) 123-126.
- Principios de Brasilia rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas. 9 de noviembre de 1990.
- Ridley J, Hunter S. (2013) Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health Soc Care Community*. 2013 Sep;21(5):509-18
- Shen GC, Snowden LR. (2014) Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. *International Journal of Mental Health Systems* 2014, 8:47.
- Tejo R. & De Battista, J. (2014). El padecimiento psíquico desde la perspectiva de los usuarios de un hospital Neuropsiquiátrico argentino. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 2014, 60 (2):107-114.
- Tejo R & De Battista J. (2015). El padecimiento psíquico desde la perspectiva de los profesionales de un hospital Neuropsiquiátrico argentino. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. Volumen: 61 (4), p. 337-344. ISSN: 0001-6896.

Tisera, A; Bavio, B & Lenta, MM. (2009) El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de salud mental. ¿Externación o expulsión?. Actas del I Congreso Internacional de investigación y práctica profesional en Psicología, XVI Jornadas de investigación y V Encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR " Psicología y sociedad contemporánea: cambios culturales." Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2009.

Tisera, A; Leale, H; Lohigorry, J; Pekarek, AL.; Joskowicz, A. (2013). Salud mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires. Anuario de investigaciones, XX: 251-258.

Tisera, A & Lohigorry, JI (2015). Dispositivos estratégicos en las trayectorias de atención de usuarios/as de salud mental. Actas del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Veras, E. (2010). Historia de vida: ¿un método para las ciencias sociales? *Cintamoebio* 39: 142-152.

World Health Organization (2012). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization (2013). *Investing in mental health*. Geneva: World Health Organization Press.