

Original

Condiciones subjetivas que inciden en el abandono del tratamiento de pacientes psicóticos re-internados en un hospital psiquiátrico argentino

JULIETA DE BATTISTA

JULIETA DE BATTISTA
Licenciada en Psicología.
Universidad Nacional de
La Plata (UNLP), Provincia
de Buenos Aires,
R. Argentina.

Trabajo de investigación
financiado por el Ministerio de
Salud y Ambiente de la
Nación a través de la Beca
de Iniciación en
Investigación «Ramón
Carrillo- Arturo Onativia»,
nivel servicios de salud
hospitales y centros de
atención primaria de la
salud, dependiente de la
Comisión Nacional
Salud Investiga.

El abandono de tratamiento es el principal motivo de re-internación de pacientes psicóticos en el Hospital Inter-zonal Especializado de Agudos y Crónicos Doctor Alejandro Korn. En los últimos años el 57% de los ingresos fueron re-internaciones. Los estudios sobre esta problemática enfatizan la influencia de factores de orden farmacológico correlativos a cuestiones socioeconómicas. No se encontraron investigaciones desde la perspectiva que aquí se expone, cuyo objetivo fue explorar la incidencia de las condiciones subjetivas. Desde un marco teórico psicoanalítico, estas condiciones fueron definidas como la posibilidad de realizar un trabajo por medio de la palabra sobre las coyunturas de las crisis, los recursos de la estabilización y los intentos de restablecimiento (trabajo autocurativo o auto-tratamiento). Se utilizó una metodología de corte cualitativo para un diseño exploratorio, a partir de la triangulación de técnicas (entrevistas en profundidad semi-estructuradas y análisis documental de historias clínicas). El análisis del material permitió identificar índices clínicos de la incidencia de la posición subjetiva en los cinco casos estudiados. La presencia de un auto-tratamiento implicó un aumento de las posibilidades subjetivas de detectar los síntomas prodrómicos, evitando así el agravamiento de las crisis, con un consecuente impacto en la detención de los reingresos.

Palabras claves: Psicosis – Pacientes desistentes del tratamiento – Psicoanálisis – Internaciones recurrentes – HIEAC Dr. A. Korn.

Subjective Conditions inducing Treatment Noncompliance of Psychotic Patients with Recurrent Hospitalizations at a Psychiatric Hospital in Argentine

The chosen topic was of great interest since treatment noncompliance is the main reason for psychotic patient's re-admission to the Hospital Dr. A. Korn. In recent years, 57% of hospitalizations were readmissions. Studies on this issue emphasize the influence of antipsychotic drugs in correlation with socioeconomic factors. No researches were found with the aim of exploring the incidence of subjective conditions as proposed here. From a psychoanalytic theoretical framework, these conditions were defined as the ability to perform work through the talking cure about the conjunctures of the crisis, the resources of the stabilization and restoration attempts (self-healing work or self-treatment). A qualitative methodology was used for an exploratory design, based on triangulation techniques (semi-structured in-depth interviews and documentary analysis of medical histories). The analysis of the material led to the identification of clinical indices of the incidence of subjective position in the five cases studied. The presence of a self-treatment involved an increase in the subjective chances of detecting prodromal symptoms, preventing the worsening of the crisis, with the consequent impact on the detention of readmissions.

Key words: Psychosis – Patient dropouts – Psychoanalysis – Readmissions – HIEAC Dr. A. Korn.

CORRESPONDENCIA
Lic. Julieta De Battista.
Calle 38 e/11 y 12 N°819 5to E.
B1902ATP, La Plata,
Buenos Aires. R. Argentina;
julietadebattista@gmail.com

Introducción

El problema abordado en esta investigación es de interés práctico y se inscribe en el tema más general de las re-internaciones psiquiátricas. El tratamiento que la hospitalización brinda es de un alto costo económico y requiere de la utilización de recursos complejos. La re-internación frecuente de pacientes genera a su vez la pregunta por la adecuación y eficacia del tipo de tratamiento implementado en estos casos [1, 6].

En la actualidad, la orientación mundial en el abordaje de los pacientes psicóticos tiende a la descentralización de la atención y a la desmanicomización a partir de la creación de estructuras intermedias y dispositivos de atención de los episodios agudos en hospitales generales, priorizando el tratamiento ambulatorio [8, 13, 14]. Varios países de Latinoamérica han comenzado a implementar este modelo, por ejemplo en Chile bajo la forma del modelo comunitario [20] o en Brasil con la rehabilitación psicosocial [26]. En Argentina, la nueva ley de salud mental –que es consecuente con esta orientación– fue sancionada a fines del 2010; resta el desafío de su implementación en la práctica a partir del sistema ya existente.

El Hospital Inter-zonal Especializado de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn (en adelante HIEAC Dr. A. Korn) es una de las instituciones neuro-psiquiátricas más grandes de Latinoamérica. Si bien cuenta con aproximadamente 1200 camas para la internación, en la práctica el número de internaciones no decrece y el problema de la falta de plazas es una constante cotidiana de los servicios. En este contexto, la externación de pacientes se vuelve un problema prioritario para las políticas en salud mental de este nosocomio. Para sostener una estrategia de externación y descentralización sustentable, resulta de interés el estudio detallado de los condicionantes de las re-internaciones y los factores, sin dudas múltiples, actuantes en las mismas.

El problema acuciante es de orden práctico y exige la implementación de nuevas estrategias, ya que las hospitalizaciones reiteradas sobrecargan el sistema, agotan el recurso y generan un alto costo para el Estado que no redundan en el beneficio esperado.

La problemática no es meramente local. Numerosos estudios realizados en países desarrollados apuntan a determinar cuáles son los factores causantes de las readmisiones en pos de disminuir la tasa de re-hospitalización considerada

como un índice de la ineficacia del sistema hospitalario [5, 6]. El asunto continúa siendo de actualidad, aun cuando las investigaciones sobre el tema se remontan a varias décadas atrás, señalando la persistencia del problema y el fracaso de las estrategias para resolverlo [1]. Algunos estudios han demostrado que el problema de las internaciones recurrentes se presenta con características similares en países con condiciones sociales, culturales y económicas muy diferentes [5].

Las Memorias anuales de la oficina de Estadística del HIEAC Dr. Alejandro Korn correspondientes al año 2008 revelan que de un total de 737 ingresos anuales, 426 fueron reingresos (es decir, el 57%, el mismo porcentaje que ya arrojaban las estadísticas del año 2007). Tendencia que, por otra parte, demuestra ir en alza ya que en el año 2006 las re-internaciones representaban el 53% de los ingresos [17]. Un estudio realizado en Brasil en 2004 arroja porcentajes similares de re-internación en hospitales psiquiátricos [25]. El Dr. Cattáneo, Jefe del Servicio de Atención en Crisis (en adelante SAC) y de la guardia de psiquiatría donde se decide la internación del paciente en el HIEAC Dr. A. Korn, señalaba en 2006 que gran parte del recurso del que disponía su servicio se encontraba afectado por el número de reingresos que podrían deberse, según el autor, al fenómeno de la «puerta giratoria» o *revolving door* ya descrito en la bibliografía sobre el tema [1, 2, 6, 15, 18, 25].

Los factores destacados como condicionantes del proceso de re-internación son preponderantemente de orden médico (abandono del tratamiento), socioeconómicos (falta de acceso a la medicación) y familiar (falta de contención y acompañamiento en el tratamiento). Algunos estudios restan importancia a los factores socioeconómicos por no considerarlos significativos para explicar el fenómeno y enfatizan en cambio la juventud del paciente, el diagnóstico de esquizofrenia, la duración de la primera internación y los intervalos entre las internaciones abreviados como factores de peso a la hora de evaluar el riesgo de readmisión [6].

La mayoría de los estudios sobre reingresos de pacientes psicóticos intenta determinar los factores de re-hospitalización y los autores coinciden en destacar la falta de adhesión al tratamiento como uno de los principales [1, 2, 7, 9, 12, 16, 18, 27].

En un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo sobre causas de re-hospitalización de pacientes

psicóticos realizado en el año 2006 en el HIEAC Dr. A. Korn, se llegó también a la conclusión de que el motivo más frecuente de re-internación era el abandono del tratamiento según constaba en las historias clínicas (en adelante HC) analizadas: el 68% de los casos consignaba la falta de adhesión como motivo de ingreso [22]. Las variables determinantes del abandono no pudieron ser suficientemente evaluadas.

No hemos hallado investigaciones sobre internaciones reiteradas que consideren la incidencia de la posición subjetiva del paciente en el abandono del tratamiento.¹ Algunos autores enrolados en el psicoanálisis francés han destacado la importancia del trabajo de localización de los fenómenos elementales particulares de la psicosis con el paciente y su incidencia en la concientización e instalación del tratamiento psicoterapéutico en instituciones [23], pero esta línea de investigación no ha sido continuada ni retomada desde entonces.

Marco teórico

La teoría psicoanalítica subvierte el par normal-patológico otorgándole al síntoma un nuevo valor: el de ser un resultado de un trabajo psíquico que brinda una solución temporaria a un conflicto subjetivo. La psicosis no es considerada un déficit sino una posición del sujeto que se caracteriza por una modalidad defensiva radical: el rechazo. Freud encuentra una lógica en la psicosis y considera que no se trata meramente de caos o desorganización, sino que el delirio es ya una tentativa de curación, un trabajo auto-curativo, en el sentido del trabajo de tramitación que el mismo introduce a través de la palabra [4]. Esta teoría considera en la clínica no solo los momentos de crisis, sino también los intentos de restablecimiento que se apoyan en un trabajo del sujeto y que le permiten a éste encontrar una modalidad para tratar el malestar y hacer la existencia soportable [24]. El saber-hacer que implica el síntoma [11] –la capacidad de arreglárselas con el malestar– nos introduce en una dimensión creativa y productiva donde el sujeto psicótico no se reduce a ser mero testigo del asedio de las alucinaciones, sino el agente, el artífice de su propia solución. Es posible entonces introducir una diferencia, que conlle-

¹ Se cuenta con algunos estudios sobre la esquizofrenia que abordan la cuestión de la subjetividad desde un punto de vista fenomenológico, apoyándose en una concepción de la subjetividad como autoconciencia [21], sin abocarse al problema del abandono del tratamiento y las re-internaciones.

va grandes implicancias clínicas, entre los momentos de crisis donde el trabajo del sujeto no es posible y los momentos en que el psicótico está en posición de tratar su malestar mediante un trabajo auto-curativo. Este trabajo auto-curativo o «auto-tratamiento» –denominación que proponemos en esta investigación para designar la incidencia de las condiciones subjetivas–, no se reduce necesariamente al trabajo delirante sino que contempla otras modalidades y procedimientos que incluso pueden resultar compatibles con la instauración de lazos sociales.

Es necesario diferenciar clínicamente los momentos de «crisis subjetivas», –es decir el punto en que el arreglo sintomático que el paciente encontró ya no resulta eficaz en su tratamiento de lo real y el sujeto no se encuentra en condiciones de llevar adelante un «auto-tratamiento»–, de los momentos de estabilización –que proporcionan las claves de las soluciones posibles para ese sujeto en particular y que lo encuentran en una posición activa de auto-curación–. Tanto las crisis como las estabilizaciones responden a una estructura, una configuración subjetiva singular donde el padecimiento tiene una lógica que se anuda a la historia de cada uno. Desde esta concepción psicoanalítica, se trata entonces de ser dócil a las posiciones subjetivas del paciente que nos darán la clave del auto-tratamiento del que ese sujeto es capaz [10].

El problema de esta investigación es formulado en los siguientes términos: ¿puede detectarse una incidencia de las condiciones subjetivas –de este trabajo de tramitación, de auto-curación o de la ausencia del mismo– en el abandono de tratamiento que motiva las internaciones reiteradas? De ser así, ¿Cómo actuaría?

En esta investigación se consideró como hipótesis de trabajo que la exploración de las modificaciones en las condiciones subjetivas de los pacientes psicóticos re-internados podría esclarecer qué incidencia tiene la posición del paciente ante al tratamiento en la continuidad/discontinuidad del mismo.

El estudio propuesto resultó ser de relevancia, ya que permite complejizar la comprensión de los condicionantes de las re-internaciones aportando conocimientos sobre factores poco estudiados y proporcionando a su vez a los trabajadores de la salud mental nuevas herramientas que colaboren en la evaluación y diagramación de estrategias asistenciales para este grupo de pacientes, cuyo

alto grado de vulnerabilidad es manifiesto.

Método

Tipo de estudio

La estrategia metodológica utilizada en el abordaje del problema presentado fue un diseño cualitativo para un estudio de tipo exploratorio.

Descripción de la unidad de análisis y de la muestra

El universo o población objetivo estuvo constituido por pacientes psicóticos re-ingresados por abandono del tratamiento en el HIEAC Dr. A. Korn y que, al momento de la investigación, se hallaban externados. Se trataba de pacientes considerados graves y de pronóstico reservado, dada la cantidad de re-internaciones y el fracaso de las estrategias asistenciales implementadas. El ámbito de estudio donde se realizó la investigación fue el Servicio de Externación del Hospital, específicamente en el dispositivo de Casa de Pre-alta.²

La unidad de análisis del estudio fue el paciente psicótico con internaciones reiteradas motivadas por el abandono del tratamiento.

Criterios de inclusión

- Diagnóstico de F 20 a F 29 (CIE 10) [19] en su ingreso a la institución.
- Presencia de tres o más hospitalizaciones en la institución luego de un período de ensayo terapéutico.
- Motivo de internación consignado en la historia clínica: abandono del tratamiento.
- Condiciones psíquicas favorables para sostener una entrevista y capacidad de expresión.
- Obtención del consentimiento informado por parte del paciente y de un familiar o su representante legal en caso de incapacidad legal o mental.

Criterios de exclusión

- Cuadros de episodios o sintomatología psicótica no codificables en F 20 - F29 (CIE 10)
- Primer y segundo ingreso.

² Este dispositivo cuenta con una sede en la ciudad de La Plata, en la que se llevan a cabo los talleres productivos y artísticos. De este servicio de externación dependen las casas de convivencia donde viven algunos pacientes. El equipo tratante incluye a médicos psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, artistas y enfermeros que se reúnen semanalmente para discutir las estrategias según cada caso. El dispositivo de Casa de Pre-alta trabaja tanto con pacientes de sexo femenino como masculino, aunque cuenta notablemente con mayor cantidad de casos de pacientes hombres.

- Incapacidad de expresarse o imposibilidad de sostener una entrevista.
- Negación a dar el consentimiento informado.

Se trabajó sobre una muestra de cinco casos de pacientes masculinos cuyas edades estaban comprendidas entre los 30 y los 60 años y cuyo diagnóstico era esquizofrenia paranoide. La selección de los casos se realizó en conjunto con los profesionales actuantes en el servicio y se consideró especialmente la predisposición de los pacientes a participar en la investigación. No se incluyeron casos de pacientes mujeres ya que el bajo número de casos con que cuenta el servicio dificultó la localización de aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión.

Descripción de la técnica

Procedimientos de recolección de datos: la obtención del material clínico se realizó a través de entrevistas en profundidad (fuentes primarias), cuyos datos luego se cruzaron con el estudio de las HC de los pacientes entrevistados (fuentes secundarias), obteniendo así información tanto de orden prospectivo como retrospectivo.

Las entrevistas en profundidad se llevaron a cabo bajo una modalidad semi-estructurada, orientadas por una clínica de la escucha de las condiciones subjetivas. Apuntaron a despejar la posición del paciente con respecto a los tratamientos, los puntos considerados por ellos eficaces y las dificultades. Se confeccionó una guía base de las preguntas (ver anexo I).

La observación documentada posibilitó la obtención de datos de las HC de los pacientes entrevistados. Se creó una planilla para la sistematización de los datos y una línea histórico-asistencial, considerando:

- Motivos de internación anteriores, tal y como los consignaron los profesionales actuantes en la HC psiquiátrica de ingreso o en el informe de 48 hs.
- Tipos de tratamientos recibidos, referidos de esta manera por los profesionales intervinientes.
- Profesionales actuantes, según constaba en evoluciones de la HC debidamente identificadas, señalando cantidad y profesión.
- Estrategias asistenciales efectuadas.³

³ Se consideró como estrategia asistencial a la coordinación de acciones de agentes de la salud formados en distintas áreas disciplinares, convergentes hacia el logro de un objetivo común y generadoras de prácticas consensuadas por el equipo tratante, sustentadas en cierta concepción común del caso.

A los fines de la triangulación de los datos obtenidos, se elaboró para cada caso una planilla con los puntos antes mencionados, una planilla resumen y una línea biográfica-asistencial. En la misma se volcaron los datos de las internaciones en una perspectiva temporal y se incluyeron los dichos de los pacientes registrados en las HC a propósito de las internaciones así como también las estrategias asistenciales llevadas a cabo durante determinados lapsos de tiempo y sus resultados.

Esta triangulación de los datos obtenidos permitió comparar los criterios de tratamiento que la institución tuvo para este tipo de pacientes y sus expectativas de logro, con la eficacia y el impacto de los mismos en la posición de cada paciente.

Procedimientos de elaboración y análisis de los resultados

El plan de análisis y la elaboración de los resultados se realizó mediante la transcripción de las entrevistas y la posterior lectura clínica de los índices que permitieron inferir la presencia de un trabajo de tramitación (auto-tratamiento) solidario de un cambio en la posición subjetiva –que ubicaba al sujeto como agente activo de su propia curación y no como objeto pasivo de prácticas asistenciales–. Se consideraron como índices de este auto-tratamiento: la presencia de una elaboración de saber sobre la coyuntura desencadenante y los síntomas prodrómicos, detección precoz por parte del paciente de una desestabilización, reconocimiento de los recursos subjetivos, institucionales y sociales con los que cuenta el paciente; localización de profesionales referentes a quienes acudir en caso de requerir ayuda. Estos indicios de un cambio en la posición subjetiva, pusieron de manifiesto la dimensión de un saber-hacer con el síntoma, la posibilidad de arreglárselas con el malestar.

El análisis de los resultados fue sometido a un doble trabajo de supervisión: interno al material y externo con supervisor. Por un lado las interpretaciones del material debieron ajustarse estrechamente a la lógica del caso, excluyendo de las mismas los elementos que pudieran resultar incompatibles con ésta. Se entiende entonces que tanto la sintomatología del paciente, sus momentos de crisis y sus momentos de estabilización se insertan en una configuración que guarda una coherencia interna y que a su vez responde a una economía psíquica, no admitiéndose metodológicamente las interpretaciones que no estuvieran en consonancia con esta coherencia lógica y con este sustento libidinal. Se consideró entonces que el material

clínico mismo ofrece resistencia a las interpretaciones que no consueñan con la lógica que le es inherente.

En segundo lugar, las interpretaciones realizadas fueron discutidas y supervisadas con el director de esta investigación y otros referentes del equipo de salud.

Dado que el objeto de estudio, las condiciones subjetivas, se caracteriza por su singularidad, no resultó pertinente un abordaje de asignación de categorías a fragmentos discursivos. El trabajo cuidadoso sobre la lógica del caso resultó el principio de análisis requerido por el tipo de estudio realizado.

Resultados

Por el tipo de estudio y la metodología utilizada, los resultados y conclusiones que se exponen a continuación son aplicables a los casos estudiados y no por ello son susceptibles de ser generalizados sin más a otros casos que cumplan similares criterios. No obstante, el valor heurístico de la investigación radica en la introducción de una nueva variable a considerar en el problema de las internaciones reiteradas: la incidencia de las condiciones subjetivas. Esta hipótesis sí podrá ser aplicada a otros casos en pos de confirmar su validez y su utilidad clínica.

El análisis documental de HC permitió recabar características comunes de los pacientes objeto del estudio. Se pudo establecer que sufrieron su primera descompensación en su juventud (entre los veinte y los treinta años). Fueron tratados con múltiples esquemas farmacológicos a los que respondieron con bastante sensibilidad a los efectos secundarios y con cierta resistencia en la reducción de los síntomas negativos y delirantes. Desde el punto de vista de las estrategias asistenciales, en todos los casos se encontró que sólo posteriormente a un período de re-internaciones e intentos de alta fallidos, se comenzó a trabajar una estrategia de externación tendiente a la instauración de nuevos lazos sociales. Todos los pacientes estudiados presentaban diagnóstico de esquizofrenia, puntualmente de esquizofrenia paranoide, sin que se registraran variaciones diagnósticas en las HC. Cada uno fue atendido en promedio por 42 profesionales, en su mayoría médicos psiquiatras y fue asistido en toda la gama de servicios destinados a los pacientes psiquiátricos (Urgencias, SAC, Servicios de Agudos, Sub-agudos y Crónicos, rehabilitación, externación y consultorios externos).

En los casos incluidos en este estudio, se pudo constatar la incidencia en el abandono/continuidad del tratamiento de lo que hemos llamado condiciones subjetivas, es decir una posición de consentimiento o de rechazo más o menos radical a realizar un trabajo de tramitación sobre el malestar, las coyunturas de aparición del mismo y las modalidades propias de auto-tratamiento.

La incidencia de estas condiciones subjetivas pudo inferirse del material clínico obtenido a través de indicadores como la presencia de una elaboración de saber sobre las coordenadas críticas, la producción de hipótesis subjetivas sobre la causa, la posibilidad de detectar los inicios de una crisis o las situaciones que representaban una exigencia para cada sujeto. Esta elaboración no se encontraba presente desde un inicio, pero su aparición implicó para los pacientes un antes y un después claro en su experiencia de la enfermedad y un cambio con respecto a su posición subjetiva⁴ (de objeto pasivo de prácticas a agente de su propia curación) posibilitándoles, entre otras cosas, la puesta en marcha de un proyecto a futuro.

El análisis del material permitió establecer dos momentos bien diferenciados en la evolución de estos pacientes. El primero, caracterizado por una secuencia de re-internaciones sucesivas motivadas por el abandono de tratamiento, intercaladas con períodos de alta muy cortos. El segundo momento se distingue por la detención de los reingresos, la inclusión en dispositivos tendientes al lazo social y la modificación en la posición subjetiva. Todos los pacientes hicieron referencia a estos dos momentos en su discurso. Los pacientes presentaron dificultades para ubicar los sucesos acaecidos durante el período de re-internaciones sucesivas, incluso sin poder precisar exactamente

⁴ Cabe aclarar que la presencia de dichas condiciones subjetivas no se infirió meramente de los dichos literales de los pacientes sino que contempla, además de lo dicho, la dimensión del decir que introduce la cuestión de la posición subjetiva desde la cual algo se dice, i.e. la enunciación. Esta dimensión de la enunciación incorpora a los dichos la incidencia de toda una economía psíquica, es decir cómo lo que se dice repercute afectiva y por ende libidinalmente en el cuerpo. Es esta repercusión corporal que encuentra expresión en los matices de la enunciación, lo que otorga verdad subjetiva a los dichos. Quedan excluidas entonces –como indicadores clínicos de la incidencia de las condiciones subjetivas– las meras repeticiones prestadas que obedecen más bien a la sugestión. Para un desarrollo más preciso de este tema véase el artículo de mi autoría publicado en 2008 [3].

cuántas veces habían sido internados o dados de alta en ese momento. Es de notar que en varios de los casos estudiados no había un registro subjetivo de la cantidad de veces en que los pacientes habían sido re-internados, y en su discurso los reingresos eran considerados subjetivamente como una sola internación que había durado varios años.

Con respecto al abandono de tratamiento consignado en la HC como motivo de internación, es de destacar que la experiencia subjetiva de los pacientes era más bien la de haberlo incumplido pero no la de haberlo abandonado completamente. Asimismo conviene señalar que la frase «abandono del tratamiento» refiere exclusivamente –tanto para la institución como para los pacientes– al abandono del tratamiento psicofarmacológico, razón por la cual de ahora en más la usaremos en este sentido. Desde un punto de vista institucional pero también subjetivo, el tratamiento aparece reducido al fármaco, aun cuando los pacientes pueden reconocer otros factores importantes en sus períodos de estabilización (inclusión en nuevos lazos sociales, actividad laboral o artística, elaboración personal, tratamiento psicológico), no les dieron a éstos el carácter de tratamiento.

Con respecto al segundo momento señalado, se pudo localizar que el mismo coincidía con una elaboración de saber producida por los pacientes en torno a la naturaleza y la causa de su malestar. En dos de los casos pudo relevarse que la adhesión al tratamiento psicofarmacológico era mayor cuando se encontraba en consonancia con estas hipótesis subjetivas, es decir cuando la elaboración del paciente sobre su malestar incluía que el mismo respondía a causas biológicas –que no obstante no dejaban de anudarse a la historia personal– y que por ende podían ser tratadas mediante la medicación. Se observó también que este trabajo auto-curativo iba acompañado de una mayor disposición a detectar signos de una posible desestabilización y en caso de identificarlos los pacientes recurrían rápidamente a los profesionales con quienes tenían un vínculo transferencial y que actuaban como referentes, evitando así nuevas re-internaciones.

En los casos estudiados, el cambio en la posición subjetiva con respecto al padecer y la puesta en marcha de un trabajo de auto-curación, redundaron en una detención de la cadena de internaciones reiteradas y en un período de externación más prolongado y sostenido en el rearmado de un proyecto de vida posible y disfrutable para cada uno de los pacientes.

Resta elucidar el papel que pudo incumbir a las estrategias asistenciales propuestas por la institución en los cambios de posición señalados y en el trabajo de elaboración iniciado a partir de entonces, ya que dichos cambios coinciden en la mayoría de los casos con la implementación de estrategias tendientes a la creación de nuevos lazos sociales (dispositivo de casa de Pre-alta, por ejemplo). Se reservó un apartado para este punto en la discusión.

Conclusiones y discusión

El estudio exploratorio que esta investigación llevó a cabo hizo posible identificar clínicamente los efectos de las condiciones subjetivas de los pacientes estudiados sobre la continuidad/discontinuidad del tratamiento. Se pudo localizar que la presencia de un trabajo auto-curativo, de un sujeto activo, influía positivamente en la continuidad del tratamiento y su ausencia incidía en el abandono de los tratamientos ofertados por la institución.

Pudo establecerse que la presencia de un auto-tratamiento conllevaba para el paciente mayores posibilidades de detectar sus síntomas prodrómicos, identificar situaciones de exigencia subjetiva, acudir en busca de ayuda profesional en caso de presentarse las mismas y evitar el agravamiento de las crisis, con el consecuente impacto que esto tuvo en la detención de los reingresos. Como resultado de este trabajo subjetivo, los pacientes contaban con un saber acerca de los puntos de exigencia que podrían resultarles críticos. De lo cual se desprende entonces que la ausencia de este trabajo auto-curativo, incidiría negativamente en la continuidad del tratamiento, dejando al sujeto sin herramientas para afrontar futuras crisis y ubicándolo en una posición de objeto pasivo del malestar.

A partir de estos resultados, el punto de discusión a capitalizar para la producción de nuevas hipótesis se concentra en el posible papel que tendrían las estrategias asistenciales implementadas por la institución, considerando que las mismas podrían favorecer o más bien impedir la puesta en marcha de este trabajo auto-curativo que requiere de una posición activa del paciente.

El problema del abandono del tratamiento que está a la base de los reingresos demuestra ser paradójico ya que se sostiene que se abandona algo que en verdad nunca se consideró propio. El abandono es sancionado como abandono por la institución, pero no es considerado como tal por el paciente, quien sostiene haber «incumplido» el tratamiento.

Las internaciones reiteradas estarían indicando que el tratamiento ofrecido no ha pasado a formar parte de la economía subjetiva del paciente y por lo tanto éste no lo continúa pues no tiene una función para él. Se trata más bien de cumplir con algo que se ha indicado que de abandonar algo que se ha vuelto propio. Cabe preguntarse entonces si hubo realmente una instalación del tratamiento en el sentido de la incorporación del mismo a una economía subjetiva.

El problema no sería tanto el del abandono del tratamiento –visto y considerando que un tratamiento farmacológico en consonancia con las hipótesis subjetivas del paciente no se abandona– sino el de la instauración del mismo en su coherencia con las condiciones subjetivas del paciente.

Restaría entonces elucidar el posible nexo existente entre la incidencia de las condiciones subjetivas y las estrategias tendientes a la instauración de nuevos lazos sociales, ya que los resultados expuestos arrojaron el dato de que la puesta en marcha de este trabajo auto-curativo coincidía con la inclusión del paciente en los dispositivos de este tipo. Podría formularse el problema en los siguientes términos: las estrategias asistenciales propuestas ¿inciden sobre la posibilidad de generar un cambio de posición subjetiva habilitante de un trabajo de auto-curación?

El encuentro con la institución puede implicar para el paciente el reencuentro con un otro que rechaza su subjetividad considerándolo objeto y perpetuándolo por lo tanto en una lógica de alienación a la institución sin posibilidades de salida, es decir en un camino que conduce a la cronificación y que, por otra parte, reproduce las condiciones iniciales de causación de su psicosis. O bien puede consistir en un encuentro inaugural donde otra oferta sea posible, una oferta que suponga un sujeto capaz de un saber hacer con su posición en la estructura, un agente de su propio restablecimiento. Podría plantearse que hay prácticas habilitadoras de la subjetividad y prácticas que restringen la emergencia de la misma por considerar al sujeto objeto pasivo de prácticas y no agente de su solución.

De modo tal que el hecho de que una práctica devenga obstáculo de la producción subjetiva no estaría dado de antemano ni dependería del tipo de práctica en sí. Las prácticas cuyo objetivo es la re inserción social no son necesariamente promotoras de la producción subjetiva, así como las prácticas orientadas por lo farmacológico pueden

tener efectos de producción subjetiva y no son obstaculizadoras *per se*. El punto clave será entonces el lugar que se otorgue desde esa práctica a la singularidad de cada caso sin pretender agotarlo en una categorización sustentada en una lógica del «para todos los casos». De allí se desprende la necesidad clínica de evaluar con la paciencia propia de un artesano cuáles son las posibilidades de cada paciente, sus singulares modalidades de arreglo o las vías en las cuales un trabajo auto-curativo podría desplegarse.

Al parecer los dispositivos tendientes a la restitución y generación de nuevos lazos sociales ofrecerían mayores posibilidades para que un auto-tratamiento se ponga en marcha. El discurso en tanto que lazo social introduce una regulación diferente a la de los muros de la institución manicomial. De ahí que una de las preguntas claves en la clínica de la psicosis será poder determinar si el psicótico puede incluirse en algún discurso y de qué manera. [24]

Los dispositivos tendientes a la restitución de los lazos sociales estarían ofertando la posibilidad de introducir una regulación libidinal, ya no solamente por la vía del fármaco sino por la vía del lazo social mismo. De esta línea argumentativa puede seguirse que los dispositivos que apuntan al aislamiento más bien reproducen el fuera de discurso –fuera del lazo social– inicial en el que se encuentra el sujeto psicótico durante las crisis. La ruptura de los lazos producida por la desestabilización se ve redoblada por las medidas internativas que ter-

minan reproduciendo la lógica de aquello que se pretendía curar. Al aislamiento psicótico se responde con el aislamiento de la internación. Y en la práctica se revela que el funcionamiento mismo de los servicios de hospitalización reproduce esta lógica de aislamiento, en tanto los servicios funcionan sin coordinación entre unos y otros [1].

De lo anteriormente expuesto puede concluirse la formulación de una nueva hipótesis de trabajo: los dispositivos y prácticas que consideran la creación y el sostén de lazos sociales a partir de la suposición de un sujeto agente de su curación –respetando la singularidad de cada caso–, favorecerían la producción subjetiva y el trabajo de auto-tratamiento, introduciendo una regulación libidinal mediante la inserción en un discurso.

Esta vía de indagación resulta novedosa ya que en la práctica se suele pensar a la internación como el momento de la estabilización farmacológica del paciente que posibilita en un segundo momento la reinserción social y el alta, sin tener en cuenta que la inclusión misma en un lazo social propicio tiene efectos estabilizadores.

La exploración de las concepciones que guían las prácticas de los profesionales y su impacto en cuanto a la producción subjetiva se refiere, podría constituir una modalidad de abordaje válida para la problemática señalada. Una indagación más profunda excede los propósitos de esta investigación, no obstante se dejan asentadas estas bases para futuras discusiones e investigaciones.

ANEXO I. Guía orientadora para la realización de entrevistas en profundidad (semi-estructuradas)

- ¿Cuántas veces ha sido internado/a? ¿Conoce usted los motivos? (En caso de respuesta afirmativa)
- ¿Cuáles fueron?
- ¿Considera que usted podría haber hecho algo para evitar esas internaciones? (En caso de respuesta afirmativa) ¿Qué?
- ¿Qué tipo de experiencia le significó la internación?
- ¿De qué sufre usted? ¿Considera que ese malestar responde a una enfermedad? (En caso de respuesta afirmativa) ¿Cuál? ¿De qué naturaleza?
- ¿Puede darse cuenta usted del agravamiento de ese malestar o del inicio del mismo? (En caso de respuesta afirmativa) ¿De qué manera?
- ¿Conoce usted en qué circunstancias se hace presente este malestar?
- ¿Tiene a alguien a quien recurrir en caso de requerir ayuda? (En caso de respuesta afirmativa) ¿Quién/es?
- ¿Recibe algún tratamiento para su malestar? (En caso de respuesta afirmativa) ¿Qué tratamiento recibe?
- ¿Considera que el mismo es eficaz?
- De acuerdo a su experiencia, ¿Sobre qué aspectos de su malestar influye el tratamiento? ¿Sobre cuáles no?
- ¿Cree usted que su sufrimiento requiere de otro tipo de tratamiento diferente al que recibe actualmente?
- ¿Encuentra dificultades para realizar el tratamiento indicado?
- ¿Lo ha abandonado? ¿Cuáles han sido para usted las causas del abandono?

ANEXO II. Caso B (37 años)

En el recorrido institucional pueden destacarse dos momentos claramente diferenciables. El primero de una duración aproximada de ocho años, se caracteriza por la concentración de cuatro internaciones reiteradas con períodos de alta muy breves, motivadas por abandono de tratamiento y ordenadas judicialmente. El paciente presentó en todos los ingresos idéntico cuadro de negativismo, agresividad contenida, ideación delirante no sistematizada, marcado deterioro personal y social, mutismo, estado catatoniforme, actitud alucinatoria y perplejidad. En las dos últimas internaciones se suman episodios piromaniacos en la vivienda de los familiares.

El diagnóstico no sufrió variaciones desde un inicio, definiéndose y manteniéndose el de esquizofrenia paranoide. Durante estas internaciones fue atendido en todos los servicios de que dispone el hospital. Intervinieron en su asistencia un total de 38 profesionales, de los cuales 24 eran médicos psiquiatras. El tratamiento psicofarmacológico es casi el tratamiento exclusivo, fue tratado con anti-psicóticos típicos por vía intramuscular, oral y también de depósito demostrando escasa respuesta a los mismos. Debido a esta resistencia se lo medicó con anti-psicóticos atípicos a los que respondió con una mejoría de sus síntomas más incisivos y una exacerbación de los síntomas negativos que producían gran malestar al paciente.

Las estrategias asistenciales implementadas se apoyaron fuertemente en las medidas medicamentosas, en la contención incluso mecánica de su agresividad y en intentos de reinserción familiar que resultaron fallidos. Durante este período de re-internaciones parece formarse un circuito donde el paciente se desestabiliza cuando retorna a su grupo familiar, es internado y luego es externado nuevamente con la familia, para reiniciar el círculo de la re-hospitalización. En las dos últimas externaciones esta situación se vuelve ya insostenible ya que el paciente directamente genera incendios en la vivienda familiar.

Sólo a partir de su última internación y luego de algunas crisis de excitación sobrevenidas aun medicado con anti-psicóticos atípicos, se modifica la estrategia asistencial y se comienza a intervenir en función de que el paciente genere un proyecto personal de reinserción. Se le otorgan permisos de salida para incorporarse a talleres artísticos de su interés. El paciente comienza a generar vínculos entre sus compañeros, su integración aumenta, llegando a gestionar su reinserción laboral y externándose esta vez en una casa de convivencia. Los últimos siete años de su estabilidad responden a este modelo.

Ahora bien, ¿cómo se pasó de esa situación de re-internaciones que parecía irreversible y crónica a un período de estabilidad tan sostenido (a juzgar por el mal pronóstico inicial que no parecía anunciarlo)?

El segundo momento se distingue por un período de estabilidad duradera, de unos siete años, durante los cuales el paciente refiere momentos sensibles de desestabilización que sin embargo pudieron ser tratados a tiempo evitando así las re-internaciones. El paciente asigna en este cambio un papel preponderante a la modalidad de funcionamiento de la Casa de Prealta y a un trabajo de elaboración que él comienza a realizar y que llama «meditación».

Es de notar, que el paciente no diferencia las internaciones anteriores y habla de las mismas como si nunca se hubiera ido de alta: «Fueron ocho años que estuve internado». Es decir que si bien la HC registra varias altas, la experiencia subjetiva del paciente es la de no haber salido nunca de la internación sino hasta este segundo momento.

La «meditación» es justamente todo un trabajo que él ha llevado adelante durante estos años donde trata de distinguir cuáles son las situaciones que lo desestabilizan, cómo hacer para evitarlas, cómo es su enfermedad, cómo sobrellevarla. Sobre ese punto dice: «Cuál es el problema, la meditación pasa por ese lado... procesar por dentro... Ese día que me enfermé caí con esta historia de qué me está pasando, me siento raro, hablé con la doctora, y si, estaba por tener una recaída, es un punto muy clave ese, eso es lo que te ayuda también a conocerte, antes yo no me conocía mucho y sino no podés ayudarte vos mismo, yo mucho tampoco entiendo lo qué me pasó, sino lo que yo pude hacer con eso para mí es por ahí, para poder ir llevando lo que yo ya había pasado, para que no vuelva a pasar».

Este trabajo de tramitación le ha permitido salir a tiempo de algunas crisis que el paciente ha capitalizado para poder conocer mejor sus síntomas, cómo aparecen y qué hacer en esos casos: «Lo que yo no tomé mucho en cuenta antes es mi ser, mi forma de pensar, mi forma de tratar de ubicar, de plantear mi vida de otra forma, aunque a veces es como que estás trabado, qué es lo que realmente te pasa, porque es como algo lejano, volver a un lugar que vos ya conocés lo que te pasó, o me pongo a estudiar lo que me está pasando o lo dejo todo como está, que es lo que me pasó a mí al principio, después yo pude ir armando mi vida y tratando de ver cómo va pasando y las distintas etapas. Hay etapas que vos te vas dando cuenta, que realmente necesitás hablarlo con tu psicóloga o con tu doctora, tu psiquiatra, con gente o con tus mismos compañeros, saber cómo aparece, pensar qué es lo que realmente tendría que hacer para poder volver a estar tranquilo, sentí eso que me había ya pasado, ese desmoronamiento que se te viene todo abajo, otra vez lo mismo, no puede ser, me lo quedé meditando todo un día, y pensaba y anotaba los puntos que podían ser claves, uno está buscando la forma de no volver a caer, ¿qué es lo que te va a poner tan mal como para que te caigas? te da tiempo para ver tu lucidez y saber por qué te está pasando eso». Es de notar también que, según lo refiere el paciente, no había abandonado la medicación al momento de las crisis.

En este «procesar por dentro», él ha podido ir localizando qué situaciones lo desestabilizan, situaciones donde no sabe cómo ubicarse, que por otra parte reiteran la coyuntura originaria donde comienzan los problemas para él: «Uno trata de buscar en lo que uno vive, no creas que es una enfermedad que viene porque si, uno quiere saber qué puede hacer para evitar cosas, que por ahí no las podés evitar pero las podés corregir un poco».

Va conformando así también cierta concepción subjetiva de la enfermedad: «Es raro, porque es una enfermedad que en vez de matarte te la complica. Ubicarse es una forma de ver cómo lo que pasó fue pasando, yo no sabría decirte del todo cómo es mi enfermedad porque yo la estoy conociendo pero hay que tratar de ubicarse, la enfermedad está, pero, ¿cómo la llevás? Llevarla es el problema, si vos tomás la medicación, tomás las precauciones de que no te vuelva a pasar. Yo tomo la medicación y vengo acá (en referencia a la Casa de Prealta) Yo creo que habría que ver cómo seguir de acá adelante, tratando de esquivar un poco las internaciones o cosas que te llevan a eso. Pasa el tiempo y uno va meditando, tratando de poder ubicarse, no para todos es igual, yo escucho a otros también, cómo están, que podés trabajar, hacer proyectos, pero la enfermedad está, uno la lleva, es tratar de poder llevar las cosas, hacerlas mejor».

Nótese que este trabajo de «meditación» que ha llevado adelante el paciente le ha permitido otro modo de arreglárselas con su malestar sin requerir de internación. Es por otra parte un trabajo que continúa, que no está cerrado para él. Paralelo a este trabajo de tramitación ya no aparece la agresividad contenida, ni la peligrosidad que caracterizaban su caso en las primeras internaciones. Evidentemente ha salido del mutismo generando otros vínculos con sus compañeros y con los profesionales que cuentan para él.

En este caso en particular puede señalarse el carácter desestabilizador que han tenido para este paciente los intentos de reinserción familiar, donde más bien el lazo social no actúa regulando sino enloqueciendo. Es de importancia remarcar entonces que el lazo social en el que este paciente logra una estabilidad es un lazo peculiar que contempla su singularidad y respeta sus síntomas dando lugar a la elaboración de modalidades de arreglárselas con su sufrimiento.

A título de la formulación de una posible hipótesis sujeta a discusión, puede adelantarse que el lazo social que puede ofrecer una regulación parece ser entonces un lazo que aloja la diferencia subjetiva en su singularidad no pretendiendo amordazarla en una norma estricta para todos aunque exija cierta adaptación de la particularidad subjetiva a la modalidad de funcionamiento establecida. Es decir, parece tratarse de un lazo que soporta la falta, la ausencia de una regulación lograda y eficaz para todos, dando espacio entonces a las múltiples modalidades de arreglo que cada paciente puede encontrar para sobrellevar su condición.

Referencias

- Cattaneo A. Descripción de los principales condicionantes que afectan las internaciones psiquiátricas en el hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero. *Vertex*. 2006; 17(65):43-7.
- Daniels BA et al. Predictability of rehospitalization over 5 years for schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Aust N Z Psychiatry*. 1998; 32(2):281-6.
- De Battista J. Reflexiones clínicas acerca de las personalidades «como si» de Hélène Deutsch a la luz de la enseñanza de Jacques Lacan. *Clepios*. 2008; 14(1):17-9.
- Freud S. [1912]. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoidea) descrito autobiográficamente. In: Freud, S. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
- Gastal F, Andreolib S, Quintanab MI, Almeida Gameiroa M, Leitea S, McGrathc J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev. Saúde Públ. [Internet]*. 2000 [cited 27/10/2012]; 34(3):280-5. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300011&lng=es&nrm=iso>
- George Voineskos MD, Sharon Denault BA. Recurrent psychiatric hospitalization. *CMA Journal*. 1978; 4(118): 247-50.
- Gillis LS et al. The rise in readmissions to psychiatric hospitals. *South Afr Med Journal*. 1985; 28, 68(7):466-70.
- Hernández F LJ. Evaluación de resultados e impactos de un modelo de salud mental basado en la comunidad en localidades de Bogotá, DC. *Rev Salud Pública*. 2003; 5(3):272-83.
- Kent S, Yellowlees P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hosp Community Psychiatry [Internet]*. 1994 [cited 27/10/2012]; 45(4):347-50. Available from: <http://ad-teaching.informatik.unifreiburg.de/zbmed/Germany%20PLC/Psych%20Services/Entpackt/ps_45_4.pdf/347.pdf>
- Lacan J. [1958]. D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. In *Écrits*. Paris: Seuil ; 1966.
- Lacan J. [1975] *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre XXIII. Le sinthome*. Paris: Seuil; 2005.
- Laessle R. et al. Risk of rehospitalization of psychotic patients. A six years follow investigation using the survival approach. *Psychopathology*. 1987; 20(1): 48-60.
- Luzio C, Yasui S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicol. Estud.* 2010; 15(1):17-26.
- Moldavsky, D. Visión del sistema de salud mental en Gran Bretaña: progresos y desafíos. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 2008; 54(4):250-61.
- Moraes Salles M, Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. [Internet] *Rev Esc Enferm USP* [citado 27/10/2012]. 2007; 41(1):73-81. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/305.pdf>
- Munk-Jorgensen P. Readmissions for schizophrenia in Denmark 1979-1998. *Ugeskr. Laeger*. 2000; 162(9): 1219-22.
- Oficina de Estadística del HIEAC Dr. A. Korn. *Memoria anual Año 2006, 2007 y 2008*. Publicación interna.
- Olfson M. et al. Assessing clinical predictors of early rehospitalization in schizophrenia. *J. Nerv Ment. Dis.* 1999; 187(12):721-29.

19. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico; Washington D.C.:OPS; 1992.
20. Ramírez J, Sepúlveda R, Zitko P y Ortiz AM. Consulta de urgencia psiquiátrica y modelo comunitario de atención en salud mental. *Rev Chil Salud Pública*. 2010; 14 (1):18-25.
21. Rejón Altablea C, Martínez Pastorb C, Virseda Antoranbzb A. Esquizofrenia y subjetividad. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004; 32(4):249-58.
22. Rodríguez JL et al. Causas de re-internación en pacientes psicóticos en el hospital Alejandro Korn, Melchor Romero, La Plata; 2006. Inédito.
23. Sauvagnat F. Phénomènes élémentaires psychotiques et travail institutionnel. *Cahier de l'ACF-VLB*. 1997; 8:101-17.
24. Soler C. L'inconscient à ciel ouvert de la psychose. Toulouse: Presses universitaires du Mirail; 2002.
25. Parente CJS et al. O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. *REME Rev Min Enf*. 2007; 11(4):381-86.
26. Tosta Berlinck M, Magtaz AC, Teixeira M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev Latinoam Psicopat Fund São Paulo*. 2008;11(1):21-7.
27. Üçock A, Polat A, Çakir S, Gen A. One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006; 256:37-43.