

¿Cómo pensar la clínica ampliada en los hospitales monovalentes?.

Gonzalez, Lucía Belén y Rodriguez, Camila Huilen.

Cita:

Gonzalez, Lucía Belén y Rodriguez, Camila Huilen (2025). *¿Cómo pensar la clínica ampliada en los hospitales monovalentes?.* XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/541>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/koD>

¿CÓMO PENSAR LA CLÍNICA AMPLIADA EN LOS HOSPITALES MONOVALENTES?

Gonzalez, Lucía Belén; Rodriguez, Camila Huilen
GCBA. Hospital de Salud Mental “B. Moyano”. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En el siguiente trabajo se parte de conceptos sobre clínica ampliada e interdisciplina con el objetivo de pensar sus alcances, desafíos y limitaciones en el curso de los tratamientos en el hospital monovalente como una propuesta distinta al modelo manicomial y/o puramente asistencial. Para esto se reflexiona acerca del tipo de clínica con la que los profesionales, residentes de psicología, se encuentran al transitar diversos servicios en un hospital monovalente. ¿Es posible una práctica distinta a la manicomial dentro de los manicomios? ¿De qué depende facilitar una práctica horizontal, situada y centrada en la persona? Son algunos de los interrogantes que surgen de la práctica y que convoca a pensar con qué tipo de sujetos se encuentran los equipos, cómo los definen desde la misma institución y desde qué posicionamiento ideológico trabajan al dar respuesta a las distintas problemáticas de salud mental. Proponer el desafío del trabajo desde una clínica ampliada tiene como objetivo nominar otras apuestas teóricas que den lugar y voz a los sujetos que llegan -o no- a demandar un tratamiento, formalizando las diferentes prácticas que se encuentran en tensión dentro de los servicios.

Palabras clave

Clínica ampliada - Hospital monovalente - Interdisciplina - Salud comunitaria

ABSTRACT

HOW TO THINK THE EXPANDED CLINIC IN MONOVALENT HOSPITALS?

This paper begins with concepts of expanded clinical practice and interdisciplinarity, aiming to reflect on their scope, challenges, and limitations throughout the course of treatments in a monovalent hospital, as an alternative to the asylum-based and/or purely assistance-oriented model. To do this, it examines the type of clinical practice that psychology residents encounter while rotating through various departments in a monovalent hospital. Is it possible to practice differently within the confines of an asylum-based institution? What does it take to facilitate a horizontal, situated, and person-centered approach? These are some of the questions that arise from clinical practice, prompting reflection on the kinds of subjects the teams engage with, how these individuals are defined by the institution itself, and

the ideological stance professionals take when addressing different mental health issues. The challenge of working from an expanded clinical perspective seeks to introduce other theoretical frameworks that acknowledge and give voice to the subjects who seek—or do not seek—treatment, while formalizing the various practices that are often in tension within mental health services.

Keywords

Expanded clinical practice - Monovalent hospital - Interdisciplinarity - Community health

ACCESO A LA SALUD UNIVERSAL

Durante los últimos años, en Argentina, el sistema de salud se encuentra con el desafío de trabajar y dar respuestas a una realidad que se presenta cada vez más compleja. Con la implementación del nuevo código civil se da inicio a una época centrada en la perspectiva de derechos humanos y el sujeto de derecho como eje de la cuestión. Las personas que padecen entran en escena, intentando dar respuesta en términos legales a problemáticas que hasta el momento aparecen como instituyentes respecto a lo instituido de la salud: violencia de género, suicidio, identidad de género, consumos problemáticos, entre otras.

Con el objetivo en el horizonte de los cierres de manicomios, a partir de la ley de salud mental como marco legitimador e instrumento (Bang, 2021) se intenta producir otras prácticas posibles en salud, ya no pensada como ausencia de enfermedad sino como un proceso, dinámico, de salud-enfermedad-atención (Stolkiner, 2005) que se centre en las personas y en las comunidades. No alcanza trabajar en y desde los hospitales puertas adentro, sino que se hace menester la apertura de dispositivos que trabajen en la configuración de redes en-para los barrios, que produzca efectos en términos de salud y funcionen como puente o puerta de acceso. Por lo tanto, pensar en el abordaje comunitario incluye no solo a los actores, sino escuchar a la comunidad para la producción de prácticas en las que se promuevan el acceso universal a la salud, equitativa, sin discriminaciones y con un redistribución de recursos y atención óptima de necesidades.

DE LA CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD A LA CLÍNICA DEL SUJETO

De Sousa Campos, G. (2001) refiere que el movimiento es sacar al objeto ontológico de la medicina y en su lugar hacer entrar al enfermo. Destaca que este “enfermo” es un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido, con el foco puesto en su existencia concreta y la posibilidad de inventarse la salud para este. Pero ¿qué es inventar salud? Basaglia menciona que esto implica algo más que intervenciones técnicas y relaciona este concepto con la reproducción social del paciente. (Basaglia, F. et al., 1985, como se citó en De Sousa Campos 2001). De esta manera, se parte del reconocimiento del paciente como un sujeto de derechos. Estos autores se basan en un desplazamiento del énfasis puesto en la enfermedad para centrarlo en un sujeto concreto, es decir, “al poner la enfermedad entre paréntesis nos encontramos con el sujeto, con sus vicisitudes, sus problemas concretos de la vida cotidiana (...), sus proyectos y sus deseos, esto posibilita una ampliación de la noción de integridad en el campo de la salud mental y la atención psicosocial” (Amarante, P; 2013, p38). Colocar la enfermedad entre paréntesis con el objetivo de permitir la entrada en escena del paciente, sin descartar al sujeto enfermo y su contexto.

Se trata de una clínica centrada en los sujetos, en personas reales, en su existencia, incluyendo a su enfermedad y su sufrimiento como parte de la misma. La clínica tradicional, desde el modelo biomédico, además de abordar el objeto ontológico de la enfermedad, termina nombrando y reduciendo a las personas reales a sus enfermedades, como si esta reemplazara su personalidad, su cuerpo, su ser completo. Así, las existencias concretas con nombre y apellido desaparecen dando lugar a nominaciones como “la psicótica”, “la esquizofrénica”, “la bipolar”, entre otros múltiples diagnósticos, como si este sustituye su mente, sus ideas, su historia, su existencia, su vida, su contexto. La esencia de un sujeto es reemplazada por su dolencia, se apagan las demás dimensiones y la enfermedad “lo recubrirá como una segunda piel, una nueva identidad” (De Sousa Campos, 2001, p.3), dejan de ser hijas, madres, amigas, trabajadoras, estudiantes, artistas, para ser enfermas. Desde esta mirada, mientras haya un diagnóstico presuntivo, tampoco parece existir el placer, el deseo, los intereses para estas personas.

Si bien el saber, con su especificidad, siempre tiende a producir cierta ontología del objeto, la acción de reconocer explícitamente los límites del saber obliga a los especialistas a repensarlos y reconsiderarlos cuando se encuentre frente a un caso concreto. Confrontar este desafío da lugar a la interdisciplinariedad. Tampoco se trata de desplazar la enfermedad, sino, siguiendo a los autores antes citados, de incluir la dolencia, el contexto y al propio sujeto. Es muy importante conocer aspectos genéricos de los procesos salud-enfermedad-atención, al mismo tiempo que aprender de la variación, escuchar, y más aún, saber indagar el caso singular. Decidir escuchar y conversar con otros, exponiendo incertidumbres, compartiendo dudas. Por esto la Clínica del Sujeto demanda trabajo en equipo y un hacer comunicativo.

Con el objetivo de pensar la clínica ampliada en un hospital, se exemplifica con una experiencia hospitalaria, a la cual se le cambian los datos biográficos para respetar la confidencialidad: “Una paciente de 24 años se encuentra internada en un hospital monovalente. Ingresa tras un intento de suicidio en el contexto de una descompensación psicótica, en situación de calle, con escasos recursos materiales y sin referentes socioafectivos identificables al momento del ingreso. Al inicio de la internación presenta ideas delirantes recurrentes en torno a su nombre y su historia personal, pero no logra explicitar aspectos biográficos esenciales. Los primeros días, se intentan abordar de forma inmediata las voces y los contenidos delirantes —lo cual no es menor—, sin embargo, se estaba corriendo el riesgo de dejar de escuchar a la paciente reduciendo las intervenciones al objeto ontológico de los síntomas.

Fue necesaria la mirada y la escucha conjunta de diversos actores institucionales para poder ampliar el abordaje clínico. Participaron profesionales de la psicología, psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional, el área jurídica, entre otros. Así, fragmentos de su historia, de su familia y de su identidad se comienzan a colar entre la ideación delirante. Afirmaciones que en un inicio fueron desestimadas por el equipo tratante logran ser tenidas en cuenta. Concederle voz, junto a alguien que escuche, posibilitó encontrar familiares y tender redes con estas.

Paralelamente, con el transcurrir del tiempo y con la intención de abordar algunos de los síntomas negativos de la esquizofrenia, comienza la búsqueda y el desarrollo, en conjunto con la paciente, de intereses personales. Empieza a asistir a un taller de canto dentro del hospital. Se observó que, incluso en días en los que la hipobulia limitaba su participación en otras actividades, el canto se mantenía como un espacio significativo que lograba incidir positivamente en su estado de ánimo. Además, junto a otros actores como acompañantes terapéuticos, realiza salidas a sitios de interés cultural de su ciudad.”

Este caso permite pensar el pasaje desde una clínica tradicional centrada en la urgencia y la enfermedad —que tiende a ontologizar al sujeto como objeto de intervención— hacia una práctica que reconoce a la paciente como sujeta de derechos, inserta en un contexto y portadora de una historia y un sufrimiento que requieren ser escuchados.

¿CON QUÉ SUJETAS SE TRABAJA EN EL HOSPITAL MONOVALENTE?

A diferencia de los dispositivos de atención primaria de la salud, el hospital monovalente tiene el desafío de encontrar de qué manera romper con la ontologización de la enfermedad. Las personas están allí, internadas... ¿de qué manera hacer entrar en los tratamientos ofertados algo de lo colectivo, comunitario, complejo? En el contexto de un hospital monovalente, esta perspectiva se presenta como un desafío y una apuesta ética y política frente a prácticas que tienden a la cronicidad, a la institucionalización y desubjetivación de las pacientes.

Se puede pensar que, en lugar de reducir el tratamiento a un diagnóstico y a la aplicación de tratamientos individuales, la clínica ampliada propone un abordaje que reconozca al paciente como sujeto de derecho, incluso cuando no hay una demanda formal explícita; que interroguen las lógicas institucionales que etiquetan, cronifican y excluyen; que apueste por el trabajo interdisciplinario, donde distintos saberes (psicológico, psiquiátrico, social, ocupacional, etc.) dialogan horizontalmente para construir intervenciones situadas; que involucre a la comunidad y el territorio, como espacios posibles de reinserción y reconstrucción del lazo social; que ponga en tensión las prácticas naturalizadas dentro del manicomio, visibilizando su dimensión ideológica y política.

En este marco, los profesionales se enfrentan a una clínica que no es solo del síntoma, el diagnóstico o la urgencia, sino también de los vínculos, de las trayectorias de vida, de las marcas institucionales, y de los sentidos que cada sujeto puede construir sobre su padecimiento.

Así, la clínica ampliada en el hospital monovalente —históricamente atravesado por la lógica del modelo manicomial, el encierro y la cronicidad— no niega el padecimiento psíquico, pero lo inscribe en una trama más amplia que cuestiona las formas de atención centradas exclusivamente en el encierro, el diagnóstico y la medicación. Es una práctica que resiste la lógica manicomial desde adentro, buscando transformar la institución desde su praxis cotidiana. Donde cada sujeto pueda ser escuchado, nombrado y tratado desde su singularidad. Esto implica potenciar el trabajo en equipo interdisciplinario para construir estrategias de cuidado más inclusivas y respetuosas, reconocer que el cuidado en salud también se produce en actos cotidianos, en la construcción de vínculos, de redes sociales, en la escucha, en la promoción de espacios de participación y en la apuesta por la desinstitucionalización progresiva.

Pensar en el contexto es un desafío constante que invita a repensar si hablar de salud mental se aboca al objeto de estudio de las enfermedades mentales. Si bien la producción de leyes es un encuadre necesario no alcanza para intentar explicar a qué van las prácticas de salud en el abordaje del sufrimiento de una persona. Proponer una clínica ampliada es realizar un viraje estructural y necesario incluyendo lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lecturas de los padecimientos de una época (Bang, 2021).

Entonces ¿con qué sujetos, actores y malestares se trabaja hoy en el hospital monovalente? El desafío propuesto en el recorrido del trabajo es la proponer un movimiento saliendo del objeto ontológico: enfermedad para dar lugar a un sujeto concreto, social, subjetivamente constituido (De sousa, 2001) que sufre.

Proponer “*Poner a la enfermedad entre paréntesis*” (Amarante, 2013) habilita un espacio para nominar y pensar en quiénes son las personas con las que se trabaja. Esto último no significa restar importancia a la medicación, ni negar la existencia de la enfermedad, como productora de dolor, sufrimiento, diferencia

o malestar. Sino habilitar un lugar desde el cual se pregunta, distinto. ¿De qué lugar se trata? ¿Cómo nombrarlo? “lo que importa es la enunciación, el lugar desde donde se producen las intervenciones” (Moscon, A y Recalde, J. 2022), un cambio de posicionamiento epistémico-político, en el que invita a que la voz del sujeto sea escuchada, como un otro semejante, con una historia, conflictos, proyectos y deseos que tal vez por el momento de la vida en la que se encuentra quedan detenidos. Si se parte de este denominador común la puesta del equipo es intervenir a modo de andamio para intentar reconstruir qué pasó en su vida antes de ese padecimiento que lo trae y que no hace habitable hoy su realidad, permitir subjetivar algo del sufrimiento desbordante que produjo un detenimiento subjetivo. La ampliación de la clínica en sus tratamientos es cuestionar que la respuesta sea solo desde una práctica médica centrada en el diagnóstico. El padecimiento de las personas que transitan en el monovalente, en la mayoría de los casos, es resultado de vulnerabilidades socioeconómicas, junto a la imposibilidad de acceder al sistema de salud público a tiempo, lo que produce exclusión y segregación. Los equipos se encuentran con males-tares de la época: pérdida de lazos y consecuentemente pérdida de identidades o algo, algún rasgo, que las defina.

“Una paciente de 34 años ingresa a la guardia del hospital por cuadro de descompensación psicótica. La policía un día la encuentra en la calle y decide, por provocar disturbios, llevarla a un hospital. Entre contenciones y medicación se logra “la estabilización” que permite su ingreso al servicio de largo tratamiento, por no contar con red social ni vivienda. En su historia clínica constan sus huellas dactilares que determinan su identidad, ya que hasta el momento no sabían quién era la sujeta en cuestión: no tenía un nombre, en situación de calle, sin referentes afectivos ni documentos, tampoco ella podía brindar información.

Ingresa al servicio con un diagnóstico de discapacidad intelectual y esquizofrenia desorganizada, aplanamiento total de su afectividad y algunos síntomas motores extrapiiramidales notorios. Se torna compleja la entrevista por su estado actual, su discurso está desordenado, habla poco, por momentos reticente a las preguntas de todos esos que la entrevistan. Pasan uno por uno, todos los días, realizando preguntas casi en automático: ¿voz, escuchas? ¿ideas de muerte? ¿dormiste?

Si bien la construcción de un tratamiento farmacológico es necesario, ya que no es sin eso, la pregunta que direcciona hacia la búsqueda de algo más allá comienza a formularse ¿Cómo ofrecer un espacio que apunte a buscar a la sujeto? ¿Quién es? ¿De dónde viene? ¿Cómo termina en esa situación? ”

Trabajar desde el encierro de las paredes del hospital ante problemáticas sociales es insuficiente, cada padecimiento está sostenido en múltiples factores con relaciones particulares. Si bien las internaciones son determinadas por riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros (Ley de salud mental, 26.657) es el desafío cada vez, desde las intervenciones por los equipos, cuestionar qué esto quiere decir, qué lugar viene a ocupar en la vida de esa

persona la internación, el tratamiento, su demanda, de qué manera, por qué ahora. Estas preguntas son orientadoras para pensar los tratamientos a los padecimientos desde la complejidad. No se presentan dos tratamientos iguales, cada sujeta presenta el desafío de reinventar las prácticas.

“De qué padece esa mujer? Un día en el transcurso de una mañana pide un tema musical, hasta ese momento, única demanda puesta en juego. Es la música la que tiene la función de vehiculizar algo de su historia, comienza a situar sus gustos musicales, canta canciones en inglés con los ojos cerrados... entonces ¿Qué significa la discapacidad intelectual? ¿Se puede resumir años de historia en una categoría diagnóstica? Empieza a aparecer algo de su historia, su familia, su madre, sus hermanos. Cada encuentro está atravesado por el pedido de un tema distinto, ella lo canta suave, con una expresión en su rostro de cierta alegría, empieza a relatar su historia. Violencia familiar, abuso sexual intrafamiliar, consumos, hermanos internados por salud mental. La calle como único lugar posible.”

El equipo presenta el desafío de dejarse sorprender, para eso es necesario de tomarse un tiempo en el que se puede pensar en la clínica del detalle, en donde escuchar, hablar, intercambiar aparecen como modos de resistir desde lo colectivo a los embates propios de la época que apunta a la fragmentación, el aislamiento y soledad.

Ampliar la mirada es hacerse las preguntas con otros en el equipo y con la paciente. “ El equipo le pregunta a esa mujer ¿por qué, hoy, elegís quedarte en el hospital? más allá de saber una internación en términos involuntarios, escuchar cuál es la versión que arma al quedarse, qué tipo de lazo está armando con la institución y sus compañeras.

¿Qué otra cosa, además de su diagnóstico, se puede construir? Introducir la promoción del lazo social con el objetivo de “quebrar la situación de aislamiento en que se encuentran, para facilitar otros modos de lazos sociales, estimulando la solidaridad, la participación en nuevas estrategias comunitarias, la producción de autonomía.” (De la Sovera, 2019.)

CONCLUSIÓN

Interdisciplina-intersaberes: una decisión política

Se presentan ciertas limitaciones en tanto la estructura hospitalaria funciona con determinadas estructuras verticalistas que imposibilitan la comunicación, la puesta en común y la revisión de los conceptos de cada una de las disciplinas.

Ante esto se plantea por un lado la escucha y el lugar de enunciación como herramientas que introduzcan las voces de aquellos que sufren y de la comunidad. Por otro, como profesionales partir de la comprensión de saberes incompletos que no alcanzan para dar respuesta a los malestares complejos de la época; acompañada con la revisión de prejuicios y conceptos de cada una de las disciplinas y la puesta en juego del poner

la enfermedad entre paréntesis donde se introduzca una pausa que permita que el equipo produzca el debate acerca de cuáles son las posiciones desde las que se aborda el padecimiento. A partir de lo observado se pueden pensar algunos de los obstáculos relevantes para el trabajo en la interdisciplina, como la lógica hegemónica de competencia individual, condiciones de empleo inestables, exigencias de rendimiento y eficacia individualmente evaluadas (Stolkiner, A; 2005). En salud mental, siguiendo a Edgar Morín, es necesario saber cómo interactúan las distintas disciplinas, cómo se articulan en un modelo de intervención, si es que lo hacen. La interdisciplinariedad, entonces, es un modelo de trabajo, un modo de desarrollar un conocimiento. No se trata de una suma de conocimientos o saberes, ni una cadena de procesos, tampoco de un conjunto de actuaciones grupales. Es una puesta en común, un conocimiento aplicado que se genera en la intersección de los conocimientos. Es en dicha intersección de cada saber con los demás que reside la matriz de cada uno. Este modelo busca la apertura a la comunicación efectiva entre los distintos campos, sin totalitarismo o imposiciones, sin reduccionismos, prejuicios o sesgos de cada disciplina (Morín, E; 2005). ¿Es posible llegar a este punto de intersección? ¿Es posible el trabajo desde la horizontalidad en una institución manicomial con una estructura verticalista? Se puede observar que esto también depende de la ideología y el posicionamiento de los equipos profesionales, no alcanza con la teorización y las normativas conquistadas. ¿Se trata también de la propia voluntad para escuchar y nombrar a otros -profesionales, pacientes- desde la horizontalidad? Desde aquí se puede pensar la diferencia entre los distintos grupos de trabajo para conversar con otros, reconocer los propios límites haciendo lugar a otros saberes y poner en tensión a las diferentes disciplinas. Abordar la salud en su complejidad requiere de un trabajo sostenido y constante, de una actitud de “cooperación recurrente” (Stolkiner, A; 2005), requiere de la interdisciplina. Y por último, requiere también un decisión ética y política de los y las profesionales desde donde nombrar, escuchar, observar, intervenir con las personas y sus padecimientos.

BIBLIOGRAFÍA

- Amarante, P. (2013) *Salud mental y atención psicosocial*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- De la Sovera, S. (2019) Clínica ampliada: quebrando aislamientos en <https://www.topia.com.ar/articulos/clinica-ampliada-quebrando-aislamientos>
- De Sousa Campos, G. (2001). La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada en *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Ley 26657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 2 de Diciembre de 2010.
- Morin, E. (25 de marzo de 2005) “Sobre la Interdisciplinareidad”. www.pensamientocomplejo.com.ar



Moscon, A. y Recalde, J. A. (2022). El analista en las psicosis: entre el secretario y el buen amigo. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/502>

IX JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL I JORNADAS PROVINCIALES DE PSICOLOGÍA SALUD MENTAL Y MUNDIALIZACIÓN: ESTRATEGIAS POSIBLES EN LA ARGENTINA DE HOY 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones · Argentina en https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Interdisciplina%20y%20Salud%20Mental.%20Stolkiner.pdf