

# La construcción de las decisiones de internación psiquiátrica: un análisis de los argumentos psicoanalíticos y los contextos de interacción social

María Jimena Mantilla

Recibido 23 de Marzo 2009. Aceptado 13 de Octubre 2009

## RESUMEN

La internación psiquiátrica constituye una de las pocas herramientas terapéuticas del sistema de salud argentino para aliviar las situaciones de padecimiento mental. En este artículo describo y analizo los procesos de decisión que anteceden a la internación psiquiátrica a partir de un enfoque etnográfico. Específicamente, me detengo en los argumentos psicoanalíticos acerca de la pertinencia de la internación como estrategia terapéutica. Por último, propongo entender las decisiones de internación a partir de un análisis de las interacciones entre los actores involucrados. El trabajo se inscribe en un proyecto de investigación que analiza los saberes y prácticas psiquiátricas y psicoanalíticas en un hospital de emergencias psiquiátricas.

**Palabras clave:** Internación psiquiátrica; Decisiones; Psiquiatría; Psicoanálisis; Interacciones.

## ABSTRACT

THE CONSTRUCTION OF DECISIONS LEADING TO PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION: AN ANALYSIS OF PSYCHOANALYTICAL REASONING AND SOCIAL INTERACTION CONTEXTS. In Argentina the mental health system is characterized by the asylum model, in which psychiatric hospitalization is one of the only therapeutic resources. In this context, it is necessary to study not only the social, cultural and economic conditions involved in the causes of hospitalization, but also the actors, procedures and situations which are involved in the decision-making process. In this paper, the decision-making process in psychiatric hospitalization is described and analyzed using an ethnographic approach. Psychoanalytic arguments concerned with the meanings of hospitalization as a therapeutic strategy are studied. Finally, a way to understand the decision-making process from the analysis of social interactions between the actors involved in the decision to hospitalize is proposed.

**Keywords:** Psychiatric hospitalizations; Decisions; Psychiatry; Psychoanalysis; Social interactions.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el sistema de salud mental argentino se caracteriza por ser básicamente asilar. La internación psiquiátrica constituye una de las pocas herramientas terapéuticas para aliviar las situaciones de padecimiento mental. La demanda de internación supera en algunos casos la capacidad de los servicios. No obstante, en las últimas décadas asistimos a un progresivo cuestionamiento de la institución manicomial impulsado por debates legislativos, proyectos políticos de reforma psiquiátrica y experiencias desmanicomializadoras concretas. En este contexto, resulta necesario examinar no sólo las condiciones sociales, económi-

cas y culturales que favorecen la ocurrencia de las internaciones psiquiátricas sino también las modalidades de interpretación, los actores y los contextos que conforman los procesos de decisión que anteceden a las internaciones psiquiátricas. El objetivo de este artículo es doble: por un lado analizar los argumentos psicoanalíticos utilizados para indicar una internación, por otro lado, analizar los contextos de interacción en que se producen las decisiones de internación en un hospital psiquiátrico.

En el campo de la psicopatología las investigaciones sobre las internaciones psiquiátricas buscan establecer relaciones estadísticas entre la internación psiquiátrica,

María J. Mantilla. CONICET, Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA). Uriburu 950, 6° piso, (1114) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. E-mail: jimenamantilla@yahoo.com.ar

las características sociodemográficas, el diagnóstico de los pacientes y el grado de peligrosidad (Folino y Franklin 2004; Glover *et al.* 2006; Rabinowitz *et al.* 1982; Slagg 1993; Somoza y Somoza 1993). Otras investigaciones desde una perspectiva epidemiológica hacen una discriminación por diagnóstico psiquiátrico y deterioro cognitivo y social como variables centrales para explicar las causas de múltiples internaciones en la trayectoria de un mismo paciente. La mayoría de los trabajos en esta línea intenta determinar factores predictivos de rehospitalización (Bindman *et al.* 2005; Gunnel *et al.* 2008). La falta de adhesión al tratamiento, el mantenimiento de la medicación antipsicótica, el número de internaciones anteriores, la severidad de los síntomas, el diagnóstico psiquiátrico primario, y la duración de las internaciones son los factores predominantes citados en los estudios sobre predicción de las rehospitalizaciones de pacientes psicóticos. Los trabajos mencionados, sin embargo, no indagan en las bases en que se apoyan las decisiones de internación. Asimismo, en los abordajes de las ciencias sociales estos aspectos no son explorados. Para comprender cómo se estructuran -en base a que tipo de elementos, situaciones- las decisiones de internación, se requiere un abordaje etnográfico que permita documentar in situ dichos procesos.

Las internaciones psiquiátricas se deciden en el marco del paradigma de la peligrosidad, criterio médico y legal que se basa en un análisis del "riesgo para sí y para terceros" efectuado por expertos en psiquiatría. No obstante el análisis de los datos etnográficos no solo muestra la variabilidad de las interpretaciones del riesgo -en particular la tensión entre subestimar y sobreestimar la peligrosidad-,<sup>1</sup> sino que señala a las interpretaciones psicoanalíticas como una de las perspectivas teóricas hegemónicas involucradas en los procesos de decisión. Asimismo, las categorías y criterios de decisión de los saberes "psi" cobran sentido en un marco de interacción específico: la lógica del vínculo y la lógica de la apariencia.

A lo largo de estas páginas muestro cómo las decisiones de internación se producen a partir de una serie de factores que no responden necesariamente a los discursos y prácticas "psi" en tanto saberes objetivos. Internar o no internar se resuelve a través de un saber práctico, situacional, interpretativo y contextual que se pone en juego en cada momento.

#### NOTAS METODOLÓGICAS

Este trabajo se inscribe en un proyecto de investigación que tiene por objetivo analizar los saberes y prácticas psiquiátricas y psicoanalíticas ("psi") en torno a las internaciones psiquiátricas en un hospital público monovalente de la Ciudad de Buenos Aires que

atiende las urgencias psiquiátricas.<sup>2</sup> La investigación se llevo a cabo mediante un diseño etnográfico. La residencia prolongada en el campo mediante la observación participante permite acercarse a una problemática de investigación y a los sujetos investigados desde distintos ángulos y mediante diferentes instrumentos, facilitando el proceso de conocimiento y análisis del objeto de estudio (Guber 2001).

Los discursos psiquiátrico-psicoanalíticos se construyen en el encuentro con los pacientes y otros actores institucionales, de la misma manera las interpretaciones de los pacientes acerca de sus sufrimientos cobran otros sentidos a partir del encuentro con los profesionales "psi". Por ello, la observación participante en las dinámicas y las escenas institucionales permite reconstruir diversas lógicas mediante las cuales se producen los procesos de significación acerca de las internaciones psiquiátricas.

Ajustándose a los criterios mencionados, en el marco de dos años de trabajo de campo (2005-2007) realicé entrevistas en profundidad a profesionales, pacientes y algunos familiares. Efectué observaciones participantes en la guardia del hospital, la sala de espera, las salas de internación, el parque y en las reuniones semanales de un grupo terapéutico para pacientes externados. Participé de reuniones de equipo, ateneos clínicos, pases de sala, supervisiones de pacientes, entre otras actividades cotidianas de los profesionales "psi". Asimismo, realicé actividades extrainstitucionales: salidas recreativas con pacientes externados y con profesionales residentes (con quienes por la cercanía de edad mantuve relaciones más estrechas).

#### EL INGRESO A LA INTERNACIÓN

Las decisiones de internación en el hospital se producen en dos escenarios: por un lado, la guardia, por donde ingresan las personas derivadas de otros sectores del hospital, otros hospitales, la justicia, la policía, etc. Por otro lado, los consultorios externos, donde se realizan tratamientos ambulatorios con pacientes externados en el hospital. Llegado el caso no siempre las internaciones se producen en el hospital sino que los pacientes bajo tratamiento ambulatorio son derivados a otras instituciones. Los casos que efectivamente se internan en el hospital deben ser evaluados nuevamente por profesionales de la guardia quienes confirman la pertinencia de la internación.

En este artículo, a fin de analizar las decisiones de internación, se contemplará ambos espacios: la guardia y los tratamientos ambulatorios. La guardia es la puerta de entrada a la internación. El objetivo de la guardia es "estabilizar mediante psicofármacos al paciente en su momento de crisis".<sup>3</sup> El equipo de trabajo diario está conformado por cuatro psiquiatras, un psicólogo, un

trabajador social, un médico clínico, un farmacéutico y dos enfermeros. La rotación de profesionales se produce cada 24 horas, y por ese motivo los pacientes son atendidos por un profesional diferente cada día. Básicamente, lo que hace el profesional (psiquiatra o psicólogo) es “evaluar al paciente” que llega a la guardia. Esto implica recabar información de los síntomas psiquiátricos. Una vez efectuada la evaluación y en caso de que se decida una internación, interviene el trabajador social y realiza una entrevista de admisión incorporando la información pertinente a lo que llaman la “historia social”. Los pacientes permanecen en la guardia un período de quince días aproximadamente, luego del cuál son dados de alta o son derivados a una sala de internación (sala de mujeres, sala de hombres, sala de adolescentes) donde proseguir la internación. En las salas son recibidos por un “equipo tratante” (psiquiatra y psicólogo) quienes conducen su tratamiento. Tratándose de un hospital de urgencias psiquiátricas las internaciones tienen una duración de dos a tres meses, salvo casos excepcionales. En las salas de internación también intervienen otros profesionales como trabajadores sociales y algunas veces terapeutas ocupacionales.

La mayoría del material presentado en este artículo proviene de observaciones en la guardia del hospital, seguimiento de casos en tratamiento ambulatorio y entrevistas en profundidad realizadas a profesionales psiquiatras y psicólogos de distintos sectores del hospital.

### LOS DISCURSOS “PSI” Y LAS RELACIONES TERAPÉUTICAS EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

En el proceso de decisión de la internación psiquiátrica confluyen saberes y prácticas que adquieren significados diferentes para cada uno de los actores involucrados. Dentro de ese espectro, se destacan los discursos psiquiátricos y psicoanalíticos. Los discursos “psi” son representaciones de carácter interpretativo que interpelan a los sujetos con padecimientos psíquicos con fuertes contenidos de normatización (Good 1984). Las intervenciones que se realizan desde estos saberes responden a determinadas lecturas sobre el sujeto, la enfermedad y el sufrimiento que generan modos de comportamiento y formas de interpretar la realidad que se imponen como verdaderas. La psiquiatría y el psicoanálisis forman parte del proceso de racionalización e individualización de la cultura occidental moderna (Bonet 2004; Duarte 2003; Figueira 1980; Russo 1987, 1991). El proceso de medicalización en las sociedades occidentales implicó que los problemas previamente etiquetados como morales, religiosos o criminales fueron redefinidos como desórdenes y tratados a través de tecnologías terapéuti-

cas (Conrad 1980, 2007; Freidson 1972; Illich 1976; Kleinman 1988, 1995). En este sentido, la “cultura manicomial” se caracteriza por la psiquiatrización y la psicologización (Oliveira y Dorenles 2005) del sufrimiento como principales respuestas.

El discurso psiquiátrico se ha constituido históricamente como un dispositivo de poder disciplinario, como práctica productora de un discurso de verdad (Foucault 2005). Por su parte, el discurso psicoanalítico se inscribe en la tradición de la medicina moderna, en continuidad con el discurso psiquiátrico (Foucault 2003). Más allá de las diferencias entre ambos, a fin de comprender el alcance que tiene en este trabajo la distinción entre saberes psiquiátricos y psicoanalíticos, es preciso aclarar que no se trata de una separación tajante entre psiquiatras y psicólogos (psicoanalistas). Por el contrario, se trata de lecturas, miradas y abordajes que atraviesan las prácticas de los profesionales sin ser exclusivas de psiquiatras o psicólogos. En tanto discursos que circulan, se encarnan muchas veces en actores con supuesta adscripción a paradigmas contrarios. En la institución objeto de esta investigación, no solamente los psiquiatras con formación en psicoanálisis intervienen y argumentan haciendo uso de ambas orientaciones (psicoanalítica y psiquiátrica), sino que los mismos psicólogos y psicoanalistas se encargan de recrear principios comunes a la psiquiatría en más de un caso.

En tanto agentes institucionales, los profesionales “psi”, cumplen la función de actuar según las normas de la misma. En este marco, se establece la relación terapéutica signada por las características estructurales que le confiere la ideología manicomial: una jerarquía fuertemente marcada, la medicalización como principal respuesta al padecimiento y el descreimiento de la rehabilitación, son algunas de ellas (Oliveira y Dórenles 2005). “La función de los profesionales “psi” comparte la dualidad de orientarse por un lado a aliviar el padecimiento y reducir la sintomatología psiquiátrica, al mismo tiempo, como efecto de su intervención, refuerza la construcción de un tipo de sujeto psiquiatrizado” (Estroff 1981: 38). Dicha dualidad se vincula en primer lugar, con el desarrollo de la práctica psiquiátrica en tanto disciplina encargada del control social de los desviados y, en segundo lugar, con los intereses de los profesionales por encontrar un sentido terapéutico a la intervención (Kaplan Daniels 1975).

Las relaciones terapéuticas adquieren una dinámica en donde los aspectos coercitivos y terapéuticos permanecen en tensión. Las dimensiones institucionales, como la estructuración de una temporalidad, la distribución del espacio, el disciplinamiento de los cuerpos y la aceptación de la autoridad, son aspectos que conforman los tratamientos y que se contraponen a las intenciones de lograr mejoras en la calidad de

vida, control de síntomas y modificaciones subjetivas que procuran los profesionales "psi" (Mantilla 2008). A su vez, dichas intenciones contienen en sí mismas elementos de control y dominación.

El encuentro clínico está inmerso en estructuras sociales que pueden afectar la relación terapéutica. Esto ocurre por ejemplo con la distribución de los profesionales en los servicios y los efectos de las decisiones de internación. Tal como expresa Kirmayer (2003), aún cuando el paciente y el terapeuta encuentran un marco común de entendimiento y de significación, este marco consensuado puede entrar en conflicto con el contexto institucional más amplio. Es decir, un paciente en tratamiento ambulatorio que es derivado a una internación en el mismo hospital ve interrumpido su tratamiento con esos profesionales, dado que al cambiar de servicio, cambia también el equipo. Entonces, si la internación es pensada como una estrategia de tratamiento en el marco de una serie de intervenciones que constituyen un tratamiento ambulatorio en su totalidad, pierde al menos en parte su sentido terapéutico al cambiar de equipo tratante. Lo expuesto da cuenta cómo se modifican las estrategias terapéuticas a partir de la influencia de la dinámica institucional.

### **RIESGO E IMPLICACIÓN SUBJETIVA: LA NECESIDAD DE INTERNACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA**

El psicoanálisis lacaniano es la principal referencia teórica que orienta la práctica clínica de los profesionales psiquiatras y psicólogos del hospital. Inclusive, profesionales de otras disciplinas como trabajo social y terapia ocupacional hacen alusión a categorías psicoanalíticas al momento de justificar sus intervenciones. El psicoanálisis en su orientación lacaniana constituye el discurso hegemónico en el campo de la salud mental argentino, en particular en la Ciudad de Buenos Aires (Lakoff 2005; Plotkin 2003; Vezetti 1996; Visacovsky 2002, 2008).

¿Cuáles son los argumentos psicoanalíticos acerca de la pertinencia y el significado de la internación en tanto estrategia terapéutica? La primera distinción que es preciso demarcar es que las categorías psicoanalíticas respecto a las decisiones de internación cobran protagonismo en particular durante los tratamientos ambulatorios donde existe un trabajo con el paciente que antecede a la internación. Esto no ocurre en las decisiones de internación que surgen en el contexto de la guardia donde las decisiones surgen de un solo encuentro con el paciente. En ese marco no es posible plantear estrategias terapéuticas sustentadas en un conocimiento específico del caso.

En el contexto de tratamientos ambulatorios prolongados, los psicoanalistas afirman que la necesidad de

internación surge como un momento en que es preciso establecer otro tipo de intervención. En estos casos, el criterio de internación se sustenta en una certeza producto del devenir del tratamiento: "[...] era necesario establecer otro tipo de intervención... se había desenganchado del tratamiento, necesitaba hacer algo que vuelva a engancharlo" (Juan, psicólogo de planta, comunicación personal. Julio de 2007).

Mediante este tipo de lectura se produce un corrimiento en el análisis del riesgo, la mirada de los profesionales en vez de situarse en el paciente (su estado psiquiátrico, la vulnerabilidad psicológica, afectiva y social, dimensiones destacadas en la perspectiva psiquiátrica) se sitúa en el funcionamiento del tratamiento, éste se convierte en el escenario del cuál surge el criterio de internación. Se homologa el funcionamiento del tratamiento -siempre interpretado por el profesional en cuestión- con la vida del paciente y en particular con su estado de salud mental. De este modo se desconoce que los problemas del paciente y su resolución se localizan en contextos de la vida cotidiana (Dreier 1996).

La mayoría de los psicoanalistas pone el énfasis en la cuestión del "desenganche" del tratamiento ambulatorio como una causa que conduce a las internaciones. El objetivo de la internación apunta a "producir un movimiento subjetivo", "modificar el lugar del sujeto en tanto lugar simbólico". A través de lo "simbólico" aluden a ideas escondidas de la conciencia que permanecen a nivel inconsciente. A diferencia de la antropología, donde el simbolismo permanece no en la psique individual sino en la interacción interpersonal y en la relación de los artefactos culturales que corporizan las representaciones colectivas (Kirmayer 1987). De este modo, el criterio de internación es el resultado de una tarea interpretativa sustentada en categorías teóricas de alto nivel de abstracción, que como tales se alejan de una evaluación sobre la situación de salud del paciente en cuestión y de otras interpretaciones sobre sí mismo.

Desde la lectura psicoanalítica se afirma que "el sujeto es responsable de su síntoma". Por ello, la búsqueda de "responsabilidad subjetiva" orienta las decisiones de internación. Mediante la decisión de internación pretenden "instalar cierta inscripción de lo que la motivó, de la posición que el paciente tenía en la escena que provocó la internación". De este modo el paciente podría "modificar su posición" y la internación no sería una experiencia indiferente. No obstante, en el caso que este tipo de implicación no se produce, es decir "el paciente no hace ningún movimiento", el psicoanalista puede interpretarlo como una falla en el tratamiento, producto de intervenciones inadecuadas o como una actitud poco favorable del paciente en tanto ausencia de disposición a "trabajar".<sup>4</sup> Mediante la internación buscan propiciar "una marca", un antes

y después que permita “trabajar” con el paciente:

“Tal vez, con algunos pacientes, no con todos, la verdad es que bueno, sí, no podría generalizarlo, con algunos pacientes me parece que se pudo como armar como cierta inscripción distinta de lo que había motivado la internación. Como pasar de una pura actuación, o un puro así movimiento corporal de no entender porqué estaban internados y qué es lo que había pasado, como si se inscribiera cierta marca de lo que motivó la internación. Cierta marca de la posición que el paciente tenía en esa escena que motivó la internación o en esa coyuntura. Me parece que ahí, ahí sí, me parece que se puede establecer como cierto corte” (Juan, psicólogo residente, comunicación personal. Julio de 2007).

Durante el transcurso de la internación pretenden que el paciente “se apropie” de la misma, es decir que se involucre activamente con su internación, especialmente con las causas o hechos que la antecedieron y que son interpretados por el terapeuta como relevantes. Se trata de que “ubique las coordenadas de su descompensación” y la “posición que tenía en la escena de la internación”. Mediante esta lectura, el paciente es interpelado a vivir una internación psiquiátrica al “modo psicoanalítico” desconociendo otros saberes, miradas y experiencias que dotan de sentido a la internación en cada caso. El marco interpretativo del psicoanálisis incorpora elementos que evalúan los propósitos terapéuticos a partir de algunos dichos de los pacientes: “necesitaba un corte”, “necesitaba parar”, son interpretados como señales de eficacia terapéutica. No obstante, en este gesto se iguala la interpretación del paciente con la del psicoanalista. Los pacientes suelen reconocer que a veces durante la internación obtienen alivio de sus sufrimientos, sin embargo, ello no siempre supone una revisión de la “posición subjetiva” entendida en los términos psicoanalíticos.

En este proceso de búsqueda de implicación subjetiva se desdibujan los escenarios sociales en los que ocurren las internaciones. Situaciones de violencia, de vulnerabilidad, de abandonos y carencias afectivas son el marco que precede a la internación. El llamado a la implicación subjetiva por fuera de determinismos socioculturales -o más bien más allá de los mismos- es propio de una concepción individualista del sujeto centrada en aspectos psíquicos.

Desde la perspectiva psicoanalítica la interpretación del “riesgo para sí” difiere de la perspectiva psiquiátrica, que evalúa el riesgo a partir de un análisis de la posibilidad de un daño, en especial físico. Por ejemplo, desde un enfoque psicoanalítico, una sobreingesta de medicación no necesariamente implica criterio de internación. En todo caso, la gravedad del hecho va a depender del significado que adquiere a partir de comprender “a quién estuvo dirigida” la sobreingesta, el marco en el que se produce, el momento del

tratamiento, entre otras preguntas mediante las cuales se evalúa el riesgo. Como lo expresa la cita siguiente, existen al menos dos formas de interpretar el hecho. La primera a partir del devenir del tratamiento, especialmente la relación terapéutica y el funcionamiento de la “transferencia”.<sup>5</sup> La segunda -más allá del tratamiento- mediante un análisis de “la dirección” del hecho. “Hacia quienes está dirigido” como metáfora de un pedido de ayuda, un reclamo, una muestra de desesperación:

“[...] una paciente que atendí casi dos años en ambulatorio, mucho tiempo... dos años en tratamiento y eee... yo... acompañé la idea de una internación, sólo cuando, pude concluir que se había roto el compromiso transferenceal entre la paciente y yo, que algo de la confianza de la paciente hacia el tratamiento conmigo se había roto... por la vía de una sobreingesta. Pero te digo esto, no es que una sobreingesta me llevó a internarla, es que se venía hablando del tema, y fue una, una traición completa a lo que ella venía diciendo en transferencia conmigo. Con lo cual yo no tenía modo de pensar que nada de lo que ocurría en mi espacio podría ser una salvaguarda, un espacio de contención, un espacio de reflexión sobre lo que le estaba pasando, muy por el contrario, me parece que en ese punto ella se quedó sola, me parecía que... eee yo ya no tenía más que hacer, salvo responsabilidad profesional de, en función del riesgo para sí, internarla.

P: ¿Fue una sobreingesta con riesgo para sí, o...?

R: Si, en ese momento, bueno no, no. Le hicieron un lavado de estómago, pero no, había tomado risperidona, bueno, todo un blister de risperidona, no es que se fuera a morir, era complicado que lo hubiera hecho, porque lo había hecho con el fin de matarse, no recuerdo si la dosis era letal o no... (Julia, psicóloga residente, comunicación personal. Julio de 2007).

La sobreingesta se lee como una señal de que la paciente se desconectó del tratamiento. Subyace a este pedido cierta exigencia de compromiso con la búsqueda de la verdad sobre el sujeto que ofrece el dispositivo psicoanalítico. Exigencia que de no cumplirse puede convertirse en una intervención sancionadora sobre el paciente, por ejemplo la decisión de internación fundamentada en cierto fracaso de la pretensión terapéutica. La confianza surge como un elemento clave del tratamiento, necesario para que éste tenga efectividad. El quiebre de la confianza en la relación terapéutica es interpretado como una señal de alarma. Aunque el acto de la sobreingesta no sea claramente riesgoso en tanto daño físico, la internación pasa a ser un tipo de respuesta terapéutica, similar a una intervención analítica como el cierre de sesión luego de una interpretación clave. Nuevamente es el tratamiento el escenario evaluado, los acontecimientos que se producen en el contexto del tratamiento ad-

quieren mayor relevancia en las decisiones.

[...] yo creo que lo veníamos, por eso te digo que, yo lo leí como una traición a sus propios dichos, un desconocimiento de los propios compromisos que ella había asumido, ¿no? esa libertad bajo palabra que uno instituye en un tratamiento<sup>6</sup>, este “sos libre pero vamos a tener lo que usted diga”, eee.. digo, lo veníamos hablando, lo veníamos hablando, las últimas tres o cuatro entrevistas cuando ella estaba muy mal, se venía hablando del tema, como una posibilidad (...). Fue una internación corta esa, creo que fue menos de un mes, un mes.

P: ¿No la viste vos, en la internación?

R: No, no, no, no, no yo decidí no volver a verla, esto se lo comuniqué, en función de lo que había pasado yo, este, no, no iba a continuar el tratamiento.

P: ¿Aun después de la internación?

R: Si, si

P: ¿Y por qué?

R: Porque me parecía que yo había perdido todo, todo poder de acción frente a ella, con ella (Julia, psicóloga residente, comunicación personal, agosto 2007).

De este modo, la profesional continuaba explicando la lógica de su decisión, y para eso da un elemento más: la sobreingesta fue una traición a un compromiso que ella había asumido en el tratamiento. La traición es lo que le da la gravedad al hecho. Caso contrario, el mismo tipo de sobreingesta en otro paciente y en otro tratamiento no necesariamente sería interpretado como riesgoso. Pero en este caso la paciente “había traicionado con sus dichos el contrato de palabra que el tratamiento había establecido”. La alusión al contrato de palabra como marco que regula la relación terapéutica es uno de los ejes de las intervenciones psicoanalíticas “nos vamos a atener a lo que usted dice”. Cuando ese contrato se quiebra, se produce un cambio en la orientación del tratamiento. En algunos casos -según muestra la información etnográfica- ese cambio es vivido por el paciente como algo incomprensible que incluso le perjudica, ya sea por pasar de un tratamiento ambulatorio a una internación o por perder el vínculo con el terapeuta.

El contenido de las sesiones, lo que el paciente fue diciendo a lo largo del tiempo, los cambios en sus dichos, son interpretados no como metáforas de una situación de interacción asimétrica y de construcción intersubjetiva entre terapeuta y paciente a lo largo del tratamiento, sino como verdades ocultas que salen a la luz mediante el procedimiento analítico. Esta forma de interpretación se corresponde con el propósito psicoanalítico de descubrir e interpretar las predeterminaciones inconscientes de los sujetos. La consulta se convierte en el espacio donde se juega la relación terapéutica y se despliegan los dispositivos de

saber/poder. En ese marco la evaluación que realiza el psicoanalista acerca del funcionamiento del tratamiento a partir de si se produce o no un movimiento subjetivo o si se traiciona o no la confianza, no es sólo una construcción interpretativa sino también una intervención con efectos contundentes, como lo es la decisión de internación. Las palabras de Robert Castel explican los fundamentos de la relación psicoanalítica a partir del funcionamiento de la interpretación, técnica analítica por excelencia. Asimismo advierte sobre las modalidades de las relaciones de poder que se establecen:

“Pero siempre, en toda situación analítica, todo un sector de las conductas, creencias y certezas del sujeto es invalidado, y éste no recupera su sentido más que en la posterioridad de la interpretación [...]. Pero en este caso está mejor montado el dispositivo para anular la distancia entre las dos palabras, para que la interpretación alcance al discurso del sujeto, lo recubra y recaiga sobre él para hacerlo suyo [...] Así se reúnen las mejores condiciones para que se produzca con el máximo de eficacia y de la manera más insidiosa la inculcación característica de toda relación pedagógica. El poder analítico es el tipo mismo de la dominación que no se agota en la demostración de su fuerza, sino que por el contrario se refuerza por el consentimiento que logra mediante el disimulo del mecanismo de su eficacia” (Castel 1980: 118).

La “responsabilidad subjetiva” o los intentos por producir un “movimiento” o “una marca” mediante la internación, resumen la mirada psicoanalítica de las internaciones. La efectividad de estas pretensiones y lo asequible o no por los pacientes ameritan más de un interrogante. Al respecto son válidas las palabras de una psicóloga distante del psicoanálisis: “Muchas veces en pacientes que están en externos, se dice que la internación es para hacer una marca, generar un corte y me parece que eso no es así, me parece mucho más auténtico decir: esto es un desborde hay que internarlo porque ya no sabemos que hacer. Si eso deja una marca lo sabremos después” (Laura, psicóloga residente, comunicación personal. Agosto de 2007).

### **LAS LÓGICAS DE INTERACCIÓN: VÍNCULOS, EMOCIÓN Y APARIENCIAS EN LAS DECISIONES DE INTERNACIÓN**

Las categorías nativas analizadas dan cuenta de cómo se fundamentan las decisiones de internación desde la mirada psicoanalítica, pero no explican el contexto en que se producen dichas decisiones. Emociones, cansancio, problemas vinculares entre profesionales y pacientes, intervienen también en las decisiones de internación. Se trata de dimensiones silenciadas por los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos que

ofrecen explicaciones científicas (a las que suponen neutrales) sobre la orientación de sus intervenciones. Así, la búsqueda de implicación subjetiva como categoría que fundamenta la necesidad de internación, se encarna en una historia en común entre profesionales y pacientes. Los procesos de decisión que anteceden a la internación cobran sentido en un marco de interacción específico.

Para comprender la interacción social me referiré al enfoque dramático propuesto por Goffman (1971). El autor explica los principios centrales de la interacción social: cada individuo tiene la necesidad por descubrir las características de la situación. Quiere tener acceso a todos los datos sociales que describen las actitudes de los otros, sus intenciones, sentimientos y opiniones más íntimas. Como este tipo de información tan completa no es posible, la sustituye por señales, gestos expresivos, símbolos de status, etc. Una de las cuestiones más importantes que señala Goffman (1971) es que las interacciones se regulan a partir de las apariencias, es decir, elementos figurativos que construyen los miembros de la interacción. Para el autor, el sentido social de la acción social debe comprenderse en relación con la situación interactiva en que surge. En las diferentes situaciones de interacción todo individuo se presenta a sí mismo, a través de sus acciones, que por ello son siempre comunicativas.

Teniendo en cuenta estas premisas, una primera cuestión a destacar es el funcionamiento de la categoría paciente psiquiátrico. Durante las primeras entrevistas de admisión (en cualquiera de los dispositivos) se procura conocer la situación, determinar las características del cuadro psicopatológico, los posibles diagnósticos, etc. Sin embargo, no se pone en discusión si esa persona es o no un paciente psiquiátrico. La noción de paciente es el punto de partida, desde allí comienzan a funcionar los saberes "psi". Suele haber diferentes criterios respecto a otras cuestiones -como vimos sobre la pertinencia o no de una internación o el criterio de peligrosidad- pero es inusual que alguien que va a consultar a una guardia psiquiátrica se retire de la misma con la recomendación de no realizar ningún tipo de tratamiento psiquiátrico. La persona que llega a la consulta psiquiátrica es, principalmente, un miembro de la categoría paciente psiquiátrico. Sin duda, éste es un primer elemento, el primer componente expresivo que rige las interacciones. Funciona en el nivel de las apariencias que explica Goffman (1971) y viene a sustituir la ausencia de datos concretos de esas primeras interacciones.

Las impresiones, las apariencias y las miradas que se producen en el encuentro entre pacientes, profesionales, familiares y otros, construyen el andamiaje de las decisiones terapéuticas. Sin embargo, en las apreciaciones profesionales existe una tendencia a evaluar las palabras de los pacientes como un producto ajeno

al contexto de comunicación en el que se producen: la relación profesional-paciente. Se olvida que no se trata de una relación igualitaria, y que es el profesional quien determina la forma y el curso del diálogo clínico (Kirmayer 1987). En este marco, los pacientes se ven obligados a mantener el sentido de la escena de la interacción más conveniente para ellos mismos, simulando en algunos casos opiniones o comportamientos. Es así que a lo largo de los tratamientos ambulatorios, en algunas oportunidades, los pacientes tergiversan u ocultan algunos aspectos de sus vidas para hacerlos más acordes con las expectativas terapéuticas. En mi experiencia durante el trabajo de campo, en especial en un grupo terapéutico de consultorios externos fui testigo de cómo los pacientes con quienes establecí una relación por fuera del grupo, solían omitir en el espacio del tratamiento aspectos de su vida cotidiana, como por ejemplo las formas en que se modificaban las dosis de medicación, la persistencia de sus creencias consideradas delirantes por los profesionales, o las causas de su forzado cumplimiento del tratamiento (para calmar a los padres).

#### **Las decisiones en el contexto de la guardia: lógica de la apariencia**

Las interacciones con los pacientes -tanto para los psiquiatras como para los psicólogos- están condicionadas a partir del tipo de vínculo terapéutico. Es decir, la distinción entre si es un paciente nuevo (que se conoce por primera vez en la entrevista por guardia) o un paciente que el profesional atiende en tratamiento ambulatorio marca una diferencia respecto de cómo se deciden las internaciones. Con los pacientes nuevos se trata de una decisión que se resuelve mediante una sola entrevista. Con los pacientes bajo tratamiento ambulatorio, la decisión deviene en el marco de una relación terapéutica, se manejan otros tiempos, otro conocimiento de la situación del paciente. En esta sección analizo las decisiones de internación en el contexto de la guardia, es decir con los pacientes que se conocen allí. Para ello me valgo de una nota de campo:

Acompañé a J. (el jefe de guardia) en la admisión. Se trataba de un adolescente con su madre. Durante la entrevista estuvieron ambos presentes: madre e hijo, pese a ello J. solo le hablaba a la mamá. Incluso los datos personales del chico. La mamá estaba desesperada, se le notaba en la cara, el hijo en cambio parecía tranquilo. Apenas se formuló la primera pregunta: por qué consultaban, la mujer se largó con su discurso: "ya no puedo más, él no me habla, hace tres semanas que no come, bajó muchísimo, ya no le importa nada". La noche anterior, el cuñado lo encontró en el baño, parece que había preparado unas medias para colgarse (ella no lo dice con todas las letras, pero se deduce).

Al contarlo se quiebra un poco, dice que ella también necesita ayuda de un médico para poder tratar con él. Expresa que había estado presa durante un tiempo, por ello su otra hija se hacía cargo del hijo.

J. le empieza a preguntar a él, qué hace, qué le pasa. Le pide a la madre que salga, así podemos hablar en privado. Contó que su hermana no lo dejaba salir hacía cuatro meses porque creía que todos los chicos del barrio robaban y se drogaban. Admitió haber consumido pegamento en estos días. Eso también lo había dicho la madre. J. la llamó y a ambos les dijo que íbamos a pensar un poco la situación.

Nos fuimos, y él me preguntó que pensaba.

Volvimos a hablar con la madre. J. le dijo que para decidir (sobre la internación o no) necesitaba hablar con la hermana, quien parecía ser la que se hacía cargo del hijo (además que legalmente tenía su tutela). A la mujer no le gustó nada y dijo que "ella era la madre", aunque durante todo su relato hablaba de su hija como la responsable de que el joven no saliera a la calle.

Habrán estado tres horas en la guardia, tal vez más. Fuimos y vinimos, le llevamos agua y galletitas. Él me preguntó si a la gente le daban tranquilizantes. Una mamá de otra paciente lo observaba con compasión. Parecía intrigado. Miraba a todos lados, observaba detenidamente cada cosa que pasaba. Preguntó cuánto tiempo duraban las internaciones.

En este devenir J. pensaba posibles estrategias de intervención. Entre ellas, la cuestión de medicarlo: "está tranquilo, a ver si lo medico y está tomando otra cosa, aparte de consumir poxipol".

Finalmente se estableció hacer un seguimiento al día siguiente por guardia. Con la hermana no nos pudimos comunicar, entonces J. pidió si ella podría concurrir a la guardia, algún día en la semana. Cuando se fueron, la mamá me agarró del brazo y me dijo que ella no había matado a nadie, que no estaba presa por eso, sino por narcotráfico" (nota de campo. Junio de 2007).

Las decisiones por guardia requieren respuestas rápidas sobre asuntos importantes en la vida de las personas. No obstante, como refleja la nota de campo, se dispone de conocimientos relativos y escasos. Entonces, las impresiones adquieren relevancia. En palabras de Goffman (1971):

"El componente expresivo de la vida social como una fuente de impresiones dadas a otros, o recibidas por otros. La impresión fue considerada, a su vez, como una fuente de información acerca de los hechos no manifiestos y como un medio a través del cual los receptores pueden orientar sus respuestas al informante sin tener que esperar que se haga sentir todas las consecuencias de las acciones de éste último. Por lo tanto la expresión fue considerada en función del papel comunicativo que

desempeña durante la interacción social..." (Goffman 1971: 265)

El componente expresivo que rige las interacciones, preside las decisiones de internación en el contexto de la guardia. En el caso descrito, elementos tales como: la tranquilidad del joven, su posibilidad de articular una descripción de los hechos en forma coherente, el relato de la madre preocupado pero no totalmente alarmante (si enfatizaba que él se mataba como un hecho dado probablemente se lo hubiese internado) y la imposibilidad de obtener la versión de la hermana, fueron construyendo la decisión de no internar. Las imágenes respecto de la apariencia de las personas con intenciones suicidas influyeron también en las decisiones. Si hay deseo de muerte, habría algún indicio corporal de angustia. La impronta de las formas de presentación de los pacientes y familiares: cómo describen los acontecimientos, cuál es su actitud corporal, los recursos lingüísticos que utilizan o sus gestos, intervienen de una forma particular: predisponen a decidir de una u otra forma.

Por todo ello, el elemento decisivo en las decisiones es la creencia. Se trata de confiar en una versión de la realidad. En este caso se creyó en la versión del adolescente. La versión de la madre parecía inconsistente. Ante la duda se apostó a un seguimiento por guardia sin internación. En ese proceso de decisión el elemento que se convirtió en sustancial fue el manejo de las impresiones en la interacción. La forma de definir la situación de parte del joven y la carencia de credibilidad de la madre inclinaron una decisión que carece de demasiados elementos y se reduce en última instancia a creer. Vale la pena detenerse en el significado del término creencia. Siguiendo a De Ípola (1997: 8): "Lejos de ser una forma inferior, falaz y, sobre todo, fallida de conocimiento, la creencia es un modo positivo y específico de aprehender el mundo. Positivo, porque su manera de operar no es intuitiva, ni deficiente: el que cree apuesta pero también afirma; no busca suplir con un *ersatz* frugal un saber provisorio o definitivamente ausente. Es específico, por ser distinto de otros modos de aprehensión, aunque su especificidad no sea fácil de circunscribir ni de definir".

La creencia, siguiendo al autor expresa alternativa y conjuntamente la duda y la convicción, la vacilación y la certeza y afirma una certidumbre a la vez que la matiza (De Ípola 1997). Teniendo en cuenta lo expuesto, la creencia sustentada en determinadas apariencias que se despliegan en las interacciones cara a cara, se constituye en una de las bases de las decisiones de internación.

Los aspectos señalados poseen una carga significativa en tanto son recursos centrales en una decisión que se resuelve en una sola entrevista. El mismo peso adquieren las formas de presentación de los familiares



o acompañantes. El profesional recibe esas impresiones, arriesga hipótesis, decide consultar con un colega, si es psicólogo pregunta a un psiquiatra por cuestiones de la medicación, le pide que "lo evalúe", solicita al trabajador social haga también su entrevista, que ras-tree contactos, lugares alternativos, vivienda posible, etc. Una serie de argumentos lo convencen de una u otra opción.

Internar o no internar se resuelve mucho más que por un saber experto, objetivo y científico, por un saber práctico, situacional y contextual que se pone en juego en cada momento. La demanda de respuestas urgentes y la escasez de recursos sociales e institucionales alternativos a la internación configuran el escenario cotidiano de las decisiones de internación.

### **Las decisiones en tratamientos ambulatorios: la lógica del vínculo**

Cuando las decisiones de internación se producen en el marco de un tratamiento ambulatorio por tratarse de decisiones en el marco de una relación terapéutica, parecieran justificarse con mayores elementos, surgen otros marcos interpretativos como vimos con anterioridad respecto de las categorías psicoanalíticas. Por lo general, los profesionales "psi" se definen más seguros en estas situaciones, la internación pareciera caer por su propio peso, no queda otra opción. Se definen como "no internistas" explican que "agotan todas las posibilidades": comienzan a ver al paciente más veces por semana, hablan con la familia, ordenan intensificar el acompañamiento, entre otras estrategias con el fin de evitar la internación. La información etnográfica da cuenta de que en el contexto de tratamientos ambulatorios la internación es una de las últimas estrategias de intervención a las que se recurre. De igual modo, aunque por diferentes razones, en el contexto de la guardia se intenta buscar otras alternativas diferentes a la internación, básicamente porque es frecuente la situación de que no haya camas para internar, lo cual refleja una situación compartida en otros efectores del sistema de salud.

El día de la internación es un momento de intenso ir y venir, "les lleva horas", entrevistas con el paciente, los familiares, esperas, etc. En este proceso adquiere relevancia llegar a un acuerdo con el paciente, pretenden que las internaciones no se produzcan en contra de su voluntad. Ahora bien, en este tipo de decisiones participan también los componentes expresivos ya señalados. Las impresiones, las imágenes, los relatos, adquieren relevancia al momento de decidir una internación psiquiátrica. La diferencia radica en el papel que juegan estos elementos. En el contexto de los tratamientos ambulatorios, las decisiones terapéuticas se enmarcan en una dinámica particular a la que denomino: la lógica del vínculo.

La lógica del vínculo se caracteriza por las características comunes a cualquier relación social donde el componente emocional es sustantivo. Más allá de ser un diagnóstico, el paciente es para el profesional una persona con una historia de vida particular que en algún aspecto lo conmueve generando un particular interés, preocupación, simpatía, admiración, rechazo, cansancio. En ese contexto, la internación resulta una posible consecuencia -no la única- de una relación que sufrió un desgaste y el vínculo terapéutico se vio afectado de alguna manera. Los momentos previos a las internaciones se observa a los profesionales con un cansancio mayor y sentimientos de pérdida de control del tratamiento. Frases como "se desenganchó del tratamiento", "Nos dejó con las manos atadas, no tuvimos otra opción", dan cuenta de cuando el sentido del tratamiento ambulatorio se pone en cuestión. En otros casos, también es posible identificar aspectos propios de la relación terapéutica. Se trata de situaciones donde se produce un nivel de intensidad en el trabajo terapéutico. Pacientes con constantes amenazas de suicidio o que requieren un nivel de atención que excede las posibilidades del tipo de tratamiento.

Son válidas las interpretaciones de Martinho Silva, cuando apunta que la decisión de internar no siempre obedece a una indicación terapéutica: "Se trata de dar de alta a su propio tratamiento, de una desresponsabilización del técnico por la atención en un momento de intensa necesidad de cuidado por parte del usuario" (Silva 2004: 11).

La sensación de desconcierto y descontrol por la que atraviesan en las instancias previas a la internación se vincula a un momento al interior del proceso terapéutico en el cual es preciso redefinir el encuadre de la relación y reconocer qué lugar ocupa cada una de las partes. Se trata de situaciones donde en el espacio del tratamiento se ha producido un quiebre. Siguiendo a Goffman (1982), la interacción es siempre reglada, la conducta del paciente es un hecho público que se vincula con la ruptura del orden social de la copresencia, de la interacción cara a cara. En este caso, el orden social que se quebranta es el tratamiento, o al menos éste es uno de los espacios donde la conducta del paciente cuestiona las reglas de la interacción social. Es el caso de L. un paciente que durante tres años fue atendido por el mismo equipo tratante, psiquiatra y psicóloga. Durante ese tiempo, sólo fue internado en dos oportunidades por unos pocos días, los motivos de internación se vincularon al exceso de alcohol, o amenazas de muerte.

"Él sabía que las amenazas están por fuera de nuestro contrato de palabra, además le da mucha importancia al cumplimiento de los acuerdos en el tratamiento" refería la psicóloga, a razón de su última internación. Del mismo modo, S., una paciente que recién empezaba un tratamiento ambulatorio en el

hospital fue advertida por su equipo tratante sobre la posibilidad de suspender el tratamiento si no moderaba sus constantes actitudes agresivas con los profesionales en cuestión.

El caso de M., el cual pude seguir de cerca durante el trabajo de campo, muestra como se va produciendo un desgaste al interior del tratamiento ambulatorio. Durante varios meses previos a la internación ella comenzó a tener más problemas que lo habitual con su madre, a eso se sumó como agravante las discusiones con otros pacientes. La agresividad verbal hacia su madre fue aumentando al tiempo que las amenazas de muerte. Paulatinamente su equipo tratante fue perdiendo el rumbo del tratamiento. El desconcierto, el cansancio por la demanda continua de M. para que la liberen de la violencia de su madre y la concreta imposibilidad de solucionar los problemas de los pacientes con los escasos recursos con los que cuentan los profesionales, fueron configurando la ruptura del tratamiento ambulatorio. La internación, entonces, si bien justificada a partir de la descompensación de la paciente, podría decirse que fue el resultado de un proceso de desconcierto de cómo intervenir en el sufrimiento de M., cómo también, del cansancio producto de un vínculo terapéutico que comenzó a ser ineficiente.

El acto de la internación renueva la división entre ellos-nosotros, sanos-enfermos y reconstruye los términos de poder en los que se define la relación terapéutica. En este punto ordena el proceso terapéutico que había llegado a una situación de desborde.

Más allá de los intentos por establecer relaciones democráticas entre profesionales y pacientes, las decisiones de internación refuerzan la función de etiquetamiento de la práctica psiquiátrica. Tal como lo expresa Menéndez (1979), la práctica psiquiátrica está atravesada por la necesidad de un mínimo de codificación que emerge funcionalmente en toda práctica. Las decisiones de internación se convierten en momentos donde se efectivizan las funciones de clasificación y etiquetamiento revelando cómo los discursos "psi" se constituyen como dispositivos de poder antes que criterios de saber (Foucault 2005).

Enojados, decepcionados, "pacientes difíciles" que llevan a sus propios análisis, a las supervisiones, a sus casas y vidas personales, presentan en ateneos, discusiones de pasillo, pases de sala, la dimensión emocional de la práctica clínica se acentúa en los momentos previos a decidir una internación. No obstante, no se reconoce como un elemento que intervenga en las decisiones clínicas, lo cual soslaya la tensión entre las dimensiones cognitivas y emotivas de la intervención.<sup>7</sup>

En general, cuando los profesionales "psi" admiten la cuestión emocional en sus prácticas, lo hacen en

términos negativos, visualizan sus emociones como aspectos intrusivos en el proceso terapéutico. Hablan de involucrarse demasiado, no poder mantener la distancia óptima. Otras veces explican sus emociones en términos de "contratransferencia". Sus propios sentimientos les informan acerca del perfil psicopatológico del paciente constituyen un elemento más en el diagnóstico. Sin embargo, la cuestión emocional va más allá, se trata del trabajo persistente e intencionado que realizan sobre sus "sí mismos" en tanto terapeutas. Psiquiatras y psicoanalistas componen un personaje ante los pacientes donde el trabajo sobre sus propias emociones cobra importancia. Se trasluce en una determinada postura corporal, una hexis corporal, en la que intervienen ciertos modos de modular la voz, la mirada, el tono, los usos del silencio, el consuelo, la actitud paternalista, la actitud de par, entre otros roles que asumen como parte de la escena terapéutica. Los psicoanalistas lo llaman "el semblante" (lo que da cuenta de esta apariencia trabajada). Al respecto se produce una reconfiguración de ciertos tonos emotivos en virtud de convertirlos en instrumentos de intervención que se expresan en las decisiones de internación y que construyen los vínculos con los pacientes. El manejo de las impresiones de sí mismo que acusa Goffman (1963, 1971)<sup>8</sup> como uno de los aspectos centrales en las situaciones de copresencia, muestra su dinamismo en las relaciones terapéuticas. Los profesionales mediante el recurso del semblante, los pacientes, a través del manejo discrecional de la información, encuentran formas de generar las impresiones de sí mismos más afines a sus intereses en las situaciones de interacción, esto ocurre en tanto las acciones de cada individuo son siempre comunicativas. Sin embargo, más allá de los intentos por definir las situaciones que efectúan pacientes y profesionales, el mismo autor advierte que algunas situaciones presentan una estructura interactiva más determinista que deja poco espacio a las estrategias negociadoras de los individuos (Goffman 1984). Las situaciones de interacción entre profesionales "psi" y pacientes psiquiátricos son unas de ellas.

## CONSIDERACIONES FINALES

En este artículo describí y analicé los procesos de decisión que anteceden a la internación psiquiátrica a partir de analizar los argumentos psicoanalíticos acerca de la pertinencia de la internación como estrategia terapéutica. Mostré que la internación adquiere un sentido particular para los profesionales "psi" independiente de un análisis de la peligrosidad para sí o para terceros, criterio médico-legal de internación psiquiátrica. La búsqueda de "un movimiento subjetivo" o la indicación de internación a partir de considerar que las bases del tratamiento ambulatorio han sido

socavadas a partir de la ruptura de la confianza en el contrato de palabra muestran la articulación saber-poder en un contexto hospitalario.

Las interpretaciones de los psicoanalistas son intentos de traducir al lenguaje psicoanalítico los acontecimientos caóticos que forman parte de los sufrimientos cotidianos de los pacientes, a los que los profesionales se ven obligados a dar respuestas. Como resultado, a partir de un énfasis en las determinaciones individuales, suelen desconocer el carácter sociocultural de las experiencias de los pacientes. Asimismo las modalidades del vínculo terapéutico son aspectos determinantes en las decisiones de internación. La lógica de la apariencia en las decisiones por guardia y la lógica del vínculo en los tratamientos ambulatorios, son características de la interacción social que enmarcan las decisiones de internación.

Mediante este artículo sugiero una lectura de la dinámica de las internaciones y del contexto de las decisiones de internación dirigida hacia la institución y la conformación de sus saberes y prácticas, en vez de la psicopatología de los pacientes como causa de la llegada a la internación. En definitiva, las decisiones de internación se producen a partir de una serie de factores que no responden necesariamente a los discursos y prácticas "psi" en tanto saberes objetivos. Internar o no internar se resuelve a través de un saber práctico, situacional y contextual que se pone en juego en cada momento.

#### REFERENCIAS CITADAS

- Appelbaum, P. y R. Hamm  
1982 Decision to seek commitment: psychiatric decision making in a legal context. *Archives of General Psychiatry* 31: 355-362.
- Bindman, J., Y. Reid y J. Szmukler  
2005 Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiologic* 40: 160-166.
- Bonet, O.  
2004 *Saber e Sentir: uma etnografia de aprendizagem da biomedicina*. FioCruz, Río de Janeiro.
- Castel, R.  
1980 *El psicoanalismo. El orden psicoanalítico y el poder*. Siglo XXI, Madrid.
- Conrad, P.  
1982 Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En *La política de la salud mental*, compilado por D. Ingleby, pp. 129-154. *Crítica*, Barcelona.  
2007 *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- De Ípola, E.  
1997 *Las cosas del creer. Creencia, lazo social y comunidad política*. Ariel, Buenos Aires.
- Duarte, L.  
2003 The notions of the person and the individual in the experience of health and illness. *Ciência, saúde coletiva* 8 (1): 173-183.
- Estroff, S. E.  
1981 *Making it crazy*. University of California Press, Londres.
- Figueira, S. (organizador)  
1980 *Psicanálise e ciências sociais*. Francisco Alves, Río de Janeiro.
- Folino, O. y E. Franklin  
2004 Nuevos aportes a la evaluación del riesgo de violencia. *Med Unab* 7 (20): 99-105.
- Foucault, M.  
2003 *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada clínica*. Siglo XXI, Buenos Aires.  
2005 *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Freidson, E.  
1978 *La profesión médica*. Península, Barcelona.
- Goffman, E.  
1963 *Behavior in Public Places. Notes on the Social Organization of Gatherings*. McMillan, Glencoe [1959] 1971 *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu, Buenos Aires.  
1982 *Interaction Ritual*. Anchor Books, Nueva York.  
1984 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Good, B.  
1994 *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press, Nueva York.
- Glover, G., G. Arts y K. Suresh Babu  
2006 Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *The British Journal of Psychiatry* 186: 441-445.
- Guber, R.  
2001 *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Norma, Buenos Aires.
- Gunnel, D., K. Hawton, D. Ho, J. Evans, S. O'Connor, J. Potokar, J. Donovan y N. Kapur  
2008 Hospital admissions for self harm after discharge from psychiatric inpatient care: cohort study. *British Medical Journal* 337: 2278-2290.
- Hendrix, M. y R. Barbara  
1997 Psychiatric hospitalization decision making by CMHC Staff. *Community Mental Health Journal* 33 (1): 63-73

- Illich, I.  
1978 *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Joaquín Mortiz, México.
- Kaplan Daniels, A.  
1975 Advisory and Coercive Functions in Psychiatry. *Sociology of Work and Occupations* 2 (1): 55-78.
- Kirmayer, L.  
1987 Languages of suffering healing: Alexithimtyia as a Social and Cultural process. *Transcultural psychiatry* 24: 119-136.  
2003 Asklepian dreams: The Ethos of the Wounded Healer in the Clinical Encounter. *Transcultural Psychiatry* 40 (2): 248-277.
- Kleinman, A.  
1988 *The illness narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books, Nueva York.  
1995 *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine* University of California Press, Berkeley.
- Lakoff, A.  
2005 *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge University Press, Nueva York.
- Menéndez, E.  
1979 *Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. Nueva Imagen, México.
- Oliveira, W. y P. Dorenles  
2005 Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo com a vida da cidade. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* 2: 13-44.
- Plotkin, M.  
2003 *Freud en las pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Sudamericana, Buenos Aires.
- Rabinowitz, J., A. Massad y S. Fenning  
1995 Factors influencing disposition decisions for patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services* 46: 712-718.
- Rosenhan, D.  
1973 On being sane in insane places. *Science* 179: 250-258
- Russo, J.  
1987 A difusão da psicanálise nos anos 70, indicações para uma análise. En *Sociedade Brasileira Contemporânea. Família e Valores*, organizado por I. Ribeiro, pp. 189-205. Edições Loyola, San Pablo.  
1991 O lacanismo e o campo psicanalítico no Rio de Janeiro. En *Anuário Brasileiro de Psicanálise*, organizado por D. Ropa, pp. 91-94. Relume Dumará, Río de Janeiro.
- Silva, M.  
2004 Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial. Tesis de Maestría inédita. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Río de Janeiro, Río de Janeiro.
- Slagg, N.  
1993 Characteristics of emergency rooms patients that predict hospitalization or disposition to alternative treatments. *Hospital and Community Psychiatry* 44: 252-256.
- Somoza, E. y J. R. Somoza  
1993 A neutral network approach to predicting admission decisions in a psychiatric emergency room. *Medical Decision Making* 13: 273-280.
- Vezetti, H.  
1996 *Aventuras de Freud en el país de los argentinos: de José Ingenieros a Enrique Pichón Riviere*. Paidós, Buenos Aires.
- Visacovsky, S.  
2002 *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Alianza, Buenos Aires.  
2008 Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino. *Antípoda* 6: 91-111.

#### NOTA

- 1.- Abordadas en la tesis de maestría. "Prácticas y Discursos "psi" en torno a las internaciones. Etnografía de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires". Tesis de Maestría en Investigación en Ciencias Sociales, UBA.
- 2.- El hospital cuenta con 86 camas para internar pacientes distribuidas de la siguiente manera: 16 en el servicio de guardia, 30 en la sala de mujeres, 20 en la sala de varones y 20 en la sala de adolescencia. No obstante, dado que los pacientes ingresan por la guardia, es según la dotación de dicho servicio donde se considera si hay lugar o no para internar en el hospital.
- 3.- De aquí en más, las frases entrecomilladas pertenecen a los informantes.
- 4.- La noción de "trabajar" alude al trabajo psíquico, el cual se motiva a partir de la técnica psicoanalítica de la asociación libre que insta al paciente a que se abandone a sus pensamientos espontáneos. En las situaciones etnográficas, los pacientes que producen recuerdos, asociaciones entre los hechos de su vida y la infancia, reflexiones en tanto a sus mismos, son quienes se consideran "buenos pacientes".
- 5.- El concepto de transferencia refiere al proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. "La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno

en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la Instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia" (Diccionario de conceptos, términos, y personalidades en Psicoanálisis).

6.- Énfasis del autor.

7.- Bonet (2005) cuando plantea que la biomedicina se presenta como una de las múltiples posibilidades para tratar

un problema general de nuestra cultura, la relación entre las dimensiones cognitivas y emotivas. El autor se pregunta cómo la biomedicina lidia teóricamente con esa tensión y cómo los residentes la enfrentan y la vivencian.

8.- La primera regla situacional consiste en la «gestión disciplinada de la propia apariencia o fachada personal (Goffman 1963: 27).

