

VII CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSIQUIATRIA

RELATOS DE LA FEDERACION ARGENTINA DE PSIQUIATRAS

"REALIDAD Y PERSPECTIVAS DE LA PRACTICA PSIQUIATRICA"

- a) Aspectos Institucionales
- b) Docencia
- c) Práctica Privada

PUNTA DEL ESTE, DICIEMBRE DE 1972

REALIDAD Y PERSPECTIVAS DE LA PRACTICA INSTITUCIONAL DE LA PSIQUIATRIA
EN LA REPUBLICA ARGENTINA

El análisis de la realidad y las perspectivas de nuestra práctica psiquiátrica en las instituciones asistenciales de la República Argentina debe partir de una caracterización de:

- 1ª - La estructura económicosocial, política y sanitaria de la cual las instituciones forman parte.
- 2ª - Los roles explícitos (asistenciales) e implícitos (ideológicos) de esas instituciones que son funcionales para esa estructura.
- 3ª - El papel de los psiquiatras y, en general, de los trabajadores de la salud mental y las posibilidades y límites de su acción.

1ª - Tratándose de una audiencia latinoamericana, las referencias a la realidad económicosocial, política y sanitaria de nuestro país no sólo se justifican como marco de nuestras opiniones sobre el campo específico de las instituciones psiquiátricas, sino que apuntan a una mejor comprensión de los problemas comunes que afectan esta parte del continente y de los rasgos distintivos que existen en cada uno de nuestros países.

La realidad económicosocial y política

La Argentina posee 2,8 millones de Kms² de extensión con una población de alrededor de 25 millones de habitantes de los cuales 8 millones se concentran en la Capital Federal y sus alrededores. En un país conocido por sus enormes recursos potenciales, las realidades son pobres y contradictorias. Hay inmensas áreas de despoblación, de hambre, de elevadísima mortalidad infantil.

En la estructura económico-social argentina se encuentra la clave de la aguda contradicción que nos ha conducido al estancamiento, la desnacionalización múltiple (económica, política, militar, ideológica) y al marginamiento respecto a las naciones más avanzadas. Tres rasgos caracterizan dicha estructura: 1) dependencia 2) latifundismo 3) desarrollo capitalista frenado y deformado por las limitaciones

que le impone la dependencia y el latifundismo. Respecto de la dependencia daremos sólo un ejemplo: el tablero de mando de la economía argentina está controlado por grandes monopolios extranjeros. El 1% de los establecimientos industriales concentra el 60% de la producción. De las primeras 10 empresas del país, 8 son monopolios internacionales. Entre ellos: Fiat, Shell, Esso, Ford, General Motors, Swift, Ika Renault. En cuanto al latifundismo el 5,8% de los establecimientos de más de 1.000 hectáreas tiene el 74% de la tierra (130 millones de Has.). La explotación es atrasada, casi no hay inversiones en las estancias. Además arriendan tierra en especie y dinero a los agricultores. En el campo argentino no hay feudalismo puro. No hay economía cerrada ni autosuficiente. Sin embargo el latifundio es un resabio semifeudal, así como lo es el arriendo y sus formas atrasadas. El latifundio es la base física de la aristocracia terrateniente, de su poder económico y político. Es el obstáculo principal, junto a los monopolios extranjeros para el desarrollo económico y el progreso social. Es la base del hambre de tierra de la población. Es la fuente de la miseria, de la despoblación campesina, del analfabetismo, de la mortalidad infantil y el éxodo rural. No es solo culpable de la crisis agraria en la otrora famosa estancia y granero del mundo, sino de la estrechez del mercado interno para la industria. El desarrollo capitalista es importante pero está frenado por la base de industria pesada que le falta. En segundo lugar porque carece de un fuerte mercado interno donde proyectarse. El 20% de la población más pobre tiene sólo el 5% del ingreso. El 5% del grupo superior tiene el 31,2% del ingreso. En los últimos 20 años el porcentaje de la Renta nacional que reciben los asalariados ha disminuido del 50% al 39%.

La tasa de inflación llegará este año a casi 100%. La desocupación se calcula en 1.000.000. La deuda externa es una de las más grandes del mundo: 5.800 millones de dólares.

Mientras tanto se sabe que la oligarquía y la alta burguesía han sacado del país y depositado en el extranjero alrededor de 10.000 millones de dólares, suma astronómica que se acerca a los fondos de la Reserva Federal de U.S.A.

El empeoramiento constante de las condiciones de vida, reflejo de la crisis general del sistema, ha llevado a los trabajadores y a sectores cada vez más vastos

del pueblo a organizarse y luchar en forma masiva como lo demuestran los ejemplos de los Cordobazos y las acciones populares en Mendoza, Malargüe, Gral. Roca, Rosario, Tucumán y otras partes del país. Simultáneamente, el poder político, en manos desde 1966 de la dictadura militar, ha emprendido una escalada de violencia represiva que intenta apoyarse en un voluminoso conjunto de leyes y reglamentaciones especiales. Cada vez más ciudadanos pasan por las cárceles, las torturas, los secuestros, habiéndose llegado finalmente a la eliminación masiva de presos políticos. Señalemos aquí que las condiciones infrahumanas que padecen los detenidos ha hecho que la F.A.P. incorpore a su programa de reivindicaciones inmediatas, la protección y asistencia de la salud mental de todos los presos políticos y gremiales.

Por otra parte, se manobra desde el gobierno para realizar pactos políticos que hagan de las próximas elecciones un continuismo para mantener la actual estructura de privilegio de una clase y el empobrecimiento masivo de las demás.

La realidad sanitaria

Partimos en su análisis de dos premisas básicas.

a) La salud y la enfermedad del hombre, así como el hombre mismo no deben ser mercancías y por lo tanto, nunca deberían ser motivos de lucro. Coherentemente con la existencia del derecho social a la salud, se deriva la obligatoriedad para el Estado de garantizar ese derecho asegurando los recursos económicos, humanos y técnicos necesarios.

b) La situación sanitaria es reflejo por una parte, de las condiciones de vida de la clase obrera y el pueblo y por otra, de la política sanitaria oficial.

En nuestro país las condiciones sanitarias de la población están estancadas o en franco deterioro. Se mantienen enfermedades que deberían ser un recuerdo del pasado (paludismo, fiebre tifoidea, rabia, poliomiелitis). Otras como el Chagas, la tuberculosis, la hidatidosis, muestran a las claras con su abrumadora presencia el menoscabo de las condiciones de vida. Quizás las más dramáticas cifras son las que expresan la elevación de la tasa de mortalidad infantil en los últimos años, dato consignado por las estadísticas oficiales a pesar del retraso con que

se publican y del subregistro que las distorsionan. Frente a esta situación existe una carencia de políticas sanitarias por parte del gobierno pero tal carencia oculta paradójicamente la presencia de una política encaminada a desentender al Estado de sus obligaciones para con la salud de nuestro pueblo. Tomamos como indicadores de esa política:

- La incidencia decreciente en el Presupuesto Nacional de las erogaciones en Salud Pública:

AÑOS	1966	1971	1972
DEFENSA	13,38%	14,66%	14,80%
SEGURIDAD	<u>3,93%</u>	<u>4,23%</u>	<u>3,60%</u>
	17,31%	18,89%	18,40%
SALUD PUBLICA	3,08%	2,30%	1,90%

- La desjerarquización del Ministerio de Salud Pública que ha pasado a ser Subsecretaría del Ministerio de Bienestar Social.

- La tendencia a la privatización de los hospitales, promovida por la Ley 19337, que bajo la consigna de la descentralización hospitalaria acentúa la política de arancelamiento directo o indirecto de los servicios y hace "engordar" artificialmente los escuálidos hospitales con el aporte directo de los pacientes, o indirectamente, a través de los contratos con las mutuales de obreros y empleados.

- El estímulo estatal a la anarquía de los tres sistemas (hospitalario, mutualizado y privado) que coexisten y que han llegado a ser incompatibles entre sí en el plano médico, financiero y de la planificación.

- La creación de un complicado cuerpo de decretos y leyes que se superponen, contradicen y anulan unas a otras: ley 17102 de "hospitales de la comunidad", ley 18610 de creación del INOS, ley 19302 de servicios sociales para jubilados, ley 18912 derogada por la reciente ley 19710, etc., etc. Los resultados más evidentes de esta legislación son:

- a) el desplazamiento de la financiación del sector asistencial público a los usuarios a través del rodeo de las obras sociales, que recogen sumas astronómicas del salario de los trabajadores (2% directamente y 2%

- en forma indirecta);
- b) las obras sociales y mutuales, a través del INOS y de la ley 19710, contribuyen a la financiación y al enriquecimiento del sector privado, constituido por "entidades comerciales" de la salud, por los dueños de policlínicos y de sanatorios que, a su vez, explotan la "mano de obra barata" de los médicos que emplean;
 - c) el manejo político de la organización de la asistencia médica del país por parte del Ministerio de Bienestar Social y el Ministerio de Trabajo que se erigen demagógicamente en árbitros de situaciones sanitarias, médico-gremiales, etc., y que ejercen el control sobre los jerarcas sindicales a través del manejo de los fondos mutuales.

La realidad sanitaria en salud mental

- En el contexto de las necesidades de salud, acentuadas por la situación económico-social y política, se advierte la falta de un plan de salud en general y más aún de un plan de salud mental.

- Frente a esta situación, las estimaciones realizadas sobre la base de estudios epidemiológicos parciales indican que el 1/5 de la población está necesitada de atención en salud mental por la alta incidencia de neurosis, trastornos psiquiátricos infanto-juveniles y de la ancianidad, alcoholismo y crecida prevalencia de psicosis y demencias.

- La política tradicional de salud, que ve en la psiquiatría una especialidad de bajo rendimiento, destinada a aislar al enfermo de la sociedad, no puede enfrentar ni resolver esta ingente demanda que transforma a la salud mental en un problema altamente prioritario.

- El análisis de los recursos físicos, humanos y financieros demuestra la inexistencia de una planificación coherente que responda en cantidad suficiente y en calidad adecuada a los requerimientos actuales.

- Existe una mala cobertura de la demanda real y un encubrimiento de la demanda potencial.

- Los sectores de población sujetos a mayor riesgo, los niños (29% de la po-

blación de 0 a 14 años), los ancianos (8,3% de la población de más de 65 años) y las poblaciones marginales están desprovistos, en la práctica, de asistencia en salud mental.

- Los servicios, en particular los hospitales psiquiátricos, funcionan precariamente en instalaciones en general obsoletas.

- Los recursos humanos son insuficientes en número (escasez de profesionales y de auxiliares técnicos), careciéndose de planes racionales y suficientemente amplios de capacitación.

- Los recursos financieros, crónicamente insuficientes y mal distribuidos, han sido devorados por el proceso inflacionario: al promediar el año los establecimientos agotan sus partidas presupuestarias.

- La calidad de las prestaciones es pobre, limitándose en los hospitales psiquiátricos al cumplimiento de una función custodial y a la administración de terapias biológicas y psicofármacos (cuando los hay) y, en los servicios externos, a algunas entrevistas luego de largas listas de espera. Este panorama no varía, en lo fundamental, por la existencia de servicios aislados donde, con grandes dificultades, se intenta aplicar métodos terapéuticos avanzados.

LA DEMANDA EN SALUD MENTAL

En nuestro país asistimos en los últimos años a un notable incremento de la demanda social de asistencia mental. Sin entrar a detallar los orígenes de esa demanda, señalemos que al menos dos factores han incidido notablemente: 1ª) El desarrollo distorsionado de nuestra economía, dependiente de los grandes capitales extranjeros, EE.UU. fundamentalmente, que ha llevado a una pauperización progresiva y al éxodo de los campesinos hacia las villas miserias de los cinturones urbanos, agregando al problema de la migración y el desarraigo, la enorme desocupación y el crecimiento de la llamada población marginal. A estas consecuencias agreguemos el ritmo alienante de las grandes ciudades, donde al trabajo de la mujer se le suma el doble empleo del hombre, paliativos de un deterioro de la economía familiar que no parece tener límites. 2ª) En segundo lugar la situación mencionada ha llevado a

sus extremos, fundamentalmente en las ciudades, la lucha cotidiana del hombre contra el hombre, sumergiéndolo en un clima competitivo que ha pasado a ser aceptado como el contexto mismo de la vida y la locura, hecho captado ya en los refranes populares. La familia ha sentido el golpe, y asistimos así al desmoronamiento de esa estructura básica humanizante, sin que sea reemplazada por una situación social de seguridad.

Los efectos psicopatológicos de estos factores sociales resultan evidentes y son material de nuestros consultorios y hospitales.

Numerosos autores atribuyen el aumento de la enfermedad mental al desarrollo tecnológico, y los incluyen en el llamado "costo social del progreso", ocultando de ese modo que es la distorsión del desarrollo tecnológico, orientado mercantilísticamente a explotar cada vez más al obrero, y el antiprogreso de la organización social de clases lo que en realidad está detrás de todo esto.

Es así como esta situación social y económica tiene su inscripción en el campo de la psiquiatría en una verdadera eclosión de técnicos en Salud Mental: psicólogos, médicos, terapeutas, asistentes, etc.; que también incorporan nuevas técnicas psicológicas. Pero dejemos bien claro que no ha crecido la psiquiatría de ese modo, han crecido los técnicos que la aplican y que la han instrumentado en el campo social, sin que, en lo fundamental, nuestra ciencia haya cambiado en su fundamentación teórica; querrámoslo o no los psiquiatras hemos sido llevados con nuestra ciencia al mercado de la oferta y la demanda de una sociedad centrada en el consumo.

En suma pensamos que el notable aumento de los desórdenes mentales es un problema de orden económico-social y que encomendar a los psiquiatras y psicólogos su solución es esconder y limitar los verdaderos alcances del mismo.

2^a - La estructura asistencial y las instituciones en Salud Mental

Toda la organización en Salud Mental está basada en la demanda social. En nuestro país el Estado da la respuesta mínima a esa demanda anulando la posibilidad de una verdadera e integral prevención primaria. La prevención secundaria está basada en el Hospital Psiquiátrico y las Colonias, y prácticamente no existe

prevención terciaria, aunque ese sea el fin teórico de las Colonias.

Hablar en la Argentina de los cuidados en Salud Mental es hablar casi exclusivamente de las Instituciones que asisten a los ya enfermos.

Simplificando podemos separar tres grupos de Instituciones: 1^a) Las que se ocupan de problemas sociales y cuentan con algún tipo de prestación psiquiátrica: Hogares para Ancianos, (no hay servicios de Gerontopsiquiatría) Hogares de Menores, Colonias para Oligofrénicos, Reformatorios (Cárcel de menores) y Penitenciarias. En ellas por lo general solo se atienden las emergencias, o sea se trata solamente de segregar o adaptar al o a los miembros de esos grupos internados que por su conducta perturben el funcionamiento de la Institución. Aquí la función psiquiátrica y la custodial están fundidas. 2^a) Instituciones de rehabilitación de menores, Colonias para alienados, etc. que deberían realizar la prevención terciaria y que en la práctica son lugares de almacenamiento de enfermos. Valga como ejemplo una Colonia en la provincia de Entre Ríos que no tiene psiquiatra o la Colonia de Oliva que tiene 8 psiquiatras para 2.600 camas, totalmente ocupadas. 3^a) Las instituciones asistenciales como los Centros de Salud Mental, los Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y los Hospitales psiquiátricos. Nos detendremos en su respectiva caracterización.

CENTROS DE SALUD MENTAL

Son unas pocas instituciones psiquiátricas de creación relativamente reciente concentradas en el área de la Capital Federal que tienen como características fundamentales no estar incluidas en un hospital general, no tener servicio de internación y ampliar la atención de consultorios externos por medio de un departamento de promoción y prevención de la salud mental, destinado a desarrollar programas en la zona donde están incluidos. Estos servicios intentan funcionar en líneas generales dentro de una concepción psiquiátrica que por sus métodos y técnicas se las define como no tradicional.

Estos centros suelen ser definidos, incluso por sus propios integrantes, como "servicios vidriera", definición ésta que en muchos casos no hace justicia a

las intenciones ni a los esfuerzos de quienes trabajan en ellos, pero que alude no tanto a la caracterización de los esquemas técnicos que se intenta aplicar sino a las dudas acerca del cumplimiento de objetivos asistenciales significativos para el grueso de la población.

Con frecuencia la cobertura asistencial psiquiátrica que presta este tipo de organismos resulta selectivamente destinada a un tipo de paciente perteneciente a capas socioeconómicas que habitualmente son tributarias de la asistencia privada, ya que estos centros transmiten una imagen que crea expectativas asistenciales principalmente en sectores ligados a determinada "cultura psicológica": profesionales de la psiquiatría, el psicoanálisis, la psicología, sociología y el medio universitario en general. Esto explica el predominio de un tipo de población no sólo de pacientes sino también de profesionales que tiene expectativas, los primeros en relación a ser atendidos y los segundos a integrar los cuadros técnicos. Todo esto tiende a privilegiar una determinada modalidad terapéutica próxima a los esquemas referenciales de la práctica privada, lo cual contribuye a aumentar el valor que se le asigna a estos servicios como oportunidad de capacitación, puesto que este aprendizaje es fácilmente revertible al consultorio privado. Es por todo esto que lo asistencial puede resultar en ocasiones sólo un epifenómeno del adiestramiento, sin que esto señale un deterioro de la calidad asistencial sino que reafirma el carácter selectivo de la misma. Y, en la medida en que en algunos equipos se dedican más horas a la capacitación que a la atención de pacientes, a lo selectivo se agrega lo limitado.

Lo anterior se refiere principalmente al aspecto asistencial. Las otras actividades, las de prevención constituyen quizá la idea central con que se organizan estos centros, aunque no puede decirse que en este momento existan programas que hayan alcanzado un gran desarrollo efectivo.

Una característica típica de estos centros es el haber institucionalizado la asamblea deliberativa como operación importante en el funcionamiento del servicio. Otra particularidad es la tendencia a romper las prioridades que habitualmente se les asigna a los médicos como agentes de salud. Un equipo integrado por psicólogos y médicos puede estar coordinado por una asistente social.

Como síntesis final puede decirse que estos centros constituyen en sí un intento de introducir nuevos recursos y cambios en el campo asistencial, pero que pesan sobre este intento diferentes amenazas. Por ejemplo, pueden encontrarse fluctuando entre alternativas tales como prolongar la etapa vidriera de planificación y funcionamiento restringido o enfrentar el riesgo de improvisar operaciones no tradicionales. Una disyuntiva más amenazante aún es la de optar entre la prudente autocensura que convencionaliza los programas o enfrentar el riesgo de provocar reacciones represivas cuando la profundización de estos programas los transforme por simple confrontación en denuncia de las negativas condiciones dadas en el ámbito de la salud pública.

SERVICIOS DE PSICOPATOLOGIA EN HOSPITALES GENERALES

Lo más evidente y característico en un servicio de este tipo es descriptivamente lo siguiente: concurre un nutrido elenco de especialistas que van cambiando continuamente, se consideran "antiguos" los que llevan tres o cuatro años. Se cuenta con un pequeño número de rentas que, a su vez, son de escasa monta. El espacio físico es también muy escaso y las soluciones ideadas para la utilización del más mínimo pasillo a fin de convertirlo en un consultorio o en varios deberían figurar entre los prodigios de la arquitectura criolla, junto con las villas miserias. En muchos casos se prescinde de paredes o tabiques y simplemente hay que imaginar que un pasillo largo está dividido en varias zonas ecológicas habitadas por cada terapeuta con su paciente.

Quizás por ser instituciones con más tradición que las anteriormente descritas (los Centros de Salud), resulta más difícil caracterizar singularmente a un servicio de psicopatología de un hospital general. Sin embargo, esta dificultad originada en la imagen más o menos tradicional de un servicio hospitalario constituya quizás su principal característica, en la medida en que esta misma tradición se refleja en los propios integrantes, quienes tienden a asumir una modalidad que se hace evidente cuando se los confronta con la actitud "más nueva" que se observa en un servicio organizado como centro de salud, sobre todo si se tiene en cuenta que en estos últimos las condiciones de espacio físico son más favorables y,

por lo menos durante un tiempo, mantienen la sensación de estar intentando el desarrollo de programas diferentes de los tradicionales.

Uno de los factores que más gravitan es el gran peso que tiene el entorno tradicional hospitalario sobre los servicios de psiquiatría, que en general no terminan de ser aceptados, sobre todo cuando la ideología terapéutica y las pautas organizativas entran en conflicto con las sancionadas por el resto de los servicios de un hospital general. Una forma cotidiana de presión está representada por las admisiones cuando éstas escapan a los criterios y posibilidades del servicio de psicopatología y vienen sobredeterminadas desde afuera. Son ejemplos de esta situación tanto la internación desde la guardia hospitalaria de una oligofrenia profunda totalmente inadecuada a las posibilidades del servicio, como la utilización del servicio de psicopatología por el resto del hospital como vaciadero o contención de pacientes con indefinidas causas "nerviosas" de enfermedad.

El primer caso constituye de hecho una forma de ataque, el segundo es un problema técnico de interconsulta y derivación, cuyo estudio y manejo caería más adentro de la responsabilidad del área psiquiátrica. Lo cierto es que temas tales como criterios de admisión, de salud y enfermedad y especialmente de alta, constituyen grandes problemas teóricos y prácticos que se hacen muy agudos en un servicio de psicopatología de hospital general, quizás porque aparecen más confrontados con los criterios de curación supresivos habituales en la clínica médico-quirúrgica del hospital.

EL HOSPITAL PSIQUIATRICO

En esta institución encontramos en un corte transversal, un condensado contradictorio de estructuras y funciones cuyo sentido para ser desentrañado debe buscarse históricamente y en su función actual dentro del sistema. Ambas lecturas son complementarias e indispensables.

En esta óptica es que debemos considerar, por ejemplo, dos funciones aparente y/o realmente contradictorias del hospital psiquiátrico actual: la función custodial y la asistencial.

La función custodial es útil al sistema y por eso se mantiene: un grupo hu-

mano es segregado, excluido, ya que, alejado del sistema de producción social, su puestamente debido a la enfermedad mental, la sociedad misma no sabe qué hacer con él más que excluirlo (o exterminarlo si es coherente hasta sus últimas conse cuencias como en el régimen nazi). Pero esta exclusión sólo puede entenderse (ya que la sociedad podría haber elegido cualquier otra alternativa) en el contexto histórico de la emergencia del manicomio en la alta Edad Media y comienzos del desarrollo de la burguesía.

Otro tanto cabe decir de la función asistencial. La medicina en el siglo XIX se caracterizaba por el desarrollo de la tecnología (instrumental) y por la aparición del racionalismo y el positivismo médicos. Influida por el humanismo heredero de la Revolución Francesa (principio altamente reconocido de la ideología del médico), se transforma a la vez en agente recuperador de la fuerza de trabajo humana en el proceso de producción (principio altamente desconocido de la ideología médica). Esa ideología médica curativa, asistencial, penetra así, a comienzos del siglo XIX aún en los manicomios y desde entonces la función custodial y la asistencial aparecen curiosamente amalgamadas hasta el punto que una de las ideas básicas de todo psiquiatra en épocas no lejanas era la de que "los enfermos mentales para ser tratados debían estar internados en un hospital psiquiátrico" -como dicen los certificados de alienación- "para su seguridad y tratamiento".

A la función custodial del hospital psiquiátrico le es inherente el concepto de eficacia médica. Este concepto en realidad tiene un doble sentido: por una parte el bien conocido de lograr en el menor tiempo el máximo de acción médica para el logro de la recuperación de la salud. Pero por otra parte el criterio de efi cacia, en el hospital psiquiátrico como en las otras instituciones, en particular en las empresas del sistema, es un criterio fundamentalmente de tipo económico; se trata de lograr el máximo de rentabilidad en función de los recursos disponibles.

Esta paradoja se expresa, entre otros ejemplos posibles, en el destino de los enfermos crónicos y agudos del hospital psiquiátrico.

El manicomio es una institución de la pobreza; se maneja en una economía de escasez relativamente al margen de la posible prosperidad del sistema social y co mo resultado de su vieja herencia custodial. En las condiciones de crisis económi

co-social del sistema actual, su margen de seguridad estrecho desaparece y la pobreza se transforma finalmente en miseria.

En este contexto empobrecido los recursos financieros (que condicionan los recursos humanos y técnicos) se canalizan aún más con el criterio ya señalado de eficacia. Los pacientes agudos en los que se prevee una rápida recuperación reciben en términos relativos el aporte más considerable de acciones médicas. Los crónicos, que son los que más recursos necesitan para su rehabilitación, son aquellos pacientes en los que menos se gasta.

Valga como ejemplo las últimas "redistribuciones" de enfermos crónicos a las Colonias del interior del país, alejándolos definitivamente de sus familias, e insertándolos en verdaderos depósitos humanos.

Esta acción supuestamente basada en consideraciones médicas, no tiene en verdad sino una estricta determinación económica. Todos hemos visto y nos ha chocado en nuestros hospitales psiquiátricos encontrar en medio de la desoladora miseria, de la carencia de todo de los pabellones de crónicos, algún servicio de agudos donde se concentran los recursos físicos, humanos y financieros. ¿Es que ésto depende sólo del tradicional pesimismo terapéutico ante el enfermo crónico, o de que en aquél servicio "vidriera" del hospital se convocan los mejores especialistas?

Es interesante como ejemplo la promoción oficial en los últimos años de las comunidades terapéuticas, donde un concepto nuevo de trato al enfermo es tomado por el sistema para aplicarlo a una población segregada, pretendiendo dar una imagen de cambio con un costo bajo de inversión y disfrazando la realidad de nuestros manicomios.

Hay una determinación subyacente que nadie asume frontalmente quizás porque de nadie depende en particular. Esta determinación económica es ajena por completo a los conocimientos médico-psicológicos y al destino humano de sus protagonistas (profesionales y pacientes). Y nos sugiere una analogía por cuyo carácter tendencioso no nos excusamos. Nos hace pensar en una empresa cuyos productos no encuentran fácil salida al mercado y cuya infraestructura es obsoleta. El procedimiento habitual para evitar la quiebra es reducir a algunos talleres bien equipa-

dos la parte de la producción que todavía tiene salida, parando las máquinas y despidiendo al personal del resto de la empresa.

Diríamos que la quiebra del hospital psiquiátrico es crónica; el manicomio está en quiebra desde el siglo pasado y sin embargo se mantiene. La supuesta eficacia médica que debiera sustentarlo es en verdad ineficacia para la solución de los problemas asistenciales pero esa ineficacia es la base de su sustentación, porque es eficaz, es funcional para el sistema económico-social y político.

3ª - El papel de los psiquiatras

La psiquiatría ocupa un lugar muy particular entre las llamadas profesiones liberales, ya que se concitan en ella una verdadera encrucijada de disciplinas teóricas -con diversos grados de consolidación- y recursos técnicos organizados de modo predominantemente empírico. Está claramente ubicada, destinada en efecto a cumplir el encargo social consistente: en primer lugar en trabajar sobre los enfermos para recuperar sus fuerzas productivas y reintroducirlas en los circuitos de producción; en segundo término, segregar, mantener aislados a los individuos "irrecuperables" para ese circuito productivo que constituye de alguna manera, con su presencia, una denuncia de las contradicciones del sistema. Imperceptiblemente, el psiquiatra pasa a convertirse, sin saberlo (y necesita no saberlo), en un carcelero. En tercer término, constituir un discurso ideológico que permita justificar esas conductas, como si se trataran de comportamientos adecuados. Es un discurso que racionaliza y elabora estos elementos de modo tal que aparezcan como una actividad destinada a paliar el sufrimiento humano.

Tomaremos algunos conceptos del trabajo de Passeron y Bourdieu sobre la reproducción, ya que si bien ese trabajo está referido a la educación, consideramos que el rol de psiquiatra tiene muchos puntos en común con el del educador.

Estos autores toman dos aspectos fundamentales: en primer lugar, la arbitrariedad de la cultura inculcada (arbitrario cultural) y en segundo lugar, la arbitrariedad del modo de imposición. Arbitrariedad no significa injusticia, sino el hecho de que en última instancia tanto la cultura impuesta como el modo de imposición, responden a los intereses objetivos de la clase dominante, y reflejan y perpetúan

las relaciones de fuerzas existentes. Lo singular de este caso es que la violencia de hecho, que describen estos autores, se ejerce de una manera simbólica (violencia simbólica) que opera en dos sentidos:

- a) al legitimar la cultura a través de enmascarar su arbitrariedad y
- b) al delimitar un campo de significaciones privilegiadas excluyendo de hecho los otros campos de significaciones posibles.

Faltaría agregar que este enmascaramiento no obedece a designios explícitos, ya que por el contrario, sólo el desconocimiento hace posible el ejercicio de la violencia simbólica.

El psiquiatra también se encuentra incluido en un campo delimitado desde el principio y ya habíamos visto que esta delimitación es arbitraria por cuanto se remite a los intereses objetivos de la clase dominante. Esta delimitación no solo se le impone desde los textos y la información académica, sino también desde la definición implícita de salud y enfermedad dentro de la cual opera. Esta definición le viene de los propios pacientes, ya "ablandados" por los medios de comunicación de masas, la educación, la familia, etc.; agregando que el psiquiatra mismo fue "ablandado" de la misma manera.

Además, la violencia simbólica que esto implica se encuentra avalada por la autoridad científica, que se atribuye y a la que le es atribuida un derecho de imposición legítimo.

Un ejemplo de esto último es el caso de la Asociación Psicoanalítica Argentina, institución que durante muchos años tuvo una enorme influencia en el desarrollo de la psiquiatría argentina. Desde la Asociación Psicoanalítica Argentina, un grupo de psiquiatras dispuso durante muchos años de sanciones garantizadas contra los psiquiatras que le eran adversos o estaban fuera de la institución, sanciones tales como el descrédito profesional y el ostracismo, a la par que aseguraba a sus miembros importantes beneficios económicos. Sin embargo, la Asociación Psicoanalítica Argentina no era una institución oficial y esta autonomía relativa enmascaraba aún más el grado de violencia simbólica ejercida. Además, por el hecho de tener un carácter de "transmisora científica legítima", legitimaba lo que transmitía por el solo hecho de transmitirlo. El ejemplo más burdo de esto es la

creación del "status" didáctico y los honorarios ad-hoc y la valoración científica que adquirirían ciertos trabajos por el solo hecho de ser publicados en la revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

Otro factor importante es que es éste un poder por delegación, más allá de que el psiquiatra posea los medios legales para privar de la libertad a una persona; el acceso a la cultura legítima le permite disponer al psiquiatra de múltiples sanciones anónimas con las que refuerza su acción psiquiátrica.

Finalmente, enumeraremos algunas observaciones sobre el rol de los psiquiatras y de los trabajadores de la salud mental en general en nuestras instituciones.

1) Los T.S.M. ubicados dentro del campo asistencial resultan aprisionados entre la falta de apoyo institucional suficiente (falta de políticas sanitarias coherentes, rentas, espacio, planes de capacitación, etc.) y las justas y en general apremiantes demandas asistenciales de la población de pacientes, familiares y propios colegas con sus pedidos de interconsultas.

Dadas las particulares características del rol de T.S.M. estos soportan personalmente, es decir, directamente sobre sí mismos, las condiciones negativas del campo, en un nivel equiparable y con similar sufrimiento que los pacientes, siendo esta situación un factor deformante de su personalidad que repercutirá sobre la manera de asumir el rol. Esto contribuye, por ejemplo, a que adopte una actitud crítica de pasivo administrador de las condiciones existentes. También esta deformación puede darse en el nivel de sus técnicas y criterios terapéuticos, no cuestionándose por ejemplo, las incongruencias que se dan entre criterios de salud, enfermedad y alta. Finalmente, el carácter deformante del campo se expresa en las pautas con las que los T.S.M. organizan, en el área de su responsabilidad, las instituciones asistenciales. Con frecuencia éstas tienden a convertirse sensible o insensiblemente en baluartes defensivos frente a las aspiraciones asistenciales de los pacientes. Cuando esta situación se hace muy crítica, los especialistas se convierten en individuos sitiados y anulados en su capacidad de introducir cambios, reduciéndose a proteger y reforzar el carácter defensivo y represivo de sus técnicas e instituciones.

2) La cobertura psiquiátrica es esencialmente restrictiva en la generalidad de los servicios asistenciales, llegando en algunos de más reciente organización a adquirir esta restricción un carácter más bien selectivo por el tipo de técnicas y la modalidad con que se las aplica, lo que los hace accesibles sólo a un limitado tipo de pacientes.

Las causas que contribuyen al carácter restrictivo de la cobertura psiquiátrica son múltiples y de distinta naturaleza. Algunas aparecen en cierta medida como externas al campo donde se mueven los T.S.M., siendo otras de índole más próxima a la responsabilidad de estos. Figuran entre las primeras -las externas- el creciente deterioro económico de la población, que convierte en muchos casos en un lujo imposible para las capas trabajadoras la aspiración de ser atendidas psicológicamente, pues esto debería hacerse a costa de perder horas de trabajo. También deben incluirse como factor restrictivo las escasas instituciones que atienden eficazmente a los sectores no productivos de la población (ancianos, niños, adolescentes y disminuidos mentales). Desde ya que esta insuficiencia es notoria también para los sectores productivos.

Existen, en cambio, otras causas que condicionan el carácter restrictivo de la asistencia psiquiátrica desde la índole misma de los criterios y técnicas que muchas veces aplican los T.S.M., sobre todo cuando estos criterios y técnicas implícita o aún explícitamente apuntan en primer término a garantizar que luego de un corto período de tratamiento el paciente se conforme con lo que ha recibido, al go así como atender a sus expectativas de ser atendido pero sin un examen y un trabajo real sobre las causas que provocaron su condición de enfermo.

3) Dado que la inmensa mayoría de los T.S.M. que operan en el campo asisten cial no perciben renta alguna y los pocos rentados reciben una escasa suma, puede afirmarse que la asistencia psiquiátrica pública -otro tanto ocurre en otros campos de la salud- está financiada en un porcentaje considerable por la práctica privada de los especialistas que concurren a los hospitales. Esta situación conduce inevitablemente a que los T.S.M. que inician su práctica profesional, busquen en el hospital tres grandes objetivos: conseguir un grupo de pertenencia profesional con el cual hacer el tránsito gradual de la inexperiencia universitaria a la expe

riencia clínica; en segundo término, consolidar o iniciar su adiestramiento y, finalmente, como objetivo más o menos encubierto y explícito, apoyarse en los dos puntos anteriores para conseguir de una manera directa o indirecta pacientes que afiancen su práctica privada, desde la que financiarán o no posteriormente su conurrencia al hospital. Esta situación es en general negada e incluso sancionada como contraria a los cánones éticos tradicionales, pero es no obstante tolerada, ya que constituye el pilar sobre el que con la complicidad de las jerarquías que administran las políticas sanitarias, se apoya casi totalmente la prestación profesional en los servicios hospitalarios.

Desde ya que sería totalmente absurdo pretender que lo anterior es la causa por la cual un profesional inscribe su esfuerzo en un hospital. Más aún, puede afirmarse que trabajar en un hospital implica la mayoría de las veces una postura ideológica solidaria o el punto de partida de la misma en tanto el especialista sea capaz de cuestionar su práctica.

4) La carencia de sistemas organizados de capacitación de los especialistas, obliga a que estos vayan procesando sobre la marcha y en condiciones deficientes la experiencia que adquieren, cumpliéndose aquello de "en las barbas de los pobres...". Esta situación favorece que en muchas circunstancias la prestación asistencial venga a resultar una suerte de epifenómeno encubierto del aprendizaje de quien ve en él la única retribución que recibe por su trabajo.

El único sistema que explícitamente funciona como capacitación está constituido por las residencias y merecería por su importancia un desarrollo más detenido.

5) Retomando una afirmación anterior en el sentido de que tanto el paciente como el T.S.M. soportan con similar sufrimiento las condiciones adversas del ámbito asistencial, puede pensarse que la relación entre terapeuta y paciente adquiere un verdadero valor reparatorio para ambos cuando, en lugar de reproducir más o menos encubiertamente la situación de dominación del sistema social, se mantiene la explícita consideración acerca de estas condiciones adversas que aún dándose dentro de la institución psiquiátrica son, en realidad, reflejo de un entorno social opresivo que a su vez contribuye desde su presión sobre la familia misma a la

instauración y a la perduración de la enfermedad.

Este comportamiento frente al paciente por el cual se intenta no transformar la crónica pobreza de recursos asistenciales en represión crónica, está sustentado por una ideología terapéutica que considera al enfermo y a sus familiares como potenciales agentes capaces de impulsar cambios en el ámbito de la salud pública, junto con los mismos T.S.M.

En síntesis, puede decirse que este trabajo solidario con la población enferma es un punto tan importante que de nada valen todas las rupturas ideológicas y políticas de los T.S.M. si las mismas no se acompañan de rupturas en el nivel de las actitudes y comportamientos técnicos frente a los pacientes, aunque la práctica señale las amenazas que tales rupturas solidarias provocan.

Queda para el final la consideración de un problema central en cuanto a la acción gremial: la coexistencia de dicha acción con la acción política. La experiencia muestra en nuestro ámbito y en muchos otros cómo a partir de un cierto grado eficaz de la organización gremial esta acción política no es un objetivo, simplemente es un hecho. Incluso ocurre otro tanto con cualquier cambio radical que se introduce en el nivel de las técnicas o de la organización de la institución psiquiátrica: es el propio sistema establecido que se ve amenazado el que define políticamente la situación con su reacción represiva.

Sin embargo, ocurre que los T.S.M. mantienen en general ante el debate y la acción política una actitud que fluctúa entre declaraciones en el vacío y su posterior e inevitable consecuencia, la apatía. Sólo escapan -y en parte- a esta actitud frente a hechos consumados: la privatización de un hospital, la intervención a un servicio, la represión directa a un compañero. En cambio, es difícil lograr lecturas políticas de hechos mucho más graves aún pero de carácter cotidiano que se dan dentro y fuera del campo de trabajo.

Por ejemplo, suele resultar difícil para un T.S.M. hacer una evaluación política de algo ya señalado y que le toca directamente, cuando la crónica pobreza de recursos en el campo asistencial se convierte en dominación crónica sobre la población enferma. Si el T.S.M. no lo advierte y moviliza entonces acciones eficaces, se transforma no sólo en cómplice pasivo sino en agente activo de esta domi-

nación.

La coordinación y redacción final de este Relato estuvo a cargo del Dr. Juan Gervasio Paz. Participaron en su redacción los miembros del Comité Ejecutivo y de la C. Científica adjunta: Dres. Sylvia Bermann, Guillermo Bibliani, Lea N. de Bigliani, Emiliano Galende, Noel Feldman, Cecilia Hopen, Miguel Mendez Elizalde, Juan G. Paz y Juan C. Risau.

Se incluyen fragmentos de la Carta de Mendoza de los Psiquiatras Argentinos (política sanitaria y de salud mental), del Relato de la Regional Capital Federal de la FAP (centros de salud, servicios de psicopatología, observaciones sobre el rol de los psiquiatras) y del Relato de la Regional Centro de la FAP (definición del papel de los psiquiatras) presentados al V Congreso Argentino de Psiquiatría.

...**♦♦♦**...

REALIDAD Y PERSPECTIVAS EN LA FORMACION Y DOCENCIA PSIQUIATRICAS

1.- Introducción

La creciente demanda de especialistas y la trascendencia cada vez mayor, de los conocimientos psiquiátricos ha hecho que en forma reiterada, a lo largo de los últimos años, desde diferentes países, a través de organismos nacionales o internacionales y a partir de diversas orientaciones psiquiátricas se haya revisado el problema de la formación psiquiátrica (1,2,3,4,5,6,7,8).

En América Latina la realidad es sumamente heterogénea a este respecto. Como señala Velasco Alzaga (6), nuestros países varían desde "algunas escuelas de medicina que no enseñan psiquiatría, en tanto hay otras que desarrollan programas muy avanzados".

El panorama de la República Argentina no escapa, como se verá, a la carencia de una política coherente, a la anarquía en la formación, a la heterogeneidad en los procedimientos de selección y de obtención de los títulos de especialista descriptos en otros países. En este relato la Federación Argentina de Psiquiatras no pretende hacer un análisis exhaustivo del problema de la formación y docencia psi-

quiátricas en nuestro país, sino profundizar sobre propuestas alternativas a una realidad compleja e ingrata y relatar las características de una experiencia en marcha en la Regional Capital Federal de la F.A.P.

2.- Realidad actual

Sin duda, es la Argentina el país latinoamericano que cuenta, en cifras relativas, con mayor número de especialistas. Un cálculo, seguramente por debajo de los valores actuales, la coloca al nivel de los países más desarrollados, un psiquiatra cada 1600 habitantes, una tasa de 6 psiquiatras por 100.000. Amén de esto, existe una verdadera explosión en el interés por profesiones afines a la psiquiatría y así constituyen legión las nuevas promociones de psicólogos, psicopedagogos, asistentes sociales psiquiátricos.

¿Cuáles son las condiciones de la enseñanza de la psiquiatría y de la formación de especialistas en la Argentina? Resulta evidente que en los últimos años se han producido algunos cambios, pero estos son más formales que reales y no responden a las necesidades del país.

En la mayor parte de las facultades de medicina, públicas o privadas, se enseña psicología médica con metodología y contenidos diversos, aislada de la enseñanza de la clínica psiquiátrica, sin impregnar de conocimientos psicológicos al conjunto de los conocimientos médicos. En la Facultad de Medicina de Buenos Aires, los alumnos cursan y rinden la materia que se enseña en clases magistrales y en comisiones de prácticos, dentro de una orientación eminentemente teórica. Al pasar a las unidades hospitalarias (hospitales escuelas donde cursan todas las materias no pertenecientes al ciclo básico), cuando se enseña Semiología, estudian psicosemiología y psicopatología, en un breve cursillo que deben aprobar en forma obligatoria. En un lapso de cuatro semanas (96 horas) cursan luego Clínica Psiquiátrica, ya sea en el hospital psiquiátrico o en hospitales generales donde exista servicio de psiquiatría.

En los hechos, no existe una real integración de la enseñanza de la psiquiatría con el resto de la medicina. La metodología docente varía desde la utilización de clases magistrales hasta la de seminarios y grupos de discusión. Salvo

que el alumno lo desee o busque, las zonas de contacto con la psiquiatría son mínimas y ésta parece considerarse como una suerte de especialidad marginal. Como decía Mira y López, aun se dedica más tiempo al estudio de las enfermedades de los miembros inferiores que a las de la cabeza.

Las mismas condiciones negativas de los centros de enseñanza -que simultáneamente lo son de asistencia-, ambientes inadecuados, falta de recursos, escasez de personal, dificultades para articular una ideología terapéutica en un medio repressor y un ambiente social enfermante, son factores no frecuentemente señalados, pero que dañan fundamentalmente la tarea educativa.

En cuanto a la formación de especialistas, las condiciones de anarquía y desorganización son mayores. La calificación de tal surge de instancias diversas: curso de posgrado (existente sólo en la Universidad de Buenos Aires); permanencia de tres a cinco años en servicios psiquiátricos, con reconocimiento por las autoridades sanitarias o los colegios médicos; residencias psiquiátricas y formación psicoanalítica (que no autoriza legalmente para el ejercicio de la especialidad). En la mayoría de los casos se trata o de una formación fundamentalmente teórica o eminentemente práctica -la teórica real es buscada particularmente a través de cursos o seminarios privados. Las posibilidades de acceso a esta formación son muy disímiles, con criterios de selección muy diferentes y modos de formación muy diversos que con frecuencia no se completan. Para el curso oficial pueden reiterarse las críticas formuladas en Francia: "esta forma de enseñanza implica un sistema muy particular de relación entre enseñante, enseñado y saber; el enseñante posee el saber, el enseñado no posee el saber, y el proceso del curso procura la comunicación de este saber; el enseñante es activo, el enseñado es toda receptividad pasiva y el saber aparece como un objeto intercambiado -y también como el único modo de contacto entre enseñante y enseñado (5)".

Se reitera así la psicopatología del tradicional vínculo profesor-alumno como relación de sometimiento y en isomorfismo con las relaciones del sistema social de la sociedad global. La violencia y la represión en la tarea educativa, si bien no tan manifiesta en este nivel de la enseñanza, existe y hace que aquella se transforme en un vínculo alienante. El alumno se transforma en receptáculo pasivo

de conocimientos; la autoridad deriva a menudo sólo de la función docente, sin bases auténticas que permitan modificar la inevitable relación de dependencia, para transformarla en cooperación e intercambio verdaderos.

No resulta, sin embargo, incongruente que justamente el campo de la psiquiatría no escape a esta psicopatología proverbial. Como hemos señalado recientemente, "los trabajadores de la salud mental, ubicados dentro del campo asistencial resultan aprisionados entre la falta de apoyo institucional suficiente (falta de políticas sanitarias coherentes, rentas, espacio, planes de capacitación, etc.) y las justas y en general apremiantes demandas asistenciales de la población de pacientes, familiares y propios colegas con sus pedidos de interconsultas. Dadas las particulares características del rol del trabajador de salud mental, éstos soportan personalmente, es decir, directamente sobre sí mismos, las condiciones negativas del campo, en un nivel equiparable y con similar sufrimiento que los pacientes, siendo esta situación un factor deformante de su personalidad, que repercutirá sobre la manera de asumir el rol.

"Otra observación directamente relacionada con las anteriores y no menos importante, es el hecho ya señalado de la carencia de sistemas organizados de capacitación de los especialistas, lo cual obliga a que estos vayan procesando sobre la marcha y en condiciones deficientes la experiencia que adquieren, cumpliéndose aquello de "en las barbas de los pobres...". Esta situación favorece que en muchas circunstancias la prestación asistencial venga a resultar una suerte de epifenómeno encubierto del aprendizaje de quien ve en él la única retribución que recibe por su trabajo (9)".

En cuanto a las características de la formación psicoanalítica vale la pena transcribir las críticas vertidas por quienes se separaron el año pasado de la Asociación Psicoanalítica Argentina:

"En el marco institucional, siendo como es partícipe sumiso de ese orden (se refiere al sistema social vigente, sic), el pensamiento psicoanalítico ha sido distorsionado y detenido, paradójicamente, porque la organización fue creada con la misión de defenderlo y cultivarlo. Esta paralización está esencialmente dada por la política ejercida desde los cargos directivos, cuyo efecto, más allá de las buenas

intenciones de quienes también son esterilizados científica y afectivamente por su papel, es consolidar cada vez más la estratificación jerárquica destinada al sostenimiento del privilegio económico de quienes están en el vértice de la pirámide. Esto se vuelve a su vez indoctrinante para quienes están en la base aspirando a llegar a la cúspide del poder.

"...Este ordenamiento vertical en que la autoridad jerárquica no necesariamente coincide con el mayor nivel científico sino con la antigüedad y la experiencia burocrática, tiene un resultado claramente visible. No solamente desnaturaliza la función específica de la institución de promover la evolución teórico-técnica del psicoanálisis: profundizando en los conceptos, intercambiando conocimientos con otras ciencias, inaugurando procedimientos y campos de aplicación originales, ensayando formas novedosas en la docencia, etc., sino que la sustituye por la búsqueda de prestigio, status, y logros económicos (11)".

Otro grupo expresa: "Esto determinó una organización que sin mayor exigencia intelectual permite el progreso de todo aquél que acepte las reglas del juego. Se crearon así las condiciones que han dificultado un auténtico cuestionamiento de los supuestos básicos de la teoría y de la práctica psicoanalítica, enfatizándose en cambio desarrollos secundarios y detalles formales de la técnica (12)".

3.- Las residencias

La formación de pos-grado en Psiquiatría abarca también las Residencias hospitalarias. Este sistema surge en nuestro país hace aproximadamente 15 años, respondiendo a una necesidad de formación intensiva que el avance científico-técnico, por un lado, y la deficiente formación universitaria por otro, le imponen. Importadas de EE.UU. tanto en la esencia como en la forma, las residencias son inicialmente elitistas, se concentran en los escasos centros hospitalarios que cuentan con plantales docentes calificados, ofrecen pocos puestos con irrisoria paga pero con una por lo menos óptima planificación en el sentido de la formación teórico-clínica.

Utilizando la necesidad de aprendizaje y la enorme voluntad de trabajo de los médicos jóvenes, las autoridades sanitarias utilizan el sistema de residencias,

cada vez más, para cubrir a muy bajo costo, el deterioro progresivo de los hospitales estatales. Así comienzan a crearse residencias cada vez de manera más indiscriminada, que dejan de tener como eje central la formación intensiva.

Al "masificarse" las residencias, dejan de ser "reductos científicos", se improvisan en lugares sin planteles docentes, salvando de este modo la demanda asistencial con el consiguiente deterioro en la formación.

La ausencia de una formación planificada se observa tanto en los programas de estudio como en el destino futuro del residente.

Los programas son aglomerados de distintos aspectos de la especialización, carentes de una metodología adecuada y no faltan los servicios en la actualidad en los que los mismos residentes improvisan sus programas y los realizan en forma independiente de los establecimientos con profesores invitados. Ningún plan estatal recupera a sí mismo esta inversión de recursos. El futuro del residente es ejercer en su consultorio privado, trabajar gratuitamente en los hospitales, ingresar como asalariado en el circuito de superexplotación representado por los grandes monopolios privados o emigrar a los países altamente desarrollados.

4.- El Centro de Docencia e Investigación

La necesidad de "promover una lectura científica de la realidad que nos toca vivir y la reconsideración crítica de nuestros instrumentos de trabajo, sin perder de vista el objetivo primario: que este reconocimiento permita colaborar en la transformación de la realidad (10)" llevó a la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental, organismo que nuclea con objetivos asistenciales y sanitarios, gremiales y políticos y en forma conjunta a psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos y asistentes sociales psiquiátricos a organizar su Centro de Docencia e Investigación.

Nos parece de interés transcribir los objetivos y la organización de dicho Centro, propuesta original y alternativa a la caótica situación formativa de los trabajadores de salud mental.

a) Objetivos: El Centro de Docencia e Investigación tiene por objetivo posibilitar la formación de los T.S.M.; al tener en cuenta la necesidad del examen

crítico de los supuestos que fundamentan sus prácticas y de las condiciones socio-económicas concretas en que éstas se realizan, se trata de ubicar la problemática de la salud mental en el contexto de una sociedad dividida en clases, con intereses económicos y políticos contrapuestos y estancada en su desarrollo por la dependencia de los monopolios imperialistas.

En estas condiciones, la salud se convierte en un privilegio de las clases dominantes; la formación del T.S.M. debe contemplar este hecho básico, y no puede consistir por lo tanto en el mero aprendizaje de técnicas, cuyo ejercicio posibilita el actual sistema, sino que tiene que servir para poner al descubierto en forma sistemática la necesidad de su formación.

El Centro de Docencia e Investigación tendrá que constituir el marco adecuado para la confrontación de las diferentes posiciones científicas e ideológicas existentes, para lo cual deberá darse formas de organización que garanticen esta confrontación.

Pensamos que un proyecto de esta naturaleza debe contar con un esquema de implementación que vaya haciendo factible la creación de una opción formativa para los trabajadores en salud mental. En este sentido, este esquema serviría como un encuadre adecuado que permita la realización de sucesivas experiencias, tendientes a converger en el desarrollo total del programa.

Tomamos en cuenta fundamentalmente la necesidad de que dicha formación adquiera coherencia y tenga una fundamentación filosófica y epistemológica conciente y racional, y una inserción lúcida en la realidad de nuestro país.

En otro sentido, el Centro debe tender a brindar no un enciclopedismo a través de numerosos cursos simultáneos o sucesivos, sino la posibilidad de que con un número limitado de temas básicos, sea posible hacer una experiencia intensa, profunda en calidad y a ritmos no signados por el espíritu de las "carreras". La incorporación de conocimientos no puede medirse en términos de tiempo y título, a la manera tradicional enciclopedista, sistema que por otra parte tiende a crear una estructura de poder por parte de quienes suministran conocimientos. Concebimos a este organismo como una estructura transitoria entre lo que existe, (estatal y privada) y la posibilidad sólo dada en una sociedad liberada, de ofrecer salud, apren

dizaje y desarrollo científico para las mayorías.

La validación científica surgirá a través de la polémica, el debate alrededor de teorías y de su confrontación en la práctica social. El Centro será un foro de profundo debate ideológico, donde lo científico se hará homogéneo en el proceso, donde aquellos aportes que no lo sean serán cuestionados desde adentro por los mismos alumnos y profesores; donde, al mismo tiempo, todas las experiencias prácticas no conceptualizadas podrán ser rescatadas en la medida que constituyen campos pre-científicos pasibles de elaboración teórica. Es por todo esto que adquiere un relieve capital el proyecto de investigación, que debe ser el núcleo motor del Centro. La relación entre estructura económico-social y problemática específica, la estructura asistencial, las técnicas, el propio proceso de aprendizaje y evaluación, pasarán a ser el terreno de la formación, caracterizada por una investigación orientada a la búsqueda de elementos que, en lo específico, se constituyen en parte de los instrumentos necesarios para la acción transformadora.

b) Plan formativo: Para el logro de estos objetivos, en un primer paso consideramos conveniente estructurar el plan formativo en dos niveles.

Un primer nivel que comprenderá todas aquellas disciplinas, que determinando un campo común de conocimientos posibilitará al trabajador de la salud mental el ejercicio de una práctica integrada, más allá de la especificidad de las prácticas particulares. En consecuencia este primer nivel debe ser de conocimiento obligatorio a todos los integrantes del Centro de Docencia e Investigación.

Un segundo nivel que comprenderá todos los conocimientos necesarios destinados a cubrir las diferentes áreas de actividad: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, psicoanálisis, psicología social e institucional, asistencia social en psiquiatría, etc.

A partir de su constitución la Comisión Directiva del Centro de Docencia e Investigación organizará la forma de elaboración de los proyectos de este segundo nivel formativo, evaluando la experiencia adquirida y con la contribución de todos los integrantes del Centro de Docencia e Investigación.

La primera etapa de este plan formativo durará aproximadamente tres meses.

Durante la misma se podrá asistir simultáneamente a cualquiera de las 3 (tres) materias que se enumeran más abajo, o a una o dos de ellas.

En cuanto al primer nivel formativo, se desarrollará en tres áreas de conocimiento que serán cubiertas por diferentes materias:

AREA I: De teoría general.

1) Materia: MATERIALISMO HISTORICO Y DIALECTICO.

Se darán los conocimientos necesarios para que el trabajador de la salud mental posea la teoría y el instrumento apropiado para dar cuenta de la realidad nacional, sanitaria, actual de nuestro país.

AREA 2: De teoría específica.

Materias: 2) EPISTEMOLOGIA: Elementos básicos de una teoría del conocimiento imprescindible para la posterior formación de todo trabajador de la salud mental.

3) TEORIA PSICOLOGICA: Como teoría específica de nuestro campo particular.

NOSOGRAFIA - PSICOPATOLOGIA PSICOANALITICA: Para proveer de un lenguaje y conocimiento común acerca de la disciplina y comprensión fundamental de las diversas entidades patológicas.

AREA 3: Dadas las características particulares de esta área, consideramos necesario detallar su característica y funcionamiento. Entendemos a esta área como la instancia privilegiada donde los trabajadores de la salud mental discutan y replanteen la problemática emergente de su cotidiano ejercicio profesional, tanto a nivel de la práctica institucional como privada. Consideramos que los ejes de la tarea deben orientarse a una sistemática elaboración crítica de los supuestos teóricos que fundamentan las diferentes prácticas y al enmarque ideológico que condiciona el sistema, que erige en conocimiento científico lo que en muchos casos no es más que un condicionamiento adaptativo para perpetuar un sistema de explotación. La elección de la problemática específica deberá dar cabida a las inquietudes de todos los miembros del Centro de Docencia e Investigación, los que de momento tengan un rol preponderantemente docente, de coordinación o de aprendizaje.

En esta temática nueva, poco y mal trabajada, todos podemos aportar, todos podemos y debemos realimentarnos con las experiencias y conocimientos de los otros. Al replantearse el para quién, el para qué, el cómo y el a favor de qué trabajamos, esta área no sólo contextualizará los conocimientos de las materias teóricas sino que será una instancia que al gestar sus propios cuestionamientos y resultados, revertirá sobre aquellas.

Modo de implementar estos objetivos; se hará a través de grupos de trabajo, coordinados por los trabajadores de la salud mental, que sin constituirse en líderes de información puedan aportar a la producción de conocimientos. Los equipos coordinadores de los diferentes grupos formarán parte de una comisión que integre las tareas de los mismos, arbitrando la manera para que la producción de cada grupo vaya siendo conocida por los otros grupos y los equipos docentes de las áreas 1) y 2).

A este mismo efecto, reuniones ampliadas de varios grupos por temas afines favorecerán la confrontación periódica de los resultados.

Los grupos, ateniéndose a su constitución, adquieren dos formas:

- A) - Grupos Interprofesionales en que los trabajadores de la salud mental intercambien problemáticas de sus ámbitos específicos a fin de profundizar temas de preocupación común con las lecturas que cada profesión hace de dichos temas. Una modalidad sería un grupo interprofesional con tarea institucional como campo compartido.
- B) - Grupos por Profesión para la discusión de la problemática propia del ejercicio de cada profesión, sus alcances y limitaciones.

Los grupos de este área serán de asistencia obligatoria debido a la originalidad de la temática y del interés fundamental que adquirirán en consonancia con los objetivos del Centro. Las posibles excepciones a esta norma general, serán resueltas por la C.D. del Centro de D.I., luego de evaluar cada caso particular.

Probables temas a abordar, sin que ésto implique propuestas formales: a) relaciones entre salud-enfermedad y clase social, b) significado del principio de la "Neutralidad Axiológica", c) revisión crítica de los criterios de salud y enfermedad, d) análisis de los límites del ejercicio profesional en la producción de cam

bios sociales, e) relación de las tareas institucionales con el sistema en el que dichas instituciones están inscriptas, f) aplicabilidad de los criterios, diagnósticos y pronósticos de la nosografía, etc.

Todos estos temas pueden ser objeto de investigación por parte del Centro como así también toda problemática que vaya surgiendo en los grupos de trabajo.

El desarrollo de este programa no excluye la posibilidad de que se dicten otras materias simultáneamente, relacionadas con la línea general de este primer nivel, (por ejemplo: otras teorías psicológicas). Regirán como criterios para la aceptación de las materias que eventualmente puedan ser propuestas, los mismos que luego determinaremos en general para todas las materias y equipos docentes.

Los profesores de las distintas materias tendrán una relativa autonomía en cuanto al concepto de su materia y al método con que han de implementarla. Pero es idea general de este proyecto, para el logro de sus objetivos, que la enseñanza de las teorías comprendidas en este plan debe ser dictada en forma tal que asegure no queden desgajadas de la realidad y de las prácticas de las que han de dar cuenta.

En cuanto al tiempo de duración de este primer nivel formativo, será el necesario para el cumplimiento de los objetivos previstos.

En materias tales como epistemología, que apuntan a los conocimientos imprescindibles para el estudio de las materias ulteriores, ya que es área concebida como un ciclo de conocimientos sucesivos, su duración ha de ser limitada al cumplimiento de este fin.

La elaboración final del método a aplicar para el desarrollo de este programa será realizada con la participación de los docentes, dentro de las líneas generales aquí impartidas.

Una vez constituido el Centro se ha de estudiar algún sistema de evaluación del desarrollo de este plan y del funcionamiento general del Centro.

c) Organización Docente: Para lograr que la enseñanza no se convierta en mera transmisión de conocimientos al estilo enciclopédico, consideramos como fundamental la constitución de equipos docentes con una doble función: 1) interna y ex

terna de cuestionamiento y reelaboración de los conocimientos de la materia de que se trate; 2) de impartir éstos a los alumnos. Pueden pasar así a constituirse los equipos docentes en núcleos de investigación. Estos equipos contratarán un coordinador responsable. Cada clase constará de una primera parte, la exposición del tema, y una segunda parte realizada en grupos de discusión de lo expuesto en la primera.

Consideramos imprescindible que todas las materias dictadas en el Centro de Docencia e Investigación estén a cargo de equipos docentes previamente integrados, que iniciarán un proceso de elaboración en común; simultáneo con la enseñanza se realimentará de ésta para proceder a una revisión crítica, a la elaboración e investigación de los conocimientos y las prácticas que se enseñen. Por otra parte, referido a la integración de los equipos, éstos tenderán a formar a sus propios integrantes en las diferentes funciones: dictar clases, dirigir grupos de discusión y tareas de investigación, para poder ir reemplazando progresivamente los modelos de estricta jerarquía centrados en el profesor, por un sistema más dinámico de tipo horizontal. La permanente interrelación entre los integrantes de cada equipo docente entre sí y con sus alumnos, al posibilitar la máxima participación de todos, estimulará la redefinición de nuevas áreas de estudio e investigación, que atendiendo a diferentes problemas generales, particulares y específicos de nuestra práctica, tiendan al objetivo final de la misma: la salud mental en nuestro país.

Para garantizar la expresión de las diversas concepciones que existan, consideramos necesario la construcción de cátedras paralelas que, con sistemas a determinar (Ateneos, Mesas Redondas, etc.) permitan realizar discusiones y polémicas periódicas.

Esta estructuración docente permitirá, dentro siempre del marco delimitado por los objetivos del Centro de Docencia e Investigación el desarrollo de las diferentes concepciones.

En este sistema de cátedras paralelas, para que una cátedra comience a funcionar ha de contar con un porcentaje mínimo a determinar por la C.D. del C.D.I., en relación al número total de inscriptos en la materia. Para el caso de aquellas materias que se dicten simultáneamente con las programadas de conocimiento obliga

torio, se requerirá un mínimo de cuarenta alumnos inscriptos para iniciar su funcionamiento.

Será función de la Comisión Directiva del C.D.I. la aceptación de los equipos docentes que se postulen, sobre la base del cumplimiento de las siguientes normas:

- 1) La aceptación explícita de los objetivos del C.D.I.
- 2) La presentación de un programa detallado en su contenido, en la bibliografía y en el plan docente correspondiente.
- 3) La integración del equipo encargado de implantarlo, que deberá garantizar con su estructura la posibilidad de dar enseñanza al porcentaje mínimo de alumnos inscriptos en la correspondiente materia que determine la C.D. del C.D.I.
- 4) La fundamentación del programa en relación con los objetivos del C.D.I.

d) De los alumnos: Podrán inscribirse como alumnos y participar de todas las actividades correspondientes del C.D.I. todos los miembros de las instituciones gremiales agrupadas en la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental; o sea, to da persona que esté en condiciones de pertenecer a una de estas instituciones, de berá afiliarse a éstas para poder participar del C.D.I.

En los casos en que algún trabajador del campo de la Salud Mental no pertenezca a ninguna de las instituciones, coordinadas en la CTSM, por no poseer título profesional que se lo posibilite, podrá solicitar a la Comisión Directiva del C.D.I. su admisión, siendo resorte de dicha comisión resolver sobre cada caso en particular de acuerdo a los objetivos del C.D.I.

Dadas las particulares características que reviste este Centro en sus planes y concepciones, hemos estimado que ha de ser de suma utilidad la posibilidad de realizar una reunión, en pequeños grupos, entre las autoridades del C.D.I. y los futuros alumnos. Su finalidad es el intercambio de información. Los miembros de C.D. asesorarán acerca de las particularidades del C.D.I., a los efectos de lograr una mayor compenetración con éste (por ej.: tratar puntos como obligatoriedad de co nocimiento, obligatoriedad de asistencia). Por otro lado, será la primer posibilidad concreta en que las autoridades del C.D.I. cuenten con información más precisa

acerca del futuro alumno.

Esta primera etapa se iniciará estableciendo un solo nivel de alumnos, es decir sin diferenciar entre ellos grados de formación, experiencia de trabajo, etc. En el desarrollo del proceso se verán las modificaciones a implantar en función de la experiencia recogida.

e) Financiación: Pensamos que la formación de profesionales es una responsabilidad del Estado, pero la situación actual de la enseñanza en el campo de la salud mental nos obliga a plantearnos la creación de este Centro como solución transaccional, no obstante no debemos perder de vista el criterio antes mencionado, para evitar caer en una forma disimulada de escuela privada.

Proponemos que las instituciones que componen la Coordinadora se hagan cargo de las finanzas del C.D.I., en relación proporcional a sus ingresos.

De ser necesario, se adicionará una pequeña suma a cargo de todos los integrantes del C.D.I., ya sean docentes o alumnos, de modo tal que los aportes no sean un pago de alumnos a profesores, sino el esfuerzo común de los Trabajadores de la Salud Mental, para el mantenimiento de su Centro de Formación.

Los docentes que no sean Trabajadores de la Salud Mental, y para quienes la docencia es su medio de vida, así como aquellos Trabajadores de la Salud Mental que le dediquen un tiempo mayor que una cantidad de horas semanales a determinar, se les pagarán honorarios adecuados.

5.- El curso de teoría psicoanalítica

Como ejemplo de la actividad del Centro, transcribimos las características del curso de teoría psicoanalítica, coordinado por el Dr. Rafael Paz, con los siguientes fundamentos:

Las actividades de los trabajadores en salud mental se hallan complejamente diferenciadas en tanto operan sobre unidades empíricas diferentes, pertenecen a tradiciones profesionales diversas y están exigidos por requerimientos sociales que cubren un espectro muy amplio de demandas.

Un trabajo esencial es, por lo tanto, en el área docente que nos compete, su administrar aquellas herramientas conceptuales que posibiliten el conocimiento de

los sistemas de sobredeterminación que rigen la conducta manifiesta de los sujetos, sobre los que, desde nuestras "especialidades", operamos tentativas de transformación más o menos definidas.

Este es el lugar que asignamos a la teoría (o teorías, problema epistemológico a dirimir) psicoanalítica y que supone no solamente ampliar las dimensiones originarias de su aplicación, sino hacerla converger con el materialismo histórico en el esfuerzo de producción de los conceptos que definen las estructuras constitutivas de lo real. Para que esta producción de conocimientos guíe aquellas transformaciones, rescatando lo valioso de sus experiencias de los límites que la ideología vigente les fija.

De acuerdo a lo anterior, el objetivo del curso es suministrar un sistema conceptual coherente de nuestra disciplina y de las áreas de problematicidad que desde ella se abren (por ejemplo Teoría de la Ideología).

En este punto no puede existir nada más negativo que la creencia en la articulación espontánea de "práctica" y "teoría", por la mera confluencia de la riqueza experiencial con el acumulo de conocimientos incorporados, a menudo de manera azarosa.

Entendemos que suministrar el instrumental teórico de la forma más rigurosa posible constituye un acto de real democracia científica, puesto que evita reiterar el círculo cerrado de la apropiación de los conocimientos y de sus medios de producción.

En efecto, muchas tentativas bien intencionadas de divulgación, en la medida que suministran productos simplificados sin el conocimiento de los medios que los produjeron, remiten inexorablemente a la misteriosidad de "otro lugar" donde se da ría al conocimiento en su plenitud científica.

Pensamos pues, que el medio más adecuado es trabajar sobre las instituciones, nociones y conceptos, definiéndolos y articulándolos, como ejercicio que debemos procurar sea lo más generalizado posible, del rigor, la precisión, "la puesta del dedo en la llaga" de las distintas cuestiones.

Todo lo enunciado hace a la médula del desafío que la experiencia docente del Centro plantea a quienes nos ocupamos de teoría psicoanalítica. Por una parte, la

relación de la teoría con la práctica clínica psicoanalítica, que por sus exigencias y peculiaridades tiende a impregnar el cuerpo global de lo psicoanalítico con exclusivismos e inaccesibilidades. Por otra, las dificultades con que el trabajo teórico tropieza entre nosotros.

El análisis de esta segunda dimensión exige —sólo marcamos el punto a título indicativo— un examen profundo de las determinaciones ideológicas y políticas que impulsan permanentemente al empirismo y a la improvisación.

Nuestra actividad debe tender además, a rescatar el pensamiento psicoanalítico de su utilización distorsionada a la manera de "comodín" explicativo de efectos sociales complejos (guerras, conflictos sociales, pauperización, etc.), en que a menudo se deslizan las tentativas acriticas, y en última instancia reaccionarias, de su aplicación.

De todo esto se desprende la importancia que asignamos a la correlación adecuada de nuestra materia con la Epistemología, el Materialismo dialéctico y el Materialismo histórico, por la necesidad de marcar límites de problemáticas, de establecer condiciones de cientificidad, de articular los productos de nuestro campo específico de conocimientos con los elaborados en otros núcleos de abstracción; finalmente, para precisar los modos de inscripción del psicoanálisis (teoría, técnico y método clínico) en el proceso histórico real.

a. SOBRE EL CONTENIDO DEL PROGRAMA

Pensamos que, en un primer nivel, se debe trabajar sobre los conceptos que constituyen el fundamento de la teoría del aparato psíquico y del complejo de Edipo.

Ambas cuestiones suministran el conocimiento de la estructura de lo subjetivo y de las formas de instalación constitutivas del sujeto en la cultura, abriendo de entrada, desde el eje mismo de la teoría psicoanalítica, la problemática de lo subjetivo, de lo social, de las determinaciones, permitiendo el doble movimiento de profundización y apertura que intentamos desarrollar.

Tomaremos como fundamento la obra de Freud, que a nuestro juicio constituye el cuerpo teórico axial del psicoanálisis, no por una afirmación reverencial sino

por la estructura objetiva del sistema que construyó.

La inclusión de otros conocimientos, desarrollados paralela o posteriormente por otros autores se podrá realizar de manera coherente articulándolos con aquellos y elaborando el movimiento de sus contradicciones. Esto tiende a evitar la acumulación, generalmente con un orden secuencial o temático, de datos múltiples.

De aquí que las lecturas no deben ser numerosas, pero sí trabajadas en profundidad. Tendemos de esta manera a desechar el aprendizaje memorístico o la erudita correlación cronológica de conceptos, para sustituirlos por una lectura que tenga su propia fundación racional y precisa los instrumentos de trabajo.

Pensamos que una estrategia de aprendizaje así concebida evita la tan común desesperanza frente a lo ilimitado que "tiene que saberse", muy favorecida por el suministro constante del mercado bibliográfico, las luchas hegemónicas de escuelas, las formas de apropiación competitiva de los conocimientos propias de nuestra estructura social y de las circunstancias del ejercicio de las diferentes profesiones.

Esto no supone la creencia ilusoria en un milagro pedagógico que solucione situaciones tan complejamente sobredeterminadas, sino, asumirlas en una experiencia que permite construir sistemas conceptuales coherentes y síntesis teóricas parciales pero progresivas, que constituyen "guías para la acción" de las distintas prácticas.

b. PROGRAMA

Introducción. La teoría psicoanalítica, su ubicación y estructura como problema. Explicitación del sentido del programa.

Síntomas. Sueños. Psicopatología de la vida cotidiana. Chiste.

Sueños.

Contenido manifiesto y contenido latente.

Trabajo del sueño. Condensación. Desplazamiento.

Cuidado de la representabilidad. Elaboración secundaria.

La problemática del deseo según "La interpretación de los sueños"

Sobredeterminación.

La Estructura del aparato psíquico.

Inconsciente. Preconsciente. Conciencia.
Proceso primario y secundario.

El Complejo de Edipo.

Introducción a su problemática.

Este programa está concebido en función de las posibilidades materiales temporales a las que debemos ceñirnos dada la fecha de iniciación de los cursos; esto no significa el cierre de la posibilidad de ampliación y profundización de los temas. Esto quedaría supeditado a la marcha posterior del Centro.

BIBLIOGRAFIA

FREUD, S.: "La Interpretación de los Sueños".

"Introducción al Psicoanálisis 1916/17" (Actos Fallidos)

LAPLANCHE U., y PONTALIS J,B.: Vocabulario del Psicoanálisis.

Esta bibliografía podrá modificarse de acuerdo a la evolución que presente el curso.

c. METODOLOGIA DE TRABAJO

De acuerdo con los lineamientos del C.D.I., este programa se desarrollará en clases individuales en: una primera parte de exposición del tema, destinada a la totalidad de los alumnos, y una segunda parte de discusión del mismo que se realizará en grupos coordinados por los miembros del equipo docente.

Consideramos que para lograr un nivel de trabajo eficaz en los grupos de discusión, estos deben estar integrados por un mínimo de cinco y un máximo de quince alumnos.

El número y ritmo de clases para desarrollar este programa será determinado en un momento posterior, atendiendo a las necesidades de organización que plantee el C.D.I., ya que tiene que conjugar una multiplicidad de factores.

6.- Conclusiones

1.- Existe la necesidad de transformar de manera completa la enseñanza de la medicina y de la psicología. Sus condiciones actuales brindan un enfoque restrin-

gido de los conceptos de salud y de enfermedad y una visión fragmentaria del ser humano, no existiendo coordinación entre los objetivos y el contenido de la enseñanza. La psicología aparece como un injerto resistido dentro de la formación médica.

2.- No se trata ésta, de una mera carencia en la función docente de las cátedras de psiquiatría, ni depende su solución del agregado de una o más materias psicológicas. Esta configuración surge y se determina por el contexto socio-económico y político en que se practica; así se infunde al estudiante de medicina una imagen fragmentaria del ser humano que disimula las contradicciones subyacentes. Los conceptos de salud y enfermedad hacen abstracción de las condiciones alienantes del sistema social vigente que surgen de su estructura competitiva y represora.

3.- La transformación de la docencia implica la transformación de la carrera de medicina. Dado que ésta se estructura en función de las necesidades y requerimientos de la sociedad, podrá lograr sólo una adecuación cabal a las necesidades de nuestros pueblos cuando se produzca un cambio estructural de nuestras sociedades. Es necesaria, sin embargo, la búsqueda de pasos intermedios, para evitar el ya elevado deterioro actual de la docencia.

4.- Las instituciones en que se enseña deben ser realmente eficaces desde el punto de vista terapéutico y asistencial. "Para que una institución clínica que enseña sea eficaz, es necesario primero que sea una institución eficiente de cuidados. (5)" Un curso realmente formativo no puede estar reducido a lecciones magistrales sino que su metodología docente debe incluir cursos, seminarios, trabajos prácticos y actividades de supervisión e investigación. En su contenido debe dar cuenta de la ubicación contemporánea de la psiquiatría en la encrucijada de los conocimientos biológicos, psicológicos y sociales. Debe hacer consciente los determinantes sociales que limitan y alienan al ser humano.

5.- En tanto esto no se logre a nivel de la enseñanza oficial, los organismos gremiales de los psiquiatras deben promover la crítica de las estructuras actuales de enseñanza y asumir una función docente que la fundamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AM. PSYCH. ASSOCIATION. Training the psychiatrist to meet changing needs. Washington, 1963.
- 2.- O,M,S, Teaching of Psychiatry and Mental Health. Ginebra, 1961.
- 3.- O,M,S, Enseñanza de la Psiquiatría y de la Higiene Mental a los estudiantes de Medicina. Inf. Tecn. 208, Ginebra, 1961.
- 4.- ORG. PAN. DE LA SALUD. Seminario sobre enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental en las escuelas de medicina. Mat. Mi-meografiado. Lima, 1967.
- 5.- GREEN, A., MARTIN, D., SIVADON, P. Enseignement de la Psychiatrie et formation en Livre Blanc de la Psychiatrie Francaise. Privat, Paris, 1965.
- 6.- VELASCO ALZAGA, J. Contenido programático y ubicación en el plan de estudios de la enseñanza de la psiquiatría. Semin. Lat. Am., Lima, 1967.
- 7.- MARCONI, J., Metodología y técnicas de enseñanza y evaluación. Semin. Lat. Am. Lima, 1967.
- 8.- SEGUIN, C.A. Estado actual de la enseñanza de la psiquiatría en Latino América. Semin. Lat. Am., 1967.
- 9.- ULLOA, F. y COL. Cobertura psiquiátrica y condiciones de trabajo de los trabajadores de Salud Mental. F.A.P. Capital Federal, V, Cong. Arg. de Psiq., Córdoba, 1972.
- 10.- Estatuto de la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental, Buenos Aires, 1972.
- 11.- Renuncia del Grupo Plataforma a la Asociación Psicoanalítica Argentina.
- 12.- Renuncia del Grupo Documento a la Asociación Psicoanalítica Argentina.

...**♦♦♦**...

SUBTEMA PRACTICA PRIVADA

Este trabajo es una síntesis de las discusiones y las conclusiones del Panel sobre "Realidad y perspectivas de la práctica privada" que tuvo lugar en el seno del V Congreso Argentino de Psiquiatría (Octubre ppdo.).

Luego de la sesión del 14 de Octubre, donde la discusión se centró exclusivamente en la práctica institucional, casi con exclusión de la de los trabajos

que presentaban propuestas técnicas, los panelistas decidieron introducir, al día siguiente, el tema de los problemas de la práctica privada o libre en lo referente a sus determinaciones económicas.

Las preguntas que se hacían los panelistas corrían fundamentalmente sobre dos ejes: ¿Cuál es el significado real de la práctica privada? y ¿Por qué la práctica privada constituye nuestra principal actividad?

La práctica privada, como un tipo especial de relación médico-paciente, presenta un aspecto objetivo y un aspecto subjetivo. El primero debe ser, a nuestro juicio, analizado necesariamente desde una óptica marxista; el segundo puede serlo, en nuestra opinión con la mayor utilidad, desde una óptica psicoanalítica.

En su aspecto objetivo, la práctica privada o libre se desenvuelve necesariamente en el contexto de un mercado de servicios, como parte de la economía de mercado de la sociedad global. Lo que el médico cobra no puede definirse como valor de lo que intercambia con su paciente sino como precio, puesto que en cuanto producción cualitativa, está enteramente determinada por la oferta y la demanda y la posición de los actores -o sea su status- en el mercado profesional.

Las primeras discusiones del tema apuntaron entonces a los problemas creados por el monto de los honorarios profesionales que son muy altos en esta especialidad y que inciden igualmente, encareciendo la formación profesional de los colegas más jóvenes. Pero esta discusión aparece sin productividad ni salida, salvo propuestas de tipo "reformista" como pueden ser los centros o instituciones de asistencia y/o formación a costos reducidos, apoyados en una conciencia social que tiene mucho más de voluntarismo que de actitud crítica. Se precisa en cambio, que el problema de los altos honorarios resulta de una necesidad estructural de sociedades cuyo fundamento económico está en el sistema capitalista.

De esta manera, tanto la práctica privada como la institucional incluyendo la hospitalaria se inscriben en el mercado y quedan sujetas a sus determinaciones. Aceptaba la imposibilidad de desinsertarse del sistema capitalista, se ve que los psiquiatras jóvenes pagan un alto precio para adquirir los conocimientos necesarios para competir en el mercado de servicios, competencia que aparece como la base de sus condiciones de vida que dependen del ejercicio profesional.

Se recorta así, como ilusoria, la idea de una práctica privada determinada libremente.

En este punto es necesario tentar el análisis de lo que sea esta ilusión, es decir, de la forma que puede asumir en pacientes y médicos, lo que se ve como una tarea tan importante como difícil, ya que se trataría de poner de manifiesto la relación entre estructuras individuales y sociales.

Creemos que puede sostenerse con suficiente razón que la estructura conflictual del psiquismo del hombre de nuestra época burguesa refracta la estructura contradictoria y progresivamente conflictiva de la sociedad capitalista. Pero la relación entre esta estructura social irracional y contradictoria y su correspondiente refracción en el psiquismo representa enunciados del más alto nivel de generalidad. Sin duda podemos decir que es así, en el nivel de la sociedad burguesa en abstracto y en nivel de las personas en abstracto.

Pero la comprensión concreta exige tanto particularizar la estructura social como singularizar al individuo que sufre su efecto. Y esto representa describir las mediaciones en términos de "mecanismos intermedios", que dan como resultado la relación imaginaria o ilusoria con que la persona vive su relación con las instituciones y con los otros seres humanos.

Aquí puede insertarse la pregunta siguiente: qué es lo que tiene de específica nuestra práctica dentro de las prestaciones de servicio?

Para el psiquiatra, la ilusión de una práctica privada determinada libremente se recorta como el escapar a las instituciones y al ordenamiento social, con lo cual se oculta, como dice Gramsci acerca de los intelectuales "autónomos", una utopía social ligada a una filosofía idealista.

En cuanto al paciente, su ilusión de tener un médico "privado", para él, es también la de proveerse un ámbito de intimidad en cuyo secreto puede esperar recuperarse sin "denunciarse" ni sufrir la marginación o el estigma. En la "elección" del médico (elección ilusoria también, en el fondo, pues es una elección entre los márgenes estrechos del status al que cada paciente pertenece) se reinstala una relación intersubjetiva que consolida el modelo de la pretérita relación familiar, relación en la que ya se ocultan las contradicciones de la sociedad que le pro-

veen de su carga ideológica. El paciente, como el niño, vivirá un mundo segregado, un apartamiento del conocimiento de las "cosas adultas" que depositadas antes en los padres, ahora en su médico, le convierten en un puro receptor del terapeuta, de quién espera y exige todo en una dependencia en la que se revela la otra cara del ideal burgués de la individualidad autosuficiente. Así, la condición dependiente del paciente psiquiátrico privado, es al mismo tiempo el reposo de un Robinson Crusoe y el anclaje en el modelo infantil, donde en la dependencia y el aislamiento "protector" de los problemas de la vida reencontramos la proyección de la aspiración de los adultos a escapar de una idea de libertad conseguida al precio de la inseguridad y de la soledad. De esta manera podemos visualizar cómo las internalizaciones infantiles están a su vez determinadas socialmente y cómo producen y refuerzan modelos que ofrecen al paciente un rescate ilusorio de su singularidad.

En este punto estamos ya hablando de lo que sean la enfermedad, la salud, la curación.

El conflicto que estructura la personalidad es un conflicto con la realidad que es siempre realidad social. Este conflicto se internaliza en forma transaccional, transacción entre escindirse totalmente, fragmentarse y una integración utópica, narcisista. De esta transacción surge el hombre como ser histórico (y no como esencia).

La curación se dibuja entonces como un deshacer la transacción, o sea como una recuperación del conflicto en un nivel racional, una asunción de las contradicciones que, desde el punto de vista de la conciencia burguesa puede representar, lo más a menudo, desadaptación ante la sociedad existente. Si el paciente descubre las imposturas en el fondo de su mundo individual y social, la curación se presenta como la posibilidad de conformar un nuevo tipo de relaciones con el medio que impliquen en mayor o menor medida, la transformación del medio y de sí mismo.

Pero todo esto, presentado hasta aquí como la experiencia ideal de ambos actores de la experiencia terapéutica, experiencia cuyo centro es el descubrimiento de que su relación mutua y concreta toma la forma de la relación entre cosas, tiene sus límites.

Hasta dónde es posible la recuperación de esa relación como relación entre

personas, es decir, como relación social, mientras la relación misma sigue determinada desde afuera, por el mercado?

Aquí resulta imprescindible que el terapeuta se piense a sí mismo en función de la estructura social; función que es en primer lugar la de todo intelectual y que está definida por su pertenencia de clase. Esta pertenencia de clase involucra los valores oscilantes de la pequeña burguesía y en el profesional de nuestro país se manifiesta de la siguiente manera: éste se ve cada vez más acuciado económicamente, lo que lo lleva a dos actitudes contradictorias que se condensan en los problemas de formación y el ejercicio profesional. Está apremiado por adquirir conocimientos e instrumentos que le permitan situarse en el mercado competitivo, para lo que tiene que enfrentar las condiciones restrictivas de la oferta. En este proceso se va radicalizando y adquiriendo, a través de sus reivindicaciones de formación y de ejercicio, conciencia de las fuerzas políticas y económicas antagónicas en las que está incluido, y tiende a acercarse, de este modo, a los valores de solidaridad y modificación de lo existente propios del proletariado. Pero al mismo tiempo, la formación profesional lo provee de posibilidades crecientes de un ascenso de clase, con lo que su inserción en la burguesía se refuerza y con ella su tendencia a no ver, a preservar el tipo de relaciones sociales que la fundamenta y la perpetúa. Este es el momento de las grandes racionalizaciones científicas, en las que el profesional se vuelve un nuevo tipo de "científico puro", en una nueva ilusión en la que "coinciden" los objetivos de la Revolución y el Ideal de la Ciencia. Y es aquí donde puede perder de vista que toda actividad científica que pretenda mantener su cientificidad fuera del campo en que se juega su acción, es decir, sin examinar sus funciones políticas, por más que el contenido de su discurso fuese comprometido, volvería a caer en un científicismo al servicio del estado, es decir, de la ideología de la clase burguesa.

De esta manera, la alternativa del terapeuta se abre en la medida en que llegue a tener claro lo que al mismo tiempo fueron las conclusiones del numeroso grupo de trabajo de nuestro panel. Dentro del sistema capitalista no puede existir el interés de desarrollar una asistencia, ni institucional ni privada sin base en el beneficio económico; y menos en países dependientes como los nuestros, donde la

planificación y la financiación por el estado, según la necesidad y no el lucro, representan un objetivo de lucha en común del proletariado y de los trabajadores de la salud mental.

Estas conclusiones han sido sintetizadas por los coordinadores Dres. Gilberte R. de García Reinoso y Nicolás Espiro.

...**...*

Buenos Aires, 1972.-