

Complejidades de la decisión de Internación en Salud Mental: del “riesgo cierto e inminente” a la lectura de la urgencia subjetiva

El presente escrito ⁽¹⁾ introduce problemáticas en torno a decidir internar a la luz de los virajes introducidos por la Ley 26657, subrayando el carácter complejo de dicha decisión y algunos de sus aspectos polémicos, cuestión que conlleva a una puesta en forma de los conceptos con los que formalizamos nuestra experiencia.

Lic. Martin Julia

Licenciada y Profesora en Psicología, UNLP. Especialista en Psicología Clínica con Adultos. Psicóloga de carrera hospitalaria de la Sala de Salud Mental del H.I.G.A. Gral. San Martín de La Plata. Ex residente y Jefa de Residentes. Docente e Investigadora, UNLP.

Resumen: Este trabajo tiene como objetivo presentar la complejidad de la decisión de internación de Salud Mental en la actualidad, a partir de las transformaciones promovidas por la Ley de Salud Mental 26657. Se introducirá la noción de “situación de riesgo cierto e inminente”, y se echará mano de las conceptualizaciones sobre “urgencia subjetiva” para formalizar nuestro trabajo en el equipo interdisciplinario.

Summary: This work presents complexities in Mental Health hospitalization decision nowadays, after the changes produced by the Mental Health Law 26657. The notion of “imminent and certain risk” will be introduced, and the term “subjective urgency” will be a support to conceptualize our perspective in the interdisciplinary team.

Palabras clave: internación-Ley 26657- riesgo cierto e inminente- urgencia subjetiva

Key words: hospitalization- Law 26657- imminent and certain risk- subjective urgency

La transformación histórica del campo de la Salud Mental en Argentina encuentra un punto de llegada que relanza la partida en la sanción de la Ley Nacional 26657 (2010), tiempo de nominación de un cambio de paradigma sobre el padecimiento mental, Esto obliga a que los profesionales psicólogos nos posicionemos frente a sus implicancias, estando a la altura de los contextos de práctica en que nos vemos insertos.

La ley refuerza y legitima nuestro lugar a la par de otros profesionales del campo de la salud a la hora de tomar decisiones respecto de maniobras clínicas de importancia tales como la internación, diluyendo malentendidos de antaño acerca de las jerarquías profesionales. Asimismo, la noción de “situación de riesgo cierto e inminente”, introducida por esta legalidad, nos confronta a nuevos desafíos respecto de su evaluación frente a la variedad clínica de sus presentaciones.

El Código de Ética profesional formula como pivote de nuestro quehacer a la salud mental como uno

de los derechos humanos fundamentales. Es claro por qué debemos tomar la palabra en debates sobre la misma. Este escrito aspira a enmarcarse en dicho espíritu ético, al explorar problemáticas vinculadas al dispositivo de internación como respuesta social al problema de la locura. En este mismo sentido se orienta a precisar la noción de “situación de riesgo cierto e inminente” a partir de los cambios introducidos por la nueva Ley. Proponemos que sólo en tanto se sostenga dicha decisión como táctica transitoria ante un real que embate a un sujeto excediendo sus recursos, es decir, en tanto y en cuanto encuentre su lógica en propiciar la emergencia un sujeto ensombrecido, inarticulado en la urgencia subjetiva, que puede encontrarse un camino que no arrase con el sujeto de derechos.

La internación intervenida por la ley

La internación es un proceso definido por el in-

1) Basado en un aspecto de la Ponencia Escrita defendida para Título de Especialista del Colegio de Psicólogos de la Prov. de Bs. As.: “Clínica de la decisión de internación”.

terjuego de criterios de diversa índole: jurídicos, bio-médicos, psicológicos y significados sociales y prácticas asociados al padecimiento mental (Mantilla, 2010). Pero ante todo es necesario entenderla como un dispositivo en los términos de Foucault (1977), que tiene por función responder a una urgencia. Las épocas han respondido a la urgencia de la locura de diversos modos; el manicomio ha sido el más conocido ejemplar. Su lógica entra en crisis junto con el desplazamiento de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control en Occidente (Deleuze, 1990).

En nuestro país, la crisis del asilo halla su terminal en la sanción de La Ley Nacional 26657. Esta propone concebir a la persona usuaria de los servicios de salud mental como sujeto de derechos y ya no como objeto de asistencia. Las cifras de asilados en los viejos manicomios son aún escalofrantes (CELS, 2007), con lo cual introducir que la internación sea efectivamente un recurso de excepción y terapéutico, prohibiendo la construcción de nuevos manicomios y enmarcando las internaciones en Servicios de Salud Mental en hospitales generales, tiene por consecuencia intentar regular el goce social parásito de excluir al llamado loco.

La peligrosidad para sí o para terceros era la condición médico-legal de la internación, la cual encuentra su origen en el Código Civil, puesto en vigor desde el año 1871 y modificado en el año 1968, en su artículo 482. Muy tempranamente, ha quedado elidida en la legislación argentina la dimensión terapéutica de la hospitalización. Son los Derechos Humanos en su carácter jerárquico constitucional a partir del año 1994 y los Códigos de Ética profesionales los que han puesto nombre a alguna brecha en la consideración de la internación como una medida sanitaria y no de mero "vigilar y castigar", hasta la sanción de la nueva Ley.

Entonces, uno de los aspectos cruciales de la Ley es la cuestión de las internaciones, lo cual modifica al artículo del Código Civil antes mencionado. Las internaciones son indicaciones del personal de salud y no ya disposición del juez; se clarifica que no son patrimonio del orden médico sino que requieren de acuerdo interdisciplinario. La normatización y definición del equipo interdisciplinario produjo una modificación de altísimo impacto formal en el ejercicio cotidiano de la práctica profesional al diluir el poder de la indicación médica de internación dentro de un equipo de conformación variada y equiparando formalmente en jerarquía al psiquiatra con el psicólogo, desde el momento en que al menos uno de los dos debe integrar el equipo que evalúe la situación de riesgo o que evalúe la pertinencia de una internación terapéutica o consensuada (artículos 13°, 16°, 20°). Asimismo, se tipifican dos clases de internaciones: 1) voluntaria, fundada en la conveniencia terapéutica considerada de carácter restrictivo; y 2) involuntaria, de carácter excepcional en caso en que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y

sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere una situación de riesgo cierto e inminente para sí o terceros. Es decir se trata de un recurso último y fundamentalmente terapéutico. La noción clave a la hora de que una internación se vea fundamentada es la de situación de riesgo cierto e inminente. Pasaremos a introducirla.

El riesgo cierto e inminente: dilemas de la decisión de internación

Hemos visto cómo la Ley trastoca claramente la cuestión de la condición de la peligrosidad como criterio de internación. Toro Martínez (2010; 2011) analiza las dificultades de la noción de peligrosidad, y las ventajas de su reemplazo en el texto de la nueva ley, "situación de riesgo cierto e inminente". Siendo la peligrosidad entonces una condición de ser que conlleva una potencialidad del acto, esta nueva noción, al referirse a un estado acota la posibilidad pronóstica del equipo interdisciplinario que decide (ya no sólo el psiquiatra), resultando esto clínicamente más realista, ya que son conocidos los límites predictivos de ambas disciplinas, Psiquiatría y Psicología, por tratar con la variable ser humano y todas sus contingencias.

Una práctica clínica orientada a la evaluación del riesgo y no de la peligrosidad admite que un paciente puede entrar y salir de una situación de riesgo cierto e inminente de daño. Al menos en el ámbito de lo asistencial y a la hora de decidir por coacción una restricción de la libertad, tal diferenciación y precisión es muy útil. Es más acorde para nuestras posibilidades diagnosticar un estado de riesgo, en un momento y en una situación dada, que una condición de peligrosidad que es un atributo de la persona. Pero al momento de participar en la indicación de una internación involuntaria, el psicólogo y el psiquiatra deben tener presente que se encuentran ante una situación de tensión entre principios bioéticos: beneficencia versus autonomía y entre derechos humanos: vida (por la vía del derecho a la salud) vs. derecho a la libertad. De modo tal que la indicación de internación, si bien es un problema de orden clínico, también constituye la representación de un problema jurídico en la medida en que toda internación coaccionada implica una clara conculcación de derechos humanos que debe ser justificada. De allí las precauciones que la ley adopta a la hora de configurar los requisitos del riesgo. Éste no es un concepto estrictamente clínico, sino que se sitúa en las fronteras de lo jurídico y hasta muchas veces es tratado como constructo social. Es una de las razones por las que se presenta como un problema. Se nos pide garantías respecto de algo que no es, ciertamente, indubitable, como lo define el Decreto que reglamenta la ley, en su artículo 20 (Decreto 603, 2013). ¿Qué hacemos entonces ante el vacío de criterios protocolizados al respecto, por la ineludible complejidad del sujeto de intervención frente al que nos encontramos? Esbozamos una



respuesta: proponemos que el riesgo sea contextualizado en la encrucijada de la urgencia llamada, desde nuestra lectura, subjetiva.

Del riesgo cierto e inminente a la lectura de la urgencia subjetiva

El concepto de “urgencia subjetiva”, diferenciado del de “urgencia psiquiátrica”, nos ubica en el campo semántico del psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Esta expresión es utilizada por Lacan: “mientras dure un rastro de lo que hemos instaurado, habrá psicoanalistas para responder a ciertas urgencias subjetivas” (Lacan, 1966: 226). Varios equipos de trabajo en hospitales se han puesto a precisar esta noción (Belaga et al.; Rubinstein et al.; Lombardi et al., por citar a algunos) y la han definido como una ruptura aguda de la cadena significativa que se manifiesta en dos órdenes de fenómenos clínicos: la certeza del fenómeno psicótico; y la emergencia de la angustia automática, o sus intentos de tratamiento, como lo son el acting out y el pasaje al acto. La clínica de la urgencia si bien no prescinde del diagnóstico diferencial, tiene la potencia de considerar esta emergencia de la cadena rota más allá de la estructura subjetiva supuesta. Subjetiva, adjetivando a urgencia, remite al sujeto. Si el significante no se articula, el sujeto no puede representarse. El sujeto es una resultante, un resto de la operación que afecta al cuerpo una vez que éste es atravesado por el lenguaje, producto de lo que se produce por la relación fundamental de un significante con otro significante. La articulación de un significante con otro es el funcionamiento propio de lo que Lacan ha dado en llamar cadena significativa. Si este funcionamiento se ve afectado, ¿cómo puede representarse el sujeto? De allí la importancia de instalar un tiempo de restablecimiento de este funcionamiento, que sólo puede darse componiendo la dimensión del Otro como lugar.

Localizar al sujeto de la urgencia supone responder a la pregunta ¿de quién es la urgencia? Ahora bien, no toda urgencia subjetiva culminará en internación. Pero esta reinstalación del Otro, del tiempo para comprender, no siempre puede hacerse ambulatoriamente. Justamente las coordenadas del caso permitirán decidir. Hará falta entonces en términos de la Ley 26657 que otras estrategias resulten insuficientes, y en nuestros términos, que falle el Otro como lugar, y que se trate de un riesgo “cierto e inminente” para decidir internar. Vallet (2004) advierte que la maniobra sobre la transferencia con estas urgencias

subjetivas necesita muchas veces de los límites que ofrece la institución, sobre todo cuando la función de la palabra no puede restituirse. La internación entonces debe ser una maniobra clínica contextualizada en la lógica del caso, cuando podemos reconocer en la urgencia subjetiva un riesgo subjetivo: es decir, aun cuando ante la intervención en la urgencia, el sujeto persiste sin recursos suficientes para transitar la arremetida de lo real, eclipsado en los fenómenos de cadena rota, sin poder reestablecerse el lazo al Otro en sus diversas formas.

Decidir internar en un marco de derechos garantizados

El desafío mayor es provocar con nuestra praxis una torsión de la marca de la internación entendida como un dispositivo de control social, volviéndola en cambio un dispositivo de otro orden: a la altura de urgencias distintas, ya no sociales, sino aquellas urgencias del sujeto que superen sus recursos para mantenerse instalado en la relación con la realidad, con su propio cuerpo, con su ser y con los otros. Reintroducir a este sujeto forcluido por los discursos jurídicos y científicos hace a la especificidad de nuestra intervención. Entonces la internación ya no será la desaparición del sujeto del orden social, sino una condición para su reaparición, al restituirle su posibilidad de ser portavoz de su palabra con la aspiración de que no regrese a una homeostasis anterior, sino que salga transformado en su economía libidinal. Sólo en términos de producir un alivio sintomático por añadidura al ofrecimiento de este lugar de alojamiento de lo que se encuentra cifrado en la presentación de riesgo, es que se fundamenta la internación como recurso terapéutico, devenida en esta lectura una táctica que abrirá la partida para otro tiempo del sujeto.

Bibliografía

- BELAGA, G., comp. (2006). La urgencia generalizada. La práctica en el hospital, Grama ediciones, Bs. As., 2006
- CELS/MDRI (2007). Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilo psiquiátricos argentinos, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2008.
- CÓDIGO CIVIL ARGENTINO. A Z Editora. Buenos Aires. 1988.
- CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL DEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES <http://www.colegiodepsicologos.org.ar/codigos.html>
- COTTET, S. (2002): "Lateralidad del efecto terapéutico en psicoanálisis". En Virtualia #6, <http://virtualia.eol.org.ar/006/default.asp?notas/scottet-01.html>
- COUPECHOUX, P. (2006). Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux, Ed. Seuil, Normandie, France, 2006
- DELEUZE, G. (1990). "Postscriptum sur les sociétés de contrôle". En Qu'est-ce que la philosophie?, Ed. Minuit, Paris, Francia, 1991.
- FOUCAULT, M. (1961). Historia de la locura en la época clásica, Tomo I y II, México, Fondo de Cultura Económica, 2005.
- FOUCAULT, M. (1973-1974). "Psiquiatría y antipsiquiatría". En La vida de los hombres infames, Ed. Altamira, La Plata, 2006.
- FOUCAULT, M. (1977). "El juego de Michel Foucault". Entrevista publicada en la Revista Ornicar, núm. 10, julio 1977, traducida al castellano por Javier Rubio para la Revista Diwan, Nros. 2 y 3, 1978, pp. 171-202.
- GALENDE, E., KRAUT, A. (2006). El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos. Lugar Editorial, Bs.As., 2006
- LACAN, J. (1966). "Del sujeto por fin cuestionado". Escritos I. Ed. Siglo Veintiuno, Buenos Aires, 1975, p. 226.
- LACAN, J. (1958) "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis". Escritos II. Ed. Siglo Veintiuno. Buenos Aires 1975.
- LACAN, J. (1962-1963). El Seminario. Libro X. La Angustia. Ed Paidós. Buenos Aires. 2006.
- LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES 10306 <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-10306.html> Ley 10306
- Ley Nacional de Salud Mental 26657 y Decreto 603/2013. Subsecretaría de Salud Mental y atención a las adicciones, http://www.sada.gba.gov.ar/salud_mental.pdf
- MANFREDI, H., comp. (2008). La clínica en la emergencia del sujeto, JCE Ediciones, Bs.As., 2008.
- MANTILLA, J. (2010). "Riesgo, peligrosidad e implicación subjetiva. Un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires". Interface- Comunic., Saude, Educ., v.14, n. 32, pp.115-26, jan/mar. 2010 http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100010&script=sci_arttext
- MILNER, J. (2005). La politique des choses, Navarin Editeur, Paris, 2005
- NACIONES UNIDAS (1991). Principios para la protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. En Médicos, pacientes y Sociedad. Publicación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Buenos Aires 1998.
- RUBINSTEIN, A. (2012). "Efectos de la intervención analítica en instituciones. El proyecto". En La terapéutica psicoanalítica. Efectos y terminaciones. Rubinstein, comp., JCE Ediciones, Bs. As., 2012.
- SOTELO, I., comp.,(2005). Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista. JCE Ediciones. Bs. As. 2005.
- TORO MARTÍNEZ E., GHIOLDI L. (2010). "Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o terceros". Vertex Rev Arg de Psiquiatría 2010, Vol XXI: 63-69.
- TORO MARTÍNEZ, E. (2011). "La noción de "situación de riesgo cierto e inminente" en la ley 26657. Acerca de la diferencia entre "estar" y "ser" y sus consecuencias médico legales". Revista de Psiquiatría, 4:16 noviembre 2011, p. 19-25.
- TORO MARTÍNEZ, E. (2013) "Capacidad y Riesgo en la Ley de Salud Mental y su Decreto de Reglamentación. Luces y Escotomas del nuevo paradigma". Inédito.
- TORO MARTÍNEZ, E., GHIOLDI, L. (2010). "Riesgo versus peligrosidad". Revista de Derecho Penal y Procesal Penal, p. 1569-1575, septiembre de 2010.
- VALLET, D. (2004). "La clinique de l'urgence ou l'urgence dans la clinique. La place de la psychanalyse en institution". Revue Quarto, Editorial de l'Ecole de la Cause Freudienne, Paris, 2004.
- VALLONE, N. (2008). "¿Riesgo de qué? Riesgo de quién?". En La clínica en la emergencia del sujeto, Manfredi, H., comp., JCE Ediciones, Bs.As., 2008.