

Policies mental health institutions: its effects and impacts on the design of psychosis and psychotic subject condition¹

Angélica María González Jiménez²

¹ Este artículo es resultado del trabajo de investigación que se llevó a cabo como investigadora del Grupo de Investigación Psicosis y Psicoanálisis de la Fundación Universitaria Los Libertadores, en el marco del proyecto de investigación "De la locura a la política en la obra de en la obra de Jacques Lacan".

² Psicóloga. Co-investigadora del grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis de la Facultad de Psicología de la Fundación Universitaria Los Libertadores. Maestranda en Psicoanálisis, subjetividad y cultura en la Universidad Nacional de Colombia. Correspondencia: amgonzalezj@gmail.com. Bogotá - Colombia.

Políticas de las instituciones de salud mental: Sus efectos e incidencias en la concepción de la psicosis y la condición del sujeto psicótico

Recibido: febrero 27 de 2012
Revisado: febrero 27 de 2012
Aprobado: marzo 15 de 2012

ABSTRACT:

In this text we present the research results about the effects of the institutional speech in the conception of the psychosis and the conception of the psychotic individual from a lacanian perspective. By means of the documental revision of laws and policies that rule the provision of mental health services as well as the work field that takes place of the professional word, staff, patients and their relatives, we are looking for an approximation of the demonstration who is immersed in that known speech: the psychotic. Thus, it seeks to explore the vicissitudes of the psychotic respect to desire, the ideals with which policies are conceived, models programs and practices and places assume by the institution; with which it hopes to achieve an adequate conceptualization and rescue of the signifiers and senses that are immersed in the psychosis and the offer that is offered to these individuals.

Key words: Policies, institutions of mental health, psychosis, speech.

RESUMEN

En este texto se presentan los resultados investigativos sobre los efectos que tiene el discurso institucional en la concepción de la psicosis y la condición de psicótico desde una perspectiva lacaniana. Por medio de la revisión documental de las leyes y políticas que rigen la prestación de servicios de salud mental así como del trabajo de campo en el que se da lugar a la palabra de profesionales, funcionarios, pacientes y familiares, se busca una aproximación a las manifestaciones de quien está inmerso en ese discurso a saber: el psicótico. Así, se busca explorar las vicisitudes del psicótico con relación al deseo, los ideales con que se gestan las políticas, modelos, programas y prácticas, y los lugares que asume la institución; con lo cual se espera lograr una adecuada conceptualización y rescate de los significantes y sentidos en los que está inmersa la psicosis y la oferta que se ofrece a estos sujetos.

Palabras clave: Políticas, instituciones de salud mental, psicosis, discurso.

Introducción

La investigación que se erige desde la pregunta ¿Cuáles son los efectos que generan las políticas de las instituciones de salud mental en la condición y concepción institucional y subjetiva de la psicosis y el psicótico? Emerge de la necesidad de comprensión del fenómeno de la psicosis desde la consideración del discurso circundante en las instituciones de salud mental, por ser esta relación en la que se ha suscrito el sujeto psicótico a lo largo de la historia (Foucault, 1993) y donde su lugar se ha visto envuelto en los avatares de ese discurso que pende de un momento- tiempo específico que demarca desde el gran Otro un modo de operar, el cual se refleja en la estructura política de las instituciones de salud mental y estas a su vez en el sujeto que dentro de ellas se define como enfermo mental.

En este sentido, el discurso es asumido como artificio, estructura en la que se inscriben actos, conductas y relaciones fundamentales y estables. Dentro de la investigación, el discurso se conceptualiza desde la definición aportada por Lacan (2008) como “(...) una estructura necesaria que excede con mucho a la palabra (...) porque en realidad, puede subsistir muy bien sin palabras” (p. 10) pero que a su vez hace parte del universo del lenguaje en tanto se ubica en la dimensión significativa y desde ahí en la consecuencia de un sujeto inscrito en el mismo.

El discurso entonces, desde esta concepción no esta referido únicamente a los sistemas de dominación sino que se soporta además desde el sujeto que encuentra en él su lugar: “no es simplemente lo que manifiesta (o encubre) el deseo; es también lo que es el objeto del deseo” (Foucault, 1992, p. 6). Se toma entonces al sujeto como referencia del discurso imperante en las instituciones de salud mental enfatizando que el discurso no es el sujeto aunque lo determine “del discurso como no pudiendo ser como tal discurso de nadie particular, sino que se fundan a partir de una estructura” (Lacan, 1971, p. 5).

“El Otro de la psicosis solo a mudado de forma, permaneciendo estructuralmente intacto”¹

En esta investigación se partió de una aproximación hacia la comprensión del discurso de las instituciones en cuestión, considerando su estructura política en su orden interno y externo, de igual manera se realizó una labor de escucha a psicóticos, sus familias en los casos posibles, a funcionarios (talleristas, personal de vigilancia y de aseo, gestores comunitarios entre otros), coordinadores de programas, profesionales vinculados con la salud mental que abordan el tema desde la gestión de proyectos, y otros profesionales que llevan a cabo su labor en contacto directo con los pacientes como psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales entre otros.

En este sentido los efectos se ubican desde dos vertientes, de una parte, los que aducen a la condición del psicótico y con ello precisamente a la inscripción del mismo frente a los diversos significantes que circundan en prácticas interventivas o de tratamiento y, del otro lado, a la manera en que los significantes se articulan en la formación de un discurso que merodea, define y constituye en la institución una forma de asumir a un sujeto, en este caso el denominado enfermo mental.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio de tipo mixto-documental/campo-sustentado y conceptualizado desde el psicoanálisis, dirigido a develar los efectos que generan las políticas de intervención de las instituciones de salud mental en la concepción de la psicosis y la concepción del sujeto psicótico.

¹ Báez, Rodríguez, Karam & Velosa (2010). Aportes del dispositivo analítico al modelo ecoterapia de intervención con el paciente psicótico. Informe de Investigación. Documento de trabajo. Facultad de Psicología. Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá p.7.

De ahí que para efectos del desarrollo del estudio, se obtuvo en primera instancia el aval de Hospital de Suba E.S.E, por medio de su Hospital día adultos San Cayetano. Allí se realizó una labor de escucha a los profesionales, a diez pacientes con estructura psicótica y algunas de sus familias en un periodo de 4 meses, de igual manera en el hospital se proporcionó información relacionada con la estructura política de los programas de salud mental que allí se ejecutan. Se recupero información del programa Ecoterapia de atención a pacientes psicóticos del Hospital de Nazareth E.S.E. Así mismo, se realizó labor de escucha a funcionarios y profesionales al servicio de diferentes instituciones enfocadas a la salud mental específicamente en el tratamiento o intervención en la psicosis: profesionales del Hospital de Vista Hermosa, la orden hospitalaria San Juan de Dios (Clínica la Paz), Clínica San Pablo de Bucaramanga y de entidades públicas relacionadas con las políticas de intervención en las denominadas enfermedades mentales como el Ministerio de la Protección Social y la Dirección de Salud Pública y Desarrollo de Aguazul, Casanare.

Se realizó seguimiento a las Leyes del Estado y políticas gubernamentales relacionadas con el funcionamiento de las instituciones prestadoras de salud, aquellas que se encuentra en vigencia o las que han sido reformadas o modificadas a fin de contextualizar el discurso político en relación a la prestación de servicios de salud dentro del contexto Colombiano, posteriormente se rescatan las leyes, decretos o acuerdos específicos en el campo de la salud mental en Colombia. Con igual importancia, se revisaron políticas de las instituciones prestadoras de servicios de salud las cuales se desarrollan y se consolidan como resultante de las leyes del Estado y políticas gubernamentales, en respuesta a la demanda del Otro. Estas políticas de las instituciones prestadoras de salud rigen todos los programas que se ejecutan dentro de ella sin

distinción entre los de orden físico, mental o psicosocial. La especificación en términos de los programas de salud mental se encuentra en el modelo de atención el cual no es ajeno a las políticas de la institución ya que su fin último debe concatenar con las mismas.

Por tal motivo, dentro de la investigación además de la aproximación a las políticas gubernamentales e institucionales de las instituciones prestadoras de salud, se hizo necesario profundizar en los modelos de atención, algunos corresponden específicamente a los programas de salud mental, otros al modelo macro de la institución prestadora de salud. También se tuvo en cuenta que algunas instituciones no tienen un modelo de atención definido.

RESULTADOS

Leyes en salud y políticas en salud mental

Desde la vigencia de la ley 100 de 1993 cuando se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de la República, (C.R.) 1993), que tiene como fin regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población persiguiendo el ideal de “garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana” (p.1) se destinan obligaciones competentes al Estado y a la sociedad, dicha descentralización indica, como está consignado en el artículo 153, la autonomía de las instituciones y lo que ello implica, personería jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa así como la implementación de estructuras organizacionales, de gestión, de decisiones técnicas, administrativas y financieras por parte de las instituciones públicas de orden nacional en aras del mantenimiento y fortalecimiento de su funcionamiento descentralizado, esta situación en conjunto con la

atención en salud integral de conformidad con el Plan Obligatorio de Salud, conduce en un primer momento a que la atención en salud mental quede excluida de los intereses de las instituciones prestadoras de servicios de salud al no resultar rentable financieramente ni ser autosostenible.

(...) los servicios de salud mental adquirieron “independencia del Estado” y quedaron sometidos a una lógica de mercado, en la que deben garantizar su viabilidad financiera y su autosostenibilidad. La precaria inclusión de acciones de salud mental en los planes de beneficio- por causa de la desigual competencia con otros servicios de salud, la falta de subsidios a la oferta y la poca importancia que se ha dado en general al tema- ha ocasionado, con algunas excepciones, una reducción paulatina y significativa en términos de acceso y de cobertura oportunos y equitativos (Ministerio de la Protección Social & Asociación Colombiana de Psiquiatría 2007, p. 13).

En un segundo momento, la Política Nacional de Salud Mental de 1998 justifica su necesidad de implementación develando la falta social y legislativa relacionada con la cuestión de la salud mental. Se menciona entonces en dicha Política, la escasez de instalaciones para la atención de problemas de salud mental, en vista de ello la necesidad de recurrir al uso de prisiones y otras instalaciones de custodia, la insuficiencia de personal capacitado, falta de materias de estudio sobre salud mental en los programas de enseñanza y capacitación para trabajadores generales de salud, falta de interés por la salud mental por parte de personal en general, carencia de estadística, estudios etnológicos, antropológicos y sociológicos apropiados que evidencien la realidad plural de afecciones mentales, carencia de una legislación adecuada y actual que aborde esta problemática de manera integral y, finalmente, la insuficiente participación de la comunidad en toda acción en pro de la salud mental (Ministerio de Salud, 1998, p. 34).

En vista de ello dentro de la política se establecen como objetivos generales I. Promover la

Salud Mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental y II. Mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases (Ministerio de Salud (M.S.) 1998, p. 57) sentando el precedente de la importancia de reorientar y mejorar la calidad de la prestación de servicios en Salud Mental, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.), que luego será tenido en cuenta, en leyes como la 715 de 2001, donde se señala dentro de las competencias de las entidades territoriales en el sector salud la destinación de recursos en la prestación de servicios de salud a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental (Congreso de la República, (C.R.) 2007) y en las posteriores reformas en S.G.S.S.S. por medio de las leyes 1122 de 2007 y 1428 de 2011, las cuales serán retomadas más adelante.

En resumen, la Política Nacional de Salud Mental de 1998 se constituye en la primera contextualización en Colombia de la situación en salud mental, destacando en uno de sus apartes los estudios realizados en 1997 sobre la prevalencia de las enfermedades *Psiquiátricas* tradicionales como la depresión clínica, trastorno bipolar, esquizofrenia, demencia, síndrome de estrés post- traumático, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos alimenticios, ideaciones e intentos de suicidio así como la problemática asociada al consumo de sustancias psicoactivas. De igual manera la presente política aporta una definición de aquello que se considera salud mental y que en últimas será el ideal perseguido por las leyes y políticas que giran en el mismo campo, esta conceptualización tiene como fin el desarrollo integral y coherente de la política nacional en salud mental, donde se proporcione una visión unificada, holística e integral del ser humano. La siguiente definición de salud mental es aportada desde una perspectiva biopsicosocial:

Salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio am-

biente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Así mismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (M.S., 1998, p. 36).

La definición de salud mental vista desde esta perspectiva donde se vinculan en el bienestar del sujeto factores sociales, biológicos y psicológicos es una primera movilización hacia la consideración de otras profesiones mas allá de la psiquiatría en la cuestión de la salud mental, implícitamente señala la complejidad del abordaje de la enfermedad mental y por tanto pretende la transformación total de las practicas asistenciales tradicionales en servicios de salud mental, sugiere específicamente en los trastornos mentales la necesidad de implementar técnicas de tratamiento aparadas en el seno de la comunidad (M.S., 1998, pp. 34 - 60).

Por su parte, con la Política Nacional de Servicios de Salud de noviembre de 2005, la cual se sustenta en debilidades encontradas en el S.G.S.S.S., se afianza la idea de la prestación de servicios de salud bajo las premisas de *accesibilidad, calidad y eficiencia*, entendiendo la accesibilidad como, “la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios” (Ministerio de la Protección Social, (M.P.S.) 2005, p. 20). La calidad definida como, “la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” (p. 24) y finalmente la eficacia como, “la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos” (p. 28).

Durante el periodo comprendido entre el año 2003-2004 se desarrolló el *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*, arrojando en sus resultados que ocho de cada 20 colombianos han presentado *trastornos psiquiátricos* alguna

vez en la vida, tres de cada 20 en los últimos 12 meses y uno de cada 14 en los últimos 30 días. (Ministerio de la Protección Social & Fundación F.E.S., (M.P.S. & F.F.E.S.), 2005, p. 7). Estos y otros resultados del estudio en mención configuran la propuesta de Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia del 2005, condensando, objetivos, principios, líneas de acción y estrategias, para el diseño e implementación de la Política de Salud Mental para Colombia; recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) y la metodología de análisis de costos de eventos prioritarios en salud mental (p. 15).

Estos lineamientos que tienen como objetivo generar discusión, consenso y análisis en pro del desarrollo e implementación de una política en salud mental idónea en Colombia, plantean que además de los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, unidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía institucional, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad propios del S.G.S.S.S., deben incluirse en el abordaje de la salud mental, principios de continuidad, integración funcional, respeto por las diferencias, promoción y protección de los derechos humanos y participación de los pacientes, las familias y las comunidades en aras de alcanzar los siguientes propósitos:

Promover la salud mental de la población colombiana. Prevenir el impacto negativo de los problemas psicosociales sobre los individuos, familias y comunidades colombianas. Reducir el impacto negativo de los trastornos mentales sobre los individuos, familias y comunidades colombianas (M.P.S. & F.F.E.S., 2005, pp. 17-18).

En la población específica con trastornos mentales, los lineamientos de política en salud mental, proponen fortalecer las actividades,

procedimientos e intervenciones desde las fases de su detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La inclusión social como signifiante en Colombia comienza a figurar en las políticas de salud mental a partir de los lineamientos en mención -en leyes y políticas previas se hablaba de participación social sin énfasis particulares- donde emerge la preocupación por la situación de exclusión, discriminación y estigmatización que involucra a las personas con enfermedad mental, en aras de lograr una modificación a estas condiciones, se propone como objetivo: “(...) Promover el conocimiento de los trastornos mentales y de las oportunidades de tratamiento, rehabilitación e inclusión social (...)” (M.P.S. & F.F.E.S., 2005, p. 22), para lograr el cumplimiento de dicho objetivo se trazan estrategias que intentan vincular los diferentes sectores como la educación, trabajo, salud, bienestar social en la búsqueda de informar y educar al público en general en pro de la desmitificación frente a los enfermos mentales y desde luego, lograr la promoción y aplicación de leyes que protejan a los mismos.

De igual manera, los lineamientos en políticas de salud mental, aportan recomendaciones al S.G.S.S.S., la cuales giran entorno a la redefinición de la salud mental y de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (POS), las acciones que hacen parte del Plan de Atención Básica (PAB), la inclusión de la esquizofrenia dentro de las enfermedades de alto costo, asignación de recursos, el desmonte paulatino de los hospitales psiquiátricos, promoción de la salud en el área de la salud mental y de prevención de la enfermedad mental, igualdad en el POS - contributivo y POS - subsidiado en lo concerniente a salud mental, acción intersectorial, articulación entre la política nacional de salud mental y la investigación en el área, la regulación y fortalecimiento de la calidad de los tratamientos de los trastornos mentales, definir espacios para las personas que presentan enfermedad mental y con relación al sujeto se proponer

la protección de los derechos de las personas con problemas mentales. Estos son, en términos generales, los lineamientos de 2005 para la política en salud mental.

Producto de estas claras alusiones a la importancia de vincular la salud mental en el S.G.S.S.S., en enero de 2007, en la ley 1122, *por la cual se hacen algunas modificaciones al sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*, en su Capítulo VI dedicado a la salud pública, se reglamentan las condiciones del Plan Nacional de Salud Pública -Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2006-2010- en el cual según se establece, deben ir incluidos entre otros, el perfil epidemiológico en salud mental. En la misma línea, con el remplazo del plan de atención básica por el plan de salud pública de intervenciones colectivas, se dio lugar a que se incluyera dentro del plan, las acciones orientadas a la promoción de la salud mental y el tratamiento de trastornos de mayor prevalencia. En el mismo orden, se le delega al Ministerio de la Protección Social la definición de protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

En diciembre del 2007 el Ministerio de la Protección Social desde su dirección de Salud Pública en conjunto con la Asociación Colombiana de Psiquiatría ofrecen un propuesta para discusión y acuerdos atinentes al desarrollo de la Política en Salud Mental; en este documento se pone de manifiesto la limitada repercusión de las políticas y normativas previas en el campo de la salud mental.

A pesar de las diversas formulaciones, de su correspondencia y consistencia con los lineamientos ordenados en la abundante legislación y normatividad nacional y en los lineamientos y compromisos internacionales, la implantación de las políticas de salud mental ha tropezado con muchas dificultades y se ha reflejado en una ejecución limitada y en

un muy pobre impacto. (Ministerio de la Protección Social, Asociación Colombiana de Psiquiatría (MPS & ACP) 2007, p. 14).

Una nueva propuesta indica la necesidad de redefiniciones y concepciones relacionadas con el campo en cuestión, es por ello que en este documento del 2007 sobre la política nacional de salud mental, se define la misma como: “(...) un campo complejo en el cual tienen cabida la salud, la enfermedad, los problemas, las resistencias y acomodaciones; es decir, diversas formas de bienestar o malestar emocional y de relación de los ciudadanos” (M.P.S. & A.C.P., 2007, p. 14). En esta concepción denominada como multidimensional, la salud mental es representada desde el bien colectivo e individual. En ese orden de ideas, se habla de salud mental cuando se alcanza el deseable social de desarrollo humano y por ende social; desarrollo en tanto se genere un capital ya sea de orden social, cultural, simbólico o económico haciendo posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos (p. 15).

El desarrollo individual y colectivo anhelado desde la propuesta en mención no se encuentra apartado de conceptos como el *Capital Global* y *Capital Social* los cuales aducen -en términos generales- a que las condiciones en salud mental inciden en el incremento o detrimento de los capitales en cualquier nivel, ya sea individual, colectivo y nacional. El capital social según plantean, contempla aquellos capitales diferentes al económico como el cultural y el simbólico, pero que a la postre conducen a un incremento en la productividad, es decir, que tienen al capital económico como su propósito final (M.P.S. & A.C.P., 2007, pp. 19-20).

Desde esta propuesta se hace un énfasis preponderante en la relación entre salud mental y los derechos ya sean individuales, familiares, comunitarios o institucionales partiendo de la concepción en la que, el respeto de los derechos

se encuentra ligado a una sociedad equitativa, incluyente, con garantías frente a la existencia digna, participación ciudadana, uso de bienes y servicios y acceso a medios de desarrollo, no con ello dejando de lado los deberes sino, asumiendo que el ejercicio de los derechos implica directamente el reconocimiento del otro y por tanto, el respeto por los derechos de los otros que se traduce en ejercicio de deberes: “El reconocerse como sujeto de derechos posibilita el respeto de los derechos de los demás y es, por lo tanto, la condición indispensable para la apropiación de los deberes” (M.P.S. & A.C.P., 2007, p. 16).

Determinan entonces, la importancia de una política en salud mental que contemple los siguientes aspectos vinculantes: derechos humanos y salud mental, el derecho a la salud mental, dimensión imprescindible de la salud y los derechos de las personas con trastornos mentales, en este último apartado, se contemplan las personas con trastornos mentales como individuos con igualdad de derechos con ello se hace referencia a los derechos ciudadanos, a no ser discriminados, a ser tratados con respeto y dignidad, a no ser calificados de enfermos mentales, a recibir atención en sus necesidades específicas de tratamiento, rehabilitación laboral, psicosocial y apoyo a la integración social, apoyo a sus familias, alojamiento y atención residencial comunitaria, apoyo económico, protección y defensa de derechos, a recibir atención apropiada, explicación sobre su diagnóstico y tratamiento, a dar o revocar su consentimiento frente al tratamiento, a la reserva de su información, a no ser objeto de pruebas clínicas o tratamientos experimentales sin su consentimiento y a recibir o rechazar auxilio religioso.

No obstante, se reconoce desde la propuesta en mención, la dificultad de que el sujeto con las denominadas *afecciones psiquiátricas*, reclame sus garantías y sus derechos, por tanto se plantea el trabajo con los profesionales, el personal en salud, las familias, el

público en general y desde luego la persona “afectada” en aras de la desestigmatización frente a la enfermedad mental.

En lo concerniente a las personas con denominados trastornos mentales, la propuesta de Política Nacional en el campo de la Salud Mental, los concibe como personas vulnerables al no contar con una representatividad real en el ejercicio de sus derechos, en consecuencia con ello, plantean que, “el desarrollo de la política debe generar condiciones que permitan que la abogacía y agenciamiento político desde las comunidades sean una realidad” (M.P.S. & A.C.P., 2007, p. 26). A modo de resumen, esta propuesta que se gesta desde seis principios éticos como, equidad, inclusión, universalidad, corresponsabilidad, suprasectorialidad política de estado y flexibilidad, así como, construcción permanente, persigue el siguiente objetivo general:

Propiciar la salud mental y su capacidad transformadora conjugando acciones que desde múltiples lugares garanticen el cumplimiento de los derechos, incidan sobre el capital simbólico, faciliten relaciones más equitativas e incluyentes, aminoren el sufrimiento, restauren el bienestar emocional y permitan a los colombianos incrementar su capital global y gozar de una vida mejor en el marco del desarrollo (MPS & ACP, 2007, p. 26).

Durante el lapso de tiempo comprendido desde la política desarrollada en el campo de la salud mental del 2007 hasta la presente reforma de S.G.S.S.S. por medio de la ley 1438 de 2011, se han desarrollado leyes y acuerdos que involucran la condición social de la psicosis en Colombia: Ley 1346 por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”. La Ley 1306 de 2009 por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados y Acuerdo

008 de 2009 por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

Con la ley 1306 de junio de 2009 (Gobierno Nacional (G.N.) 2009) se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados, el objeto de la ley en mención es: “la protección e inclusión social de toda persona natural con discapacidad mental o que adopte conductas que la inhabiliten para su normal desempeño en la sociedad” (p. 1). Se habla en la presente ley de persona con discapacidad mental de acuerdo con el Artículo 2 de la misma donde se establece que el término *Demente* debe ser sustituido por el de *Persona con Discapacidad Mental*.

En el campo específico competente a la ley 1306 de 2009 se instituyen las obligaciones con respecto a las personas con discapacidad mental, las cuales corresponden al Estado y la sociedad condensadas en garantizar el disfrute pleno de todos los derechos, prohibir y sancionar toda forma de discriminación, proteger a las personas con discapacidad mental, crear acciones que promuevan la igualdad, desarrollar políticas y acciones a favor de estas personas y dictaminar la función de protección de acuerdo con las siguientes estipulaciones: La protección de la persona con discapacidad mental corresponde a toda la sociedad pero se ejercerá de manera preferencial en el siguiente orden: a) los padres b) el cónyuge c) persona designada por el juez d) el Estado por intermedio de funcionarios o instituciones habilitadas.

Para el año 2009 se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado por medio del Acuerdo 008 de la CRES (Comisión de Regulación en Salud) incluyendo la atención al paciente psicótico en distintos niveles, atención en urgencias y de internación u hospitalización.

El Artículo 26 establece la cobertura de atención de urgencias psiquiátricas a paciente con trastorno mental en los servicios de urgencias y observación durante las primeras 24 horas en eventos donde se encuentre en riesgo su integridad la de sus familiares o la comunidad. En el Capítulo VIII, *Atención con Internación u Hospitalización*, por medio del Artículo 32 se establece: “La cobertura de la internación para el manejo de la enfermedad psiquiátrica” con las siguientes especificaciones: “el tratamiento del paciente será de preferencia ambulatorio a través de los programas hospital día” solo durante fases agudas o críticas de la enfermedad se procederá a la internalización la cual no puede exceder un máximo de 30 días.

Para finalizar la descripción de este panorama general frente a las leyes y políticas que rodea las condiciones ofertadas y concepción de la enfermedad mental en Colombia, es preciso enunciar brevemente aspectos de la última reforma al S.G.S.S.S. por medio de la Ley 1438 de 2011, donde la salud mental se encuentra incluida dentro de los intereses de la salud pública así como en los planes de atención integral.

Políticas Institucionales

Dentro de la investigación se entienden las políticas institucionales desde una concepción vasta, como la normativa dentro de la institución para dirigir el proceso en pro del cumplimiento de objetivos a nivel organizacional y estratégico, estableciendo lineamientos que delimiten y coaccionen en la función de cada uno de los miembros. En las instituciones prestadoras de salud las políticas deben corresponder con las leyes y políticas anteriormente expuestas, reglamentadas por la ley 715 de 2001, donde se establece, entre otras, la competencia del Estado frente a los procedimientos y reglas para la intervención técnica y/o administrativa de las instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

siendo la Superintendencia Nacional de Salud el organismo rector.

De acuerdo con lo anterior, las políticas de las instituciones prestadoras de salud deben plantearse en consecuencia con el Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que en definición, “es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (Decreto 1011, 2006, p. 2). Dentro del mismo sus cuatro componentes: El sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, sistema único de acreditación, sistema de información para la calidad y el sistema de inspección, vigilancia y control en conjunto con las medidas de seguridad y sanciones dispuestas en el mismo decreto.

En resumen, las instituciones prestadoras de salud y sus diferentes programas en salud mental están en la obligación de responder de manera óptima a los estándares e indicadores de calidad establecidos, es menester aclarar, que la calidad es concebida a nivel del Estado como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Ministerio de la Protección Social, 2005, p. 24) cobijando dentro de los servicios de salud todos los procesos, actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales desde las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Efectos de lo anterior se halla en algunas de las instituciones prestadoras de servicios salud con programas de salud mental políticas como las siguientes: a) Política de calidad; b) Política de atención; c) Política sistema integrado de gestión; d) Política financiera; e) Política de prestación de servicios; f) Política de seguridad; g) Política de talento humano, donde se comprometen entre otras a:

- Garantizar la prestación de los servicios de salud, cumpliendo con los requisitos normativos que permitan generar valor agregado y mejora continua de los procesos institucionales con el fin de lograr la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema integrado de gestión (Hospital de Suba E.S.E., (H.S.) 2010, p. 10).
- Lograr la satisfacción de nuestros asistidos y clientes a través del control de actividades y procesos, y del mejoramiento continuo de los mismos, liderado por nuestro talento humano (Clínica Nuestra Señora de la Paz, (C.N.S.P.) 2011, p. 9).
- Garantiza la interrelación y mejoramiento continuo de los procesos del Hospital, con el apoyo de tecnología de información y comunicación (...) prestando una atención efectiva a los usuarios, eliminando barreras de acceso a los servicios y respondiendo con calidad a las necesidades y expectativas de la población (Hospital de Vista Hermosa, 2010, p. 5).
- Trabajar permanentemente para que los colaboradores asuman actitudes y prácticas que permitan ofrecer un trato digno, amable, amoroso y respetuoso, logrando la fidelización de los usuarios (H.S., 2010, p. 10).
- Implementar, articular y mejorar continuamente el sistema integrado de gestión cumpliendo con los requisitos normativos a través de procesos armónicos que le permita a la institución ser competitiva y responsable socialmente (H.S., 2010, p. 10).
- Implementar y consolidar un sistema integrado de gestión en salud, a partir de la planeación participativa, autocontrol y seguimiento organizacional, definiendo acciones de mejoramiento que garanticen la prestación de servicios de salud bajo estándares superiores de calidad (H.V.H., 2010, p. 11).
- Producir bienes y servicios con efectividad que permitan un crecimiento en los ingresos y una optimización de los recursos invertidos para lograr autosostenibilidad y rentabilidad social (H.S., 2010, p. 10).
- Gestionar integralmente los recursos financieros de la entidad, en pro del equilibrio económico y el fortalecimiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud del Hospital (H.V.H., 2010, p. 9).
- Desarrollar un modelo de atención en salud innovador e integrador que satisfaga las necesidades y expectativas de los pacientes, clientes y usuarios, cumpliendo con el S.O.G.C. (H.S., 2010, p. 10).
- Prestar servicios integrales de salud de acuerdo a su competencia, basados en las necesidades del usuario, cumpliendo con estándares de calidad (H.V.H., 2010, p. 6).
- La diferencia entre las políticas, principios, valores, objetivos y estrategias no es muy clara en el desarrollo estratégico y organizacional de ciertas instituciones prestadoras de salud. Es por esto que en algunas instituciones los *principios, valores, objetivos y estrategias* son a su vez lineamientos de la labor realizada constitutivos de la normatividad de las mismas, sin embargo, independiente de la denominación de los lineamientos rectores de las instituciones, estos no se desligan de ninguna forma con los requerimientos y obligaciones del Estado por medio del S.O.G.C., ejemplo de ello, se hallan dentro de la investigación instituciones prestadoras de salud que erigen su labor a través de principios, valores y objetivos estratégicos como los siguientes:
 - Principios: Respeto a la dignidad, solidari

dad, universalidad. (Hospital de Nazareth E.S.E., (H.N.) 2011a, pp. 1-3). Y otros como, honestidad, calidad, asertividad, efectividad (H.S., 2010, p. 9).

- Valores: Trabajo en equipo, respeto, servicio (H.N., 2011, pp. 4 - 6) y otros como, amor, humanización, responsabilidad (H.S., 2010, p. 9).
- Objetivos Estratégicos: 1. Mejorar las condiciones de salud que aporten a la calidad de vida de las comunidades; 2. Garantizar la cultura del mejoramiento continuo trascendiendo los estándares superiores de calidad; 3. Fortalecer el crecimiento económico (H.N., 2011a, p. 8-10).

Los programas de salud mental de las instituciones, en su gran mayoría no cuentan con independencia normativa, no obstante, los modelos de atención en salud mental plantean objetivos que corresponden a su enfoque de atención y determinan las prácticas interventivas que allí se deben ejecutar, vale aclarar que no todos los programas de atención en salud mental cuentan con un modelo de atención definido.

Efectos de las políticas institucionales

Modelos de atención en salud mental

Estos describen una modalidad donde convergen éticas, filosofías, valores, teorías y objetivos que se traducen en prácticas de intervención. Se señalan dentro de la investigación los modelos de atención en salud mental dado que estos son resultado de las políticas institucionales y a su vez se aproximan de manera más concreta a los objetivos y prácticas de atención al paciente psicótico.

El modelo psiquiátrico como uno de los más antiguos en el tratamiento del paciente psicótico, sigue imperando, ya sea como modalidad de tratamiento o en la prevalencia ineludible de la

disciplina en los diferentes programas y los planes de atención básica en salud mental de acuerdo con lo dispuesto en la ley y las políticas en este campo. La psiquiatría es la disciplina de base en el abordaje de la salud mental específicamente en los denominados trastornos o patologías mentales. Siguiendo a Gómez (2010) en los programas de trabajo interdisciplinario el primer referente ante el tratamiento es el psiquiatra ya que es a quien se le otorga la facultad de proferir el diagnóstico y en algunas ocasiones de supeditar el trabajo a realizar desde otras áreas.

Tal es la consolidación imaginaria de la relación entre la psiquiatría y psicótico, que incluso el avance de las leyes y políticas en el campo de la salud mental, reafirma lo esencial de la disciplina; con el ingreso al discurso de la dimensión humana del *enfermo mental*, estos modelos de atención con enfoque psiquiátrico mantienen su lógica de tratamiento pero se alimentan de otras áreas denominadas como complementarias que les permitan dar lugar a la condición humana.

La Clínica Nuestra Señora de la Paz, desarrolla desde el 2004 el Modelo asistencial en salud mental dirigido a la rehabilitación psicosocial centrado en la humanización de la atención, basado en la inter y transdisciplinariedad, implementado en los servicios ambulatorios y de hospitalización agudos y programas especiales. Este modelo centrado en la humanización, según lo plantean, genera un cambio en el paradigma.

(...) en concepciones de salud, ética, derechos humanos (derecho de los pacientes, derechos sexuales y reproductivos, de personas con discapacidades), del proceso de enfermar... en lo que significa sistema de salud, prestaciones (paquetes, etc.), de la concepción de salud, del gasto y la inversión sanitaria... en la concepción del enfermo, visto como ser humano, completo, integral como sí mismo (Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2004. Modelo de atención en salud centrado en la humanización dirigido al enfermo su familia y su red. Documento de trabajo institucional, p. 2).

Con este señalado cambio en el paradigma, la Clínica de Nuestra Señora la Paz, se propone:

visión integral del enfermo, respeto por la dignidad del enfermo, flexibilidad y adaptabilidad del modelo, participación del paciente, su red y su familia, coherencia teórico metodológica e integralidad de las acciones, viabilidad política, económica, organizativa, tecnológica, cultural evaluable en sus diversas componentes y procesos, asignación de recursos económicos con equidad social, capacitar y sensibilizar a trabajadores de la salud, incluir nuevas disciplinas, garantizar interdisciplinariedad, transdisciplinariedad e intersectorialidad, prácticas basadas en las evidencias científicas, monitoreo ciudadano, asegurar la calidad de atención, continuar con el desarrollo intenso del concepto de hospitalidad: hacer sentir al otro como en casa, llevándolo a casa (O.H.S.D., 2004 p. 2).

Con ello, persiguiendo como objetivos generales en la atención al psicótico, la rehabilitación psicosocial del mismo y apoyo a su integración social como individuo así como apoyo y acompañamiento a su red con el fin de incentivar su cuidado desde casa y la desinstitucionalización en cuanto sea posible (O.H.S.D., 2004, p. 3). En aras de lograr dichos objetivos las practicas que se generan giran en torno al entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno, evaluación e intervención sobre el ambiente específico (físico y social) del sujeto para compensar las discapacidades existentes, promover su rehabilitación y ofrecer oportunidades de mejora de su integración social, seguimiento, monitorización y apoyo del usuario en los diferentes contextos de su vida real (O.H.S.D., 2004, p. 5); Practicas que se llevan a cabo por un denominado *Equipo de Gestión Psicoterapéutica* liderado por un psiquiatra gestor que tiene funciones asistenciales, de planeación, control y mejora del trabajo realizado en compañía de psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, residentes de psiquiatría

y estudiantes de medicina y psicología quienes en conjunto realizan la definición y manejo interdisciplinario del paciente y su red.

El modelo de Atención *Ecoterapia* del Hospital de Nazareth dirigido a la rehabilitación integral del psicótico, según lo plantean, es una propuesta diferencial a la psiquiatría convencional en tanto se propende por un abordaje integral de la persona, dado lo anterior, el objetivo general del programa se desarrolla de la siguiente forma:

Fortalecer la autonomía de las personas con discapacidad mental para favorecer el reconocimiento y desarrollo de sus potencialidades y habilidades que permitan la igualdad de oportunidades, la inclusión social y familiar, a través de un enfoque ecoterapéutico y de derechos que mejore su calidad de vida y salud fundamentado en la interacción con el entorno (H.N., 2011b, p. 5).

Para tal fin dentro del programa se establecen cuatro fases que se cronograman de la siguiente manera:

1. Fase inicial y de Acogida: Donde se integra al usuario a la familia Ecoterapia, procurando la adherencia al programa, identificando las necesidades individuales para que orienten la respuesta terapéutica a través del plan de cuidado individual.
2. Recuperación de la Autonomía funcional: promoviendo el desempeño ocupacional de los usuarios.
3. Autonomía Ciudadana y social: donde se fortalece las competencias de los usuarios para la representación de la población en condición de discapacidad mental en los espacios comunitarios que garanticen la equiparación de oportunidades
4. Fase hogar independiente: Generar un lazo de apoyo en la transición de la vida semidependiente a la interdependiente de usuarios que han superado las primeras fases del programa y que cuentan con todas las herramientas para desempeñarse en un rol laboral. (H.N., 2011b, p. 6-9).

Esta labor se apoya en actividades de tipo ocupacional, hipoterapia y la implementación de

actividades deportivas. En conjunto con lo expuesto anteriormente, dentro del programa Ecoterapia el *Amor* se adhiere como un concepto que debe fundamentar la relación entre pacientes, profesionales y funcionarios en aras de que el programa no solo constituya un centro de rehabilitación para los usuarios sino que además se consolide una familia para los mismos con “lazos que aunque no son sanguíneos, son fuente de AMOR” (H.N., 2011b, p. 3).

En los Programas de atención Hospital Día, como es el caso del Hospital de Suba E.S.E. y su programa San Cayetano, se trabaja a partir de una estructura de atención basada en la prestación de servicios en salud mental desde una modalidad ambulatoria de II nivel de atención que propende por una rehabilitación psicosocial. De manera desglosada, se busca el reconocimiento socio-laboral y prevenir la desvinculación socio-familiar del paciente a partir de intervenciones interdisciplinarias (médico psiquiatra, terapeutas ocupacionales, trabajador social, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeros, gestores comunitarios) comprometidas con “la mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y así mismo, el apoyo a su integración y participación social normalizada como también su papel en el marco de un sistema de servicios de salud mental con orientación comunitaria para la atención a la población sujeto²⁷”.

Las prácticas en este programa y modalidad de atención se llevan a cabo de manera interdisciplinar y constan de la vinculación de los pacientes a *talleres productivos* de: bisutería, pintura artística, reciclaje, costura, chocolatería, culinaria y belleza, acompañado de estrategias terapéuticas como la musicoterapia y los correspondiente seguimientos de evaluación, diagnóstico

2 Hospital de Suba E.S.E. (2010). Propuesta de apertura de servicios de salud mental hospital día adultos. Documento de trabajo institucional. Bogotá, p. 31.

y tratamiento desde las diferentes disciplina, enunciadas previamente, realizando un abordaje terapéutico a nivel individual y grupal. Se plantean entonces, como objetivos de esta modalidad de atención:

Tratar y rehabilitar en modalidad ambulatoria pacientes que por las características de su enfermedad no ameritan separación de su entorno habitual o de su medio socio familiar o que se encuentren en proceso de reinserción social, laboral y familiar. Brindar asistencia a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible. Promover la inclusión laboral y familiar de personas en situación de discapacidad mental a través de procesos de desarrollo de habilidades útiles para la vida³.

Los modelos de atención anteriormente expuestos representan las formas de tratamiento en paciente psicótico desarrolladas aproximadamente en los últimos nueve años en la ciudad de Bogotá, sin embargo, la situación es diferente en otros lugares de Colombia. Desde la periferia del Distrito, profesionales al servicio de la salud mental refieren la prevalencia de prácticas psiquiátricas convencionales que van desde el suministro de fármacos, contenciones de tipo físicas y las TEC (Terapias Electro Convulsivantes) como electroshock y electrochoques, en algunos casos siendo la única modalidad de tratamiento posible.

Funcionarios y Profesionales

La labor de escucha realizada a los profesionales y funcionarios al servicio de la salud mental, específicamente a aquellos vinculados

3 Hospital de Suba E.S.E. (2010). Propuesta de apertura de servicios de salud mental hospital día adultos. Documento de trabajo institucional. Bogotá, p. 31.

directamente con el tratamiento del paciente psicótico, devela que la existencia de *Profesionales* como tal, es escasa o nula. Dentro de esta labor más allá de profesionales, se encuentran sujetos que de manera accidental -aduciendo a un deseo inconsciente- se vinculan con un trabajo desconocido y por ende con sujetos (pacientes) de los cuales ignoran no solo la génesis de su condición sino las formas de manifestación de la misma -indiferente de la posición epistemológica- de ahí que con excepción de los psiquiatras, algunos de sujetos de distintas profesionales se enfrentan a lo que ellos denominan un aprendizaje constante a fin de llevar a cabo una práctica de acuerdo con lo esperado, es decir, ejercen una labor desde el desconocimiento de la misma, evaluando los aportes de esta a partir de valores de tipo moral, como por ejemplo:

La virtud de que tenemos muchas ganas de hacer la cosas, tenemos una población muy receptiva para recibir todo lo que se le da, son personas que están abiertas y dispuestas a dar y también a recibir lo que nosotros queramos darle y afortunadamente es el único programa que conozco donde he encontrado un equipo de profesionales muy comprometidos, que yo pienso que eso es lo que marca la diferencia para que concedan o no un programa, están las personas que lo organizan, no tanto si el modelo es el indicado, si las normas son las indicadas o las reglas son las indicadas, sino el compromiso profesional (Material de campo).

En el mismo orden los profesionales dan cuenta de las dificultades que se presentan por el desconocimiento existente frente a la lógica estructural que cobija al sujeto psicótico:

Mi experiencia con usuarios con enfermedades de salud mental no es mucha o sea no es ninguna, es mi primera vez (...) es como un estrellón nunca había trabajado con este tipo de población como te dije, entonces el manejo que yo venía realizando me tocó cambiarlo. A veces es un poquito frustrante por el tipo de patologías que se presentan (...) yo estaba acostumbrada

a que yo daba una orden y el usuario la seguía acá muchas veces el usuario no entiende la orden ni verbal ni por imitación entonces es a veces un poco frustrante pero pues ya gracias a Dios he aprendido a manejar estas cosas (Material de campo).

Al reconocer que existen grandes vacíos en la relación del profesional con el otro en su condición de psicótico es que manifiestan que esta situación no corresponde a una dinámica personal de falta de interés subjetivo por profundizar en lo concerniente al manejo de las denominadas enfermedades mentales, sino por el contrario, esto corresponde a un discurso social el cual ubican como novato en lo concerniente al tema, por ello expresan la imperiosa necesidad de recibir capacitaciones constantes en sus sitios de trabajo, que encausen la práctica y también a nivel general que esta temática esté presente en su formación como profesionales;

Hace falta más formación para nosotros los profesionales dedicados a esto, siento que Colombia o la secretaría de salud en especial de Bogotá, apenas está empezando a probar en todo lo que se trata la salud mental en nuestra comunidad siento que hay mucha debilidad por parte de todos para enfrentarnos a manejar un paciente psiquiátrico (Material de campo).

Esta denunciada deficiencia en la formación profesional en cuanto al abordaje de las psicosis, conduce de un lado, a que todos se autoricen a intervenir frente a la condición del paciente, con ello se hace referencia a que en muchas ocasiones ante el evidente desconcierto del profesional, el personal de vigilancia, de aseo, entre otros toman a consideración las decisiones sobre el paciente, o del otro lado hacen que el psiquiatra se convierta en el sujeto que posee el saber frente al tema, esta dinámica conduce a que los distintos profesionales adopten una postura epistemológica psiquiátrica y a su vez hagan de su profesión un soporte para la misma, en esta lógica sostienen el fantasma de el cambio subjetivo en el psicótico a partir de

las modificaciones comportamentales producidas por el fármaco, desvirtuando en términos de efectividad aquellos que se producen a largo plazo. En las instituciones donde no se cuenta con un psiquiatra de tiempo completo, existe el imaginario de la incontrolabilidad del paciente.

si un paciente no tiene apoyo desde psiquiatría al lado del proceso terapéutico desde psicología es complicado (...) si no tiene una ayuda de fármacos y un proceso con psiquiatría es muy complicado tener una recuperación y a veces tenemos ese tipo de dificultades, tenemos todo el apoyo terapéutico desde ocupacional, desde la *fisió*, desde psicología pero no tenemos el apoyo de psiquiatría, vemos cambios sí, pero no tan rápidos ni tan eficaces como los que hubieran si tuviéramos el apoyo de psiquiatría (Material de campo).

Asociado a estas dificultades en el abordaje de las psicosis, los profesionales y funcionarios, señalan además, lo frustrante de la labor a distintos niveles; por no lograr los objetivos programados o por evidenciar resultados que no consideran tan significativos, por no contar con las herramientas o instrumentos para llevar a cabo su labor, por la alta demanda de pacientes, los limitados profesionales prestos para la atención de los mismos y por lo engorroso que resulta el pleno cumplimiento de los estándares de calidad.

Efecto de las políticas financieras, las instituciones ven restringida la destinación de recursos para la atención de estos pacientes, se refleja en las escasas herramientas con las que cuentan funcionarios y profesionales en su labor. En el mismo orden, la avasallante demanda de pacientes para los limitados profesionales que se ocupen de esta, hace que los profesionales se muestren inconformes ya que la optimización de recursos ocasiona que los mismos, deban ocuparse de funciones u actividades que no corresponden directamente con sus cargos. En conjunto con esta situación, el cumplimiento con los estándares de

calidad y la evaluación de los resultados a través de la evidencia, son considerados como tara en el tratamiento, sin embargo, aunque se reconoce lo restrictiva que es la labor administrativa se reafirma su importancia al asumirla necesaria para el soporte del tratamiento.

la gestión administrativa es algo cargado, el tener que cumplir con todo el tema de los soportes que son parte de la labor, porque uno sabe que son parte de la labor y que deberían ser inherentes al proceso que uno va haciendo, en ocasiones se vuelven bastante densos (...) pero es algo que también sé que es la única forma de que ellos sepan que estamos haciendo la tarea o no, con algo escrito, de resto es complicadísimo que lo puedan ver (Material de campo).

Se reconoce que existe limitados recursos pero en algunos casos no es fácilmente ubicable de donde emerge dicha situación, esto ocasiona que la falta se sectorice entre las entidades *“tenemos muchísima población que no podemos atender que no se cubre, no entiendo ¿Por qué las EPS no invierten en este tema por ejemplo y escasamente les dan una cita psiquiátrica cada dos o cada 3 meses y ya, cuando ellos tienen tantas dificultades para poderse desarrollar como personas productivas y para que se puedan encausar en una sociedad, en una familia?”* (Material de campo).

Están quienes denuncian la falta a nivel del Estado en el campo de la salud mental, específicamente en el tratamiento de las psicosis, señalando que la atención es mínima y se reduce a tratamientos paliativos:

(...) además el sostenimiento de un paciente de estos es muy costoso, entonces es complicado, el sistema actual de salud no tiene las herramientas para poder atender como debe ser a las personas que tiene problemas de tipo mental, yo creo que deberían haber unas políticas más específicas, mas orientadas a la atención de los pacientes con enfermedades como la esquizofrenia o trastornos afectivos bipolares” (Material de campo).

El Sujeto Psicótico

De acuerdo con los modelos de atención al paciente psicótico y las políticas vigentes en el tratamiento de la salud mental, es posible ubicar los sujetos con esta modalidad de defensa en tres escenarios de intervención: de internalización, ambulatorio y de consulta externa. Estos describen de manera gradual las formas de control y rehabilitación con las que cuenta el Distrito en el abordaje de la denominada enfermedad mental. Dentro de la investigación se ubico al sujeto psicótico en dos de estos escenarios, quienes se encuentran o cuentan con un historial de vinculación a instituciones con modalidad de internalización y aquellos que asisten a programas ambulatorios de tratamiento como los hospitales día.

En la actualidad el Acuerdo 008 de la CRES (2009) establece que todos los pacientes psicóticos serán tratados de preferencia en los hospitales con modalidad ambulatoria hospital día, salvo los casos donde no se cuente con redes de apoyo familiar y su condición sea diagnosticada como crónica, debido a que La Ley 1306 de 2009 por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados, señala que las personas con *discapacidad mental* sin red de apoyo familiar serán responsabilidad del Estado quien por medio de las instituciones será garante de los derechos de los mismo.

Esta normatividad habla en primer momento de los sujetos psicóticos que son atendidos en los diversos escenarios; quienes no cuentan con redes de apoyo familiar son vinculados a las instituciones con modalidad de internalización, en ese orden, quienes asisten a hospitales día deben necesariamente contar con una red de apoyo familiar.

La institución procura por mantener en el psicótico el lastre familiar, por ausencia o por

presencia, con ello se hace referencia a como la familia en tanto significativa es ubicada en términos de problema-solución, en ese orden de ideas, a quienes no cuentan con redes de apoyo familiar el tratamiento es encaminado a hallar dichas redes o en últimas a proporcionarle al psicótico ambientes semejantes al familiar bajo los supuestos de que la condición estructural del mismo pende directamente de la dinámica familiar, abordando los fenómenos desde la lógica causa y efecto. Ejemplo de ello se evidencia señalamientos como “a ellos les falta el amor que les ha sido negado por sus familias, por tal razón nosotros procuramos proporcionarles un ambiente que los haga sentir en familia”. En aquellos pacientes que cuentan con redes de apoyo familiar la labor en las instituciones busca una mejora en la dinámica y afianzamiento de los “vínculos afectivos” esto conlleva a que no solo se pretenda un cambio en el paciente sino en su familia a fin de que los cambios generados allí incidan directamente en el comportamiento del paciente.

A este discurso que gira en torno a la institución familiar, se aliena el psicótico en los distintos escenarios, este responde desde su historia familiar ubicándola desde dos posibilidades como traumática o como todo su ser. De ahí cuando se le pregunta al psicótico por él mismo, en tanto sujeto, se hallan respuestas como:

Soy un hombre de muchos problemas de un trauma familiar, gracias a Dios no me ha pasado más” (...) “Yo no sé decir nada, mis papas están bajo tierra, ninguno esta, nada más” (...) “estoy viva con mi hermana en una casa, con mi enfermedad y con mis sobrinas, estoy con mi cuñado, que siempre me ha ayudado con todo en mi vida por mi enfermedad, también con mi hermana que me ha ayudado” (...) “vivo con mis hermanos, unos hermanos que me quieren harto, me quieren demasiado, no tengo mis papas, ya se murieron, tengo un hijo desde que nací (Material de Campo).

En las instituciones se reafirma el discurso familiar de manera religiosa, se puede decir

que se santifica dicha institución en sacrificio del sujeto mismo, se reconocen instrucciones desde diferentes profesionales y funcionarios impartidos al psicótico donde se lo procura introducir a dinámicas de gratificación y obediencia ante los miembros de la misma, como por ejemplo “tu hermana decide eso porque es lo mejor para ti”, ratificando dentro de los tratamientos el discurso político y legal donde la representatividad del psicótico es otorgada a sus familiares. Las leyes de representatividad legal de los discapacitados mentales-señaladas en líneas anteriores-establecen que la responsabilidad legal, económica y social de estos sujetos, recae en primer término en la familia y en su negligencia en el Estado, situación última que se procura evitar dado los gastos que representa el psicótico para el Estado mismo. Por ello en las modalidades de hospital día donde el paciente cuenta con red de apoyo familiar, este se encuentra diluido o devorado por el deseo del otro, se lo borra dentro de la relación que se establece entre los profesionales y el familiar a cargo.

En las políticas de salud mental donde se introducen los principios de igualdad, no discriminación, respeto y trato digno a los pacientes psicóticos, se considera, entre otras, la explicación del diagnóstico y tratamiento como una manera de garantizar los principios de igualdad, sin embargo, en la práctica esto se traduce en significantes vacíos frente a los que el psicótico se aliena en aras de sostener su discurso; “tengo problemas neurológicos, alta exclusividad y agresividad” y que desde luego lo exime de su responsabilidad como sujeto, de ahí que ante los señalamientos o alusiones a la responsabilidad subjetiva este se remite a elementos significantes que conduce su situación a entidades externas ante las cuales este se asume con el más mínimo control y responsabilidad sobre sí mismo.

El médico venezolano encontró el problema, trastornos mentales (...) yo soy un hombre enfermo, paciente toda la vida (...). Desde quinto de primaria tengo discapacidad mental, tengo incapacidad psicológica, eso quiere decir que se me ha olvidado casi todo, se me han olvidado muchas personas” (...) Doctora, ¿Se han curado los enfermos mentales? -usted que cree- que no porque cuando falle la mente es como le falla un motor a un carro eso le meten y le meten repuestos para que medio trabaje (Material de campo).

Se hallan notables diferencias en los pacientes vinculados a una institución con modalidad de internalización y aquellos que son atendidos de manera ambulatoria. En el primero de los casos el sujeto se halla totalmente borrado y escindido de su lugar de sujeto, su cadena significativa es precaria y la alienación y solución delirante se halla en pleno, a diferencia de quienes se encuentran en hospital día, estos últimos cuentan con elementos significantes que les permiten salidas que desde el imaginario del otro se ubican como normales, por su amplitud en la red significativa, los enjambres no se develan fácilmente, los significantes parasitarios y vacíos en tanto no se alejan totalmente del imaginario neurótico pueden confundirse con mecanismos de la neurosis como proyección, identificación e incluso deseo.

Las prácticas encaminadas en las políticas de calidad desprovistas de alusiones a la responsabilidad del sujeto mismo, hacen que este, encuentre en la institución un lugar donde le es permitido gozar sin dar cuenta de ello, ya que la intensión primordial es de suplencia ante las diversas faltas que se develan a partir de la psicosis. A continuación se exponen en breve las enunciaciones de los sujetos que asisten a estos programas:

Paciente 1: yo tenía una pregunta, yo quiero saber ¿Para qué sirven estos programas? Paciente 2: Aquí

las personas nos tratan muy bien, son muy cariñosos, son muy complacientes, nos llevan la idea en todo y uno viene aquí y lo entienden en todo, uno llega aquí y se le olvidan los problemas que uno tiene, estoy muy agradecida con las líderes. Paciente 5: Para estar mejor, aprender cosas nuevas y cambiar, para cambiar como persona, para ser y hacer lo que yo quiero, estar cada día mejor (Material de campo).

Lo anterior da cuenta de cómo el discurso del psicótico no es interrogado, todas sus manifestaciones son admitidas dentro del marco institucional, el ser profesional o funcionario al servicio de la salud mental, lejos de erigirse en la comprensión del fenómeno e intervención del mismo, parte de la tolerancia -en aras de la atención con calidad- de todo tipo de manifestaciones por parte del paciente y sus familiares, de ahí que tal como lo mencionan los paciente la institución es el lugar donde *“nos llevan la idea en todo”* y es posible hacer todo, dentro de un marco donde no se atente contra la integridad del otro, ya que ahí, el control farmacológico comienza a operar.

Conclusiones

Cada nueva aparición en las políticas de salud mental, ya sea de conceptos, propuestas, normas, acuerdos, entre otras, generar efectos a distintos niveles. En primer lugar en la generación de las políticas institucionales y de los modelos de atención en la psicosis, en segundo plano en la concepción de la psicosis y por último, en las condiciones que se ofertan para el sujeto con esta modalidad de defensa.

La salud mental es un campo de interés a nivel político relativamente joven, prácticamente se habla de una década donde comienza a circular en Colombia una preocupación por este

tema, se podría decir que este, surge ligado a dos lógicas la capitalista y la de los derechos humanos. La lógica capitalista en conjunto con todo el discurso social que gira en torno a los derechos humanos constituyen el híbrido sobre el cual se cimentan las políticas en términos de salud mental y en tanto que tal, las políticas y prácticas institucionales en el tratamiento de las psicosis. Las instituciones se movilizan entre los dos lados de la balanza, algunas intentando responder en mayor o menor grado al discurso capitalista, al de los derechos humanos o alternándose entre estos dos discursos que en últimas son los que merodean en la actual década la condición y concepción del sujeto psicótico.

Desde la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 se ubica como la profesión predilecta al servicio de la salud mental la psiquiatría por lo práctico de su aplicación. En un primer momento, a nivel político, las ciencias humanas quedan en cierta parte excluidas, frente a esta situación se comienza a introducir en el panorama político, visiones holísticas del ser, de ahí que en la primera política nacional de salud mental de 1998 se hable de un individuo biopsicosocial (MS, 1998, p. 36) el cual también contribuye a la generación de propuestas y programas planteados desde la interdisciplinariedad, transdisciplinariedad, multidisciplinariedad.

El Estado genera y promueve políticas, acciones y prácticas con el deseo de disminuir la carga de la enfermedad mental, aminorar el sufrimiento del paciente y vincularlo socialmente.

Las diferentes conceptualizaciones tanto de la enfermedad mental como del psicótico expuestas en las políticas (biopsicosocial, multidimensional, posibilidades de inclusión, derechos humanos, visión de comunidad, entre otros) generan efectos directos en la manera en la que se plantean los modelos de atención a la psicosis.

La concepción de la psicosis se encuentra fuertemente ligada a la dimensión humana de vulnerabilidad y de enfermedad, proponiéndose entonces, prácticas dirigidas al pleno goce de sus derechos, el respeto de su dignidad, la garantía de calidad de vida y su derecho al trato igualitario y de inclusión social. Desde la dinámica capitalista, el sujeto psicótico es claramente improductivo, asociado a ello, limita la productividad de su familia al constituir una responsabilidad para los mismos, por ende, las prácticas desde esta perspectiva se encaminan a lograr una productividad ligada a la inclusión laboral.

Desde la lógica capitalista imperante en las políticas de atención al paciente psicótico, se propende por rehabilitaciones colectivas o masivas, donde el resultado último es la productividad y la disminución de la carga de la enfermedad a nivel familiar y social.

Las políticas de gestión de la calidad, específicamente las dirigidas a la humanización del servicio traen consigo conceptualizaciones fácilmente tergiversables en la práctica directa con el paciente psicótico, ejemplo de ello, el denominado trato digno, respetuoso, con amor entre otros, es puesto en la práctica a través de relaciones compasivas. Se observa entonces como los sujetos psicóticos son nombrados desde calificativos, que si bien no son discriminantes, los ubican en una condición de indefensión y minusvalía, se los llama (...) chiquitines, cariño, amor, hermoso(a), mi vida, entre otros, que no cuenta con un sustento claro que dé cuenta de un aporte real en términos de tratamiento.

Independiente de la modalidad de atención, la conceptualización sobre la psicosis es la aportada por los modelos psiquiátricos, en ese orden de ideas, los significantes que rodean al sujeto con esta modalidad de defensa son los de: enfermo, patológico, anómalo, estos a su vez remitiendo a significantes como

vulnerable entre otros, los cuales son socializados a nivel familiar y social.

En las políticas conexas con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad la evidencia de la labor por medio de la entrega de los distintos soportes -de valoración, intervención, seguimientos y actividades grupales- cobra mayor importancia que la labor misma que se realice con el paciente, esto conduce a que dentro de las instituciones el profesional se restrinja en sus funciones con este en aras de dar cumplimiento a los trámites administrativos, sin embargo, pese a la inconformidades generadas por el diligenciamiento de formatos, se avala el mantenimiento de dichos tramites ya que como lo mencionan algunos profesionales “es la única forma de que sepan que cumplimos con la tarea”.

El número de profesionales es limitado frente al número de pacientes y actividades que se deben llevar a cabo con cada uno de ellos, incluso se llega a pensar que, ni saturando al paciente de intervenciones dentro del tiempo en el cual asiste al programa se logra cumplir con el plan de trabajo. Se proponen por ejemplo desarrollar, dos sesiones individuales y dos grupales por semana en cada área de trabajo (terapia ocupacional, psicología, psiquiatría, trabajo social, fisioterapia) por tanto si el paciente es intermitente en su proceso ello implica realizar el mayor número de intervenciones posibles el día en que asiste.

Se cuenta con claridad diagnóstica de la enfermedad mental, basados en los manuales diagnósticos, sin embargo, frente al tratamiento se desconocen aspectos del fenómeno de la psicosis, es por ello que se proponen prácticas y objetivos desde el imaginario y deseo social, institucional y familiar, el cual resulta pretencioso en exceso frente a las posibilidades con que cuenta el sujeto psicótico, asociado a ello, se busca resultados generalizados, que abarquen a la totalidad de la población.

El vacío generado entre el deseo social familiar e institucional y las posibilidades del sujeto psicótico, ocasiona lo que algunos profesionales, funcionarios y familiares refieran como frustrante en el trabajo con la psicosis, al no encontrar los resultados que se persiguen.

Los profesionales y funcionarios no cuentan con una formación específica dirigida al manejo y tratamiento de las psicosis, en tanto, la subjetividad del profesional y funcionario deciden la práctica que se debe llevar a cabo. Dentro de la investigación se presenciaron eventos donde el profesional se toma a título personal las manifestaciones del paciente.

El diagnóstico socializado al paciente, opera posteriormente como un significante parasitario al cual fácilmente se aliena éste, la familia y algunos profesionales, resultando un obstáculo ante la emergencia del sujeto y las posibilidades de tratamiento cualquiera que sea.

La posibilidad de pensar abordajes para las psicosis distantes de la psiquiatría se hace lejana, este modelo se empodera ubicándose como el único que ilusoriamente logra dar respuesta a los tratamientos dirigidos a la colectividad, adecuándose aparentemente a los fundamentos

rectores del S.G.S.S.S. (Sistema General de Seguridad Social en Salud) como la protección integral donde se reglamenta que el servicio de atención en salud debe brindarse desde sus fases de prevención, diagnóstico y tratamiento en conformidad con los principios de rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

Tal como figura en las políticas, emerge la necesidad de implementar hospitales día y con ello, figura en el discurso la posibilidad de desinstitucionalización del psicótico, lo cual se lleva a cabo en la práctica, teniendo en cuenta que cada vez menos se propende porque este sujeto sea desvinculado de su medio familiar.

La pregunta por la relación entre el discurso político, la institución de salud mental, el sujeto y la psicosis -que suscito esta investigación- no se da por resuelta, no solo por lo amplio del panorama político en Colombia que permea de distintas formas la condición y concepción de la psicosis, esta última, equiparada con la tan enunciada enfermedad mental, sino además, por los diversos discursos que convergen en las instituciones donde los sujetos se hacen portadores y conforman el entramado a desenmarañar de los efectos que construyen el discurso que envuelve la psicosis en Colombia.

Referencias

- Báez, J., Rodríguez, R., Karam, J., & Velosa, J. (2010). Aportes del dispositivo analítico al modelo ecoterapia de intervención con paciente psicótico. Informe de investigación. Documento de trabajo. Facultad de Psicología. Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá.
- Clínica Nuestra Señora de la Paz, Orden Hospitalaria San Juan de Dios. (2011). Políticas institucionales. En: http://www.cllapaz.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=105&Itemid=252
- Comisión Nacional de Regulación en Salud. (2009). Acuerdo 008. En: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38488>
- Congreso de la República. (1993). Ley 100 de 1993. En: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
- Congreso de la República. (2007). Ley 715. En: <http://www.joseacevedoygomez.edu.co/ley%20715.pdf>
- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores (L'ordre du discours, 1970).
- Foucault, M. (1993). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica: México.
- Gómez, M. (2010). Estudio descriptivo sobre las prácticas de atención psicológica en pacientes con psicosis tratados en instituciones de salud mental de Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 13, No. 1.
- Hospital de Nazareth I Nivel E.S.E. (2011a). Información institucional: Objetivos y Funciones. En: <http://www.esenazareth.gov.co/objetivosfunciones.html>
- Hospital de Nazareth I Nivel E.S.E. (2011b). Ecoterapia. En: <http://www.esenazareth.gov.co/ecoterapia.html>

Hospital de Suba II Nivel E.S.E. (2010). Boletín Institucional (1era ed.). Bogotá: Hospital de Suba II Nivel E.S.E.

Hospital de Vista Hermosa I Nivel E.S.E. (2010). Políticas corporativas. En: <http://www.hospitalvistahermosa.gov.co/web/?q=node/32>

Lacan, J. (1971). Seminario 18. *De un discurso que no sería de apariencia*. Clase 1 y 2, obras Jacques Lacan. Hipertexto.

Lacan, J. (2008). *El reverso del psicoanálisis*. Seminario 17. Buenos Aires: Paidós.

Ministerio de la Protección Social. (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá.

Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social. (2005). Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia. En: http://www.minproteccionsocial.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf?Mobile=1&Source=%2F_layouts%2Fmobile%2Fview.aspx%3FList%3D81677532-d840-47cc-822f-c264984489f4%26View%3D73a7a520-bf88-4f1c-9c0e-ad3ebd59e62e%26CurrentPage%3D1

Ministerio de la Protección Social & Asociación Colombiana de Psiquiatría. (2007). Política nacional del campo de la salud mental. Documento para discusión y acuerdos. Bogotá.

Ministerio de Salud. (1998). Política nacional de salud mental. Bogotá. En: http://www.acsam.com.co/Documentos/PoliticasyResolucion2358_1998.pdf

Orden Hospitalaria San Juan de Dios. (2004). Modelo asistencial por patologías. *Modelo de atención en salud centrado en la humanización dirigido al enfermo su familia y su red*. Documento de trabajo institucional.

República de Colombia. (2006). Decreto 1011. En: http://proteccionpml.com/intro/images/stories/documents/DECRETO_1011_de_2006SIST_OBLIG_GARANTIA_CALIDAD_EN_ATENCION_EN_SALUD.pdf

República de Colombia, Gobierno Nacional. (2009). Ley 1306 de 2009. En: http://www.aldananarino.gov.co/apc-aa_files/34326334643737333733663030613665/Ley_1306.pdf

Rodríguez, G. (2010). Informe de Gestión. En: <http://www.esenazareth.gov.co/infnst/Inf%20gest%202010.pdf>