

## **“Psicosis y Hospital Diurno”:**

### **Un Espacio Posible para lo Imposible<sup>1</sup>.**

Nydia Meléndez Paredes<sup>2</sup>.

**Resumen:** La experiencia nacional e internacional, según el MINSAL, ha demostrado que es posible mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos, ya no sólo con el tratamiento farmacológico, sino también generando redes de apoyo social en que las condiciones ambientales, el comportamiento social de la familia y de la comunidad influyan positivamente en su estabilidad y calidad de vida.

Este estudio trata sobre la importancia de las psicoterapias individuales y grupales, como dispositivos terapéuticos dentro de un modelo de tratamiento para la esquizofrenia, como lo es un hospital diurno de Adultos. La importancia de las psicoterapias será definida desde los pacientes AUGE con esquizofrenia y tratamiento en el hospital diurno; y desde los psicólogos encargados de las psicoterapias en el hospital diurno. Este estudio se basa en métodos cualitativos y procedimientos analíticos en su comprensión, desde la corriente francesa del psicoanálisis.

**Palabras claves:** Psicosis, dispositivo terapéutico, hospital diurno, tratamiento para la psicosis, psicoterapia individual y grupal, AUGE (acceso universal con garantías explícitas).

---

<sup>1</sup> Este artículo constituye una síntesis de la Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología en la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Agosto 2008. La investigación estuvo a cargo de Nydia Meléndez y Leonel Clavijo.

<sup>2</sup> Nydia Meléndez Paredes. Psicóloga. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. n.melendez.paredes@gmail.com

**Abstract:** The national and international experience, according to MINSAL, It has demonstrated that it is possible to improve the quality of life of the psychiatric patients, already not only with the pharmacological treatment, but also generating networks of social support in which the environmental conditions, the social behavior of the family and the community influence positively his stability and quality of life.

This study treats about importance of the single and group psychotherapies as therapeutic devices inside a model of treatment for the esquizofrenia, as an adult HD. The importance of the psychotherapy will be defined from the patients summit with esquizofrenia and treatment in the diurnal hospital; And from the psychologists in charge of the psychotherapy in the hospital. This study is based on Qualitative methods and analytical procedures on his comprehension, from the French current of the psychoanalysis.

**Key words:** Psychosis, therapeutics device, diurnal hospital, psychosis treatment, single and group psychotherapy, AUGE.

## **Introducción:**

### ***La historia de la locura y el saber psiquiátrico.***

El lugar que ha ocupado la locura en el imaginario social ha sido diverso, sin embargo siempre produciendo un cierto malestar en la cultura. En la historia occidental, la locura junto a la exclusión han estado presentes desde sus inicios (Foucault, 1967). Durante la

época medieval se vio en la lepra el mal que era necesario extirpar de la comunidad a través del acto de exclusión del leprosario. Posteriormente, a pesar de estar desaparecida la lepra, los juegos de exclusión se repitieron de manera parecida; los pobres, vagabundos, huérfanos y los locos ocuparon su lugar en los juegos de la exclusión social.

El mismo autor comenta que en el Renacimiento, la exclusión de la locura se materializó en el embarco de los locos dejándolos a la incertidumbre de su suerte. Más tarde, en el siglo XVII, el encierro, fue la nueva forma de ocuparse indiferenciadamente de todos los que constituyen un peligro.

Así llegamos, a la modernidad capitalista, con las prácticas meticulosas de la exclusión y al disciplinamiento de los anormales, donde comenzó a distinguirse una diferencia entre los individuos que perturbaban el orden social. Según Castel (1980), Philippe Pinel, psiquiatra francés, puso en relación al alienado con el lugar de encierro, no con el fin de liberar a los locos de la opresión, sino que con la intención de poder desarrollar una racionalidad de la enfermedad mental, lo primero que hizo fue separar las especies de la locura, es decir, separó metódicamente a los perturbados de los epilépticos, cancerosos, huérfanos, etc. Con lo anterior se permitió la observación de los síntomas de los alienados o locos y se pudo llevar a cabo una práctica eficaz de lo que Pinel denominó un *tratamiento moral*, así se constituyó la primera noción de tratamiento para la locura.

### ***La historia en Chile.***

Según Camus (1993), en Chile se estableció un conflicto a fines el siglo XIX entre la sociedad conservadora y el saber médico-científico, los primeros mantenían un poder basándose en la filantropía, y los segundos procuraban construir un saber acerca de la locura. Con el tiempo, los enfermos mentales fueron llevados a hospitales psiquiátricos, y si

en otro momento fueron asistidos por religiosas y personas caritativas, ahora fueron atendidos por médicos en una relación de tutela, de subordinación reglamentada que se convirtió en la matriz de toda la política asistencial actual.

Actualmente, ya nadie pone en duda que la internación prolongada en hospitales psiquiátricos agrava la enfermedad mental más que sanarla. La búsqueda de alternativas a estos sistemas, ha permitido el desarrollo de otros modelos que, en forma más humanitaria, hacen posible no sólo la rehabilitación, sino también la integración de las personas que padecen discapacidad psíquica.

En respuesta a esta nueva realidad, el Ministerio de Salud (MINSAL) durante el año 2000, inició el diseño y la implementación de un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, este promueve el desarrollo de una red de servicios de salud mental, centrándose en un modelo de atención comunitario, en el cual un conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, abordan en forma coordinada, y sistémica, los problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas de la población, subdividiendo sus áreas geográficas determinadas y desarrollando desde su especificidad acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

La experiencia nacional e internacional, según el MINSAL, ha demostrado que es posible mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya no sólo con el tratamiento farmacológico, sino que también generando redes de apoyo social en que las condiciones ambientales, el comportamiento social de la familia y de la comunidad influyan positivamente en su estabilidad y calidad de vida.

Además de lo anterior, la reforma de la salud contempla el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), este plan anuncia sus primeros documentos en Abril de 2004, donde garantiza la equidad e igualdad de acceso a la atención en salud sin discriminación alguna,

contribuye a lograr consensos y eficacia en la atención (protocolos), define plazos máximos de atención, podríamos decir que en general garantiza acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad. El protocolo AUGÉ para el tratamiento de personas con primer episodio de esquizofrenia ha establecido garantías explícitas.

### *Nuevas formas de tratamiento.*

Una nueva alternativa de tratamiento, para las personas con diagnóstico de esquizofrenia, es la hospitalización diurna. En Chile aparecen acercamientos de estos modelos desde 1965 en Temuco y entre 1972 y 1979 en el Hospital Psiquiátrico de Santiago encabezados por los Drs. E. París y P. Olivos, este último describe al Hospital Diurno “como una unidad intermedia en la cadena de servicios de rehabilitación, situado entre la hospitalización completa y la meta de vida independiente en la comunidad” (1984, citado en Naranjo, 2001, p.4), sería entonces una estructura terapéutica que daría a los pacientes un proyecto terapéutico que intentaría reintegrarlos socialmente. Sin embargo los que conocemos en la actualidad datan de 1990 en adelante (MINSAL, 2002, p. 4).

El Hospital Diurno está destinado a la atención de pacientes, que por su psicopatología, no requieren estar internados, pero tampoco se encuentran en condiciones de quedar sin un tratamiento psicoterapéutico. Es así, como este dispositivo, de acuerdo a la elaboración de estrategias de tratamiento para el seguimiento intensivo de cada paciente, entrega atención psiquiátrica y psicológica individual, control de medicación, espacios psicoterapéuticos y actividades de talleres grupales.

### **Definición del Tema:**

Los hospitales diurnos se enmarcan en el área de la salud mental como modelos de tratamiento que permiten una estabilidad y un alivio de la sintomatología de pacientes psicóticos mediante un tratamiento ambulatorio. Se sitúan como una estructura intermedia que hace puente entre la hospitalización prolongada y la vida en la comunidad, favoreciendo la integración de los pacientes a su medio social. Su principal intención es situarse como un eslabón necesario en la cadena que posibilita a los pacientes retomar un lugar en el plano social.

Hoy en día la internación psiquiátrica prolongada y las hospitalizaciones parciales en los hospitales diurnos coexisten como estrategias diferentes de un sistema de salud. Ambos modos de atención estarían destinados a producir efectos sobre distintos momentos de la patología.

Sabemos que los pacientes psicóticos “aparecen como fuera del discurso, del lazo social, en un goce autista que no se dirige a nadie y aparece en lo real satisfaciéndose en sí mismo” (Fudín, s.f., s.p). Sin embargo, la misma autora indica “no se le puede privar al enfermo, al psicótico de la posibilidad de subjetivar en la medida de lo posible, sus actos”. El Hospital Diurno interviene con la esperanza de que lo simbólico funcione y actúe como si hubiese localización subjetiva en los psicóticos.

Estos pacientes necesitan un lugar protector, un lugar que opere como matriz simbólica que no pudo llegar a simbolizarse. Es posible pensar toda la institución en un marco psicoterapéutico, porque es una manera de proponer a los pacientes psicóticos instancias psíquicas externas (Fontaine, 2004). “El Otro hospitalario debe ofrecer durante un lapso más o menos breve un lugar donde el psicótico pueda alojar su saber, sus certezas, y acotar

el goce que lo enloquece, propiciando desde el comienzo la restitución del sujeto al lazo social” (Fudín, 2000, s.p.)

Las psicoterapias, individual y grupal, son dispositivos terapéuticos que se encuentran dentro del modo de atención del Hospital Diurno. Podemos comprender los dispositivos terapéuticos siguiendo el pensamiento de Foucault (1980), éste dice que los dispositivos actúan como un aparato, donde se encuentran un conjunto de piezas organizadas de tal forma que cumplen con una función específica. De este modo, los dispositivos terapéuticos existentes al interior del Hospital Diurno están relacionados con la especificidad del tratamiento clínico para la psicosis, están dispuestos a producir ciertos efectos en el tratamiento de los pacientes interviniendo sobre lo real por medio de lo simbólico.

Las “*Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia*” indican que la función de las psicoterapias, específicamente en el campo de las psicosis estabilizadas es: “proporcionar alivio y contención de las ansiedades paranoides, elaborar las fantasías acerca de la enfermedad, propiciar una adecuada toma de conciencia y aceptación emocional de la enfermedad y trabajar las dificultades actuales en el marco de su historia personal” (MINSAL, 2000).

En la medida en que los pacientes son parte de la institución pueden tener allí un discurso posible, la institución les soporta un saber. Entonces, los pacientes pueden dar cuenta de sus psicoterapias dentro del hospital, aunque presenten una falta estructural de lazo social que nos hace preguntarnos ¿cómo se liga este sujeto no-sujetado en lo social, en un grupo psicoterapéutico? o ¿cómo se incluye en un contrato social? Pensando en que estos dispositivos podrían ser una estructura simbólica suficiente.

Finalmente, nos preguntamos: ¿Cuál es la importancia de las psicoterapias, individual y grupal, como dispositivos terapéuticos dentro del Hospital Diurno de Adultos del Área Occidente de la región Metropolitana?.

### **Marco Teórico:**

#### ***La psicosis desde el psicoanálisis.***

Ésta investigación se comprendió desde las formulaciones del *psicoanálisis francés*. Desde allí se entiende que la estructuración psíquica implica funciones y movimientos, por lo tanto en ella hay algo que circula y da posibilidades de estructuración. Es indispensable tener en cuenta que se habla de funciones, porque tiene que ver con un lugar que se ocupa, y se habla de una metáfora, no de un padre real.

El fin del *Complejo de Edipo* es permitir la *función del padre*, previa *función materna*, función paterna que como metáfora, mediante el *significante* del *Nombre-del-Padre*, aparece como soporte de la función simbólica, anudando los tres registros de la experiencia humana, este anudamiento constituye la neurosis. En la dimensión simbólica lo importante es el *significante* que tiene la madre del que instauro el lugar de la ley, es decir, que lugar reserva la madre al *Nombre-del-Padre* (Metáfora del Nombre-del-Padre). Aquí se da una “sustitución del *significante* del deseo de la madre por el *significante* del Nombre-del-Padre” (Quevedo, s.f., p. 64).

El mecanismo constitutivo de la psicosis es la *forclusión* del Nombre-del-Padre (Lacan, 1966), es un rechazo primordial a la inscripción del *significante* del Nombre-del-Padre, no

hay instauración de la metáfora paterna; por tanto aquí se está en el lenguaje, pero no en el discurso del neurótico, no comparten el discurso de la significación fálica.

La forclusión del Nombre-del-Padre en algún momento puede desencadenar síntomas psicóticos, este desencadenamiento pone en evidencia lo que ya estuvo antes allí, es decir, la estructuración psicótica, hasta entonces el sujeto podría haber estado como si estuviese anudado en los tres registros. Y el desencadenamiento se produce cuando el sujeto es llamado a un lugar desde el cual tiene que responder con algo que no tiene, es interpelado desde el Nombre-del-Padre, desde donde no tiene recursos simbólicos para responder, es decir, cuando el sujeto tiene que poner en juego su subjetividad, no le alcanza porque no logra significar lo no significable para él (Soler, 2004)

Desde el psicoanálisis la psicosis se intentaría ordenar bajo dos formas: la *esquizofrenia* y la *paranoia*. La relación entre ellas se marca en la condición de la psicosis, la forclusión del Nombre-del-Padre, sin embargo, la diferencia se marca en que en la esquizofrenia no existió siquiera el primer significante del deseo de la madre. Ambas formas poseen formas de estabilización: la *metáfora delirante* y el *synthome*.

### ***Institución terapéutica para la psicosis.***

El sujeto psicótico es un sujeto no sujetado, por lo tanto se encuentra fuera de lo social, fuera del discurso, pese a los intentos de sostenerse estando en el lenguaje (Beltrán, 2004).

Entonces, podemos pensar la psicosis como una dificultad en el lazo social, en lo cultural.

Oury (1998) indica que el concepto de *institución terapéutica* involucra las nociones de *libertad de circulación*, con tal que se produzca un encuentro dentro de la institución; y de *transferencia disociada*, donde la transferencia no recae sólo en el terapeuta de referencia,

sino también en otras personas, circunstancias y elementos que rodean la cotidianidad del sujeto.

La institución terapéutica (Sanfuentes, Mayo 2007) aborda el modo de estar con los otros, el modo de sostener y acompañar un encuentro, poniendo énfasis en la organización de la vida cotidiana. Es decir, es un proceso, a través del cual es posible permitir que el psicótico se pueda apropiarse de su espacio, donde se pueda abrazar la cotidianidad y se pueda descubrir en esa trama la posibilidad de encontrar lo que hay en ese sujeto no sujetado. Según Fontaine (Mayo 2007), la institución es un lugar que el paciente invierte y donde va a hacer rejugarse todos sus conflictos internos a través de la cotidianidad para poder trasladarse a un orden general del funcionamiento del mundo.

Dentro de una institución terapéutica operan ciertos mecanismos, Marchant (Mayo 2007) señala “un grupo terapéutico se abre y permite que el sujeto deposite en él lo que se torna indecible, lo que retorna como repetición a falta de una elaboración psíquica”, aquí el grupo no es totalizante, sino que, permite y genera, identidad y alteridad dentro de ella. El que se permita la alteridad dentro de un grupo, permite abrir espacios al deseo, ante esto Marchant plantea “un grupo no puede ser totalizante, porque mata precisamente el deseo”, además agrega que el permitir la alteridad, no sólo tiene relación con un acto terapéutico, sino ético también.

Esta identidad y alteridad permitida en el grupo, hace lazo social, algo permite ligar la experiencia, algo permite existir y mantenerse continuo; entonces, nos dice que es el valor del orden simbólico, el valor de una ley simbólica que une a las diferencias, a los otros; eso es el generador de esa fuerza que agrupa, que reúne “es el orden simbólico, es el lenguaje el que actúa como una sustancia que pega o liga” (Marchant, 2007)

Se ha demostrado que la terapia de grupo es apropiada para: “enseñar habilidades en relaciones interpersonales y de afrontamiento y para aportar una red social de apoyo de la que los pacientes esquizofrénicos con frecuencia carecen. Además (...) pueden aceptar con más facilidad las observaciones sobre su conducta y sus síntomas procedentes de otros miembros del grupo que de los terapeutas”. (Lamberti, 1995; Atkinson, 1996; Kanas, 1996, citado en Aldama y Bolado, 2000, p. 46).

### **Metodología:**

En ésta investigación se utilizó un *enfoque metodológico* de orden cualitativo para una comprensión fenomenológica e inductiva (Pérez Serrano, 1986). Se planteó un *tipo de estudio exploratorio* por lo poco estudiado del tema en la actualidad, con un *diseño de investigación no experimental transeccional exploratorio*, y un *tipo de muestreo no probabilística* que permitió utilizar ciertos criterios de selección según los objetivos de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 1998 y 2003).

Como técnica de recolección de información se recurrió a *entrevistas en profundidad* para 9 pacientes AUGE y 3 psicólogos del Hospital Diurno (Alonso, 1994 y Valles, 1997), también se realizó *observación participante* en las instancias grupales de psicoterapia (Delgado y Gutiérrez, 1998 y Valles, 1997) y *recopilación documental* de documentos oficiales y personales (Ander-Egg, 1995). El análisis de la información recopilada fue de *tipo categorial* (Gil Flores, 1994).

### **Resultados y Conclusión:**

Los pacientes describieron su psicoterapia individual como un espacio para pensar y trabajar temas relacionados con su enfermedad, auto-desarrollo, auto-conocimiento y construcción de futuro, en un clima de intimidad y confianza con su psicólogo. Algunos pacientes indicaron preferir este espacio por ser más personal y contenedor de angustias, sintiéndose apoyados y orientados en temas de su vida y de la enfermedad.

Además, los pacientes describieron su psicoterapia grupal como un espacio de diálogo entre los compañeros en un clima de respeto y bajo la mediación de un psicólogo. La importancia de este espacio radicó en que los pacientes pudieron opinar, compartir y relacionarse con sus compañeros, logrando identificarse con un otro en situaciones comunes y generándose un sentimiento de pertenencia al grupo.

Para los psicólogos, los espacios psicoterapéuticos individuales y grupales debieron posibilitar a los pacientes ser o existir sin presiones y llevarse consigo lo que les hizo sentido, pudiendo recordarlo y aplicarlo en situaciones posteriores. En específico indicaron que la psicoterapia individual no se ajustó a sus preconcepciones; sin embargo, la describieron como un espacio entre un psicólogo y un paciente donde se acompañó a pensar, respetuosamente, los temas de importancia que no fueron atendidos en otros espacios. Este espacio les permitió a los psicólogos situarse como referente, dignificar, rehabilitar y conocer la historia de los pacientes.

Además, los psicólogos consideraron la psicoterapia grupal como el núcleo del Hospital Diurno. La describieron como un espacio en el cual un psicólogo y un grupo de pacientes con un diagnóstico en común se reunieron para poder pensar en conjunto y acompañarse bajo límites y normas de convivencia en un marco de confianza y respeto. Se realizaron

algunas acciones facilitadoras que permitieron cumplir con los objetivos, como: contextualizar, integrar, dar sentido y acoger lo contingente. El que los pacientes compartieran un diagnóstico les permitió conformarse con una historia en común.

El Hospital Diurno viene a situarse como una institución terapéutica dentro de las modalidades de tratamiento para la psicosis. Los pacientes, al encontrarse bajo un sistema de hospitalización ambulatoria, circulan por la ciudad, no están aislados tras los muros de la reclusión. Por lo tanto, el tratamiento dentro del Hospital Diurno es contener lo contingente, para esto se requiere no sólo escuchar al paciente, sino que también creerle.

El Hospital Diurno interviene con la esperanza de que lo simbólico funcione y actúe como si hubiese localización subjetiva en los pacientes psicóticos, proponiendo instancias psíquicas externas para una mejoría imposible por condición estructural.

El espacio individual, actúa principalmente, luego de que los pacientes puedan tolerar a otro, y en la medida que sea suficientemente plástico y flexible para que el psiquismo del paciente se despliegue en su singularidad. Subjetivando, en la medida de lo posible sus actos, implicándose en ellos y en su propio tratamiento. Allí les será posible abrir alguna pregunta donde sólo se encontraban respuestas incuestionables, aparecerá la vacilación. Esto no quiere decir que ya no escucharán voces o que el delirio desaparecerá, sino que los pacientes podrían hacer algo con su delirio, para aprender a vivir con él y no para él. Entonces, se ordena simbólicamente delimitando el goce, se guía el discurso en el campo del Otro, haciéndolas de testigo y no de cómplice. Guía y testigo de que los pacientes, mediante su trabajo, se inventen un lugar y un saber que les permita hacer lazo social.

En la psicoterapia grupal, con el tiempo, los pacientes se sienten entendidos, no solo por los psicólogos, sino también por los compañeros del grupo. Mediante la identificación grupal y el sentimiento de pertenencia, los pacientes pasan de ser sujetos traídos al grupo, a ser sujetos protagonistas de la propia historia del grupo; es decir, pasan del rol de enfermo al rol de integrante del grupo, pudiendo cumplir con las reglas de convivencia del espacio. El diagnóstico los reúne y posibilita un discurso y un saber en común, dándose la posibilidad de recrear vínculos dañados en su historia. El grupo sería considerado como el núcleo del Hospital Diurno. Pareciera que el efecto de grupo es lo que hace posible un *como si* en los pacientes.

La circulación tiene un sentido que tiende a contrarrestar la dificultad en la psicosis para hacer lazo social, contribuyendo a la ficción de un reconocimiento social del sujeto. Por lo tanto, si bien se les dificulta, a los pacientes, su instalación allí, el Otro hospitalario debe ofrecer un lugar psicoterapéutico donde el psicótico pueda alojar su saber, sus certezas y acotar el goce, propiciando la restitución del sujeto al lazo social.

### **Discusión:**

El trabajo realizado por los profesionales en el Hospital Diurno contempla diversas premisas, entre ellas el modo en que es comprendida la esquizofrenia, en tanto fenómeno político, clínico y social.

El tiempo en que está definido el tratamiento en el Hospital Diurno, da cuenta de la estandarización que existe con relación a los pacientes con esquizofrenia. Los protocolos AUGE se sostienen en fórmulas generalizadas, con tiempos definidos para los pacientes con anterioridad. Estos tiempos no están planteados desde las necesidades de los pacientes

con relación al tiempo que demoran en integrarse al hospital. Entonces, nos preguntamos ¿los tiempos del hospital serán los tiempos de la psicosis?

Pareciera ser que el paciente es medido de acuerdo a conductas y síntomas que dependen de la eficacia del sistema; antes de ser escuchado, es mirado y evaluado de acuerdo a síntomas y conductas. Por lo tanto, ¿qué es lo que se escucha del paciente? y ¿qué consecuencias trae el modo en que es escuchado? Los pacientes recalcan que son escuchados, de eso no hay duda, pero ¿desde dónde son escuchados?

Existe una marcada inclinación en los profesionales del Hospital Diurno a evaluar la esquizofrenia desde lo faltante o la falla. No sólo la falla, en cuanto constituye una falta en el lazo social, sino que con relación a la carencia en términos racionales, cognitivos y emocionales. Entonces, volvemos a preguntarnos ¿qué se escucha?, ¿será acaso el momento en que el paciente empieza a perder la razón, o en el cual empieza a recuperarla?

No queda claro el estatuto de la escucha de los dispositivos psicoterapéuticos de este hospital, sin embargo, queda clara la posición que asumen los psicoterapeutas al escuchar al paciente, ya que desde el hospital predomina la calidad humana y las habilidades personales, antes que la especificidad del trabajo teórico. En otras palabras, el valor que se asigna a la escucha del paciente radica en que éste es digno de ser escuchado.

Desde los profesionales se propone dignificar a aquello que ha fallado o que está fuera de la razón. Por esto, se hace necesario dignificar lo indigno, y así acompañar, mediante límites, a quien padece de una condición marginal, hacia donde sea posible vivir ajustándose a los parámetros de convivencia social. Lo complejo de dicha integración es que sigue conteniendo la distinción de anormalidad, en el fondo es el acto humanitario de permitir integrarse a los anormales en una forma de vida normal. Este fenómeno humanitario, relega

a segundo plano el fenómeno clínico del tratamiento. Entonces, ¿quién detenta la función clínica en el tratamiento de la esquizofrenia, considerando que la psicología ocupa el lugar de la escucha, pero desde la dignificación de un sujeto vulnerado en lo social?

Para la psicología, ¿este sujeto es exclusivamente vulnerado en derechos?, ¿no será que aquello que constituye su marginalidad es consecuencia de su condición estructural? Y por último, ¿no será preciso que la psicología ponga su atención en la condición estructural de la esquizofrenia antes que en sus consecuencias?

Podemos pensar que el carácter ambulatorio del hospital puede tener más que ver con la necesidad de poner en acción el ejercicio de una ciudadanía ausente en el paciente. El sujeto psicótico se definiría como aquel que está incapacitado de ejercer sus derechos como ciudadano, no compartiendo reglas de convivencia.

Esta idea no es nueva ni lejana, la alienación mental excluye al sujeto de ejercer estas funciones, este se encuentra enajenado, otrora criminal, poseído o navegante sin rumbo. Hoy es víctima de no poder ejercer la ciudadanía, entonces el valor de los nuevos modelos de tratamiento consistiría en abrir espacios al loco hacia una convivencia social. El acto de transitar al que hacen referencia los psicólogos, dice relación con un encuentro, mediante los cuales el paciente pueda “existir”, sería compartir un espacio, una realidad con otros pacientes, de lo cual puede resultar un lazo social.

Pese a esto, aquello que garantiza la capacidad del paciente para acceder a la convivencia social está en manos del saber de la psiquiatría. Los pacientes son ajustados a diagnósticos en donde no se dan posibilidades de crítica y reflexión acerca de los criterios que los determinan. La función que asumen los psicólogos del hospital, es la de planificar un tratamiento para un paciente que ya fue diagnosticado, marginándose de la discusión

clínica. Existe un nulo ánimo de crítica frente a esta práctica, que tiende a reducir la experiencia clínica a un diagnóstico que no logra contener la complejidad del caso.

Esto es complejo, porque tiene directa relación con la posición que asume la psicología como corpus teórico frente a las nuevas formas de tratamiento de la psicosis. La clínica de la psicosis no consiste sólo en un acto caritativo ni sólo en un ejercicio de tolerancia, consiste en una ética de escucha al paciente.

### **Referencias Bibliográficas:**

- Alonso, L. (1998). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (1998). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 225-240). España: Síntesis.
- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Lumen.
- Bertran, G. (comp.). (2004). *Hospital de día: Particularidades de la clínica*. Argentina: Minerva.
- Camus, P. (1993). *Filantropía, medicina y locura*. Santiago: Instituto de Historia Puc.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: La Piqueta
- Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (1998). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. España: Síntesis.

- Fontaine, A. (2007). En *Coloquio Internacional Teoría y Clínica de la Psicosis: Locura, Institución y Exclusión*. Departamento de Psicología de FACSO y la Escuela de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado. Mayo - Junio, Santiago.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de cultura económica.
- Fudín, M. (s.f.). *El tiempo de la urgencia. Ruptura del lazo social y emergencia de una ética*. Extraído el 20 de Octubre de 2007 desde [http://www.drwebsa.com.ar/emergencias/nro\\_09/em09\\_06..htm](http://www.drwebsa.com.ar/emergencias/nro_09/em09_06..htm)
- Fudín, M. (2000). *Tiempos de las intervenciones familiares en la psicosis*. Extraído el 20 de Octubre de 2007 desde <http://www.efba.org/efbaonline/fudin-04.htm>
- Gil Flores, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos*. Barcelona: PPU.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Lacan, J. (2003). *Escritos 2. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible para la psicosis*. Argentina: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2002). *Seminario 3. Las psicosis*. Argentina: Paidós.
- Marchant, M. (2007). En *Coloquio Internacional Teoría y Clínica de la Psicosis: Locura, Institución y Exclusión*. Departamento de Psicología de FACSO y la Escuela de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado. Mayo - Junio, Santiago.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2000). *Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia*.

- Ministerio de Salud (MINSAL). (2002). *Instrucciones técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría*.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2005). *Garantías explícitas en salud. Guía clínica primer episodio esquizofrenia*.
- Naranjo, C. (2001). *Hospital de día en psiquiatría. Evolución de la experiencia mundial y estado de la situación en Chile*. Santiago: Universidad Santiago de Chile.
- Oury, J. (1998). *Conferencia: Libertad de circulación y espacio del decir*. Pronunciada en Tours el 16 de Mayo de 1998, traducción: César Covacevich Vásquez. Extraído el 13 de Enero de 2008 desde <http://www.topia.com.ar/articulos/36oury.htm>
- Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: Cátedra.
- Quevedo, M. (s. f.). *El niño en el discurso psicoanalítico*. Tesis para optar a grado de magíster en psicología clínica mención psicoanálisis. Santiago: Universidad Diego Portales.
- Sanfuentes, M. (2007). En *Coloquio Internacional Teoría y Clínica de la Psicosis: Locura, Institución y Exclusión*. Departamento de Psicología de FACSO y la Escuela de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado. Mayo - Junio, Santiago.
- Soler, C. (2004). *El inconsciente a cielo abierto de la psicosis*. Argentina: JVE.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.