



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Procesos de trabajo en salud mental y reinternaciones de adolescentes

Autores (en el caso de tesistas y directores):

María Belén Bisso

Niza Agustina Durán

Eugenia Bianchi, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2018

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL
AREA DE INVESTIGACIÓN:**

**Procesos de trabajo en salud mental
y reinternaciones de adolescentes
Trabajo de Investigación Final**

Autoras:

Bisso, María Belén, DNI: 36.080.247 (mariabelenbisso@gmail.com)

Durán, Niza Agustina, DNI: 38.614.209 (nizaduran@hotmail.com)

Tutora Temática:

Dra. Bianchi, Eugenia (eugenia.bianchi@gmail.com)

Seminario TIF: Año 2017

Fecha de presentación: 1 de noviembre de 2018

Agradecimientos

A Eugenia Bianchi, tutora temática de esta investigación, quien con su lectura crítica y sus aportes nos acompañó y guió durante la elaboración de este trabajo.

A nuestra referente de las prácticas pre-profesionales de Taller IV, quien nos habilitó los canales de comunicación institucional y nos facilitó el contacto con lxs profesionales.

A lxs profesionales de la Sala de Adolescencia, quienes nos brindaron su tiempo y nos transmitieron sus experiencias de intervención con adolescentes que transitan un padecimiento mental y sus familias.

A nuestras familias, compañerxs y amigxs, quienes nos apoyaron y acompañaron durante este proceso y en el transcurso de la Carrera.

Resumen

Título: “Procesos de trabajo en salud mental y reinternaciones de adolescentes”

Autoras: Bisso, María Belén, DNI: 36.080.247 mariabelenbisso@gmail.com

Durán, Niza Agustina, DNI: 38.614.209 nizaduran@hotmail.com

Fecha de presentación: 1° de noviembre de 2018

Palabras claves: Procesos de trabajo - Salud mental - Adolescencia - Reinternación - Intervenciones - Desgaste profesional.

El presente trabajo tiene como finalidad conocer, a través de la mirada de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia de un hospital de emergencias psiquiátricas, de qué maneras los procesos de trabajo constituyen intervenciones familiaristas a partir de las reinternaciones de adolescentes. Para ello, la metodología elegida es de enfoque cualitativo, basada fundamentalmente en entrevistas semi-estructuradas a profesionales de la Sala de Adolescencia, y registros de campo.

A partir de dichos insumos y para el desarrollo de la investigación se utilizan los aportes teóricos de Merhy sobre el análisis de los procesos de trabajo. Para analizar la institución, se toman los conceptos elaborados por Foucault y Goffman. Asimismo, el marco teórico referencial utilizado acerca de la salud mental contiene los trabajos de Galende, Menéndez, Stolkiner, Murillo, Faraone y Bianchi. En la temática de redes sociales, se toman los aportes teóricos de Chadi, Dabas y Perrone. Se introducen elementos del análisis de Calveiro y Rojas acerca de las diferentes concepciones de familias, así como las formas de intervenir con ellas, tomadas de Gherardi y Amico.

Surge como emergente de la investigación la temática del desgaste profesional, para lo cual se utiliza bibliografía de la corriente psicológica del *burnout*, como así también su contracara en formas de organización y resistencia colectiva de lxs trabajadorxs. Se intenta que este trabajo aporte insumos que permitan repensar la práctica profesional del Trabajo Social en la conformación de equipos interdisciplinarios y en la intervención en la problemática de la salud mental.

Introducción	1
Abordaje metodológico	3
Tipo de estudio y metodología seleccionada	3
Tratamiento de la información	4
Unidades de análisis	4
Obstáculos y Facilitadores	4
Resguardos éticos	5
Estructura del trabajo de investigación	6
Capítulo 1: Hospital de Emergencias Psiquiátricas	7
1.1 Acerca de la institución total	8
1.2 Legislación sobre la Salud Mental	11
1.2.1 Hitos históricos en la normativa	12
1.2.2 Ley de Salud Mental y Adicciones	14
1.3 Contexto Político actual y Proyectos de Neurociencias	16
1.4 Sala de Adolescencia	21
1.4.1 Un acercamiento a las actividades	24
Capítulo 2: Adolescencia, padecimiento mental y reinternaciones	28
2.1 Adolescencia en la sala de internación	29
2.2 Significados en torno al padecimiento mental	32
2.3 Acerca de las reinternaciones de adolescentes con padecimiento mental	36
Capítulo 3: Intervenciones con las redes sociales de lxs adolescentes reinternadxs, el desgaste profesional y la organización colectiva	43
3.1 Redes sociales	43
3.1.2 Concepciones sobre las familias y sus intervenciones	45
3.2 Estrategias de abordaje	50
3.3 Desgaste profesional en el marco de las intervenciones	56
3.3.1 Formas de organización y encuentro entre trabajadorxs	62
Consideraciones finales	67
Epílogo	70
Bibliografía	
Organismos e informes consultados	
Legislación citada	
Trabajos de Investigación Final consultados	
Anexo: Entrevista a E1 y E2, licenciadxs en Enfermería	

Aclaración para la lectura

Lenguaje inclusivo y primera persona del plural

El lenguaje nos permite transmitir pensamientos y valores. Entendemos que el mismo se trata de una construcción y convención social, y que por lo tanto no es neutral. A su vez, los textos académicos se caracterizan por responder a los modelos de validez científica objetiva e impersonal, que generalmente conllevan un esfuerzo de lxs autorxs por tomar distancia acerca de lo que se escribe (Kaiser, 2002).

Como autoras de este documento, creemos que la toma de posición discursiva y política, lejos de restarle seriedad al trabajo, resulta en un aporte para la investigación en su carácter ético-político. Por lo tanto, si bien a lo largo del escrito y en términos generales utilizamos el modo impersonal, en aquellas instancias en las que asumimos una toma de posición que implica lecturas propias tanto de la investigación como de los aspectos teóricos, hacemos una excepción y utilizamos como persona gramatical la primera del plural.

Asimismo, consideramos que a través del hecho lingüístico se presenta el problema de la desigualdad, incluso sin mencionarla explícitamente. El lenguaje, entendido como mecanismo de poder y propio del sistema patriarcal, crea una concepción de lo universal centrada en lo masculino que al mismo tiempo invisibiliza a la mujer. No disponemos hoy de una única alternativa para escapar del sesgo androcéntrico del lenguaje. Sin embargo, el uso del “a/o” da cuenta del binarismo de género al referirse a lo masculino y femenino, lo cual responde a la heteronorma, sin dar cuenta de las expresiones sexuales y de género disidentes como las identidades queer, trasgéneros, intersexuales, etc. (Pérez Orozco, 2014).

Entendemos al hecho lingüístico como una apuesta política. Es por esto que, para salir del carácter binario y machista del lenguaje, durante la elaboración del trabajo y en aquellas palabras en las que fue necesario aplicar género, utilizamos la “x” entendiendo que hace referencia al conjunto inacabado de expresiones de género. En contadas ocasiones se utilizaron los artículos “el/la” cuando fue imposible reemplazarlos –y con el fin de preservar el anonimato de lxs entrevistadxs- a conciencia de estar reproduciendo la heteronorma.

Introducción

El presente trabajo tiene como objeto dar cuenta de los resultados de la investigación desarrollada en el marco del Seminario de Trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. La misma se desarrolló entre los meses de marzo y octubre del año 2018.

Dicha investigación tuvo su motivación inicial en las prácticas pre-profesionales, propias de la materia Taller IV, desarrolladas en un hospital especializado en emergencias psiquiátricas de la Ciudad de Buenos Aires, en el transcurso del año 2017. En base a esto, el campo temático es la Salud Mental.

Antes de continuar, una primera consideración respecto al campo de la salud mental reside en su carácter complejo. Los problemas que se inscriben en dicho campo no son posibles de abordar desvinculados del contexto (Galende, 1990). Es por esto que en las diferentes instancias del proceso investigativo, partimos de asumir que los fenómenos del campo de la salud mental se constituyen en objetos de estudio complejos, en tensión y en curso (Bianchi, 2018). Complejos porque incluyen diversos actores sociales e instituciones, con prácticas y saberes contrapuestos y lógicas distintas, que aún en la contradicción pueden coexistir y reproducirse. En tensión porque se da en constantes disputas entre dichos actores. Y en curso porque la tensión se reactualiza constantemente en este marco de contradicciones y luchas (Bianchi, 2018). Estas consideraciones impregnan toda la investigación, y marcan el tono de los análisis de este trabajo de investigación final.

Habiendo realizado esta aclaración respecto al campo de la salud mental y su incidencia en el abordaje de la investigación y, a partir del trayecto transcurrido en la institución por las prácticas pre-profesionales, se reconoce un gran porcentaje de adolescentes que reingresan a la institución a través de la figura de la reinternación. Se toma conocimiento de dichas situaciones mediante la participación en entrevistas, la lectura de historias clínicas, encuentros con distintos profesionales en el espacio de la Guardia y conversaciones informales con la/el trabajador/a social, referente de las prácticas de Taller IV.

En este sentido, la pregunta problema que guió el trabajo es: *¿Cómo se relacionan los significados sobre las reinternaciones de lxs adolescentes por parte del personal de salud de la Sala de Adolescencia del hospital de emergencias psiquiátricas con sus intervenciones respecto a la familia?*

Resulta de importancia abordar este tema, para lo cual se formula la siguiente hipótesis: *La dinámica de reinternación de lxs adolescentes tiene incidencia en las líneas de intervención de lxs profesionales, de manera que puede verificarse una tendencia a la reproducción de prácticas familiaristas (que depositan el cuidado y la responsabilidad de lxs adolescentes en sus redes primarias), y ello influye también en sus procesos de trabajo.*

A partir de ella, se buscó ahondar en cómo se desarrollan los procesos de trabajo de lxs profesionales con respecto a las reinternaciones de lxs adolescentes y los abordajes familiaristas, teniendo en cuenta que el análisis de los procesos de trabajo incluye la relación entre lxs mismxs profesionales, con lxs usuarixs de los servicios de salud y con los procesos organizacionales. Esto se realizó con la finalidad de aportar nuevos insumos que permitan pensar y problematizar la práctica profesional del Trabajo Social. Por consiguiente, el tema de investigación elegido fue: procesos de trabajo en salud mental, reinternaciones de adolescentes e intervenciones familiaristas.

En función de lo expuesto, se planteó como objetivo general: *Conocer, a través de la mirada de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia del hospital de emergencias psiquiátricas, de qué maneras los procesos de trabajo constituyen intervenciones familiaristas a partir de las reinternaciones de adolescentes.*

Para poder llevar adelante este objetivo fue necesario plantear los siguientes objetivos específicos:

- Conocer, a partir de entrevistas con profesionales, cómo las representaciones que estxs tienen sobre lxs adolescentes reinternadxs y sus familias, inciden en la construcción de la relación equipo-adolescente-familia.
- Indagar, a partir del análisis de las entrevistas con lxs profesionales, la forma en que los procesos organizacionales de la institución influyen en las líneas de abordaje e intervención con las familias.
- Analizar, a partir de las entrevistas, la relación entre lxs integrantes del equipo profesional de la Sala de Adolescencia.

Abordaje metodológico

Tipo de estudio y metodología seleccionada

A partir de los objetivos específicos desarrollados, se llevó a cabo una investigación de tipo cualitativa dado que se pretende analizar cómo se construyen los procesos de trabajo del personal de salud de la Sala de Adolescencia de un hospital de emergencias psiquiátricas, una vez que el/la adolescente es reinternadx. Es por esto que se buscó profundizar en sus percepciones, opiniones y significados en relación a lo propuesto.

Dentro de las técnicas de investigación cualitativa, se utilizó la entrevista semi-estructurada y los registros de campo de las prácticas pre-profesionales. Como marcan Yuni y Urbano, para la toma de entrevistas de este tipo, se *“parte de un guión (un listado tentativo de temas y preguntas) en el cual se señalan los temas relacionados con la temática del estudio. En el desarrollo de la entrevista, se van planteando los interrogantes sin aferrarse a la secuencia establecida previamente, permitiéndose que se formulen preguntas no previstas pero pertinentes”* (Yuni y Urbano, 2014: 183). A través de esta técnica, se intentó conocer las percepciones de lxs profesionales y cómo éstas configuran sus intervenciones, teniendo en cuenta que los procesos de trabajo son el eje estructurante de este TIF y por ende podrían ser descritos únicamente por ellxs mismxs. Se consideran como una fuente primaria ya que permiten acceder a las estructuras de significados propias del contexto mediante la participación en el mismo (Vasilachis, 1992).

La selección de la técnica propuesta permitió un *encuentro dialógico*, donde la situación de entrevista fue generadora de interrogantes a partir de las respuestas dadas. En este encuentro, se presenta *“la posibilidad de construir un espacio en el que los interlocutores, a partir de su historia puedan generar interrogantes en el otro que le permitan reflexionar y problematizar constantemente sobre su situación”* (Mallardí, 2004: 15).

También se incorporaron al análisis los registros de campo de las prácticas pre-profesionales como otra fuente de información. De los mismos se obtuvieron datos acerca del funcionamiento de la institución en general y de la dinámica de la Sala de Adolescencia en particular.

Tratamiento de la información

El análisis de contenido se realizó por el método de comparación constante, utilizando un conjunto sistemático de procedimientos que permitieron generar teoría a partir del análisis de la evidencia empírica (Glasser y Strauss, 1967). Mediante la codificación, categorización y comparación de los diferentes discursos de lxs profesionales, se reconocieron las percepciones que existen en torno a sus procesos de trabajo, las reinternaciones de lxs adolescentes con padecimiento mental y sus familias.

Unidades de análisis

Las unidades de análisis según Cohen y Gómez Rojas, son "*sujetos u objetos de estudio, son aquellos a quienes investigamos, pueden ser personas, cosas, o productos de las personas*" (2003: 122). En este trabajo de investigación las mismas fueron los procesos de trabajo de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia de un hospital de emergencias psiquiátricas, y sus abordajes con las familias de lxs adolescentes, en el período marzo-mayo del año 2018.

En este caso, la unidad de recolección de información, "*la fuente proveedora de la información requerida, son los elementos que funcionan como informantes*" (Lanzetta y Malegaríe, 2013: 13), fueron 7 (siete) profesionales entrevistadxs: 2 licenciadxs en Trabajo Social, 1 licenciadx en Terapia Ocupacional, 2 licenciadxs en Enfermería, 1 licenciadx en Psicología y 1 médicx psiquiatra.

La muestra fue seleccionada de forma intencional y no probabilística. La misma se estableció con el fin de consignar las representaciones de los procesos de trabajo de lxs profesionales y la heterogeneidad de estos. Sin embargo, a la hora de entrar en contacto con lxs profesionales a entrevistar, en primer lugar fue necesario que lxs licenciadxs en Trabajo Social nos provean el contacto. Ellxs seleccionaron a lxs potenciales entrevistadxs de acuerdo a su afinidad y esto implica que la muestra fue orientada en función de sus propios criterios.

Obstáculos y Facilitadores

Tanto la Jefatura del Servicio de Trabajo Social como el Comité de Ética e Investigación (Codei) del hospital nos impusieron previamente a la elaboración del

diseño de investigación obstáculos constantes, requisitos de elaboración de informes y presentación de notas. Esto nos generó durante meses cierta incertidumbre acerca de la viabilidad del trabajo de investigación. Para lograr la autorización de las entrevistas al equipo, fue necesario presentar los objetivos del diseño de investigación al Codei y a el/la Jefx del Servicio de Trabajo Social.

Salvando las trabas burocráticas previamente mencionadas, y como facilitadores a la continuidad de la investigación, lxs profesionales convocadxs se mostraron dispuestxs e interesadxs a la propuesta de las entrevistas. Las mismas se grabaron en soporte electrónico y se desgrabaron para su análisis. En su mayoría fueron realizadas dentro de la Sala de Adolescencia, en oficinas y de forma individual, con el fin de lograr una mayor privacidad en el encuentro. Dos de ellas fueron en el domicilio de lxs profesionales, en las que identificamos mayor disponibilidad y predisposición de lxs entrevistadxs para explayarse en las respuestas.

Cabe destacar que inicialmente el diseño de la investigación contemplaba la realización de 6 (seis) entrevistas, pero en el encuentro pautado con el/la profesional encargadx de la Jefatura del área de Enfermería, se presentó espontáneamente otrx enfermerx. Interrumpió constantemente el desarrollo de la entrevista, respondió a las preguntas formuladas para su compañerx, objetando y cuestionando la confección de las mismas e interpelando el conocimiento en salud mental de la entrevistadora. Fue así que, a pesar que no estaba inicialmente pautado, se tomó la decisión de formularle ciertas preguntas a fin de tomarlx como unx entrevistadx más, ya que esta situación resultó sumamente interesante. Se adjunta la entrevista en Anexo.

Resguardos éticos

En cada encuentro con lxs profesionales, en primer lugar les fue informadx el fin de las entrevistas. Se dio total protección a su identidad y a todas aquellas personas que ellxs nombraron durante las entrevistas en la elaboración de este escrito. Para el análisis y con el fin de dar cuenta de su posicionamiento, a lo largo de este trabajo se hizo referencia únicamente a su respectiva profesión.

A su vez, se solicitó el consentimiento para grabar las entrevistas y para que la información brindada pueda ser utilizada a los fines de esta investigación.

Estructura del trabajo de investigación

El siguiente trabajo de investigación final cuenta con tres capítulos que tienen como eje conductor los procesos de trabajo de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia del hospital ya mencionado. El orden de los capítulos tiene como fin exhibir los resultados alcanzados, yendo de lo general a lo particular y buscando una integralidad creciente en los contenidos a medida que se va avanzando en la lectura.

En el primer capítulo, se realiza un análisis sobre las instituciones totales y los procesos organizacionales al interior de un hospital de emergencias psiquiátricas, haciendo hincapié en el contexto político actual y cómo el mismo condiciona la legislación en materia de salud mental. En esta línea, también se indaga en los proyectos de neurociencias propuestos para este hospital monovalente. Por último y dado que la Sala de Adolescencia es donde se sitúa este trabajo y el lugar por el que transitan estxs adolescentes que son reinternadxs, se presenta un análisis en profundidad de su funcionamiento, de las relaciones de poder que interactúan en la dinámica cotidiana y las distintas actividades que se realizan.

En el segundo capítulo, se abordan los conceptos de adolescencia, el padecimiento mental y las reinternaciones, con el fin de analizar los significados construidos por lxs profesionales en torno a estas dimensiones. Las mismas inciden en la relación profesional-adolescentes y constituyen sus procesos de trabajo.

En el tercer capítulo, se presentan conceptualizaciones acerca de las redes sociales, las familias y los tipos de intervención profesional que se realizan con ellas. A su vez, se analizan los modos de abordaje del equipo ante las reinternaciones de adolescentes y con sus redes sociales, se desarrollan los tipos de estrategias profesionales y las articulaciones interinstitucionales que efectúan. A partir del análisis de los procesos de trabajo, las estrategias adoptadas y las condiciones de trabajo de lxs profesionales de la Sala, surge como emergente el “desgaste profesional”. Al profundizar en este aspecto, se identifican y se describen las diversas formas de organización y resistencia colectiva por parte de lxs trabajadorxs para hacerle frente al desgaste profesional.

Por último, se exponen recapitulaciones acerca de las reflexiones surgidas a lo largo de este trabajo de investigación, y las consideraciones finales a las que fue posible llegar.

Capítulo 1: Hospital de Emergencias Psiquiátricas

En este capítulo se indaga la forma en que los procesos organizacionales del hospital de emergencias psiquiátricas influyen en las líneas de abordaje de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia, y sus procesos de trabajo. Las instituciones son productos de los procesos sociales, históricos y políticos, y poseen un anclaje particular de acuerdo al contexto específico (Moniec y González, 2014). Para el análisis de esta institución en particular, utilizamos las entrevistas realizadas con un marco teórico crítico sobre la salud, así como la normativa legal vigente.

En esta línea, entendemos que se trata de una institución monovalente, adhiriendo a lo que plantea Foucault acerca de los hospitales psiquiátricos, que su función ya no es más la de *“castigar las infracciones de los individuos sino de corregir sus virtualidades. Entramos así en una edad que yo llamaría de ortopedia social. (...) Es la edad del control social”* (Foucault, 1973: 42).

La institución monovalente se enmarca en la sociedad disciplinar, de ortopedia social. En este sentido, resulta importante describir y caracterizar el funcionamiento de la institución en la que se inscribe la investigación. La misma se sitúa en un hospital público dedicado exclusivamente a la atención de emergencias psiquiátricas en personas de 14 a 65 años. Unx de lxs profesionales del área de Trabajo Social explicita en la entrevista la característica de la atención brindada en esta institución:

“Este es un hospital de emergencia psiquiátrica, esto significa que los tratamientos deberían ser breves, de tres a seis meses, hasta tanto merme la situación emergente” (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

Este hospital cuenta con tres Salas de Internación: de Varones, de Mujeres y de Adolescentes. A su vez, tiene un Servicio de Guardia que funciona los 365 días, las 24 horas y dispone de 16 camas de internación. Además, funciona un Hospital de Día de lunes a viernes, y Consultorios Externos de adultxs y adolescentes.

Se rige por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional (Faraone, 2012, 2015). Aunque precedente, se enmarca en las correspondientes a las de Ciudad Autónoma de Buenos Aires: la Ley Básica de Salud 153/99 y la ley jurisdiccional 448/2000 de Salud Mental de la CABA,

de la que la ley nacional tomó algunos lineamientos. Con respecto a la primera, es objeto de un apartado de este capítulo por lo cual no ahondaremos en la misma en esta instancia.

En cuanto a la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin. Tiene una concepción integral de la salud, contempla la participación de la población en los distintos niveles de decisión con el fin de promover las capacidades de acción de la comunidad en su proceso de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2004), y reglamenta la fiscalización y control por parte de la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

La Ley 448/200 de Salud Mental de CABA en línea con lo planteado con la Ley Básica de Salud 153/99, reconoce a la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente, plantea un enfoque de redes en relación a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación; y brega por una abordaje interdisciplinario e intersectorial para dar una respuesta integral a las problemáticas de salud mental.

Las tres leyes enunciadas delimitan los procesos organizacionales propios de la institución y enmarcan los procesos de trabajo de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia. Más allá de estas primeras aproximaciones, dichas dimensiones se abordan y analizan en profundidad en los siguientes apartados. A continuación, se ofrece una fundamentación acerca del por qué este hospital de emergencias psiquiátricas puede ser analizado en consonancia con algunas aristas del concepto de institución total.

1.1 Acerca de la institución total

Retomando lo planteado anteriormente, consideramos que el hospital de emergencias psiquiátricas puede ser comprendido a partir de tomar en consideración algunos trazos de la definición de Goffman (1973) acerca de las instituciones totales. Goffman, en su ya clásica definición, plantea que la institución total puede definirse como: *“un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”* (1973: 17). La misma posee características absorbentes y totalizadoras, *“está simbolizada por los obstáculos que se*

oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir de forma material: puertas cerradas, altos muros, alambres de púa” (Goffman, 1973: 17). Es posible identificar algunos rasgos de la conceptualización del autor en el siguiente fragmento de entrevista, en la que se describe algunas características de las instalaciones del hospital y de las tareas de lxs profesionales:

“Nosotrxs somos Enfermería, que está en contacto las 24 horas con el paciente. Está encargado de supervisar todo lo que tenga que ver con el comportamiento. Durante las 24 horas, también, la observación constante, la evolución” (Lic. en Enfermería N° 1, mayo 2018).

Sumado a lo que refiere el/la profesional entrevistadx, identificamos que la distribución física de la oficina de Enfermería se encuentra dispuesta de modo tal que rodea las habitaciones de lxs adolescentes, como así también el patio interno, el externo y la sala común; lo cual permite la visibilidad permanente y el control de los movimientos tanto de lxs adolescentes como de lxs profesionales. Esta cuestión del espacio también se verifica con los consultorios de lxs profesionales.

Retomando la cuestión edilicia, el hospital también puede ser analizado de acuerdo a algunas características de lo que Foucault (2002) denomina “dispositivo disciplinario”¹, donde las prácticas y discursos se presentan en un “*espacio cerrado, recortado, vigilado, en todos sus puntos, en el que los individuos están insertos en un lugar fijo, en el que los menores movimientos se hallan controlados, en el que todos los acontecimientos están registrados (...) en el que el poder se ejerce por entero, de acuerdo a una figura jerárquica continua, en el que cada individuo está constantemente localizado*” (Foucault, 2002: 201). Es decir que puede ser pensado tanto en función de algunas características del concepto de institución total, como de dispositivo disciplinario.

Volviendo a Goffman, la lógica de la institución total trae aparejada la distribución de los sujetos en el espacio con un mínimo de relaciones entre ellxs, como también con muchas dificultades para transitar libremente por las instalaciones del hospital. Esto lo verificamos en los registros de campo de las recorridas a la Sala de Adolescencia en el marco de las prácticas pre-profesionales, donde se les presentan a lxs

¹ Foucault explica los *dispositivos* como una red que une a un conjunto heterogéneo de discursos y prácticas extra-discursivas, pudiendo comprender instituciones, reglamentos, leyes u otras medidas alternativas, enunciados morales, científicos, etc. (Foucault, 2002), y asimismo conceptualiza los *dispositivos disciplinarios*. A los fines de la investigación, abordamos estos últimos.

adolescentes internados restricciones para salir al patio por voluntad propia y para atravesar las puertas de la institución, ya que las mismas se encuentran sin picaporte y únicamente pueden acceder lxs profesionales que portan llave. También existe una rigurosidad en los horarios estipulados institucionalmente para las actividades programadas en el día a día. Es por esto que identificamos que al interior de la Sala prevalece la disciplina, el orden, la normativa y la vigilancia tanto para lxs adolescentes como para lxs profesionales que trabajan en ella. Lo apreciamos en uno de los testimonios:

“Estos pacientes necesitan algo que los abarque en todo el día de la internación. Para esto, no se debe solo trabajar la media hora de sesión y después dejarlo que vague por los pasillos” (Médicx Psiquiatra, abril 2018).

Lo que refiere el/la médicx psiquiatra responde a la necesidad de controlar y vigilar los movimientos de lxs adolescentes constantemente, lo cual es una característica propia del hospital monovalente psiquiátrico en tanto institución total.

Este tipo de instituciones totales producen distintos efectos sobre la subjetividad de las personas que en ellas se encuentran internadas. Uno de ellos es lo que Goffman (1973) denomina la *mortificación del yo*, que implica un proceso de *desculturalización*. Esto quiere decir que todo sujeto llega a la institución total con un marco de referencia que le permite interactuar en su vida cotidiana y una vez que ingresa, se produce un *descentramiento*, se cambia rotundamente el marco de interacción que los sujetos traen. Nada de lo que funcionaba por fuera, funciona de la misma manera en el hospital psiquiátrico. Este proceso queda expresado en uno de los testimonios, a través de la referencia del uso del dinero dentro del hospital:

“Los pacientes solo pueden tener ropa en la sala. Las otras pertenencias como punzantes o plata, se dirige a Patrimonio del hospital. Cuando se les da el alta, se buscan esas cosas” (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

Queda así reflejado cómo se va *desculturalizando* a lxs adolescentes a través de este proceso de *mortificación del yo*. Las formas de interacción que son aprehendidas dentro de la institución van restringiendo las distintas herramientas que lxs adolescentes poseían por fuera de la misma, pierden las habilidades sociales de interacción con el exterior, y se generan cada vez más barreras tanto materiales como simbólicas entre el

adentro y el afuera del hospital psiquiátrico. Ejemplo de esto es lo que sucede con el uso del dinero, que es un acto cotidiano, pero dentro de la Sala de Adolescencia su uso se encuentra restringido, supervisado y regulado. Lxs adolescentes tampoco pueden utilizar celulares y todo lo que realicen dentro de la sala debe ser notificado a lxs profesionales. Consideramos que estas cuestiones dificultan la inserción de lxs adolescentes en cualquier espacio que no comparta la lógica de la institución total.

Más allá de lo expuesto, creemos que la adecuación de las circunstancias relevadas en el hospital de emergencias psiquiátricas y los conceptos acuñados por Goffman no son una cuestión lineal, ya que consideramos que la dinámica de la institución total se encuentra condicionada por las normativas vigentes en cada contexto histórico, político y social. Las mismas afectan a los procesos organizacionales, marcando una especificidad en relación a los procesos de trabajo de lxs profesionales. Es por esto que resulta de interés analizar la legislación de Salud Mental, poniendo el foco posteriormente en la actual ley N° 26.657 y su implementación en el hospital analizado.

1.2 Legislación sobre la Salud Mental

El abordaje de la problemática de salud mental en Argentina en términos normativos surgió hace varios años con diversos antecedentes y fue resultado de decisiones políticas, ideológicas y teóricas. Distintos actores sociales mantienen a lo largo de la historia y en la actualidad pujas de poder respecto a sus intereses con el fin de establecer su definición de salud mental y su tratamiento. Existen disciplinas y colectivos de profesionales que se encuentran a favor de la atención de la salud mental desde un paradigma de derechos y, por otro lado, aquellos orientados por un *paradigma médico hegemónico* (Menéndez, 1985, 2004), aunque entre ambos polos de estas posiciones utilizadas es posible ubicar un amplio abanico de posicionamientos híbridos.

Sobre la segunda postura, entendemos al modelo médico hegemónico como “*el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado*” (Menéndez, 2004: 126).

Sobre la primera postura, es necesario realizar un recorrido por los hitos históricos en torno a las normativas que lograron imponerse y legislarse por los grupos de poder a lo largo de la historia, ya que las mismas condicionan y determinan la mirada, la concepción y el abordaje sobre la salud mental por parte de lxs profesionales del hospital, que no son ajenxs a estas tensiones.

1.2.1 Hitos históricos en la normativa

El Estado asumió la obligación de brindar asistencia médica a personas con padecimiento mental a partir de la creación del Hospital Braulio Moyano en 1854, y el Hospital José T. Borda en 1863. Ya en el año 1946, Ramón Carrillo -quien fue Ministro de Salud Pública durante el gobierno de Perón- insistía en la idea de que la atención para las personas con *enfermedades mentales* debía ser tratada en hospitales generales (Chiarveti, 2008).

En 1984 se creó el Plan Nacional de Salud Mental que tenía una línea de abordaje basada en la promoción y prevención de la salud desde una perspectiva del conocimiento de los factores causantes de los problemas mentales. Fue la primera vez que desde la estructura sanitaria del Estado Nacional se tuvieron en cuenta no sólo factores individuales sino también sociales como determinantes de la problemática de salud mental (Faraone, 2015).

Con el advenimiento del gobierno neoliberal en la década del 90, se produjo un ajuste económico y la desregulación del Estado, imponiéndose otra lógica para el tratamiento de la salud mental (Iriart *et al.*, 2000). Se fomentó la expansión de laboratorios y de los hospitales psiquiátricos². Las distintas medidas adoptadas por el gobierno de turno fueron cuestionadas desde los grupos políticos y técnicos que proponían y promulgaban la desmanicomialización³ (Amico, 2005).

Asimismo, durante estos años se sancionaron distintas leyes como: la Ley Básica de Salud N° 153, la Ley de Salud Mental de Ciudad N° 448, y la Ley de Internación y Egreso de Establecimientos de Salud Mental N° 22.914.

A partir de 2003, con la presidencia de Néstor Kirchner, se produjeron modificaciones estructurales en las políticas económicas, sociales y de derechos

² Esta cuestión la percibimos muy cercana en los tiempos actuales con la amenaza de los proyectos de Neurociencias, punto que se desarrolla en el siguiente apartado en conjunto con el contexto político actual.

³ Se trata de la redefinición de la atención en salud mental que se opone a la institución monovalente, poniendo el énfasis en la necesidad de transformar las prácticas psiquiátricas buscando alternativas en la comunidad y las redes sociales de las personas con padecimiento mental.

humanos (Faraone, 2015). En lo que respecta a la salud, el Estado Nacional fue adquiriendo una mayor presencia y protagonismo (Stolkiner, 2008). En abril de 2010, con el gobierno de Cristina Fernández y a través del Decreto 457/2010, se creó la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA). Entre sus principios establece *“la necesidad de fortalecer las políticas públicas de salud mental, especialmente dando cumplimiento a los derechos de las personas con padecimientos mentales o adicciones”* (Faraone, 2015: 73). La forma de implementación fue expandir programas alternativos a los hospitales monovalentes, tales como: Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes; Programa de Promoción de la Salud y Prevención de las Problemáticas Psicosociales Emergentes; Programa de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos; Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA), entre otros (Faraone, 2015).

A raíz de la creación de la DNSMyA, y la derogación de la Ley N° 22.914, se creó la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. Fue sancionada en el año 2010 y reglamentada en el año 2013. La misma busca garantizar los derechos a los sujetos que son usuarios de los servicios de salud mental, el derecho a la salud mental que debe ser respetado en todos los servicios de salud del país y establece un diagnóstico y tratamiento basado en un trabajo y saber interdisciplinario (Faraone, 2015, 2018). En relación a esto, unxs de lxs profesionales entrevistadxs señala que existen resistencias que se manifiestan en la dinámica cotidiana de la Sala de Adolescencia:

“Estamos trabajando muy bien pero, a veces, había personalidades que querían tener poder hegemónico sobre otro. Capaz, quedaron muy tomados de que el alta era médica y no alta del equipo (Lic. en Psicología, mayo 2018).

Otra de las modificaciones que vino a establecer la implementación de la ley nacional fue que las internaciones deben estar firmadas por más de un profesional (art. 16, inciso a), y que las decisiones deben ser tomadas junto con los sujetos que se encuentran cursando una internación (art. 16, inciso c). A su vez, prohíbe la creación de nuevos hospitales monovalentes o neuropsiquiátricos y, para aquellos que ya existan, plantea la necesidad de fomentar proyectos que los sustituyan por alternativas comunitarias (art. 27), con el objetivo de llegar al año 2020 con un país libre de manicomios (OPS, 2010).

1.2.2 Ley de Salud Mental y Adicciones

La Ley N° 26.657 define a la salud mental como: *“un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos”* (art. 3). Busca garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental (art. 1). Asimismo, toma en cuenta que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales (art. 28). Se comprende a los sujetos no sólo como quienes padecen un trastorno mental severo, sino también como sujetos de derecho, situados en un contexto determinado, teniendo en cuenta su situación social, familiar y cultural.

La ley señala que las internaciones deben ser lo más breves posibles y se debe promover el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación con las familiares, allegados y con el entorno social y laboral de la persona si así los tuviese (art. 14). Esto queda reflejado en una de las entrevistas:

“Tenemos muchos pacientes de provincia. En cumplimiento de la ley y para que la gente viaje lo menos posible, tratamos de derivar a la zona de residencia” (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

A pesar de los lineamientos de la ley nacional, históricamente los servicios de Salud Mental han sido concebidos con un modelo de atención reproductor de la lógica del Modelo Médico Hegemónico, el cual no excluye a la institución analizada. La profesión del Trabajo Social estuvo subsumida a tareas de auxiliar de otras disciplinas durante muchos años. Esto es lo que vino a poner en tensión la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones con el paradigma de derechos, y de igualdad de jerarquías con otras profesiones que no fueran la Psiquiatría y la Psicología. Así lo refiere en su testimonio unx de lxs profesionales del área de Trabajo Social:

“La definiendo a ultranza. La ley en ese sentido nos ubicó en otro plano, fue como cambiando su posicionamiento al interior del hospital, en todos los dispositivos, no solamente en Adolescencia” (Lic. en Trabajo Social N° 2, abril 2018).

En la actualidad en el hospital conviven prácticas que trascienden a la ley debido a la complejidad de la organización institucional, que responden a diversas

percepciones, intereses y visiones de los actores acerca de los sujetos con padecimiento mental. Las disciplinas con más trayectoria en la intervención en salud mental poseen un mayor capital vinculado a su reconocimiento, lo cual profundiza la disputa. Como plantea Galende, consideramos que *“hay una relación social instituida que confiere al médico un poder reglamentario especial, real, hacia los enfermos, pero también hacia los otros colegas. La profesión psiquiátrica ha tenido siempre una estructura de jerarquías, y encuentra su respaldo en las transferencias que genera hacia los enfermos actuales o potenciales”* (1990: 122). En las siguientes entrevistas queda de manifiesto la tensión entre lo planteado por la ley y la posición de lxs médicxs:

“En general es muy criticada [*la ley*], sobre todo por los médicos. En general es muy cuestionada. Es muy poco valorada. Se marca todo el tiempo la ineficiencia de lo que se apunta con la ley” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

“Hay gente que no está de acuerdo con la nueva Ley de Salud Mental y genera rispideces” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

Entendemos así, que existe una resistencia y objeciones explícitas desde el momento del debate y sanción de la ley por parte de profesionales pertenecientes a grupos como: *“la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA, s.f.), la Asociación de Médicos Municipales (AMN, 2017) y la Asociación Argentina de Psiquiatras”* (Faraone, 2018: 126). Esta oposición queda verificada en la interpretación de la ley que realiza unx de lxs profesionales entrevistadxs:

“La Ley tiene ese sesgo, ve a la internación como privación de la libertad. Puede estar bien o mal hecha, pero me parece un error pensarla desde esa perspectiva porque el problema psiquiátrico grave quita la libertad de por sí. Donde ven privación de la libertad, es hacerse cargo de las necesidades reales de una persona en un momento determinado. Cuando llega a una internación es porque ya tienen un nivel de dependencia y abandono que alguien tiene que hacerse cargo. Los que han hecho la ley no conocen al paciente psiquiátrico grave, no son clínicos sino teóricos de lo social” (Médicx Psiquiatra, abril 2018).

Nos parece relevante remarcar que esta valoración en relación a la Ley de Salud Mental y Adicciones es realizada por un/a médicx psiquiatra, ya que en términos de colectivo, fueron -y siguen siendo- quienes criticaron el contenido social, interdisciplinario e intersectorial de la ley.

Pese a que existen profesionales dentro del equipo que se encuentran a favor de la implementación de los lineamientos de la ley, existen constantes obstáculos y limitantes en la disponibilidad de los recursos, algo que se liga directamente a una decisión e intencionalidad política de la gestión que busca desabastecer las instituciones públicas de salud mental:

“Es mi trabajo, mi ideología, mi camino pero sabes que te encontrarás todo el tiempo con el obstáculo, con la nada, con el no recurso, por lo menos esa es mi sensación. No quiero ser tan negativa pero esa es mi sensación, que no hay voluntad política” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

“Se trata de aplicarla lo mejor que se puede y de interpretarla lo mejor que se puede. Es muy difícil porque, como todos lo vemos, no tenemos los recursos dados para poder desarrollarla de la mejor manera” (Lic. en Enfermería N° 2, mayo 2018).

Entendemos que los procesos de trabajo de lxs profesionales se encuentran configurados por los diversos posicionamientos respecto a la Ley de Salud Mental y Adicciones, que implican abordajes y concepciones distintas respecto del padecimiento mental; y también se encuentran influidos por el actual contexto político y social. Consideramos que el mismo transita un camino de desabastecimiento, falta de recursos y de atropello de derechos en materia de Salud Mental. Es por esto que resulta importante abordarlo en profundidad, a lo que nos abocamos en el siguiente apartado.

1.3 Contexto Político actual y Proyectos de Neurociencias

Tal como mencionamos en el apartado anterior, no es posible pensar a las instituciones por fuera del contexto social, económico y cultural particular en donde se sitúan. En palabras de Lapassade y Lourau, *“la institución es el lugar en donde se articulan, se hablan, las formas que adoptan las determinaciones de las relaciones sociales”* (1977: 61). Por lo tanto, resulta fundamental realizar una descripción del contexto político actual, ya que el cambio de gobierno en diciembre de 2015 produjo transformaciones significativas y un marcado retroceso en materia de derechos en general y en el campo de la salud mental en particular.

Durante el período anterior (2003-2015), el Estado encauzó políticas con una perspectiva de inclusión social y ampliación de derechos sociales, asumiendo un rol

central en la regulación de la economía e inclusión de la ciudadanía. En este sentido, las políticas públicas se caracterizaron por ser integrales y con estándares universales, un ejemplo de ello fue la sanción y regulación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, que se integra en un plexo más amplio de normativas de garantía de derechos, como la Ley de Matrimonio Igualitario 26.618/2010, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral 26.150/2006, la Ley de Identidad de género 26.743/2012.

En contraposición con el modelo anterior, para el análisis de la actualidad adherimos al posicionamiento de García Delgado y Gradin (2017), quienes conceptualizan el presente período económico y social con el nombre de *Neoliberalismo tardío*, al reconocer que posee características propias de la etapa neoliberal, pero con rasgos de estos tiempos. Se trata de un período caracterizado por la reestructuración de la distribución de la riqueza a favor de los sectores concentrados de la economía, un nuevo proceso de endeudamiento externo y de desindustrialización. Sumado a esto, este modelo tiene como novedoso la aparición del *sujeto empresario* como principal actor en las coaliciones de gobierno de la gestión pública. De la mano con el avance de las nuevas tecnologías y el uso de las redes sociales que facilitan “*la construcción de hegemonía por parte de élites que cuentan con gran capacidad comunicacional. Son las apelaciones constantes a cuestiones vinculadas a la comunicación, al marketing, y a la exaltación de una cultura liberal e individualista, desde donde se construye la hegemonía del proyecto subjetivo del Neoliberalismo tardío*” (García Delgado y Gradin, 2017: 18).

Se produce así el regreso de recetas neoliberales y políticas de ajuste económico con prácticas tendientes al vaciamiento del Estado. Según el Observatorio de Adolescentes y Jóvenes (2016), durante el primer año de gobierno de Cambiemos se registraron numerosos despidos en el Ministerio de Salud y en la Dirección Nacional de Salud Mental (DNSM), el desmantelamiento de programas de salud mental territoriales y el cierre de dispositivos de atención, como así también la baja de los convenios de la DNSM con universidades (OAJ, 2016). Con respecto al hospital de emergencias psiquiátricas analizado, fue de conocimiento público un hecho de maltrato ejercido por parte de la autoridad máxima hacia un/a de lxs trabajadorxs sociales. Esta cuestión es retomada en el tercer capítulo de este documento.

A las medidas mencionadas, se le suma la falta de regulación y financiación efectiva de la Ley N° 26.657 por parte del bloque Cambiemos a nivel nacional y también en la Ciudad de Buenos Aires. Las consecuencias de esta gestión son

planteadas por unx de lxs profesionales entrevistadxs con mayor trayectoria de trabajo en la institución:

“No hay voluntad política, ni hablar. Mirá que tuve gestiones encima en estos años, una peor que la otra, pero esta claramente es un desastre. Es desarmar permanentemente lo que uno intenta construir. Desabastecer todo el tiempo” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

Este desabastecimiento que plantea el/la profesional del área de Terapia Ocupacional dificulta directamente la puesta en práctica de la Ley de Salud Mental y Adicciones, ya que la misma debe ser llevada a cabo por parte del Estado a través de acciones concretas como la implementación de políticas públicas y en la asignación de presupuesto destinado a la atención en salud mental. En este sentido, los datos que aporta el Centro de Estudios Legales y Sociales (2015) sobre el presupuesto destinado a la atención en salud mental en la Ciudad de Buenos Aires dista mucho de los propósitos desmanicomializantes de la ley nacional: más del 80% del presupuesto se encuentra destinado a hospitales monovalentes, mientras que menos del 20% del presupuesto es dirigido a dispositivos comunitarios de atención en salud mental (CELS, 2015). El insuficiente presupuesto otorgado a estos se trata de una decisión política.

En concordancia con esta voluntad política, se presenta también la amenaza del resurgimiento de valores tradicionales psiquiátricos que se dejaron de manifiesto en la designación de Andrew Santiago Blake como Director Nacional de Salud Mental y Adicciones, un médico psiquiatra que durante su ejercicio como coordinador de Redes Integradas de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires se opuso públicamente a los lineamientos de la Ley N° 26.657.

Asimismo, en el año 2017 se impulsó un nuevo proyecto de decreto reglamentario⁴ con el objetivo de reformar el correspondiente a la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, sin siquiera ser debatido en el Congreso de la Nación. Con este proyecto se buscaba modificar el contenido de la ley, retrocediendo desde el concepto de salud establecido en la misma, que tiene en cuenta aspectos sociales, económicos y culturales, sustituyéndolo por el de “*estado de bienestar y de alteración en el comportamiento, focalizando en un aspecto comportamental alterado*” (Faraone, 2018: 132). Retomaba una postura biologicista del padecimiento mental y ponderaba una lógica manicomial, en desmedro de la interdisciplina e intersectorialidad que

⁴ El proyecto figura en el expediente del Ministerio de Salud N° 120020000024933166 y fue presentado en septiembre de 2017.

plantea la Ley N° 26.657, lo cual hubiese profundizado la exclusión y estigmatización de lxs usuarixs de servicios de salud mental. Sin embargo, diversos grupos sociales y académicos expresaron su rechazo, movilizándose y repudiando esta medida. De esta manera lograron frenar el avance de este proyecto de decreto (OAJ, 2017; Faraone, 2018).

Esta arremetida del gobierno neoliberal tardío de turno sobre la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones tiene gran concordancia con un discurso de acercamiento hacia las *neurociencias*, que entró en boga hace algunos años. El mismo va en línea con características ideológicas del gobierno actual, que tienen que ver con la *meritocracia*, la selección de grupos “deficitarios” y su estigmatización. Es así que el discurso de las neurociencias se aleja de los lineamientos básicos de la Ley N° 26.657 acerca del derecho de las personas a gozar de salud mental (Murillo, 2015, 2018).

En este contexto de desfinanciamiento de los dispositivos alternativos al hospital psiquiátrico comienzan a surgir en simultáneo proyectos de reconversión, como “Hospitales de Neurociencia Aplicada”. Como plantea Bruetman (2016), la neurociencia se liga a la perspectiva de la psiquiatría y a una fuerte concepción de los padecimientos mentales en términos biológicos, orgánicos y genéticos. Deja de lado la perspectiva de la ley nacional que tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud mental y la necesidad de la intervención de forma interdisciplinaria.

Es por esto que consideramos que los proyectos de neurociencias implican un abordaje biologicista, individual, ahistórico, manicomial y tutelar del padecimiento mental. Los mismos desandan el recorrido de la categoría de padecimiento mental para volver a referirse a “enfermos mentales”, a su vez retoma centralidad la Psiquiatría por sobre el resto de las profesiones como así también la farmacología en tanto vía para incidir en conductas biológicas. Estos proyectos le otorgan gran poder a la industria farmacéutica que puja por la reproducción de un sistema médico hegemónico, manicomial y asilar para seguir obteniendo beneficios económicos, vulneran los principios de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y son un claro retroceso en materia de derechos en salud mental. Unx de lxs profesionales refiere ser frecuentemente invitadx por las autoridades de la institución a las reuniones de difusión de iniciativas de tratamiento en neurodesarrollo:

“Voy a los cursos que mi jefe me pasa del neurodesarrollo, y uno quiere estar más o menos en lo que se habla actualmente pero lo cognitivo

conductual o el neurodesarrollo no me dice mucho qué hacer, no me hallo ni desde la terapia ocupacional, la cosa así mecánica y programada no, no. Es más, otra cosa (...). La parte más comportamental, conductual, de habilidad social, de maquinita para mi gusto, de programación, no. Para mí, tiene que ir más por la subjetividad” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

Este testimonio concuerda con lo que plantea Bruetman acerca de la neurociencia: “*no tiene en cuenta la experiencia de vida ni lo que atraviesa solamente una persona. (...) Quieren establecer a la psiquiatría como única referencia de la atención de salud mental. Se basan en dos elementos concretos: la cama de internación y psicofármacos*” (2016: 2). Es decir que se pierde de vista la complejidad del padecimiento mental, tal como manifiesta el/la profesional entrevistadx.

Desde el Consejo de Trabajo Social (2016) se han repudiado los proyectos de neurociencia, ya que tienen “*la intención de desconocer la interdisciplinariedad, la integralidad y la perspectiva histórico social en la concepción de salud mental y en las prácticas que se impulsan*” (2016: 1). El lugar que ocupaba el Trabajo Social y la Psicología en el equipo profesional del hospital de emergencias psiquiátricas previo a la instauración de la interdisciplinariedad en el marco de la Ley de Salud Mental y Adicciones es un motivo de reflexión para lxs profesionales de estas áreas:

“El Trabajo Social era... no exactamente un auxiliar, pero para algunxs compañerxs de otras disciplinas más hegemónicas, era casi un auxiliar. No es que el/la compañerx de Trabajo Social se posicionara como auxiliar de trabajo de la Medicina, por decirlo de alguna manera, sino que el imaginario social hacía pensar que el trabajador social estaba para eso” (Lic. en Trabajo Social, abril 2018).

“Las profesionales que me prepararon a mi eran “*las chicas que preparaban el café*”, por las psicólogas que les preparaban el café a los médicos. Mi generación es intermedia y las nuevas se empoderaron bien, por suerte. Creo que no fue solo la Carrera, sino el lugar de la mujer. No solo en esta Carrera, porque lo vi en Trabajo Social también” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

Ambos relatos dan cuenta del histórico posicionamiento de subordinación de aquellxs profesionales no-médicxs, donde sus discursos quedan invisibilizados por el poder de las disciplinas hegemónicas del campo de la salud mental. Lo que vino a poner en tensión el debate, sanción y posterior reglamentación de la Ley Nacional, con la

implementación de la igualdad de jerarquías entre lxs profesionales que conforman el equipo de trabajo.

Resulta importante rescatar los aportes de este apartado, ya que la investigación se lleva a cabo en dicho contexto de Neoliberalismo Tardío que conlleva una revitalización de la Psiquiatría como disciplina hegemónica en el abordaje del padecimiento mental, la puesta en escena de proyectos de Neurociencia Aplicada por sobre la interdisciplinariedad y el atropello a los lineamientos de la Ley N° 26.657. Todo esto constituye y delimita los procesos organizacionales y por lo tanto, condiciona los procesos de trabajo de lxs profesionales del hospital. Es por este motivo que en el apartado siguiente realizamos un análisis en relación al funcionamiento de la Sala de Adolescencia y las actividades que se llevan a cabo en ella.

1.4 Sala de Adolescencia

Nos parece importante hacer referencia al proceso de ingreso por el que transita un/a adolescente cuando es internadx en el hospital de emergencias psiquiátricas, ya que el primer momento de contacto con la institución es a través de la Guardia. Lxs profesionales intentan que transcurra el menor tiempo allí y si la situación lo requiere, se efectúa el pase a la sala de Adolescencia. Así lo manifiesta unx de lxs profesionales del área de Trabajo Social:

“Como son menores de edad, la Guardia suele presionar para que pasen rápido [*a la Sala de Adolescencia*] porque están todos juntos adultos y adolescentes. Por una cuestión de vulneración de derechos necesitan que pasen a la Sala que es un lugar más resguardado donde son todos adolescentes” (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

Al trabajarse con sujetos menores de edad, de entre 14 y 17 años inclusive, las normativas por las que se rige la sala de Adolescencia son propias y particulares respecto a la población, difiriendo de las respectivas a Sala de Hombres, Sala de Mujeres y la Guardia. Las leyes se enmarcan en el paradigma de niñez y salud mental; y se entrecruzan entre nacionales⁵, provinciales y las de CABA. Cabe aclarar que, tratándose de personas menores de edad y, según el Art. 20 de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, la internación es siempre de carácter involuntaria, y la misma es

⁵ Ley N° 26.061 de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes; Ley N° 13.298 de la Provincia de Buenos Aires: “Promoción y Protección de los derechos de los niños”; y Ley N° 114: Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires.

considerada como un recurso que sólo debe ser utilizado cuando no sea posible realizar un tratamiento de forma ambulatoria (art. 14).

Asimismo, la Ley N° 26.657 señala en su artículo 8 que *“debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores (...) que incluye las áreas de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”*. Conforme a esto, unx de lxs profesionales entrevistadxs nos describe la conformación del equipo de la Sala de Adolescencia:

“Son cuatro médicos de planta. El jefe de la sala es médico psiquiatra. Atiende cuando hay una licencia o algún médico no está. Además, hay tres psicólogos de los cuales uno viene por la tarde y hace, más que nada, talleres. (...) Estamos lxs trabajadorxs sociales y una/o terapeuta ocupacional. También, hay residentes de Psicología, Medicina y Trabajo Social que rotan en la sala por un periodo de tiempo que depende de las características de cada residencia. Ese es el plantel profesional de la Sala de Adolescencia. Además, hay un equipo de enfermería con turnos cada ocho horas, si mal no recuerdo, de dos profesionales por turno” (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

El equipo realiza una entrevista de admisión al adolescente una vez que ingresa a la Sala. En la misma participan lxs profesionales que luego conformarán su equipo tratante. Los ejes que se indagan con el sujeto son acerca del motivo de la internación, los antecedentes en tratamientos de salud mental, la historia familiar, su cotidianeidad y sus vínculos. Identificamos esto a partir de los testimonios recabados y los registros de campo de las prácticas pre-profesionales. Una vez asignado el equipo de profesionales para cada adolescente, trabajan de manera conjunta planificando estrategias de intervención frente a las demandas que lxs interpelen. Con respecto a la organización del trabajo, el/la médicx psiquiatra afirma que la relación profesional-usuarix es adecuada:

“El Hospital está muy bien en lo edilicio y en la cantidad de profesionales que trabajan por paciente” (Médicx Psiquiatra, abril 2018).

En relación a la cantidad de profesionales que conforman la Sala de Adolescencia, como así también en términos de cantidad de adolescentes internadxs según cada equipo tratante, resulta también importante hacer énfasis en las formas de trabajo que tiene la Sala. Según el artículo 8 del Decreto Reglamentario 603/13 de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, se establece que *“los integrantes del*

equipo interdisciplinario asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto". Consideramos que el hecho de que se haya instalado el trabajo interdisciplinario en esta institución se relaciona directamente con el cumplimiento de los lineamientos de la ley nacional. Así lo describe unx de lxs profesionales entrevistadxs del área de Trabajo Social:

“Yo ingreso en el 2012, con ya dos años de instalación de la ley de salud mental. Entonces, algo del trabajo interdisciplinario era necesario, no solamente por una cuestión ideológica sino porque lo establecía la ley. Entonces, más o menos, se empieza a acomodar de qué manera se incorpora el Trabajo Social al equipo de trabajo de la sala” (Lic. en Trabajo Social N° 2, abril 2018).

Sumado a los lineamientos que establece la Ley de Salud Mental y Adicciones en relación al trabajo interdisciplinario, consideramos que el mismo es fundamental para abordar las situaciones sociales complejas por las que atraviesan lxs adolescentes internadxs. Siguiendo a Cazzaniga, entendemos que la interdisciplina *“no sólo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las ‘parcialidades’ impuestas por las improntas positivistas, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto”* (Cazzaniga, 2002: 5). El trabajo interdisciplinario requiere que el aporte de cada profesión se defina en relación al problema y no por la tradición de cada una. Para lograrlo, es necesario un trabajo grupal donde se elaboren estrategias adecuadas según cada situación y se dedique tiempo y espacio para desarrollar reuniones de equipo periódicamente, las cuales son indispensables. En la Sala de Adolescencia se dan distintos espacios de discusión y reflexión, así lo señala unx de lxs profesionales que conforma el equipo:

“Tenemos reuniones de equipo los lunes, miércoles y viernes. Después, tenemos una reunión para hablar de la convivencia de todo el equipo, que se hace los jueves, y después, también tenemos la reunión de convivencia con los pacientes, que también se hace los jueves” (Lic. en Enfermería N° 1, mayo 2018).

Todxs lxs trabajadorxs de la Sala participan de las reuniones de equipo, de lo cual tomamos conocimiento a partir de las entrevistas realizadas y los registros de campo recabados en el marco de las prácticas pre-profesionales. Entendemos que estos

espacios de encuentro del equipo (y con lxs adolescentes) contribuyen a fortalecer el trabajo interdisciplinario, que implica reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina que interviene en el campo complejo de la salud mental, valorando los aportes que otros saberes pueden hacer a la situación.

En estas reuniones de equipo se evalúan las situaciones de lxs adolescentes en la Sala y se elaboran diversas estrategias para su externación. Esta última cuestión se encuentra en concordancia, entre otras cuestiones, con uno de los lineamientos de la ley nacional que establece que la internación no debe durar más de tres meses (art. 24). Una de las estrategias que adopta el equipo tratante para lograrlo es otorgar a lxs adolescentes permisos de salida con sus redes sociales (Chadi, 2000), previo trabajo sobre su estado emocional y anímico. Esta información la obtenemos en base a los registros de campo de las prácticas pre-profesionales. Consideramos que mediante el otorgamiento de permisos de salida se busca lograr el regreso del adolescente a su cotidianidad por fuera de la institución de encierro.

Asimismo, otras de las estrategias que se adoptan desde la Sala es la realización de diversas actividades que cuentan con la participación de lxs adolescentes y la coordinación de lxs profesionales, esto se aborda a continuación.

1.4.1 Un acercamiento a las actividades

Partiendo de las entrevistas realizadas y de los registros de campo recabados en el marco de las prácticas pre-profesionales, tomamos conocimiento que en la Sala de Adolescencia se realizan diferentes talleres y actividades recreativas durante la semana. Entre ellas se encuentra el Taller de Poesía, de Danza, de Movimiento Urbano, Reciclado y Terapia Asistida Con Animales (TACA).

Creemos que con estas actividades lo que se busca es *reculturalizar* (Goffman, 1973) a estxs adolescentes que a lo largo de las internaciones fueron perdiendo los marcos de interacción que existen por fuera del hospital psiquiátrico. Estos talleres son coordinados por el/la profesional entrevistadx del área de Terapia Ocupacional, quien refiere los motivos de su implementación y sus objetivos:

“Hay que trabajar para ayudar a organizar proyectos, actividades que puedan sostener. O retomar lazos de actividades que se sostenían antes y quedaron interrumpidas por la internación o brote de la descompensación de ese momento, o construir actividades nuevas, siempre teniendo una mirada afuera, más allá de que en el momento

agudo uno intenta ayudar al paciente desde lo más básico y cotidiano, (...) Porque a veces la internación realmente produce un corte en la cotidianeidad, y de un chico ni hablar...” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

Consideramos que en el marco de estas actividades, lxs profesionales vienen a ser *técnicos del saber práctico* (Basaglia, 1999). Es decir, aquellos que ejercen su poder transmitiendo su saber, donde además de ser lxs encargadxs de la custodia y del cuidado de lxs adolescentes internadxs, ocupan también un rol pedagógico y político importante. Siguiendo a Basaglia, *“el técnico, haciendo su trabajo está haciendo política, y no ciencia. El técnico dice que su técnica es neutral, dice que cura al enfermo y nada más. (...) El enfermo tiene en su interior toda la problemática social, que está íntimamente ligada con la lógica del sistema social en el que vive”* (1999: 25).

En esta línea, otrx *técnico del saber* que identificamos es también quien educa desde la Escuela Hospitalaria de la Sala de Adolescencia. La misma está destinada a quienes puedan, bajo tratamiento y aval del equipo tratante, retomar o continuar la escolaridad durante el transcurso de la internación. El/la profesional entrevistadx del área de Psicología coordina esta actividad y fue su fundador/a en la Sala, manteniéndola en funcionamiento a lo largo de los años. Refiere que la Escuela se trata de un proyecto de integración educativa abierto para todas las personas que se encuentren internadas en el hospital de emergencias psiquiátricas:

“Es inclusión plena, porque un chico está haciendo la escuela secundaria, se ven los papeles y qué materias. Cursa acá y después, si quiere, puede volver al liceo. Este año, por ejemplo, muchos chicos volvieron a su escuela de base en provincia. Cursaron acá, pero querían recibirse en la escuela de provincia. También puede venir gente que no esté en la adolescencia” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

Otra de las actividades que se realizan en la Sala de Adolescencia son las Asambleas, tanto de profesionales como de adolescentes. Con respecto a las primeras, tomamos conocimiento de ellas sólo a partir de los testimonios de lxs profesionales en el marco de esta investigación y se le dedica un apartado para su análisis en este trabajo, mientras que de las segundas contamos con registros de campo recabados durante las prácticas pre-profesionales.

En las asambleas de adolescentes se tratan temas de convivencia, situaciones problemáticas entre ellxs, y se plantean inquietudes y sugerencias al equipo tratante. Se llevan adelante los días jueves a media mañana en la Sala, y la coordinación está a cargo

de distintxs profesionales que van rotando, como así también en ocasiones son lxs propixs adolescentes quienes coordinaron las asambleas. Queda de manifiesto en el siguiente fragmento de entrevista que, a raíz de ellas, se producen mejoras en la convivencia de lxs adolescentes:

“Estamos ahora reevaluando si conviene tener dos asambleas de pacientes semanales, porque lo que estuvimos viendo es que después de las últimas en las que fueron bastante participativos todos, no hubieron consultas de Guardia por la tarde. No sabemos si es efecto únicamente de las asambleas, pero estamos reconsiderándolo para ver si incrementar de uno a dos veces por semana” (Lic. en Trabajo Social N° 2, abril 2018).

Recapitulando estos testimonios de lxs profesionales de las áreas de Terapia Ocupacional, Psicología y Trabajo Social encontramos que evalúan de forma positiva el desarrollo de las actividades de la Sala. Por el contrario, el/la profesional entrevistadx del área de Psiquiatría opina de forma opuesta, al considerar que las actividades deberían tener un fin pura y exclusivamente terapéutico:

“La concepción que tengo de una sala de internación es que funcione como un dispositivo terapéutico en su conjunto. No que haya actividades terapéuticas, sino que en su conjunto funcione como un grupo con orientación terapéutica” (Médicx Psiquiatra, abril 2018).

Consideramos que el/la médicx psiquiatra pierde de vista que las actividades constituyen también un espacio de socialización y de relación entre lxs adolescentes. En línea con las disonancias que identificamos respecto de las concepciones sobre las actividades, también quedan de manifiesto estas diferencias en el vínculo profesional-profesional, que ponen trabas al trabajo en equipo y a la puesta en práctica de la propuesta interdisciplinaria que pregonan en su mayoría lxs trabajadorxs:

“Hay gente que te la re dibuja que trabaja muy bien en equipo y cuando quiere le dice al de la Guardia que a un paciente hay que darle el alta. Sin darse cuenta están haciendo lo mismo, tirando la pelota para afuera” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

Entendemos que el trabajo interdisciplinario debe incluir la mirada de todos lxs profesionales en igualdad de jerarquías, teniendo siempre en cuenta la palabra de lxs usuarixs y que se oriente a abordar la integralidad de los problemas que se presentan. En el testimonio de el/la profesional del área de Psiquiatría -aunque no únicamente- queda de manifiesto una visión fragmentaria y restrictiva de los problemas sociales y de los

padecimientos en salud mental que atraviesan lxs adolescentes, la cual sólo es posible de ser superada desde una concepción compleja de la salud, que se base en un saber compartido entre lxs profesionales.

A modo de cierre de este capítulo, hacemos foco en algunas conclusiones a las que hemos arribado. Consideramos al hospital monovalente como un dispositivo, una institución total y de encierro, basándonos en los aportes teóricos de Goffman y Foucault. Identificamos que en la Sala de Adolescencia actualmente conviven prácticas basadas en el modelo médico hegemónico, con aquellas que bregan por la salud mental como un derecho, respondiendo a los fundamentos de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones.

A su vez, comprendemos que el tratamiento de la salud mental se encuentra íntimamente condicionado por el contexto político y social, ya que el mismo influye en los lineamientos institucionales y en los modos de abordaje de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia. Es por esto que resultó fundamental realizar un recorrido histórico por los distintos hitos y legislaciones acerca del padecimiento mental, finalizando en la actual Ley N° 26.657. La misma se encuentra en peligro debido al avance del neoliberalismo tardío y los proyectos de neurociencias para el hospital analizado. Entre otras cuestiones, dificulta el cumplimiento del objetivo de la ley que para el año 2020 se erradiquen los manicomios en todo el país, llevando adelante el tratamiento de las personas con padecimiento mental en hospitales generales y con abordaje comunitario.

Como ya fue expuesto, en la Sala de Adolescencia se desarrollan múltiples actividades, reuniones y asambleas que son coordinadas por lxs profesionales y -en algunos casos- por lxs adolescentes. En las mismas se presentan conflictos y se enfrentan fuerzas contrapuestas, lo cual se manifiesta en los testimonios recabados y en la relación profesionales-procesos organizacionales, donde existen diversas relaciones de fuerza que pujan entre mantener el orden instituido y cuestionarlo o modificarlo.

En esta línea y respondiendo a la necesidad de analizar la relación profesionales-adolescentes que constituye los procesos de trabajo, en el próximo capítulo realizamos un acercamiento a las concepciones de adolescencia, padecimiento mental y reinternaciones, haciendo hincapié en las representaciones y los significados que poseen lxs trabajadorxs de la Sala de Adolescencia.

Capítulo 2: Adolescencia, padecimiento mental y reinternaciones

En el presente capítulo se realiza el análisis de los significados y representaciones que poseen lxs profesionales de la Sala de Adolescencia del hospital de emergencias psiquiátricas sobre las reinternaciones de lxs adolescentes, sus expectativas y el entrecruzamiento de sus propias lógicas. Vinculamos el trabajo de campo realizado con fundamentos conceptuales acerca de las categorías de adolescencia, padecimiento mental y reinternaciones.

Consideramos a las representaciones sociales en tanto proceso (Moscovici, 1979), como una forma particular de adquirir y comunicar conocimiento, que constituyen un universo de creencias. Siguiendo a Urcola, las representaciones sociales son *“construcciones simbólicas subjetivas o colectivas que sintetizan procesos de elaboración perceptiva mental sobre la realidad física y social (pasada, presente y futura), brindando a los sujetos orientaciones actitudinales positivas o negativas e instituyendo los límites y posibilidades para la acción e interpretación de su propia situación y la de los demás en un momento histórico dado”* (2010: 122).

Asimismo, entendemos que las representaciones sociales se constituyen en función del espacio social en donde los agentes se ubican (Bourdieu, 1988). En la medida en que se colocan en distintas posiciones, se constituyen las representaciones.

El autor señala que los *habitus* se constituyen a partir de esquemas de percepción, pensamiento y acción, y son sistemas de disposiciones duraderas pero no inmutables, que son interiorizadas por los agentes en el transcurso de su vida y los predispone a actuar, sentir y pensar de una determinada manera (Bourdieu, 1988). Es por esto que *“las representaciones de los agentes varían según su posición (y los intereses asociados) y según su habitus, como sistema de esquemas de percepción y apreciación, como estructuras cognitivas y evaluativas que adquieren a través de la experiencia duradera de una posición en el mundo social”* (Bourdieu, 1988: 134).

En los procesos de trabajo (Merhy, 2016) se presentan entre trabajadores y adolescentes múltiples percepciones y representaciones que determinan y modifican el accionar de los distintos sujetos. Con respecto a ellas, Bourdieu (1997) señala que se encuentran en una lucha simbólica, las mismas se dan por la incorporación de las estructuras objetivas del espacio social que incitan a los sujetos a tomar el mundo social tal cual es y no rebelarse contra él. En la lucha simbólica por la producción del sentido

común o por el monopolio de la nominación legítima, los agentes empeñan el capital simbólico que adquirieron en las luchas anteriores y que puede ser jurídicamente garantizado.

2.1 Adolescencia en la sala de internación

Tal como desarrollamos en el capítulo anterior, la Sala de internación de Adolescencia se diferencia de los otros servicios ya que recibe a población de 14 a 17 años inclusive. Anteriormente la sala asistía a adolescentes de entre 14 y 21 años. Esta alteración en la edad generó modificaciones en la dinámica del funcionamiento, como así también respecto a la población que transita la sala.

“En adolescencia, cuando yo entré, era de los 14 a los 21 años. Después, se cambió en algún momento a los 18. Ahora es de 14 a 18 años. Es de 14 a 17 y 364 días, porque cumplen 18 y ya se está mirando Sala de Adultos. La idea es, para mí, más pensar qué necesita esa persona y cómo continuar, más que derivar porque ya cumplió 18. (...) Empiezan a venir chicos más chicos, que antes iban más al Tobar” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

A partir de lo enunciado por el/la profesional, resulta necesario realizar algunas aproximaciones conceptuales acerca de la población que se encuentra internada en la sala. Lxs adolescentes poseen características que les son comunes, aquellas ligadas al desarrollo de la pubertad y la adolescencia, que refiere a una etapa que media entre la niñez y la adultez (Allidière *et al.*, 1997).

En términos sociales, la adolescencia es una categoría heterogénea ya que implica cambios en la conducta, nuevas relaciones con el medio y el entorno familiar. Según Guillen, “*es un período de profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales donde interactúan múltiples factores que influyen en la vida de los adolescentes de diferentes maneras, dependiendo éstos del medio en que se desarrolla la vida cotidiana*” (2004: 1). Es el momento en donde construyen su propia identidad, se posicionan en base a su ideología y adquieren las competencias para enfrentarse al mundo. Así lo manifiesta unx de lxs profesionales entrevistadxs:

“*[La adolescencia]* Es una franja etaria donde tenés todas las potencialidades. Por otro lado, éticamente es un gran compromiso porque a un adulto podés decirle una palabra de más o menos, que no importa, pero el adolescente está en la etapa en la que toma prestado la palabra del otro y esto es contundente” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

Sumado a los cambios propios de la etapa biológica que se producen en la adolescencia, también identificamos en la institución analizada una *patologización de los hechos sociales*, que “*se expresa en la traducción de un hecho de orden social en un hecho de orden psicológico. (...) Manifestaciones de disconformidad social, hechos delictivos y consumos de sustancias psicoactivas por parte de personas menores de edad son tratados como síntomas, señalamientos de algún déficit centrado en el sujeto: su configuración psíquica, su biografía, su red de relaciones sociales*” (Llovet, 2009: 11). En las entrevistas, varixs de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia establecen una vinculación prácticamente lineal entre la internación del/la adolescente y su contexto social:

“Se sienten más cómodos dentro del hospital que afuera del hospital. Y ahí, empezás por mil razones. Pueden ser las razones sociales, porque muchas veces tenemos situaciones de calle, o también pueden ser las razones que son directamente patológicas, que no están en la casa” (Lic. en Enfermería N° 1, mayo 2018).

“El mayor impacto que tuvieron los cambios en nuestra cultura, vinculados a la posmodernidad, se ven en toda la psicopatología. Los casos que llegan a la internación son los más graves. En el trasfondo de una psicosis no hay tanto cambio. Lo que influye es en que hay un contexto, un agregado, respecto a lo que se llama patología del vacío. Esto serían las adicciones o la violencia, es decir, problemáticas sociales en general que se les suman a los problemas psiquiátricos tradicionales” (Médicx Psiquiatra, abril 2018).

A diferencia de lo planteado por lxs entrevistadxs, nosotras entendemos que estxs adolescentes se encuentran atravesadxs por “*la secularización de las relaciones humanas, unidos a un patrón de modernización con altos grados de exclusión y fragmentación social, que borra las huellas de la comunidad, desdibuja las instancias de comunión*” (Hopenhayn, 2002: 3). Es así como ellxs son interpeladxs por las características propias de esta época: el descentramiento del espacio, la pérdida de identidad cotidiana, la orfandad respecto del barrio y la falta de los canales clásicos de reconocimiento social (Hopenhayn: 2002). A través del desencadenamiento y el desarrollo de los distintos procesos de desigualdad y exclusión, se producen nuevas formas de jerarquización social, que también afectan la subjetividad de lxs adolescentes.

Los sujetos insertos en el contexto actual son interpelados por los “*acontecimientos propios de la etapa vital en la que se encuentran, y a su vez, incluidos*

en un calendario social que caracteriza la sociedad actual, se constituyen en una fase que es experimentada con tensión por parte de los jóvenes. Esta tensión a la que se enfrentan los sitúa en un momento vital en la que la identidad personal y la representación de sí mismos se construyen en una compleja interacción entre su experiencia familiar, el sistema educativo y otros espacios de sociabilidad entre pares y con su entorno” (Sandoval, s./f.: 5).

Es en estos términos en los que consideramos que se manifiesta una adolescencia lábil, frágil y difusa que se enmarca en la categoría empleada por Klein (2008) de *“adolescentes sin adolescencia”*. La misma se encuentra ligada a la percepción del no-futuro, un agobio existencial y la predominancia de la violencia, desarrollada en un orden precario tanto en el plano de lo social, familiar y de la subjetividad. Según este autor, *“a nivel social implica la extrema fragilización de las condiciones de trabajo y estudio (transformados neoliberalmente en mercado laboral y de estudio) (...). A nivel familiar implica el desmoronamiento de lugares diferenciados y roles complementarios. Desde la cotidianeidad, los vínculos, los entramados sociales, hay una sensación de que las cosas explotan en distintas formas de anomia, conductas graves, violencia extrema, drogadicción u otras, generando sentimientos de impotencia y desconcierto”* (Klein, 2008: 10).

Es por esto que consideramos que se generó a lo largo de estos años una pérdida de aquellos espacios de socialización que no hacen más que continuar fragmentando la vida cotidiana de lxs adolescentes, dificultando su acceso a la pertenencia, a los derechos y a la identidad. En este contexto el consumo problemático de sustancias, en tanto forma de padecimiento, emerge como *“una expresión del desencanto frente a un mundo fragmentado y sin sentido. Estas cuestiones son observables desde diferentes aspectos que van desde el sentido del cuerpo, (...) hasta la aparición de problemáticas sociales complejas que integran desde el sufrimiento las parcelaciones institucionales que dejó como huella la crisis de los últimos años. Se es adolescente en una sociedad que puja por ser adolescente, especialmente en el mundo de los adultos”* (Carballeda, 2006: 1). Entendemos que se presenta una metamorfosis en el padecimiento de lxs adolescentes que da cuenta de la complejidad de las situaciones que atraviesan. A esto se refiere unx de lxs profesionales entrevistadxs del área de Enfermería:

“Ha crecido mucho el consumo de sustancias tóxicas en la población psiquiátrica en general, no solo de adolescentes. Hace veinte años atrás o

más, no se veía el consumo que se ve ahora. Como que es moneda corriente, se ve mucho” (Lic. en Enfermería N° 2, mayo 2018).

A partir del testimonio, identificamos que se entrelaza el padecimiento mental con el consumo problemático de sustancias. Esta problemática se recrudece con las múltiples y diversas trayectorias de exclusión social, la vulneración de derechos y la fragilidad en las redes de contención de lxs adolescentes:

“Hace unos años atrás se veía otro tipo de pacientes. Estoy hablando de hace más de veinte años atrás. Como que predominaba más otra característica de los pacientes. Ahora como que hay más adicción, y se ve mucha ausencia de padres” (Lic. en Enfermería N° 2, mayo 2018).

Este viraje del “*tipo de pacientes*”, como se expresa en la entrevista, se debe a que la Ley N° 26.657 incluye dentro de la salud mental a las adicciones, asegurando a las personas con consumo problemático de drogas todos los derechos y garantías establecidos en ella en su relación con los servicios de salud (art. 4). Esto implica un pasaje de la concepción de las adicciones como un problema legal-penal a considerarlas como un aspecto más dentro de la problemática de salud y, más específicamente, de la salud mental.

Recapitulando, lxs adolescentes que cursan una internación en la Sala de Adolescencia están atravesadxs por la complejidad social poseen consumo problemático de sustancias, débiles redes vinculares y se encuentran en un contexto de deterioro de sus derechos. Ellxs interpelan a lxs profesionales del equipo tratante en sus procesos de trabajo y ponen en tensión las concepciones acerca del padecimiento.

2.2 Significados en torno al padecimiento mental

Resulta relevante detenernos en las formas de entender al padecimiento mental por parte de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia, ya que estas influyen en sus procesos de trabajo y condicionan sus intervenciones con lxs adolescentes y sus familias.

En términos de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, el padecimiento de salud mental es: “*todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o*

enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes” (art. 1º - Decreto Reglamentario 603/2013).

En esta línea, siguiendo a Faraone, *“los nuevos enunciados de “padecimiento” o “sufrimiento” instituyen un concepto histórico-social sobre el padecer (sufrir), es decir un concepto cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto”* (2013: 36). Asimismo, el padecimiento mental en tanto proceso de salud-enfermedad-atención (Laurell, 1986), es un proceso biológico pero con características históricas específicas.

Resulta central comprender que el proceso salud-enfermedad-atención es de índole social y se encuentra vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen. Así, la salud *“requiere en todos los casos, primero la construcción de su realidad propia y compleja, de cada enfermedad, o estado de salud y luego, la construcción de la realidad del sistema productivo, también con su complejidad, que constituye la estructura básica de la interpretación de la salud”* (Ferrara, 1985: 5). Es por esto que consideramos que el contexto social, económico, político e ideológico, genera formas particulares de transitar la salud y la enfermedad. Esta definición del padecimiento mental está ubicada en un paradigma de derechos y disputa con la concepción médico hegemónica también vigente en el campo de la salud, como ya mencionamos en el capítulo anterior.

A partir del trabajo de investigación realizado en el hospital de emergencias psiquiátricas, identificamos que varixs de lxs profesionales entrevistadxs no hacen mención del término “padecimiento mental” presente en la ley nacional, sino que utilizan palabras como “enfermedad mental”, “pacientes”, “patologías”, “psicóticos”, entre otras que remiten a un paradigma médico-psiquiátrico estrictamente.

“El problema del paciente mental grave es que muchas veces no tiene una implicación en el problema. La mayoría de las internaciones son involuntarias porque es parte del problema no tener mucha noción, no poder implicarse en el problema. Lo viven con la pasividad de que algo sucedió en el ambiente, que los demás enterraron. A veces, están parcialmente implicados ya que lo hacen en la conducta, pero no en lo que pueden decir. Aceptan la internación en los actos, pero no en la palabra” (Médicx Psiquiatra, abril 2018).

“El paciente psiquiátrico tiene sus altibajos y, más que nada, siendo el adolescente muy fluctuante en todo lo que son las emociones, tiende a tener más internaciones que el adulto” (Lic. en Enfermería N°1, mayo 2018).

Estxs profesionales se refieren al padecimiento mental como una enfermedad intra psíquica de lxs adolescentes, atribuyéndole características biológicas y desvinculándola de los condicionantes macro económicos y sociales que atraviesan las trayectorias personales de los sujetos, atenuando o agravando su padecimiento. Esta cuestión se presenta claramente en la entrevista a el/la psiquiatra:

“A la mayor parte de profesionales les molestan lxs adolescentes porque cuestionan lo establecido. Como pacientes psiquiátricos, tienen mucha energía vital, apelan mucho al otro. Los pacientes psiquiátricos cronificados cuentan con un cierre sobre sí mismos, el aplanamiento afectivo, retraimiento social. El problema psicopatológico hace que sea muy difícil relacionarse con los otros. Esto a lo largo del tiempo produce que se aislen las personas y se refuerce lo anteriormente dicho siendo cada vez más huraños, cerrados. Así termina el paciente psiquiátrico clásico manicomial que anda creyéndose Napoleón, caminando solo por el parque del hospital. Ese paciente es muy cómodo para los profesionales. Sin embargo, el adolescente todavía está más vivo y dispuesto si se le ofrece un vínculo posible. Por eso, en general, están más abiertos al tratamiento” (Médicx Psiquiatra, abril 2018).

Lo expuesto por el/la psiquiatra da cuenta de una concepción biologicista, bajo el paradigma médico hegemónico que generaliza las situaciones sociales complejas por las que transitan estxs adolescentes con padecimiento mental. Además, realiza una diferenciación entre el padecimiento mental en la adultez y la adolescencia. El hecho de que se afirme que estxs últimxs, por el simple hecho de integrar una franja etaria, se encuentran más *abiertos* al tratamiento nos genera una tensión en relación a las características propias de la institución total, que entendemos como una institución de *encierro* (Bianchi y Lorenzo, 2013).

Consideramos que los paradigmas desde los que se posicionan lxs distintxs profesionales se encuentran cargados de significados y representaciones respecto a lxs adolescentes y su padecimiento mental, configurando así sus procesos de trabajo. Según Merhy (2016) el trabajo en salud se da en flujo permanente entre sujetos: lxs trabajadores y lxs usuarixs. Estos flujos “*son operativos, políticos, comunicacionales, simbólicos, subjetivos y forman parte de una intrincada red de relaciones a partir de la cual los productos referentes al cuidado cobran materialidad*” (Merhy, 2016: 202).

Dicha interacción entre adolescentes y profesionales da lugar a un espacio de intercambio, de construcción común entre la experiencia de lxs trabajadorxs, su subjetividad y marco teórico-metodológico. Esto conlleva una forma de analizar el

proceso de salud-enfermedad-atención y de intervenir en el padecimiento de salud mental de lxs adolescentes que se encuentran internadxs. La puesta en práctica de los procesos de trabajo de lxs profesionales con respecto a lxs adolescentes y su padecimiento mental queda evidenciada en una de las entrevistas:

“Cuando uno logra hacer movimientos en esa etapa [*la adolescencia*], logra cambios para futuro. He tenido pacientes muy graves, internados más de un año en la sala, que ahora me llaman y viven solos, trabajan, hacen una vida normal sin medicación ni tratamiento. La juventud da más posibilidades a intervenir de manera positiva” (Médicx Psiquiatra, abril 2018).

Nos parece relevante remarcar que la lógica presente en este testimonio corresponde a una denominación de normalidad, en la cual, como señala Murillo, *“la patología se torna algo cotidiano e inevitable y la denominada normalidad (como sinónimo de adaptación al medio) se transforma en una idea reguladora, en un ideal que acicatea a todas las conductas y modos de intervención sobre la condición humana. Su ser es la patología y su deber ser inalcanzable la búsqueda de la inasible normalidad”* (2013: 49).

Con relación a esto, adherimos al posicionamiento que adopta Bianchi (2010) en tanto plantea que en la sociedad actual existe una diferenciación entre lo normal y lo anormal, lo sano y lo enfermo, donde la locura está situada en el polo peyorativo. En línea con esto, *“Foucault analiza los procesos de medicalización de la sociedad que se presentan como una de las múltiples estrategias de normalización de los cuerpos”* (Bianchi, 2010: 47).

El proceso de medicalización es la *“comprensión del modo en que el cuerpo – individual y social- se torna objeto de saber, blanco de poder y campo de intervención de múltiples dispositivos”* (Bianchi, 2010: 57) y, sobre todo, como una forma necesaria para la regulación y normalización de la fuerza de trabajo en este sistema de producción capitalista.

Como plantea Foucault, la salud se convierte en un objeto de consumo, en un producto que puede ser fabricado por los laboratorios farmacéuticos, mercantilizado y consumido. Según el autor, la salud es considerada *“un campo de intervención médica que, ya no está vinculado exclusivamente con las enfermedades. (...) Un campo cada vez mayor de la existencia individual o colectiva. Hoy la medicina está dotada de un*

poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de enfermedades y de la demanda del enfermo” (Foucault, 1996: 76).

Consideramos que la patologización de las situaciones sociales complejas ligada a los procesos de normalización y medicalización que atraviesan a estxs adolescentes, hacen emerger a las reinternaciones como una estrategia institucional necesaria para reproducir la lógica manicomial y la profundización del concepto de salud como mercancía.

2.3 Acerca de las reinternaciones de adolescentes con padecimiento mental

Para caracterizar el proceso de reinternación que se da en la Sala de Adolescencia del hospital de emergencias psiquiátricas, resulta importante comenzar haciendo referencia a la internación en general, ya que la misma responde a la reproducción de la lógica asilar. Al momento del ingreso de lxs adolescente a la sala, se realiza una entrevista de admisión de carácter interdisciplinaria, a cargo de lxs profesionales que luego conformarán su equipo tratante. A su vez, lxs profesionales deben realizar informes con una periodicidad no mayor a treinta (30) días corridos, de acuerdo con el Art. 24 de la Ley N° 26.657, que son enviados al Juez competente para dar cuenta de la situación de salud del adolescente y las estrategias de externación que se prevén.

Consideramos que el proceso de reinternación implica un reingreso al encierro, la reapertura de la historia clínica y, desde el punto de vista de los miembros del equipo, la puesta en evidencia de hasta dónde se llegó y lo que (no) se logró en el proceso de externación. Así lo manifiesta el/la profesional entrevistadx del área de Terapia Ocupacional:

“[En la reinternación] te encontrás con el fracaso de dónde uno apuntó o en esa derivación, o en ese hogar a dónde derivaste porque la familia era un desastre, o porque tuvo que volver a la familia y te das cuenta que no funcionó. Entonces en un punto es como recomenzar, en otro no. Es preguntarse si estaba listo para el alta o no” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

En estos términos, la reinternación, al igual que una primera internación debe ser contemplada tal como lo plantea la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones: *“un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su*

entorno familiar, comunitario o social” (art. 14). En caso de producirse indefectiblemente la reinternación, la misma debería estar basada en *“un saber práctico, situacional y contextual puesto en juego a cada momento. En esta decisión operan el lugar institucional del profesional, la pertenencia a una especialidad, las lecturas teóricas sobre la situación del paciente y finalmente la disponibilidad de recursos alternativos”* (Mantilla, 2010: 116). Lxs profesionales de las áreas de Terapia Ocupacional y Psicología reflexionan acerca de la dinámica de las reinternaciones:

“Cada internación es un corte, no solo los cortes que se hacen. Es una intervención de corte, no puede ser como una puerta giratoria; si no lo hay, el equipo funciona mal.” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

“Ves reinternaciones permanentemente. Después los ves en Adultos y sabes que sigue en la reinternación. Pasó de adolescencia porque dejó de ser adolescente o terminó la edad o el grupo etario de admisión en el servicio, pero yo me cruzo en el parque cada tanto que me dicen *“¡Eh! (...) ¿cómo anda mi terapeuta?”* y yo viste, tengo que hacer foco y recordar, de algunos me acuerdo más que otros” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

Estas concepciones en torno a las reinternaciones de lxs adolescentes influyen en los procesos de trabajo de lxs profesionales en tanto forma de interactuar con ellxs. Ambxs tienen la capacidad de influirse entre sí, como plantean Franco y Merhy, *“esto se da por las intensidades que circulan entre las relaciones que se establecen entre los dos cuerpos, entendiendo como cuerpos a los sujetos en acción como trabajador y usuario, o trabajador y trabajador, pero también de ellos con las normas, saberes, instrumentos que configuran cuerpos en el escenario del cuidado en salud”* (2011: 3). Nos interesa remarcar que el cuestionamiento a la lógica de la internación constante que surgió en las entrevistas citadas -en términos de *“puerta giratoria”* y de *“reinternaciones permanentes”*- no se manifestó en el testimonio de el/la psiquiatra, ya que analiza la figura de la reinternación desde otro foco:

“La internación brinda la posibilidad de tener tiempo y desarrollar un vínculo con el paciente. (...). Las internaciones son un momento privilegiado porque se está todos los días de la semana con el paciente y es un vínculo muy potente. Sobre esa base se pueden generar cambios importantes, más allá de los que se dan con la medicación” (Médicx Psiquiatra, abril 2018).

En este fragmento de entrevista identificamos una concepción que naturaliza las reinternaciones de lxs adolescentes, viendo en ellas un momento oportuno para la intervención y sin realizar una reflexión crítica acerca de la institucionalización en el hospital monovalente.

En contraposición a lo planteado por el/la psiquiatra, consideramos que *“la internación supone una dimensión custodial con la consecuente segregación y marginación social avalada por prácticas que por su raigambre asilar acentúan las diferencias que la patología per se genera. Esto dificulta el retorno a la vida social que nunca es sencillo”* (Vasen y Massei, 2006: 436). Agrava esta situación la lógica manicomial imperante que da por sentado el recurso de la internación como estrategia siempre posible y presente, como se pone de manifiesto en la reflexión sobre las reinternaciones que realiza el/la licenciadx en Terapia Ocupacional:

“Las reinternaciones es algo que se mantiene a lo largo de todos estos años. Ha cambiado la población, la adolescencia, claramente, el contexto social, la patología, los motivos de internación. Del ‘92 a ahora, es absolutamente diferente el cambio, lo que uno sigue viendo son las reinternaciones” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

Esta misma lógica asilar es retroalimentada por la falta de recursos alternativos a la internación hospitalaria, que responde a una decisión política, como hemos expuesto en el capítulo anterior. En términos de Merhy, *“lo manicomial no es un lugar, sino una práctica social, cultural, política e ideológica”* (2016: 190), que provoca la prolongación de las internaciones de lxs adolescentes, la dificultad en la inserción en un mundo social excluyente y posteriormente, sus múltiples reinternaciones. A su vez, en los testimonios de lxs profesionales percibimos una constante necesidad de justificar las reinternaciones, manifestando que se deben en su mayoría a dos factores: a una descompensación clínica de la enfermedad, y al deterioro del contexto social y vincular:

“A veces, la reinternación tiene que ver con una cuestión clínica, es decir, una descomposición propia del cuadro base. Otras veces, tiene que ver con situaciones de la dinámica familiar. Entonces, evaluamos qué fue lo que pasó. Cuando arrancamos la reinternación, un paciente que lo volvemos a ver, lo vuelve a tomar el mismo equipo para no volver a indagar o conocer, en el caso de otro profesional. Conocemos a la familia y al paciente, por eso, nos preguntamos qué pasó entre la primera internación y la segunda” (Lic. en Trabajo Social N° 2, abril 2018).

“La internación es un micro clima artificial. Entonces, hay que ver qué estaba pasando afuera que lo entristece. Si algo no se pudo trabajar o no cambió mínimamente, es probable que la externación no se sostenga” (Médicx Psiquiatra, abril 2018).

En dicho contexto social y vincular que manifiestan lxs entrevistadxs como cada vez más disímil y adverso, se presentan problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2008) que dificultan el abordaje, el tratamiento de las mismas y las estrategias de intervención. Como plantea Carballeda: *“las demandas actuales en el campo de la salud mental están atravesadas por una serie de cuestiones que se expresan a través de una creciente complejidad ligada a las características del clima de época que franquean nuestras sociedades”* (2012: 1).

Entendemos que si bien la situación social y vincular por la que transitan lxs adolescentes con padecimiento mental actualmente constituye un motivo para la (re)internación, dista de los lineamientos de la ley nacional a los cuales adherimos. Ya que en su Artículo 15 plantea que *“en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes”*. El/la profesional entrevistadx del área de Terapia Ocupacional manifiesta claramente la dificultad de esta situación:

“Lo cierto es que toda esta cuestión social de falta de red y de lugares, de hogares, la disfuncionalidad y la violencia familiar que hay, hace que no haya lugar para alojar a los pacientes, a los adolescentes, a los chicos, no sé qué pasa con los adultos *[internados]*” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

La situación de estxs adolescentes que ingresan y reingresan en múltiples ocasiones al hospital se ve afectada no sólo por el deterioro en materia de derechos del contexto actual, al que se hizo referencia en el capítulo anterior, sino también por la revalorización de la lógica manicomial imperante y la búsqueda de la normalización de sus cuerpos. La mayoría de lxs adolescentes “crónicos” son aquellos que atraviesan un padecimiento mental agudo, cuentan con redes sociales frágiles y escaso soporte comunitario. Se trata de personas que no lograron atender su salud mental en su comunidad ni acceder y/o continuar un tratamiento ambulatorio adecuado a su realidad social. Esto se debe a la escasez de recursos e instituciones alternativas a la internación. Cuando estos sujetos son (re)ingresados, permanecen por tiempo prolongado en las

unidades de atención de la institución. Las secuelas de las reinternaciones son enunciadas en los siguientes testimonios:

“Van rotando, reinternando, pasando. Es muy loco porque es como una re-re-re-re internación pero en cada vuelta siempre hay algo distinto, o más del orden del deterioro porque en los años vas viendo el deterioro (...). En muy pocas veces, pero muy contadas, he podido ver que la reinternación sirve para continuar o reelaborar una situación. En general, es como repetir lo mismo y que vaya eso en déficit, en detrimento del sujeto” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

“Van a estar toda su vida con una cuestión psiquiátrica. Van hacia el deterioro. Ahora porque son adolescentes, pero pasan diez, veinte años y los vuelves a ver internados en salas de adultos” (Lic. en Enfermería N° 1, mayo 2018).

En esta línea, en el informe “Vidas Arrasadas (...)” se expone la situación de los sujetos que se encuentran internados, señalando que *“no reciben ni la asistencia ni la atención que precisan para poder desarrollar las habilidades personales necesarias que les permitan volverse independientes y regresar a la comunidad. Al carecer de tal apoyo, las personas pierden los lazos con sus comunidades y, con el tiempo, se vuelven más dependientes de las instituciones. Como resultado, la institucionalización custodial disminuye la autonomía personal, contribuye a la cronificación de las enfermedades e incrementa las discapacidades, haciendo más difícil que estos individuos se puedan reintegrar a la comunidad”* (CELS y MDRI, 2008: 86).

Consideramos que esto también imprime un estigma social (Goffman, 1989) sobre lxs adolescentes que atraviesan internaciones de salud mental y van rotando de institución en institución. La rotulación del diagnóstico psiquiátrico se asocia con valores negativos como la condición de incapaz o de peligrosx, produciendo la marginación, exclusión y discriminación hacia las personas que transitan o transitaron alguna vez por un hospital monovalente. Al respecto, Goffman plantea que el estigma es *“un atributo profundamente desacreditador”* (1989: 2), como una marca en el cuerpo. La persona con un padecimiento mental debe lidiar con el estigma, que según el autor se trata del segundo tipo⁶, el propio del individuo: *“que se percibe como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales”* (Goffman, 1989: 2). La estigmatización viene de la mano del etiquetamiento que produce el diagnóstico, reduciendo la historia de la

⁶ Goffman (1989) identifica tres tipos de estigmas: los que tienen que ver con los defectos corporales; los defectos del carácter del sujeto -a los que nos referimos- y aquellos que son heredados por todas las personas de una misma familia (raza, religión, nacionalidad).

persona a la historia de su padecimiento mental. Este proceso genera un efecto visible en los cuerpos de lxs adolescentes que transitan múltiples reinternaciones y poseen un padecimiento mental. Así lo expresan lxs distintxs profesionales en las entrevistas:

“Son pacientes que difícilmente puedan valerse por sí mismos en la sociedad. Van a siempre requerir el apoyo de una institución o una entidad que se ocupe de sus necesidades” (Lic. en Enfermería N° 1, mayo 2018).

“Me parece que en cada reinternación están los costos de lo que pasó en el nuevo brote, en la nueva descompensación, a nivel del deterioro o a nivel del déficit, que es sinónimo de deterioro. (...) Si se reinterna a un paciente que tuviste hace poco tiempo, ya lo conoces y tenés un terreno ganado para seguir interviniendo y laburando (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

En los testimonios de lxs profesionales que conforman la Sala de Adolescencia queda de manifiesto que ellxs también se encuentran inmersos en esta lógica de hospitalización psiquiátrica, dejando en evidencia que las reinternaciones de lxs adolescentes colocan sobre sus hombros pesos importantes que rápidamente generan formas de actuar tensas y extenuantes. Experimentan sensaciones polares que pendulan entre la potencia y la impotencia, generando al interior del equipo situaciones en las que (se) reclaman, como conjunto e individualmente. Estas cuestiones son abordadas en profundidad en el capítulo siguiente.

Por tanto, las reinternaciones de lxs adolescentes materializadas a través de los múltiples reingresos a la Sala, demuestran abiertamente el “*fracaso*” -en términos de lxs profesionales entrevistadxs- de las estrategias pensadas y elaboradas previamente. Y a su vez, también demuestran los efectos del constante intento de normalización de los cuerpos tanto de lxs adolescentes como de lxs profesionales por parte de un sistema manicomial, institucionalizante y médico hegemónico. Consideramos que existe una tensión entre la lógica asilar y segregacional de la institución, y las prácticas profesionales, ya que la mayoría de lxs trabajadorxs identifica el reingreso de lxs adolescentes a la Sala como un fracaso de la intervención.

Para ir cerrando este capítulo, presentamos conclusiones que se derivan del análisis. Entendemos que lxs adolescentes que transitan actualmente por el hospital de emergencias psiquiátricas poseen redes sociales débiles, consumo problemático, se encuentran atravesadxs por situaciones de vulnerabilidad social y por una coyuntura social y política que va en detrimento de sus derechos. Es esta población la que

encontramos en la Sala de Adolescencia a través del relato de lxs profesionales, que a su vez lxs interpela en sus concepciones acerca del padecimiento.

El análisis realizado respecto al proceso de reinternación resulta clave para comprender la relación profesionales-adolescentes, eje fundamental en este trabajo de investigación. Dicho vínculo se encuentra marcado por las constantes reinternaciones que son cuestionadas por algunxs profesionales y naturalizadas por otrxs.

Si bien identificamos una postura crítica en algunos testimonios, el recurso de las reinternaciones es una opción que se vuelve inevitable en numerosas ocasiones debido a la falta de recursos alternativos a la internación y a la lógica asilar e instituída en la institución.

Otra variable que también entra en juego en la relación profesionales-adolescentes es el proceso de estigmatización por el que transitan lxs adolescentes con un padecimiento mental y su marcado deterioro a lo largo del tiempo, que se manifiesta tanto a nivel social como en su corporalidad. A su vez, este vínculo se encuentra determinado y condicionado por la lógica de la institución monovalente -ya trabajado en el capítulo anterior- que influye en los procesos de trabajo de lxs profesionales.

La última cuestión que nos parece importante resaltar es que en los testimonios se presenta reiteradamente la idea de que el éxito en las externaciones -en términos de evitar su reingreso al hospital- reside casi completamente en las redes sociales de lxs adolescentes, más específicamente en su red primaria: la familia, sin tener en cuenta alternativas de tipo comunitarias. Este aspecto es uno de los objetos de análisis en el capítulo siguiente.

Capítulo 3: Intervenciones con las redes sociales de lxs adolescentes reinternadxs, el desgaste profesional y la organización colectiva

Luego de haber presentado cuestiones generales acerca del funcionamiento del hospital de emergencias psiquiátricas y de la Sala de Adolescencia en particular, el contexto político y social actual, haber analizado las representaciones y significados de lxs profesionales acerca de las reinternaciones de lxs adolescentes con padecimiento mental que se encuentran internadxs; en este capítulo se exponen los modos de abordaje del equipo tratante y las estrategias que se adoptan con las familias de lxs adolescentes, como así también la cuestión emergente del *desgaste profesional*. Dicho tema no integró la guía de preguntas de la investigación al confeccionarla pero, sin embargo, surgió como tópico recurrente en las diferentes entrevistas, por lo que tomamos la decisión metodológica de incluirlo como emergente y destinar una parte del trabajo a analizarlo. Ello requirió revisar e incorporar bibliografía específica, e integrar el análisis con las demás dimensiones y categorías planificadas en la etapa de diseño.

Del análisis de las entrevistas se desprenden las diversas formas de hacer frente al desgaste profesional a partir de la organización colectiva del conjunto de lxs trabajadorxs de la Sala, entre las que se encuentran las asambleas de profesionales. La razón de que dichos tópicos se encuentren ubicados en este tercer capítulo es para contribuir a la comprensión del lector/a, mediante la integralidad creciente en los contenidos y en el análisis.

En este capítulo se presentan conceptualizaciones respecto a las redes sociales de lxs adolescentes para luego continuar con las estrategias de abordaje del equipo interdisciplinario, que identificamos son de corte familiaristas y/o desfamiliaristas. Este análisis se cimienta en la adhesión a la Ley N° 26.657, que en su artículo 7 inciso e) establece como derecho de una persona con un padecimiento mental a “*ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe*”.

3.1 Redes sociales

Es importante conceptualizar las redes sociales de lxs adolescentes ya que condicionan la relación profesionales-adolescentes, que es una de las dimensiones de los procesos de trabajo. Esto se debe a que las estrategias de abordaje se elaboran teniendo

en cuenta las redes sociales primarias y secundarias de las personas con un padecimiento mental.

Los sujetos se encuentran inmersos en un contexto social y vincular que los produce y reproduce. Consideramos a la red social como “*un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia*” (Chadi, 2000: 215). Esto queda reflejado en el procedimiento de trabajo con lxs adolescentes que ingresan a la Sala:

“Lo primero que hacemos es una entrevista de admisión y evaluar con qué redes sociales y familiares cuentan. Cuando hablamos de familiar nos referimos a cualquier referente que le sea significativo a la persona, puede ser o no un vínculo sanguíneo” (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

Identificamos que lo referido por la/el entrevistadx en relación a las redes sociales de lxs adolescentes va en línea con la conceptualización que realiza Chadi (2000). Sumado a esto, lxs autorxs Dabas y Perrone (1999) plantean que una red social implica un proceso de construcción permanente de carácter tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto que permite, a través del intercambio, potencializar los recursos que cada unx posee y a su vez, crear alternativas nuevas de resolución de problemas.

A su vez, las redes se clasifican en *primarias, secundarias e institucionales* (Chadi, 2000). Las primarias están basadas en la unidad de la familia, tratándose de las relaciones que el individuo percibe como significativas. En la primera entrevista que realiza el equipo tratante de la Sala de Adolescencia, se trabaja con la familia del adolescente, así se señala en uno de los testimonios:

“Generalmente, citamos a la red familiar con la que vive, pero depende mucho de la primer entrevista y cómo se va desplegando el tratamiento” (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

En línea con lo planteado por la/el entrevistadx, además de la familia (red primaria) también se tienen en cuenta durante el tratamiento las redes secundarias. Las mismas tienen lugar en un contexto más lejano al grupo primario y están situadas en el mundo externo de la familia. Por último, las redes institucionales integran a las anteriores, ya que se hallan en una disposición exógena, y son a las que accede la red

primaria cuando ella misma es escasa en recursos para la resolución de ciertas dificultades (Chadi, 2000).

Cuando se debe avanzar en la externación de lxs adolescentes pero no cuentan con redes vinculares de contención primarias ni secundarias, desde el área de Trabajo Social se articula con este tercer tipo de red, que son constituidas por hogares o comunidades terapéuticas. Esta cuestión se analiza en profundidad en el siguiente apartado.

Retomando el análisis de las redes sociales, la familia -en tanto red primaria- ha sido, y sigue siendo, considerada como la principal red vincular que posee un individuo, ya que históricamente se ha delegado en la misma la responsabilidad respecto de las personas menores de edad en tanto su crianza y socialización, como así también de aquellos sujetos que se encuentran ante algún tipo de padecimiento (Donzelot, 1998). Esto tiene su origen en el siglo XIX, cuando la familia se constituye como emblema de la contención de sus miembros y de la corrección de sus conductas *desviadas*, al servicio de la *normalidad* que requiere el Estado para el progreso de la sociedad (Murillo, 2002). Allí donde el orden legal no llega, la familia viene a suplirlo a través del control: “*El contractualismo pretende constituir una sociedad transparente e igualitaria, pero el orden jurídico no puede controlarlo todo, por ello la familia se transforma en una herramienta de gobierno*” (Murillo, 2002: 40).

3.1.2 Concepciones sobre las familias y sus intervenciones

A la hora de pensar las estrategias de intervención con adolescentes que son reinternadxs en la Sala de Adolescencia, el equipo tratante considera que sus familias cumplen un rol fundamental. En este sentido, a lo largo de este capítulo conceptualizamos la noción de *familias* en plural, entendiendo que son producto de la cada vez mayor diversidad en los modos en que se constituyen: nuclear, monoparental, extendida, ensamblada, homoparental, etc.; y que las concepciones de familias son una construcción social y política, que transitan diferentes connotaciones de acuerdo a cada cultura y cada tiempo.

Existen distintas perspectivas acerca de *las familias*. Entre ellas, se encuentran la perspectiva tradicional y la crítica. Si bien ambas son opuestas, en las prácticas se pueden encontrar posicionamientos y conceptualizaciones en los que se entrecruzan.

Desde la noción tradicional, la familia es considerada como una organización social básica o célula básica, y como grupo de personas nucleadas por relaciones de parentesco, alrededor de la forma monogámica y heterosexual (Jelín, 2012). Como plantea Rojas, “*la modernidad postuló el modelo familiar burgués, es decir, el grupo conyugal compuesto por una pareja vitalicia y sus hijos, en conexión con las familias de origen, como patrón ideal de la cultura*” (2005: 1). Asimismo, esta perspectiva le asigna a la familia un rol en términos de funcionalidad, donde cada miembro debe posicionarse en cumplimiento de lo esperado socialmente. Esta concepción tradicional acerca de las familias queda expuesta en el siguiente testimonio:

“Hay una tendencia social de nuestra sociedad en que no se responsabiliza de sus hijos el familiar. Los padres que no saben ser padres. (...) Entonces, como que hay un desfase. La gente está muy desubicada en el rol. Si no estás capacitado, no tengas hijos. Y eso se ve mucho, se ve mucho” (Lic. en Enfermería N° 2, mayo 2018).

Nos interesa resaltar la profesión que ejerce la persona que enuncia esto, ya que el área de Enfermería es la que se encuentra en contacto con lxs adolescentes las 24 horas del día. Su testimonio deja de manifiesto una perspectiva tradicional que considera que la familia debe cumplir un rol aleccionador y normalizador dentro de la sociedad, siendo la encargada y responsable del cuidado de esx adolescente que se encuentra internadx.

Desde esta concepción, entendemos que se tiende a un *abordaje familiarista* (Gherardi, 2012), en donde el cuidado de lxs adolescentes es depositado en su familia. Se trata de un enfoque de política social que restringe la función del Estado y desplaza a la familia la responsabilidad principal del bienestar de sus miembros. En el testimonio de el/la profesional del área de Enfermería queda de manifiesto el papel de la familia como principal responsable del cuidado:

“Soy totalmente del criterio de que la familia, en el apoyo de las internaciones, es lo principal. Un paciente que no vuelve es, seguramente, porque tiene una buena contención” (Lic. en Enfermería N° 1, mayo 2018).

No obstante, no todxs lxs profesionales depositan la responsabilidad del cuidado en las familias de lxs adolescentes. Lxs entrevistadxs de las áreas de Trabajo Social y de Psicología cuestionan la falta de respuesta estatal ante los tratamientos de las personas que transitan un padecimiento mental:

“El Estado tiene que procurar la salud mental, que sería buscar los recursos para alojar personas en determinados momentos, porque el resto de la familia tiene que vivir” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

“Es muy difícil, porque no solamente es que no tienen familia, sino que tampoco hay política pública que acompañe a esos pacientes, entonces es muy difícil” (Lic. en Trabajo Social N° 2, abril 2018).

En contraposición a la concepción tradicional y al abordaje familiarista, nosotras entendemos que las familias pueden constituirse como un ámbito de contención y desarrollo de autonomía, pero también como espacio de coacción y alienación (Calveiro, 2005). Desde la perspectiva crítica, las familias son una construcción histórica y social, que adquiere diferentes connotaciones según las luchas por el sentido que se den en cada cultura y periodo histórico particular.

Siguiendo a Pilar Calveiro, las familias son “*un microcosmos anclado en pautas organizativas que se basan en relaciones de poder. Generan no sólo consensos y acciones solidarias sino también conflicto y lucha*” (2005: 33). Adhiriendo a esta concepción, consideramos al conflicto como inherente a las familias, siendo las mismas reproductoras de las relaciones de poder de la sociedad. Esto queda expresado en el relato de la/el profesional del área de Trabajo Social:

“Las familias con las que trabajamos tienen muchos conflictos vinculares, sociales, económicos, culturales. A veces, trabajamos más con la familia que con el propio adolescente porque nos damos cuenta que el adolescente es un emergente de la situación familiar más compleja y profunda” (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

En el fragmento de entrevista queda de manifiesto esta perspectiva crítica que contempla el contexto social, vincular y no solamente factores biológicos e individuales. Esta forma de concebir a las familias y su abordaje proviene de las entrevistas a profesionales del campo del Trabajo Social, y no han surgido en las entrevistas a otras profesiones.

Siguiendo esta concepción, en la actualidad, las familias están sujetas a tensiones que se derivan del contexto propio del *neoliberalismo tardío* (García Delgado y Gradín, 2017), el cual incrementa los conflictos a su interior. Las familias “*enfrentan sus problemas en la medida de sus posibilidades, con sus propios recursos, sobre todo porque la sociedad no está preparada para apoyarla*” (Barg, 2006: 112). La sociedad y el contexto actual condicionan a las familias y a su forma de vincularse con el

padecimiento mental. Entendemos que la problemática de la salud mental no influye solamente a la persona que la padece sino también a sus redes sociales primarias, así lo expresa el/la licenciadx en Psicología:

“El paciente hace padecer a la familia. Hay familias que son divinas con las que se puede hacer un trabajo social maravilloso. Pero, también, tenemos un gran porcentaje de familias que están abocadas a la eficacia, la eficiencia y cuando se les desmorona todo no hay mucho recurso. A veces, no hay mala intención de la familia sino que tiene sus hijos, sus cuidados y no tiene mucho tiempo si tiene que trabajar” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

En este testimonio queda de manifiesto la imposición de bienestar por parte de la lógica capitalista en las familias y en todos sus miembros, que dificulta enormemente la posibilidad de transitar situaciones de crisis cuando se presentan. *“La carga que representa el familiar enfermo no es sólo emocional sino económica y el impacto de la enfermedad mental es además de negativa, prolongada”* (Kraut y Diana, 2011: 34). Así, cuando un miembro en una familia atraviesa un padecimiento mental, se presentan dificultades en la convivencia, se vuelve estresante y genera fuertes desestructuraciones (Amico, 2005) en la dinámica cotidiana:

“Toda la familia se tiene que replantear un reacomodamiento, como pasa en cualquier enfermedad. Con la diferencia que a nadie se le echa en cara si tiene una enfermedad física en el que se ve el padecimiento y sufrimiento. En cambio, la enfermedad psíquica los hace padecer” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

Consideramos que el sufrimiento que atraviesan las personas que transitan un padecimiento mental recae también sobre sus familias. Desde el abordaje familiarista, existe una tendencia a culpabilizarlas, que *“en vez de ayudar, sólo sirve para intensificar el sufrimiento de lidiar con la responsabilidad de cuidar un miembro con un padecimiento mental que, por sí sólo, ya es causante de estrés en el medio familiar”* (Amico, 2005: 54).

Si bien entendemos que no existen estados puros de conocimiento-acción, podemos identificar que así como la concepción tradicional de familia se caracteriza por un abordaje familiarista, la perspectiva crítica va en línea con la propuesta de *intervención con las familias* (Amico, 2005). La misma consiste en conocer mediante diversas técnicas a las familias, identificar la organización a su interior, interpretando la realidad social de las mismas e intentando rescatar los recursos vinculares, así como las

situaciones conflictivas y de ruptura que poseen. El abordaje con las familias de lxs adolescentes se orienta a trabajar conjuntamente con sus miembros con el fin de acompañar su participación y la toma de decisiones durante el tratamiento de salud mental. Esto queda de manifiesto en el testimonio acerca de la intervención del Trabajo Social con lxs adolescentes y sus familias, desde el momento que ingresa en la sala:

“Cuando hacemos la entrevista de admisión, realizamos un recuento de la evolución de la historia del adolescente desde su concepción, crianza, cuidados. Allí se puede observar la configuración familiar en las que atraviesan cuestiones de pobreza, como en familias que por trabajar descuidaron aspectos de la crianza. También, pudo haber un exceso en la atención, querer abarcar todo y ser muy avasallantes cuando el chico necesita algunas libertades.

Vamos trabajando con ellos pensando que es lo que fue bueno y lo que no. Lo importante es trabajar que hacer hacia adelante para continuar con esa vinculación. Esto va ligado a la educación de salud mental. Muchos piensan que lo que les pasa son cuestiones de personalidad, carácter o rebeldía por la edad. Es aprender a discernir qué cosas son propias de un adolescente y que cosas son propias de salud mental. No todos los adolescentes se cortan, ingestan o intentan suicidarse.

Estas familias, frecuentemente, no tienen cobertura y tienen trabajos precarizados. No pretendemos culpabilizarlos, por eso, hasta acomodamos los horarios para que puedan venir. Intentamos pesquisar cuando hay realmente afecto y cuando el vínculo es patológico. Tenemos casos con mucha vulneración de los derechos por parte de los padres en los que realmente evaluamos que el vínculo no va. Hay familias en las que a pesar de conflictos, patologías, salud mental, sí se puede trabajar siempre escuchando si el chico quiere vivir con sus papás o no. Son muchas características que voy viendo, pero creo que el común va por ese lado” (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

Nos parece importante remarcar que estx profesional trabaja en conjunto con las familias y le otorga voz a lxs adolescentes durante el proceso de internación. Entendemos que esto va en concordancia con lo planteado por la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones en su artículo 9°: *“el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”*.

En esta línea, algunxs profesionales buscan revertir la pasividad que implica el abordaje de tipo manicomial a través de distintos tipos de estrategias que implican

articulaciones inter-institucionales e intersectoriales durante el proceso de externación de lxs adolescentes. Se procede al análisis de estas estrategias en el siguiente apartado.

3.2 Estrategias de abordaje

Para comenzar a desarrollar las estrategias de abordaje de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia, entendemos que las mismas deben partir de un posicionamiento que promueva la salud mental en el marco de los derechos humanos y de una perspectiva comunitaria, adecuando las intervenciones a los principios de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Una de las primeras estrategias que el equipo profesional lleva a cabo una vez que un/a adolescente es internadx, identificadas tanto para una primera internación como para las reinternaciones, es la convocatoria de algún referente de sus redes sociales para que participe del tratamiento, considerándolos desde un rol activo (Rolando, 2015) y no culpabilizándolos. Así lo expresa unx de lxs profesionales entrevistadxs que se posiciona desde una perspectiva crítica:

“Acá se trabaja mucho con las familias, es algo muy necesario y a veces, trae sus productos. Se hace cierto laburo y trae ciertos cambios entre las internaciones. Y a veces no, y puede aparecer algún vínculo nuevo que pueda aportar, uno busca otra punta de las redes” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

En este testimonio se expresa la necesidad de direccionar las estrategias profesionales, identificando lo que le sucede a las familias, analizando el contexto social, cultural y económico en el que se encuentran y considerando el vínculo que poseen con el/la adolescente que se encuentra internadx. Asimismo, se reeve lo que se fue transformando -y desgastando- durante la/s reinternación/es. Tal como lo expresa el/la licenciadx en Trabajo Social:

“En la mayoría de los casos algo de lazo social está aún más fragilizado que en la primera internación, algo del marco social del pibe no logró contener lo suficiente la situación como para que no requiera una nueva internación. Ahí hay dos lecturas posibles digamos, que algo de la estrategia de externación de la primera intervención haya fracasado, haya sido mal evaluada. (...) La otra opción, puede ser que algo del medio haya cambiado, haya sido nuevo, entonces quedó más vulnerable ese pibe en esa situación” (Lic. en Trabajo Social N° 2, abril 2018).

Sin embargo, no todos los profesionales que integran el equipo de la Sala de Adolescencia realizan el mismo tipo de análisis sobre las familias de los adolescentes:

“Hay un miembro que está internado que es el que manifiesta el síntoma de un problema familiar. No se entiende al paciente sin su medio. No se puede lograr un cambio sin que cambie el medio.” (Médico Psiquiatra, abril 2018)

Consideramos que este testimonio da cuenta de una estrategia de intervención que concibe a *la familia* en términos singulares, sin contemplar factores del contexto social ni económico. En ambos testimonios quedan de manifiesto y ejemplificadas las *“tensiones que se generan entre las prácticas tradicionales en salud mental (asilares) y las que proponen un abordaje comunitario con continuidad de tratamiento”* (Rolando, 2015: 1). Lo expuesto por el/la Médico Psiquiatra dista mucho del planteo del/la licenciado/a en Terapia Ocupacional, quien propone trabajar buscando *“otra punta de las redes”*, delimitando estrategias más allá de la familia biológica o su red primaria, identificando otros tipos de vínculos que pueden dar soporte a los adolescentes.

Otra de las estrategias pensadas por parte del equipo tratante para complementar y fomentar la construcción de nuevas redes sociales de los adolescentes y fortalecer su autonomía son los acompañantes terapéuticos (AT), que cumplen un rol fundamental en los tratamientos. El dispositivo de AT constituye *una red artificial temporal* (Saiz Galdós y Chévez Mandelstein, 2009), ya que la función que se le otorga dentro de las estrategias es encuadrar el tratamiento que está llevando a cabo el sujeto y que pueda, a su vez, reconstituir las redes sociales que tenía previo a la internación, o construir nuevas. En el siguiente testimonio se describe la función del AT:

“El lazo permanente con un acompañante [terapéutico] restituye, como una prótesis social que sirve para un tiempo y después se descoloca porque viene la autonomía. Ese acompañante sirvió para un montón de tiempo que fue necesario” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

La expresión *prótesis social* que utiliza el/la licenciado/a en Psicología da cuenta de una concepción funcionalista acerca del rol del AT, en tanto lo entiende como un medio para lograr la “autonomía”. En contraposición a esto, consideramos que la autonomía es una categoría relacional, ya que siempre se produce en relación a un contexto y a una historia. Por lo cual adherimos al término de “autonomía relativa” de las personas, que implica comprender que los márgenes de movimiento se encuentran

condicionados por factores macro sociales y relacionales (Bourdieu, 2000; Gutiérrez, 2005). El/la profesional entrevistadx del área de Trabajo Social destaca la figura del AT como una de las estrategias pensadas en conjunto con los equipos de los hogares, en el proceso de externación de algunxs adolescentes:

“Se trata de pensar con el equipo técnico del hogar al que estaba yendo o al que vaya a ir. Se trata de pensar a qué actividades se los puede incluir, extra hospitalarias y extra hogar, como para que empiece a armar esa red. Confiamos en que el equipo técnico del hogar va a intentar establecer estrategias como para armarle una red, pero por lo general laburamos con la institución hogar, con acompañamiento en esos casos, con AT para que los acompañe en la calle, vayan adquiriendo herramientas de cómo movilizarse en la calle” (Lic. en Trabajo Social N° 2, abril 2018).

A partir del relato, identificamos un doble movimiento en la intervención de lxs profesionales de Trabajo Social: por un lado la articulación inter-institucional, especialmente durante el proceso de externación de lxs adolescentes; y por otro, el fortalecimiento/construcción de las redes sociales de lxs adolescentes. Con respecto al primer movimiento, realizan articulaciones con múltiples organismos públicos que se encargan de proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Entre estos organismos se encuentran la Unidad de Letrados, el Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, los Servicios Zonales de Protección de Niños y Adolescentes en jurisdicciones de la Provincia de Buenos Aires; la Asesoría General Tutelar, entre otros.

De estos organismos, nos interesa profundizar en la Unidad de Letrados, creada en agosto de 2011 mediante las Resoluciones N° 558/2011 y N° 841/2011 de la Defensoría General de la Nación (DGN), por art. 22° de la Ley N° 26.657, depende del Área Técnica de la DGN (Menossi y Olmo, 2015). La misma otorga gratuitamente un/a abogadx defensorx a las personas que son internadas involuntariamente -en este caso, lxs adolescentes-, provee apoyo técnico de un equipo interdisciplinario que participa en las estrategias de abordaje de los equipos tratantes y brinda asistencia a lxs adolescentes. El aporte en la intervención que realiza la Unidad de Letrados queda expuesto en la entrevista a unx de lxs licenciadxs en Trabajo Social:

“Para nosotrxs [*la Unidad de Letrados*] son un facilitador muy importante. Presionan a la Dirección de Salud Mental para que otorguen cuanto antes una vacante para el hogar, ya que nosotrxs no podemos

hacer más que llamar y hacer un pedido formal” (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

El hecho de recurrir a derivaciones a instituciones tales como hogares, instituciones de albergue⁷ o comunidades terapéuticas, se trata de una estrategia pensada para aquellxs adolescentes que no pueden ser externadxs con sus redes sociales primarias ni secundarias (Gómez *et al.*, 2011).

Con respecto al segundo movimiento señalado, que consiste en el fortalecimiento/construcción de las redes sociales, desde el Trabajo Social se planean estrategias que implican un acompañamiento a lxs adolescentes para encontrar un lugar de albergue por fuera de la institución:

“Está como bastante encauzado en nosotrxs llamar al programa de hogares para que lo vengan a evaluar, porque, si ya está de alta, ahí tenemos un rol más protagónico, porque depende de otra institución y estamos como a cargo de esa articulación interinstitucional. (...) Nosotrxs no damos alta si el pibe no tiene a donde ir. Obvio porque no vamos a vulnerar los derechos. Otros dispositivos dan altas a la calle, digamos (...). Digamos, para decretar, determinar el alta clínica, se ocupa el/la médicx. Para el proceso de alta y el proceso de externación participa todo el equipo por igual, lo cual no quita que ocasionalmente, de golpe escuches al/la psicólogx que dice: “*El viernes se da de alta a Mengano*” y decís “*¿cómo?, ¡pará!*” (...). Hace cuatro años atrás era bastante habitual llegar y que Mengano se fue de alta. “*Tomá, firmame el alta, que falta una segunda firma*”. Era, no te digo que lo más normal de todo, pero era bastante habitual (Lic. en Trabajo Social N° 2, abril 2018).

Surge de este relato que el alta *clínica* es determinada por lxs profesionales médicxs y se deposita casi exclusivamente en el área de Trabajo Social la responsabilidad de garantizar el proceso de externación y el seguimiento del alta hospitalaria. Esto coincide con lo que plantea Mendoza, en tanto “*se le asigna [al Trabajo Social] la responsabilidad de abordar y trabajar sobre lo social cuando en el abordaje terapéutico se comienzan a vislumbrar obstáculos que imposibilitan la externación. Es decir, ante la ausencia de una familia “contenedora” y/o de recursos económicos, el Trabajo Social es el encargado de viabilizar acciones y actividades para facilitar la externación del paciente*” (2004: 15). Esto implica que no se realiza un abordaje interdisciplinario, que tiene por consecuencia la pérdida de una visión integral

⁷ Corresponde a los lineamientos de la Dirección General de Niñez, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social.

de lxs adolescentes y de la salud mental (Stolkiner, 2005). Recae así la responsabilidad del proceso de externación en el área de Trabajo Social que busca, en términos de el/la entrevistadx, no “*vulnerar derechos*” ni dar “*altas a la calle*”. El alta sin previo aviso al resto de lxs trabajadorxs del equipo, ya mencionado por el/la profesional de Trabajo Social, dificulta la posibilidad de pensar estrategias para cada sujeto.

Como condición para el alta de el/la adolescente, se prioriza la continuidad del tratamiento clínico/psicofarmacológico (Rolando, 2015) a través de un esquema de medicación acorde a su *diagnóstico de salud mental* y se le otorga un turno para Psiquiatría y Psicología. Tomamos conocimiento de esta situación a través de la revisión de los registros de campo recabados en las prácticas pre-profesionales en la institución.

Muchas de las estrategias delineadas se basan en políticas dirigidas a una población clasificada según su *diagnóstico* de salud mental, que genera respuestas institucionales reproductoras de la lógica de encierro y totalizante. Según Ausburger, “*el proceso de etiquetamiento que la enfermedad produce (diagnóstico) le[s] confiere un destino dentro del conjunto social, y ese destino desliga el sufrimiento del proceso que le dio origen*” (2002: 65). Consideramos que se consolida de esta manera un circuito institucional de exclusión, marginación y estigmatización de lxs adolescentes que se encuentran en situación de vulnerabilidad social (Barcala, 2018). Dicha cuestión entra en contradicción con lo planteado por la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, que sostiene la necesidad de alejarse de las prácticas tendientes a la segregación e institucionalización de las personas con un padecimiento mental.

En la realidad cotidiana de las prácticas en la Sala de Adolescencia no se percibe la construcción de redes comunitarias ni la apuesta a un proceso efectivo de desinstitucionalización (Veleda, 2011; Rotelli, 1987). En la misma línea, las compañeras Lamas y De Brito dan cuenta de esta cuestión en su Trabajo de Investigación Final realizado en el año 2016, al profundizar en la dinámica de trabajo en los Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Mencionan que “*la escasa apertura del dispositivo hacia el trabajo en red con otras instituciones por fuera de las referidas a Salud Mental hace que los pacientes frecuenten estos espacios institucionales, siempre ligados a la gran figura del Hospital Psiquiátrico*” (Lamas y De Brito, 2016: 31). Esto también lo remarca unx de lxs profesionales entrevistadx:

“Creo que tiene que haber políticas de salud que implementen el intercambio entre un adentro y un afuera, con posibilidades de un pase hacia ese afuera y adentro. Podría ser con los clubes, algún centro cultural, etc. Actualmente eso falta” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

Así como lo manifiesta el/la licenciadx en Psicología, entendemos que el Estado debería ser el responsable de la provisión de los recursos para garantizar la externación de lxs adolescentes durante el proceso de alta, cuando sus redes sociales primarias y secundarias son débiles, escasas o simplemente no pueden acompañar el momento complejo que transita el sujeto. Como plantea el CELS, *“la situación de las personas en proceso de externación muestra con toda crudeza los efectos de la prevalencia de políticas públicas nacionales y jurisdiccionales centradas en mantener la institución manicomial como respuesta principal en materia de salud mental”* (2015: 43).

El/la profesional entrevistadx del área de Terapia Ocupacional refuerza la necesidad de concretar estrategias sostenidas en el tiempo para lograr otro destino al del circuito institucionalizante que conlleva una segregación y estigmatización de lxs adolescentes:

“Siento que sería necesario e importante armar algún tipo de dispositivo más con el afuera de integración social, laboral, comunitaria, cultural, más lazos con los que están trabajando afuera (...) Para lxs que estamos en contextos de internaciones es más difícil vencer el muro” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

Identificamos en este testimonio una perspectiva crítica, cuestionando las formas de actuar institucionalmente dadas y resaltando la escasez de dispositivos de contención alternativos a la internación para la población con padecimiento mental. La mayor causa de cronicidad en el padecimiento mental es resultado de la institucionalización prolongada en un hospital monovalente, y no exclusivamente de la propia enfermedad (CELS, 2015). Sin embargo, las personas continúan acudiendo a atender su salud mental a instituciones totales como la analizada, y en menores casos lo hacen en su comunidad o en hospitales generales. Una de las razones de ello es el corto alcance de la política nacional de salud mental, que se caracteriza por un desabastecimiento en la provisión de medicamentos en los dispositivos comunitarios (Gorbacz, 2011), lo cual dificulta la accesibilidad de los sujetos a un tratamiento de salud mental integral.

Se manifiesta así una distancia entre la práctica concreta en la Sala de Adolescencia y lo establecido por la Ley N° 26.657 respecto de la importancia de que

las personas con un padecimiento mental se atiendan en dispositivos cercanos a su lugar de residencia. El artículo 11 del Decreto Reglamentario 603/2013 de la ley nacional plantea la necesidad de generar una red de servicios comunitarios de atención a la salud mental, tanto de promoción, prevención, tratamiento de urgencia y ambulatorios, complementados por las áreas de trabajo, vivienda, etc.

Consideramos que la existencia de ciertos dispositivos alternativos al hospital psiquiátrico y comunitarios son sumamente importantes para revertir el proceso de institucionalización, ya que intentan abordar la problemática a través de estrategias diferentes a la internación, pensando a los sujetos de forma integral y situados en su comunidad.

Resaltamos también la importancia del acompañamiento desde el equipo tratante hacia la prevención, orientación y apoyo a las redes sociales de la persona con padecimiento mental, buscando tratamientos de rehabilitación y promoción de la salud en la comunidad. Y en este sentido resulta relevante el trabajo interdisciplinario y la apuesta en equipo que, a partir del intercambio de saberes distintos y del diálogo, construya intervenciones y estrategias que den continuidad al cuidado de lxs adolescentes por fuera de la lógica totalizante y manicomial.

Estas múltiples intervenciones y estrategias de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia constituyen sus procesos de trabajo. A partir del análisis de los mismos surgen como emergentes ciertas tensiones en el cotidiano, que son vividas en el marco del empleo estatal y por la condición de asalariadxs de lxs trabajadorxs. Se producen distintos atravesamientos que afectan tanto el desarrollo de tareas y actividades, como la propia subjetividad de lxs profesionales. Se procede al análisis en el siguiente apartado.

3.3 Desgaste profesional en el marco de las intervenciones

A partir de las percepciones y apreciaciones de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia acerca de sus condiciones de trabajo, surge el desgaste profesional como tema emergente. El mismo no fue parte de la elaboración de la guía de entrevistas, sino que apareció como una regularidad en el análisis.

Como ya hemos explicitado, consideramos que el hospital puede ser pensado en función de algunas características de los conceptos de institución asilar y de encierro. Los procesos organizacionales no sólo interpelan a aquellos sujetos que se encuentran

internados, sino también a todo el personal trabaja allí, constituyendo sus procesos de trabajo. En base al emergente, se puede pensar que si bien el trabajo es fuente de realización personal, también existen factores que pueden generar desgaste profesional. Este término hace referencia al proceso continuo de deterioro en el ámbito laboral y sus circunstancias en la cotidianidad. Se emplea actualmente como adaptación del significado del concepto *Síndrome de Burnout*⁸ al español (Moreno *et al.*, 1996), también conocido como el “*síndrome de estar quemado*”.

Algunos trazos de este deterioro quedan expuestos en el testimonio de la/el licenciadx en Terapia Ocupacional:

“Los residentes mismos del hospital, por distintas cosas que pasaron, no vienen demasiado [*al Servicio de Adolescencia*]. Lxs Terapistas Ocupacionales, de hecho, que entraron hace poco con algunas jubilaciones no quieren venir. Por cosas del equipo, del Servicio, o de la población. Porque es “adolescencia”, es intenso, es un trabajo intenso y una población muy intensa. (...) El equipo pasa por distintos momentos. Hay mejor laburo, peor laburo, mejores momentos, buen clima, mal clima, pero siempre hay una cuestión institucional como densa. A veces más pesada que el laburo con los pacientes en sí mismo (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

En esta entrevista queda de manifiesto la prevalencia del peso de los lineamientos organizacionales establecidos por sobre la posibilidad de lxs profesionales para instituir nuevas acciones. Las dificultades que se les presentan tienen que ver con la falta de respuesta institucional frente a las demandas, sumado a la escasez de recursos por fuera del hospital para que lxs adolescentes logren llevar adelante un tratamiento ambulatorio.

Las nuevas expresiones del padecimiento mental de las personas que llegan al dispositivo están caracterizadas por el consumo problemático de sustancias, redes sociales de contención débiles, situación de calle y violencia; y dificultan aún más el abordaje. Dicha complejidad de las problemáticas y las demandas de lxs adolescentes exceden los marcos institucionales y legales del hospital de emergencias psiquiátricas - como lo indica su nombre- lo cual dificulta la efectivización de períodos cortos de internación.

A su vez, se identifica en el testimonio de el/la licenciadx en Terapia Ocupacional que la dinámica institucional genera sentimientos de sobrecarga en la

⁸ Concepto acuñado por Freudenberg en su obra “Staff burnout” (1974).

labor, lo cual constituye uno de los factores ligados directamente a procesos de desgaste profesional. Siguiendo a Martínez y Guerra (1997), el mismo afecta a quienes ejercen sus trabajos en relación con otrxs, generalmente en tareas de asistencia, acompañando y dando respuestas a diversas problemáticas. Se asocia también a “*elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción personal*” (Martínez y Guerra, 1997: 48). Esta cuestión se puede verificar en el siguiente fragmento:

“En la Sala de Adolescencia te devora la diaria. Solx es difícil. Las organizaciones, los recursos institucionales te aplastan, es muy difícil. Yo creo que hay mucho para hacer y a veces no sabes ni por dónde empezar...” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

La falta de recursos institucionales y formales cercena el margen de autonomía profesional para desarrollar la intervención, provocando desmotivación, frustración e impotencia. Dentro de los factores que hacen al desgaste profesional, se encuentran: “*las condiciones laborales, las relaciones interpersonales, el tipo de organización y liderazgo, el contexto social y económico, o ciertas características del diseño de la tarea*” (Rodríguez Carvajal y Hermosilla, 2011: 4). Esto provoca la sensación de inmediatez en la tarea y dificulta pensar estrategias sostenidas en el tiempo. Ligado a esto, unx de lxs profesionales entrevistadxs relata su experiencia acerca de la puesta en marcha de nuevas actividades:

“Yo armé la escuela en un momento en el que existía la posibilidad del módulo, que después lo sacaron. Para que se sostuviera el lugar, seguí trabajando y me quedaron horas por fuera de mi horario concurrente. Es para que las cosas se sostengan, porque si me pongo a pensar en la cantidad de horas, no se podrían sostener muchos espacios. Te soy sincerx, está mal lo que hago, porque se toma del voluntarismo del ser humano. Esto no es bueno porque no dignifica tu Carrera ni la condición laboral, pero yo lo hago por el paciente” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

Del fragmento de entrevista citado, surge el hecho de que la escuela -que es uno de los pocos proyectos de la Sala de Adolescencia sostenidos en el tiempo- no fue una actividad instaurada institucionalmente, sino que funciona por la voluntad de mantenerla de un/a profesional. Esto evidencia condiciones laborales que, entre otras

visualizadas a lo largo de las entrevistas, ponen trabas al bienestar de lxs trabajadorxs y se vinculan a una falta de reconocimiento del trabajo realizado:

“Es todo un tema. Es muy importante porque las Carreras Sociales teníamos un lugar ubicado del voluntariado. Era ponerte el hábito y ejercer la Carrera. Eso también recae en que no tengamos un sueldo digno, un reconocimiento de nuestra profesión. No es lo mismo que otros profesionales que tienen un sindicato, mayores garantías” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

Se desprende de este testimonio uno de los factores constituyentes del desgaste profesional: el hecho de no recibir una remuneración acorde al trabajo realizado, ni el reconocimiento de las horas trabajadas por fuera del horario laboral. Es en este caso, como en otros, donde *“el trabajo no facilita la integración y el desarrollo del individuo, o cuando se lleva a cabo en condiciones precarias, hace que muchos profesionales experimenten frustración y un alto nivel de tensión emocional, que conlleva un aumento de los niveles de estrés laboral y de desgaste profesional”* (Rodríguez Carvajal y Hermsilla, 2011: 2). A esto se le suma el histórico posicionamiento de subordinación - en sentido material y simbólico- de las profesiones no-médico hegemónicas en el campo de la salud, que va en línea con el sentimiento de sobrecarga en sus funciones. Esto queda de manifiesto en los siguientes fragmentos de entrevistas a profesionales de las áreas de Enfermería y Trabajo Social:

“Siempre se tiende a desvirtuar la función de Enfermería. Hacemos muchas veces otras cosas. El tema de la medicación, el tema de que tenemos que ir a buscar las cosas de depósito... Esas cosas, o sea, son tareas desvirtuadas que tenemos desde Enfermería” (Lic. en Enfermería N° 1, mayo 2018).

“Los casos de chicxs que vienen de un hogar o que se tienen que ir allí, es un trabajo más complejo. En estos casos tenemos que estar muy pendientes lxs trabajadorxs sociales de hacer pedido de hogar, chequear que lleguen en tiempo y forma, llamar por teléfono a la Dirección de Salud Mental o a la Dirección de Niñez, dependiendo del tipo de hogar que pidamos. Esto es un trabajo mucho más minucioso porque el pedido del hogar tarda, y si nosotrxs no estamos encima de eso, quizás el paciente cursa una internación mucho más larga, por no estar pendientes. Es decir, puede tardar el pedido de hogar, pero no es igual que nosotras lo dejemos ahí, a que estemos presionando todo el tiempo por una respuesta” (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

En estos testimonios queda expresado que, en el caso del área de Enfermería, consideran que llevan a cabo tareas que exceden a las acordes a su trabajo. En el cuanto al área de Trabajo Social, queda remarcada la sensación de sobrecarga al poner de manifiesto la responsabilidad que recae en ellxs en la efectivización de la externación de un/a adolescente.

A través de estos fragmentos de entrevistas comprendemos lo que Wlosko (2017) considera como las causas del deterioro de la salud de lxs trabajadorxs, destacando dos grandes grupos de problemáticas: “1. los relativos a la sobrecarga e intensificación del trabajo, que están estrechamente vinculados con diversas afecciones músculo-esqueléticas, así como con el Burnout; 2. los problemas derivados de los fenómenos de violencia y acoso laboral” (Wlosko, 2017: 96). Con respecto al primer grupo de problemas, los identificamos a partir de lo expuesto por lxs licenciadxs en Trabajo Social y Enfermería. En cuanto al segundo punto, y como ya fue nombrado en el capítulo 1, durante el año 2016 “se hizo público el maltrato del Director del hospital a una trabajadora social, por detallar en un informe que el gobierno porteño no tenía los recursos suficientes para establecer el alta de un paciente. Concretamente, la trabajadora social manifestó que el Director le reprochó que no podía decir que el gobierno no tenía recursos y que ‘para pensar sólo estaba él’” (OAJ, 2016: 14). No obstante, esta situación no pasó desapercibida para el resto de lxs trabajadorxs de la institución, quienes “se autoconvocaron en una asamblea masiva para solidarizarse con la trabajadora social y repudiar el maltrato hacia los empleados que, según dijeron, es habitual de parte del director del hospital” (Diario Z, 2016).

Partimos de la base de que todo ejercicio de violencia supera la díada víctima-victimario y es consecuencia también de lxs procesos organizacionales, es decir que se trata de una producción en conjunto. Esto implica apartarse de un análisis de las estructuras psicológicas de lxs protagonistas, optando por la explicación que se sustenta en la organización del trabajo (Wlosko, 2009). Sumado al caso de maltrato de la autoridad de la institución hacia un/a trabajadorx, la/el licenciadx en Terapia Ocupacional nos comenta en la entrevista una situación similar con otrx compañerx de la misma profesión:

“Lx echaron. Lx echó mi jefe y, bueno, una situación bastante de mierda. Tuvo un conflicto con mi jefe, que ejercía un modelo bastante autoritario, más aún en ese momento y era difícil enfrentarse. Tuvieron un enfrentamiento, una discusión. Era una oposición a algunas

cuestiones... No pudo seguir acá” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

Desde los estudios acerca de la violencia dentro del ámbito laboral, *“el tipo de violencia interna más frecuente es vertical descendente, la cual está generalmente en relación con el jefe inmediato superior”* (Wlosko, 2009: 2). La reproducción de modelos de abuso de poder generan temor e incomodidad, dando lugar a: *“un clima laboral caracterizado por el miedo intenso, la sensación de abuso, el aislamiento de sus miembros y hasta la rotación del puesto laboral, entre otros”* (Puhl et al., 2013: 235). Esta cuestión de la rotación del puesto de trabajo es traída por el/la mismx profesional entrevistadx:

“Con los años quise hacer alguna vez un pase, un cambio, porque se hace todo muy pesado estar en el mismo lugar, pero no lo he logrado las veces que lo intenté. Lo mismo cuando quise cambiar de función como psicólogo. Es muy difícil, hay que cubrir esas horas de Terapia Ocupacional y no nombran, no hay nombramientos. O hay que hacer un cambio con alguien y es difícil que quieran venir [*al Servicio de Adolescencia*]” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

Consideramos que el desgaste producido sobre estx trabajadorx, ligado a lo que mencionó previamente sobre la falta de recursos institucionales, el abuso de autoridad, las problemáticas sociales complejas que aborda y el hecho de tener que trabajar en lo inmediato, lx llevaron al punto de solicitar un cambio del puesto de trabajo, pero sin éxito. En concordancia con el abuso de poder y en la necesidad institucional de *“cubrir las horas”*, no se tuvo ni se tiene en cuenta el pedido explícito de rotación por otros servicios del hospital. Entendemos que esto afecta directamente la salud-enfermedad en el ámbito laboral de estx profesional.

Otra de las cuestiones que hacen al desgaste profesional y repercuten en la salud de lxs trabajadorxs se trata del hecho de ser testigos del deterioro de lxs adolescentes con cada reinternación. Esto queda de manifiesto en el siguiente testimonio:

“Lamentablemente, los casos de reinternación no está bueno verlos, en el sentido de que no es bueno que vuelvan a internarse. Unx piensa que será esa vez y no va a volver... (...) Son muchos los cambios que se dan. Me impacta ver cómo de un año al otro cambiaron tanto, no solo físicamente sino también sus actitudes (Lic. en Trabajo Social N° 1, abril 2018).

En esta entrevista identificamos que en el proceso de intervención se generan sentimientos de impotencia cuando lxs pacientes que habían sido externadxs, ingresan nuevamente a la Sala con un deterioro en sus condiciones de vida y un recrudecimiento de su padecimiento mental. Estas cuestiones reactualizan la sensación de fracaso -como ya fue abordado en el capítulo 2- y se encarnan en lxs trabajadorxs en sentimientos de frustración, aumentando el nivel de desgaste profesional.

En las entrevistas analizadas se identifican distintas fuentes de malestar, entre las que se encuentran: el exceso de tareas y actividades, la falta de reconocimiento en la labor realizada o las horas extras invertidas en el trabajo, las relaciones conflictivas entre trabajadorxs y jefatura, los recursos institucionales insuficientes que provocan la desmotivación en la capacidad de proponer alternativas a la manicomialización y la dificultad en reconocer el producto del trabajo debido a las recurrentes reinternaciones de lxs adolescentes. No obstante, existen múltiples formas de resistir y hacerle frente a estos problemas a partir de la organización colectiva del conjunto de lxs trabajadorxs de la Sala.

3.3.1 Formas de organización y encuentro entre trabajadorxs

A lo largo de los testimonios de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia se pueden identificar distintas formas de organización y encuentro entre ellxs, como son las reuniones de equipo, las supervisiones, los ateneos, y la última y más reciente: las asambleas de profesionales. En todas ellas se trabajan estrategias de intervención frente a las situaciones problemáticas, se re-piensan sus vínculos de compañerismo, se analiza la coyuntura y el contexto nacional, entre otras cuestiones. Unx de lxs profesionales del área de Enfermería describe estas formas de organización:

“Tenemos reuniones de equipo los lunes, miércoles y viernes. Después, tenemos una reunión para hablar de la convivencia de todo el equipo, que se hace los jueves, y también tenemos la reunión de convivencia con los pacientes, que también se hace los jueves” (Lic. en Enfermería N° 1, mayo 2018).

Entendemos que la cantidad de espacios de encuentro sistemáticos de los que da cuenta el/la profesional, resultan indispensables para expresar las dificultades institucionales y en el abordaje con lxs adolescentes, el malestar generado por las

condiciones laborales y vinculares entre compañerxs, y así poder canalizarlo adecuadamente. Existen formas de intervenir sobre el desgaste profesional de forma colectiva mediante procedimientos a nivel organizacional, tales como: “*el rediseño de tareas, la clarificación en los procesos de toma de decisiones, mejora de la supervisión, establecimiento de objetivos y procedimientos específicos y delimitados para cada uno de los roles profesionales, mejora de las vías de comunicación dentro de la organización*” (Rodríguez Carvajal y Hermosilla, 2011: 11). Estas reuniones y su razón de ser, son explicadas por unx de lxs profesionales:

“Las reuniones de equipo son en función del trabajo que es la atención de las personas internadas. Hay tres reuniones por semana. Son dos pases de Sala y una reunión de equipo en la que se profundiza. También, tenemos asamblea de profesionales para tratar temas del funcionamiento del grupo y asamblea de pacientes una vez por semana. Cuando se discute un caso a fondo, tenemos un ateneo que es quincenal, como la asamblea de profesionales” (Médicx Psiquiatra, abril 2018).

Consideramos que la constitución de formas de organización de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia posibilita su traspaso de la *serie* al *grupo* (Rosenfeld, 1972). La serialidad es el tipo de interacción donde lxs trabajadorxs aparecen como sustituibles, reemplazables en sus funciones, es decir que se despersonaliza su tarea. En cambio el *grupo* implica el reconocimiento entre lxs profesionales en sus procesos de trabajo. Entendemos al mismo como un “*conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna se propone, en forma explícita o implícita, una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles*” (Pichon-Rivière, 1978: 142).

Para esta constitución del grupo, resulta fundamental la reciente puesta en práctica de las asambleas de profesionales⁹ iniciadas en octubre del 2017 de manera semanal, y en la actualidad de forma quincenal. Así lo explicitan lxs profesionales entrevistadxs, al relatar la razón que motorizó su origen:

“Las asambleas son nuestras: se tratan temas de los profesionales, el entorno. Comenzaron con un lío que se armó, personal, con dos

⁹ Resulta importante mencionar que tomamos conocimiento de dichos espacios de encuentro entre profesionales exclusivamente de sus testimonios. A diferencia de las asambleas de pacientes, de las cuales tuvimos registros de campo en el marco de las prácticas pre-profesionales.

personas, que una se fue y estalló un torbellino. Eso logró reducir un desfasaje en el grupo, nos unió” (Lic. en Psicología, mayo 2018).

“*[La asamblea de profesionales]* es un espacio de reflexión sobre el trabajo de la Sala y también sobre lo que pasa en la dinámica entre nosotros (...) Fue promovida por un/a compañerx médicx que está a cargo cuando el/la jefx está en otra función, o la/lo está reemplazando por vacaciones. Las propuso y son desde el verano, fin de año. La hacíamos semanal, ahora es quincenal por cuestiones de horarios” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

Tal como menciona el/la psicólogx, el motivo de creación de las asambleas de profesionales fue el abandono del puesto laboral de un/a profesional de la Sala, a raíz de un conflicto entre dos compañerxs. Creemos que esta cuestión disruptiva en la dinámica del equipo fue el punto de mayor ebullición de los conflictos mencionados a lo largo de las entrevistas, tales como discusiones grupales y diferencias en los marcos conceptuales y de intervención. Dicho conflicto logró motorizar la puesta en marcha de este espacio de encuentro entre profesionales y posibilitó “*reducir un desfasaje en el grupo*”. Como expresa unx de lxs profesionales del área de Trabajo Social, la asamblea fue aceptada ampliamente por el equipo:

“La propuso un/a compañerx médicx en particular, pero todxs estuvimos de acuerdo que era un espacio necesario” (Lic. en Trabajo Social N° 2, abril 2018).

En esta línea y siguiendo a Bejarano, la asamblea de profesionales “*se propone existir a partir de uno/s problemas, móviles y que al decir de Pichon-Rivière permita trabajar y trabajarse, con lo cual las temáticas emergentes y posibles son múltiples: cuestiones institucionales, convivenciales, situaciones con y del equipo técnico, familiares, etc*” (2017: 1). Se trata de un espacio de encuentro en el que se prioriza el trabajo sobre la dinámica vincular entre los miembros del equipo:

“*[La asamblea de profesionales]* está funcionando desde hace poco, es para trabajar cuestiones por ahí más de compañerismo, es otro marco. Siempre algo del tratamiento termina siendo el desencadenante como para que de esto se hable en la asamblea de profesionales. La idea es que el resto de los espacios grupales sean efectivamente pensando en el tratamiento de los pibes, que no se mezclen cosas de otra índole por ahí más personal en esos ámbitos, entonces se crea el espacio de asamblea de profesionales para que se saquen los trapitos respecto a todo lo demás, y eso no contamine los otros espacios. También tuvo efectos muy positivos” (Lic. en Trabajo Social N° 2, abril 2018).

En el testimonio se remarca la necesidad de mantener dicho espacio de la asamblea de profesionales con el fin de trabajar temas convivenciales entre lxs trabajadorxs, preservando las demás reuniones para abordar las situaciones derivadas de la intervención con lxs adolescentes. Nos interesa resaltar que todxs lxs profesionales manifestaron en las entrevistas una mejora en el clima laboral a partir de su implementación:

“Me parece que está fluyendo mejor la cosa de los vínculos a partir de estos espacios para pensar. En realidad la asamblea tiene que ver con levantar la mano, levantarse para hablar, plantear los temas, poder escuchar al otro, que en la locura de las reuniones, hablamos todos encima” (Lic. en Terapia Ocupacional, mayo 2018).

De acuerdo con este testimonio, Lorenzo Vila y Martínez López (2001) plantean que las asambleas son la base de una organización democrática al interior de un colectivo, ya que le confieren sentido social, comunitario y cooperativo a la autogestión del grupo.

En base al análisis de los procesos de trabajo en la dimensión vincular profesionales-profesionales, entendemos al *“cotidiano del mundo del trabajo como una micropolítica, en la cual somos, individual y colectivamente, productores y producidos en nuestros modos de actuar y en nuestros procesos relacionales”* (Merhy, 2009: 3). Es por esto que cobran gran relevancia los espacios de encuentro entre ellxs, ya que hacen a la constitución del grupo.

Consideramos que, para lxs profesionales, canalizar las formas de malestar en un espacio grupal y colectivo contribuye a disminuir el desgaste profesional, ya que todxs lxs trabajadorxs entrevistadxs rescatan el valor e importancia de las reuniones de equipo, los ateneos y las asambleas profesionales.

Estas últimas son una de las múltiples formas de organización presentes en la Sala de Adolescencia, y tienen un anclaje particular en las experiencias y problemáticas previas. Las asambleas, que en un principio fueron utilizadas para canalizar y exteriorizar *roces* entre personalidades, actualmente son un pilar fundamental para rever cuestiones vinculares entre los miembros del equipo y son ponderadas por ellos como un espacio de construcción colectiva.

Para concluir este capítulo, presentamos las conclusiones parciales a las que hemos llegado. Consideramos que, ante las problemáticas de padecimiento mental que poseen lxs adolescentes, la participación de las redes sociales en el tratamiento -según sus posibilidades- mejora la calidad y el sentido de las relaciones que los sujetos poseen. Desde el lugar de lxs profesionales, lograr abordajes con las familias que sean desfamiliarizantes y desinstitucionalizantes, implican necesariamente una responsabilidad del Estado en el acompañamiento de la persona con padecimiento mental.

Tanto el trabajo inter-institucional como la articulación con dispositivos comunitarios y alternativos a la internación no logran llevarse adelante de forma sostenida en el tiempo por el equipo de la Sala de Adolescencia. No obstante, consideramos que son sumamente importantes para revertir el proceso de institucionalización y deben estar ligados a la comprensión de lxs adolescentes de forma integral, con el fin de ofrecerles la posibilidad de retomar su historia de vida, de reconstruir el lazo social y de restituirles sus derechos.

Las estrategias de abordaje mencionadas por lxs entrevistadxs constituyen sus procesos de trabajo. Del análisis de la relación profesional-profesional, profesional-procesos organizacionales y profesional-adolescentes, emergen situaciones provocadas por el contexto institucional, las condiciones laborales, las relaciones entre compañerxs y jefatura, el trabajo con la población que asiste a la Sala, etc., que generan procesos de desgaste profesional. El mismo es enfrentado por lxs profesionales a través de la constitución de espacios colectivos de encuentro, entre ellas las asambleas de profesionales.

Consideraciones finales

Al iniciar este trabajo de investigación, se planteó la pregunta acerca de la relación entre los significados sobre las reinternaciones de lxs adolescentes por parte del personal de salud de la Sala de Adolescencia de un hospital de emergencias psiquiátricas y sus intervenciones respecto a la familia. La elección de este tema tuvo su motivación en las prácticas pre-profesionales realizadas en el dispositivo de la Guardia de la misma institución, debido a que en el trayecto reconocimos una gran cantidad de adolescentes que reingresaban a través de la figura de la reinternación. Consideramos que, a lo largo del desarrollo de este trabajo, tanto la pregunta de investigación como los objetivos planteados fueron respondidos a través de los diferentes capítulos.

El trabajo se encuentra atravesado por el análisis de los procesos de trabajo de lxs profesionales, que incluye la relación entre ellxs, con lxs usuarixs del servicio de salud y con los procesos organizacionales. A su vez, al iniciar esta investigación, manifestamos que los fenómenos que se inscriben en el campo de la salud mental se constituyen en objetos de estudio complejos, en tensión y en curso, cuestión que ha marcado el tono del desarrollo del trabajo de investigación final en la Sala de Adolescencia. Constatamos la presencia simultánea de disciplinas y profesiones que definen modos distintos -y en ocasiones contrapuestos- de concebir el padecimiento mental, las reinternaciones de lxs adolescentes y sus familias; y por ende modos diversos de intervenir en ellos.

En este sentido, la hipótesis que se planteó al inicio del trabajo es que la dinámica de reinternación de lxs adolescentes incide en las líneas de abordaje de lxs profesionales, de manera que se verifica una tendencia a la reproducción de prácticas familiaristas (que depositan el cuidado y la responsabilidad de lxs adolescentes en sus redes primarias). Luego de haber realizado el análisis de los procesos de trabajo del personal de salud de la Sala de Adolescencia, podemos afirmar que la hipótesis se corrobora. Identificamos en los testimonios de lxs profesionales tanto concepciones tradicionales como críticas en torno a la familia, así como abordajes de tipo familiaristas y con las familias. Si bien encontramos cierto correlato entre la perspectiva y el tipo de intervención, cabe aclarar que en muchas ocasiones los abordajes familiaristas se ligan a la necesidad de externar de la Sala a lxs adolescentes, que se da en un contexto marcado por la falta de recursos alternativos a la institucionalización.

Tras analizar las entrevistas, reforzamos la idea de pensar a este hospital con ciertas características de lo que es un dispositivo disciplinario, una institución total y de encierro. A su vez, el mismo se encuentra influenciado por las normativas nacionales y particulares del territorio como así también por la coyuntura social, política y económica propia del neoliberalismo tardío vigente. En este sentido, el análisis histórico y puntual de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, y de los proyectos de neurociencias, resultó fundamental para comprender y poner en tensión los lineamientos institucionales. Remarcamos que la ley nacional es fundamental en materia de derechos y de Salud Pública, pero su implementación institucional no implica necesariamente que lxs profesionales de los equipos interdisciplinarios compartan esa perspectiva, propongan ni fomenten el abordaje que se propone en sus lineamientos.

En esta línea, identificamos que la Ley N° 26.657 es ponderada de forma positiva por todxs lxs profesionales, exceptuando el/la profesional de Psiquiatría, quien presenta mayores disidencias con el resto del equipo interdisciplinario en cuanto a las formas de abordaje, las concepciones en torno a las familias y a las reinternaciones de lxs adolescentes con padecimiento mental. No obstante la adhesión a la ley nacional que manifiestan muchxs profesionales, en sus entrevistas utilizan denominaciones como “pacientes – patologías - psicóticos - enfermedad mental”, propias de un paradigma biologicista, sin hacer mención al término “padecimiento mental” que plantea en la normativa.

Otra de las conclusiones a las que se arriba en este trabajo es que el proceso de salud-enfermedad-atención debe ser abordado y asumido como una responsabilidad del Estado, como parte constitutiva del derecho a la salud mental proclamado por la ley nacional, y de los derechos humanos en general. Para lo cual es necesaria la asignación efectiva del presupuesto destinado a los dispositivos de abordaje comunitario como así también su implementación concreta, con el fin de lograr un modelo de atención extramuros que sea sustentable. También es fundamental construir intervenciones profesionales que permitan la inclusión de las personas con padecimiento mental en todos los ámbitos de la sociedad de una manera más plena y respetando sus derechos.

Los dispositivos de atención comunitaria son necesarios ya que las familias de lxs adolescentes que cursan una reinternación en general se ven desbordadas por la carga que representa el cuidado de un miembro con un padecimiento mental y se les presentan dificultades en el acompañamiento y apoyo al adolescente durante el proceso de tratamiento. Consideramos que desde las estrategias de intervención se vuelve

imperiosa la necesidad de lograr abordajes con las familias que sean desfamiliarizantes y desinstitucionalizantes.

Lxs adolescentes internadxs en la Sala poseen trayectorias marcadas por múltiples situaciones de vulneración de derechos que son producto, entre otras cuestiones, de las transformaciones sociales, políticas y culturales vividas en nuestro país y el debilitamiento de la política de salud mental así como de las instituciones y sus recursos, que responde a un vaciamiento de lo público por parte del gobierno de turno.

Identificamos que la figura de la reinternación es cuestionada y criticada por algunxs profesionales, mientras que otrxs tienden a naturalizar los reingresos de lxs adolescentes a la Sala. Entendemos que el contexto institucional donde se desarrollan las intervenciones reproduce la lógica manicomial al punto de coercionar al equipo y *aplastar* su voluntad de innovar en las tareas.

Esta cuestión y otras relevadas a lo largo de la investigación, constituyen malas condiciones laborales que inciden en los procesos de trabajo de lxs profesionales y provocan sentimientos de frustración, deviniendo en desgaste profesional. Para hacerle frente, lxs trabajadores de la Sala de Adolescencia se organizan colectivamente en espacios de encuentro, tales como reuniones de equipo, supervisiones, ateneos y la reciente implementación de las asambleas de profesionales, desconocidas previo al trabajo de campo. Resaltamos como fundamental esta instancia de participación y debate, donde se tratan cuestiones del trabajo cotidiano, del vínculo entre compañerxs y donde se re-piensan estrategias para afrontar las condiciones laborales.

En esta investigación nos posicionamos desde la mirada del Trabajo Social y con una perspectiva crítica. El estudio de los procesos de trabajo de lxs profesionales de la Sala de Adolescencia nos permitió rescatar la importancia de la participación de la profesión en los equipos interdisciplinarios en el campo de la salud mental y dar cuenta de la complejidad que reviste la intervención con adolescentes que transitan un padecimiento mental y sus familias, recrudescida en el contexto actual. Se espera que los resultados de esta investigación sean de utilidad y funcionen como suministros para posteriores investigaciones en la temática.

Epílogo

Eliminación del Ministerio de Salud de la Nación.

Resulta importante remarcar que en el transcurso de la escritura de este trabajo de investigación final, que aborda la temática de la Salud Mental, el lunes 3 de septiembre de 2018 el presidente de la Nación Argentina, Mauricio Macri, anunció la eliminación y degradación de nueve ministerios, entre ellos, el de Salud. Esto produjo una desjerarquización, convirtiéndolo en Secretaria de Salud, bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social.

En el marco del neoliberalismo tardío y el ajuste estructural que busca instalar el gobierno nacional, consideramos que la medida anunciada y ya adoptada es condescendiente con un plan de gobierno que busca el debilitamiento y la disminución en la capacidad de acción en materia de Salud Pública, universal, gratuita y de calidad. Con esto, se restringe la posibilidad de gestionar recursos de forma autónoma y se reduce la partida presupuestaria destinada al área de Salud, lo que dificulta la elaboración y aplicación de las políticas públicas.

Nos genera gran preocupación y nos lleva a estar en un estado de alerta permanente el impacto que esta desjerarquización pueda tener sobre la Salud Pública en general y en particular sobre la reglamentación e implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, que desde la asunción de este gobierno ha presentado múltiples dificultades en su aplicación.

Bibliografía

- Allidière, Noemí; Ferrari, Ricardo Ernesto Juan; Sola, Luis Ernesto; Berenbaum, Laura Libertad y Bonelli, Alicia. (1997). *“Fundamentos de Psicología”*. Buenos Aires.
- Amico, Lucía del Carmen (2005). “La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo Social en alternativas de atención”. Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Barcala, Alejandra (2018). *“Políticas de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su participación en los procesos de medicalización del sufrimiento psíquico de niñas y niños”*, en Faraone, Silvia y Bianchi, Eugenia (comp.) *“Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina”* 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Teseo.
- Barg, Liliana (2006). *“Lo interdisciplinario en salud mental”*. Editorial Espacio. Argentina.
- Basaglia, F. (2008). *“Poder y violencia en el hospital psiquiátrico”*, La condena de ser loco y pobre. Buenos Aires: Topia.
- Bejarano, Elida Mabel; Reckziegel, Ursula; Di Carlo, Graciela Mabel y Agrazar, Martin Oscar (2017). *“Experiencias de Asamblea”*, en Dispositivos terapéuticos de atención en Salud Mental y Adicciones. 1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Bianchi, Eugenia. (2018). *“La medicalización contra las cuerdas. Puntuaciones teórico-metodológicas y desafíos para la investigación de la medicalización desde el análisis del TDAH en Argentina”*, en Faraone, Silvia y Bianchi, Eugenia (comp.) *“Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina”*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Teseo.
- Bianchi, Eugenia (2010). *“La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al ‘ADHD’”*, en Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales,

Niñez y Juventud, vol. 8, núm. 1, enero-junio, 2010. Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud. Manizales, Colombia.

- Bianchi, E. y Lorenzo, N. G. (2013). “La recuperación es para obedientes”: Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 3. En *Memoria Académica*.

- Bourdieu, Pierre (1988). “Cosas Dichas”, Editorial GEDISA, México DF.

- Bourdieu, Pierre (1997). “Razones Prácticas” Barcelona: Anagrama.

- Bourdieu, Pierre (2000). “Cosas dichas”. Gedisa, 2000.

- Bruetman, Pablo (2016). “*El sinceramiento de la salud mental*”. *Revista Crítica*.

- Calveiro, Pilar (2005). “Familia y poder”, Buenos Aires, Ed Araucaria.

- Carballeda, Alfredo (2006). “La Adolescencia y la drogadicción en los escenarios de desencanto” en *Revista Margen: Trabajo Social y Ciencias Sociales*, ed. 42, Buenos Aires.

- Carballeda, Alfredo (2008). “Problemáticas sociales complejas y políticas públicas” *Revista Margen*, Edición No 48, Buenos Aires.

- Carballeda, Alfredo (2012). “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas” *Revista Margen*. Edición N° 65.

- Chadi, Mónica (2000). “Redes Sociales en el Trabajo Social”. Editorial Espacio. Buenos Aires.

- Chiarvetti, Silvia (2008). “*La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente*”. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol XVII. N° II.

- Cohen, N. y Gómez Rojas (2003). “*Los objetivos, el marco conceptual y la estrategia teórico-metodológica triangulando en torno al problema de investigación*”, en Lago Martinez, G. Gómez Rojas y M. Mauro (coord.) Buenos Aires.

- Dabas, Elina y Perrone, Néstor. (1999) “Redes en Salud”. Disponible en: <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Redes%20en%20salud.pdf>
- Dankhe, G. L. (1986). “*Investigación y comunicación*”. En C. Fernández-Collado y G.L., Dankhe (Eds.): “La comunicación humana: ciencia social”. México, D.F: McGraw Hill de México.
- Donzelot, Jacques (1998) “La policía de las familias”. Magazin de Troncos.
- Faraone, Silvia (2015). “*Reformas estructurales, contexto nacional y proceso de transformación en el campo de la Salud Mental*” en Faraone, Silvia; Bianchi, Eugenia y Giraldez, Soraya (comp.) “*Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales: actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*” - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Faraone, Silvia (2018). “*Normativa, paradigmas y conceptos: Avances, resistencias y tensiones*”, en Faraone, Silvia y Bianchi, Eugenia (comp.) “*Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*” 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Teseo.
- Faraone, Silvia (2013). “*Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones*”. Salud Mental y Comunidad – UNLa.
- Ferrara, Floreal (1985). “*Teoría Social y Salud*”. Ed. Catálogos. Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M. (1973). “*La verdad y las formas jurídicas*”. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Foucault, M. (2003). “*El poder psiquiátrico*”. Editorial: Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Foucault, M. (2002). “*Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*”. Argentina: Siglo XXI.
- Franco, T. y Merhy, E. (2011). “El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado” Salud Colectiva vol.7 no.1, Lanús. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100002

- Freudenberger, H. J. (1974). "Staff burnout". *Journal of Social Issues*.
- Galende, Emiliano (1990). *"Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica a la razón psiquiátrica"*. Editorial Paidós. Argentina.
- García Delgado, Daniel y Gradin, Agustina (2017). *"Neoliberalismo tardío: Entre la hegemonía y la inviabilidad. El cambio de ciclo en la Argentina"*, en García Delgado, Daniel *"Documento de trabajo N° 5: El neoliberalismo tardío: teoría y praxis"* 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Flacso Argentina.
- Glasser, B y Strauss, A. (1967). "El descubrimiento de grandes teorías: estrategias de investigación cualitativa". Aldine, New York.
- Goffman, Erving (1973). "Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales" Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Goffman, Erving (1989). *"Estigma: la identidad deteriorada"*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Gómez, Paula; Regueiro de Giacomi, Iñaki; Rodríguez, Lucía y Spinelli, Gabriela. (2011). *"Los diagnósticos como forma de discriminación"*, en Asesoría General Tutelar (ed.) *"Panorámicas de salud mental a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26.657"*. Colección: De incapaces a sujetos de derechos; 6. Editorial Eudeba. Argentina.
- Gorbacz, Leonardo A. (2011). *"La ley de salud mental y el proyecto nacional"* en Asesoría General Tutelar (ed.) *"Panorámicas de salud mental a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26.657"*. Colección: De incapaces a sujetos de derechos; 6. Editorial Eudeba. Argentina.
- Guillen, María Elena (2004). *"Enfoque resiliente en Trabajo Social y Salud"*. Revista Margen. Edición N° 35 - primavera 2004.
- Gutiérrez, Alicia (2005). *"Pobre: como siempre... Estrategias de reproducción social en la pobreza"*. Argentina: Editorial Ferreyra.

- Hopenhayn, Martín (2002). “Droga y Violencia: Fantasmas de la Nueva Metrópoli Latinoamericana”. Centro de Investigación Sociedad y Políticas Públicas (CISPO). Disponible en: <http://polis.revues.org/7650>.
- Iriart C., Faraone S. y Waitzkin H. (2000). “Atención gerenciada. La reforma silenciosa”, en Salud-Problema, 5, 9, 59-78, diciembre. México: UNAM.
- Jelín, Elizabeth (2012). “*Las familias en la Argentina: Trayectorias Históricas y Realidades Contemporáneas*”. En Esquivel Valeria y otras. Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado. Bs. As. IDES.
- Klein, Alejandro (2008). “*La (dramática) realidad social y psíquica de muchos jóvenes latinoamericanos*” en Liber. vol.14. n.14. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-4827.
- Kraut, Alfredo J. y Diana, Nicolás (2011). “*Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectoria*”* en Asesoría General Tutelar (ed.) “*Panorámicas de salud mental a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26.657*”. Colección: De incapaces a sujetos de derechos; 6. Editorial Eudeba. Argentina.
*Artículo publicado en Revista Jurídica Argentina La Ley el 8 de junio de 2011.
- Lanzetta, D. y Malegaríe, J. (2013). “Iniciándonos en el mundo de la investigación” Breve resumen sobre etapas del proceso de investigación. Metodología de la investigación. Cat. Cohen.
- Lapassade, Georges y Lourau, René (1977). “Claves de la Sociología”. Barcelona. Editorial Laia.
- Llobet, Valeria (2009). “*Las políticas sociales para la infancia, la psicología y el problema del reconocimiento. Investigaciones en Psicología*”, Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 14.
- Lorenzo Vila, Ana Rosa y Martínez López, Miguel (2001). “*Asambleas y reuniones*”. Traficantes de Sueños. Asociación para la Economía Social (APES). Madrid.

- Mallardi, M. (2004). *“La entrevista en los procesos de intervención profesional del Trabajo Social”*. Diálogos con la filosofía Bajtiniana. Boletín Electrónico Sura - Escuela de Trabajo Social - Universidad Nacional de Costa Rica.
- Mantilla, M.J. (2010). *“Riesgo’, ‘peligrosidad’ e ‘implicación subjetiva’: un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires”*. Vol. 14. No. 32. Interface (Botucatu).
- Martínez, Macarena y Guerra, Patricia (1997). *“Síndrome de burnout: el riesgo de ser profesional de ayuda”*. Revista Salud y Cambio. Año 6, Nro. 23.
- Mendoza, Fabiana (2004). *“Las relaciones entre Trabajo Social y salud mental: un recorrido histórico”* XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. La cuestión social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana. San José, Costa Rica.
- Menéndez, E. (1985) *“Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”*, en Cuadernos Médicos Sociales N° 33. Rosario.
- Menéndez, E. (2004). *“Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”*, en H. Spinelli (comp). *Salud colectiva*. Buenos Aires.
- Menossi, María Paula y Olmo, Juan Pablo (2015). *“La Ley Nacional de Salud Mental y la creación de la “Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”*, en Barcala, A. y Luciani Conde, L. (comp.) *“Salud Mental y Niñez en la Argentina: legislaciones, políticas y prácticas”*. Ed. Teseo. Buenos Aires, Argentina.
- Merhy, Emerson Elias y Franco, Túlio Batista (2016). *“Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud”*. Editorial Lugar.
- Merhy, Emerson E. (2006). *“Salud: Cartografía del Trabajo Vivo”*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Merhy, Emerson E. (2009). *“Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo”*. Ed. 5. Salud Colectiva, Lanús. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000200003

- Moniec, S. y González, R. (2014). “Trabajo Social y Actuación Profesional: Las instituciones de las políticas sociales como ámbitos de intervención”. En: Revista Perspectivas, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones, n° 9, Año 14.
- Moreno, Bernardo; Oliver, Coral y Aragonese, Araceli (1996). “El "burnout", una forma específica de estrés laboral”. En: Buela-Casal, G. y Caballo, V.E. Manual de Psicología Clínica Aplicada Madrid: Siglo XXI.
- Moscovici, S. (1979). “El psicoanálisis, su imagen y su público”. Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A.
- Murillo, Susana (2018). “*El gobierno de las infancias*”, en Faraone, Silvia y Bianchi, Eugenia (comp.) “*Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*”. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Teseo.
- Murillo, Susana (2015). “*La administración de la vida a través de la muerte. De la medicina clínica a la biomedicina*” en Faraone, Silvia; Bianchi, Eugenia y Giraldez, Soraya (comp.) “*Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales: actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*” - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Murillo, S. (2002). “*La cuestión social en Buenos Aires. La condición trágica de los sujetos*”. En Susana Murillo (comp.) Sujetos a la incertidumbre. Transformaciones sociales y construcción de subjetividad en la Buenos Aires actual. Argentina.
- Murillo, Susana (2013). “*La medicalización de la vida cotidiana*”, Ed. 83, Revista de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA), Buenos Aires.
- Pérez Orozco, Amaia (2014). “Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida”. Edición: Traficantes de Sueños. Madrid.

- Pichon-Rivière, Enrique (1978). *“El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social (I)”*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Puhl, Stella M.; Izcurdia, M. De Los Angeles; Oteyza, Gabriela R. y Escayol, Mercedes. (2016) *“Síndrome de Burnout en profesionales que asisten a víctimas de violencia familiar”*, Anuario de investigaciones. Volúmen XXIII. Secretaría de investigaciones. Facultad de Psicología - UBA.
- Rodríguez Carvajal, Raquel y Hermosilla, Sara (2011). *“Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención”*. Medicina y Seguridad del Trabajo. Vol. 57 supl.1. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Rolando, Daniela (2015). *“A cuatro años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657”*. Revista Margen N° 78 – Septiembre 2015.
- Rojas, María Cristina (2005). *“Familia/s: Del modelo único a la diversidad”*. EN Revista Topia Julio 2005. Buenos Aires.
- Rosenfeld, D. (1972). *“Sartre y la psicoterapia de grupos. Cap. I”*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Sandoval, Paula (s./f.). *“Trayectorias vitales, una perspectiva para acceder a las subjetividades de los jóvenes.”* Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/nac/cl/cic/cic-03-sb-18.pdf>
- Saiz Galdós, Jesús y Chévez Mandelstein, Alejandro (2009). *“La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas”*. Espacio Abierto. Intervención Psicosocial. Vol. 18, n.º 1, 2009.
- Stolkiner, Alicia. (2008). *“Hacia la construcción de una política de salud mental”*, en *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XVII, agosto 2008.
- Stolkiner, Alicia (1999). *“La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”*. Revista Campo Psi, año nro. 10. Rosario.

- Stolkiner, Alicia (2005). "Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy". IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Posadas, Misiones, Argentina.
- Urcola, Marcos (2010). "*Estrategias de vida y representaciones sociales de la población infantil en situación de calle*" Buenos Aires, Ed. Ciccus.
- Vasen, J. y Massei, H. (2006). "Reinserción social en adolescentes a través del programa Cuidar-cuidando" en Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría. "Adolescencia". N° 70. Noviembre - Diciembre 2006.
- Vasilachis de Gialdino, Irene (1992). "Métodos cualitativos II. La práctica de investigación", Tesis No 6. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Veleda, Diana (2011). "*Privación ilegal de libertad de niñas, niños y adolescentes en hospitales psiquiátricos. Trámite, decisiones e implicancias de la acción de habeas corpus presentada por el Ministerio Público Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires.*", en Asesoría General Tutelar (ed.) "*Panorámicas de salud mental a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26.657*". Colección: De incapaces a sujetos de derechos; 6. Editorial Eudeba. Argentina.
- Wlosko, Miriam (2009). "*La construcción de la Violencia y el Acoso Laboral: artefactos conceptuales y dispositivos ideológicos*".
- Wlosko, Miriam (2017). "*Métodos de organización del trabajo, racionalidad neoliberal y salud mental*". En "Revista Salud Mental y Comunidad". Universidad Nacional de Lanús. Año 4. N° 4. Agosto de 2017. Departamento de Salud Mental Comunitaria. Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Mauricio Goldenberg. Argentina.
- Yuni José A., Urbano, Claudio A. (2014). "*Técnicas para Investigar. Recursos Metodológicos para la Preparación de Proyectos de Investigación*" Vol. 2. Editorial Brujas. Argentina.

Organismos e informes consultados

- CELS y MDRI (Centro de Estudios Legales y Sociales y Mental Disability Rights International) (2008). “Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental.” Buenos Aires: Siglo XXI. Disponible en: http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf
- CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) (2015). “*El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental: avances y deudas en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios*”. Capítulo XII. Informe Anual sobre la situación de los Derechos Humanos en la Argentina, Siglo XXI, Buenos Aires, 2015. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/derechos-humanos-en-argentina-informe-2015/>
- Concejo Municipal de Rosario (2018). “Preocupación por degradar salud de ministerio a secretaria”. Disponible en: <http://www.concejorosario.gov.ar/preocupacion-por-degradar-salud-de-ministerio-a-secretaria/>
- Consejo de Trabajo Social (2016). “*Pronunciamento elaborado por el Grupo de Salud Mental. Proyecto de Reconversión del Hospital X como Hospital de Neurociencia*”. 15 de septiembre, 2016. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.trabajo-social.org.ar/wordpress/pronunciamento-elaborado-por-el-grupo-de-salud-mental-proyecto-de-reconversion-del-hospital-alvear-como-hospital-de-neurociencias/>
- DNSMyA (2011). “*Informe de gestión. Período abril 2010-noviembre 2011*”. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina.
- OAJ (Observatorio de Adolescentes y Jóvenes) (2016). “*La actualidad en salud mental y medicalización en 12 puntos*”. En: Boletín de Coyuntura, n° 2, Año 1, 2016. <http://observatoriojovenesiigg sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/113/2016/08/OAJ-Boletin-de-Coyuntura-N2-09-25.pdf>
[Consultado en septiembre 2018].
- OAJ (Observatorio de Adolescentes y Jóvenes) (2017). “*Jaqué a la Ley de Salud Mental. Crónica de un ¿final?*”. En: Boletín de Coyuntura, n° 7, Año 2, 2017.

<http://observatoriojuvenesiigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/113/2017/12/OAJ-Boletin-7-salud-mental.pdf> [Consultado en septiembre 2018].

- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2010). Consenso de Panamá. Conferencia Regional de Salud Mental. Ciudad de Panamá, 7 y 8 de octubre del 2010.

- Diario Z (2016). “*El director del Hospital X maltrató a una trabajadora*”. 16 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.diarioz.com.ar/#!/nota/repudio-al-director-del-hospital-alvear-por-maltratar-a-una-trabajadora-55306/>

- Vertex (2006). “*Adolescencia*”, en Revista Argentina de Psiquiatría. Triskier, F. y Wahlberg, E (coord.). N° 70. Noviembre - Diciembre 2006. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/vertex70.php>

Legislación citada

Argentina, Ley 26.657 (2010). Derecho a la Protección de la Salud Mental. Argentina, Congreso de la Nación, noviembre 25. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Argentina, Ley 153 (1999). Ley Básica de Salud. Argentina, Congreso de la Nación, febrero 25. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=3800&qu=c&ft=0&cp=&rl=1&rf=&im=&ui=0&printi=&pelikan=1&sezion=&primera=0&mot_toda=&mot_frase=&mot_alguna=&digId=

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley 448 (2000). Salud Mental. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, julio 27. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_448-00.pdf

Argentina, Decreto 603 (2013). Ley N° 26.657. *Apruébase reglamentación*. Argentina, Poder Ejecutivo Nacional, mayo 28. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>

Argentina. Ley 22.914 (1983). Ley de Internación y Egreso de Establecimientos de Salud Mental. Argentina, Congreso de la Nación, septiembre 20. Disponible en: <http://www.foa.org.ar/legNormaDetalle.aspx?id=13962>

Argentina, Decreto 457 (2010). *Decretos 357/02 y 1343/07 - Modificación*. Poder Ejecutivo Nacional, abril 5. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/165815/norma.htm>

Argentina. Ley 26.618 (2010). *Matrimonio civil. Código Civil - Modificación*. Argentina, Congreso de la Nación, julio 15. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169608/norma.htm>

Argentina. Ley 26.150 (2006). Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Argentina, Congreso de la Nación, octubre 4. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>

Argentina, Ley 26.743 (2012). Identidad de Género. Argentina, Congreso de la Nación, mayo 9. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

Trabajos de Investigación Final consultados

- De Brito, M. y Lamas, A. (2016). *“Los Talleres Protegidos: Salud Mental y redes familiares y sociales ¿Construyendo procesos de inclusión social y autonomía?”*. Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- Estevez, M. y Millet, A. (2015). *“La internación neuropsiquiátrica, un camino hacia la “tranquilidad”*. Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- González, L. y Teveles, D. (2017). *“(Re) construcción de redes en salud mental: Un camino hacia la comunidad”*. Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

Anexo

Entrevista a E1 y E2, licenciadxs en Enfermería

Fecha: 18/05/2018

Lugar: un hospital de emergencias psiquiátricas. Entrevista efectuada en la oficina de Enfermería.

Duración: 40 minutos.

Entrevistadora: **B**.

Entrevistadxs: Licenciadx en Enfermería N° 1: **E1**.

Licenciadx en Enfermería N° 2: **E2**.

A continuación se presenta la transcripción de la entrevista realizada a dos profesionales del área de Enfermería:

B: Muchas gracias. Bueno, ¿te querés presentar?

E1: Bueno. Soy "X", Jefx de la Sala de Adolescencia. Bueno, mi compañerx: "H". Lxs dos somos licenciadxs y estamos en el turno mañana, normalmente. De 06 a 12.30 horas.

B: ¿Hace cuánto tiempo que te desempeñás en tu cargo?

E1: Hace cuatro años. Sí, hace cuatro años.

B: ¿Hace cuatro años como jefx del servicio de enfermería?

E1: Como jefx del servicio, hace cuatro años, y como enfermerx en el hospital, hace doce.

B: Hace doce. Perfecto. Bueno, ¿cómo está conformado el equipo de acá, de la Sala de Adolescencia? El equipo de profesionales.

E1: El equipo de profesionales, bueno, está "J", que es la/el Jefx del Servicio. Después, bueno, están lxs médicxs de planta... ¿Querés que los detallemos? o...

B: No, no.

E1: Lxs médicos de planta, están lxs trabajadorxs sociales, que tenemos dos trabajadorxs sociales en el servicio, y, después, psicólogxs, y después tenemos el/la TO. Unx TO.

B: Perfecto. Bueno, y me habías dicho que los turnos de trabajo se organizan... ¿todos los días vienen ustedes?

E1: Nosotrxs trabajamos de lunes a viernes con turnos de seis horas, y turnos franqueros, que hacen doce horas.

B: Bien, ¿lxs franquerxs también vienen todos los días?

E1: Lxs franquerxs solamente vienen sábados, domingos y feriados.

B: Claro, perfecto. ¿Cómo está conformado tu espacio de trabajo?

E1: Eh, bueno. Normalmente nos desenvolvemos... El espacio de trabajo es éste, el habitual, el ofi de enfermería. Pero, bueno, es uno de los pocos servicios este que tiene un espacio arriba donde tenemos una oficina... Tengo una oficina...

B: ¿Es compartida la oficina?

E1: Es compartida normalmente con las chicas de la mañana, y después tenemos un vestuario, dos baños que son multiuso. Es decir, pueden usarlos todos los profesionales, todo el equipo, pero normalmente estamos más usándolos nosotros. Y después está la oficina de "K" (*Jefx de la Sala de Adolescencia*), que es un espacio amplio para lo que está acostumbrado normalmente Enfermería, que siempre tenemos espacios un poco más reducidos.

B: Perfecto. ¿Siempre fue así esto de que tengan un espacio propio?

E1: No. Cuando antes que se haga esta sala teníamos un ofi de dos por dos. De dos por dos con un techo de toldo. (*Risas*)

B: Bueno, fue un avance.

E2: Ponele...

B: Bueno. Entonces, ¿realizan reuniones de equipo?

E1: Sí. Tenemos reuniones de equipo los lunes, miércoles y viernes. Después, tenemos una reunión para hablar de la convivencia de todo el equipo, que se hace los jueves, y después, también tenemos la reunión de convivencia con los pacientes, que también se hace los jueves.

B: Perfecto. Y, ¿quiénes participan en estas reuniones?

E1: Todo el equipo interdisciplinario.

B: Todo el equipo, perfecto. Eh, en cuanto a las tareas específicas que desarrollan acá en la Sala de Adolescencia, ¿me podrías describir algunas?

E1: Bueno, como es esencial, o sea, nosotrxs somos Enfermería, que está en contacto las 24 horas con el paciente, está encargado de supervisar todo lo que tenga que ver con el comportamiento. Durante las 24 horas, también, la observación constante, la

evolución. Lo que podemos observar... A ver, otra de las tareas importantes es la medicación, y, bueno, el cumplimiento de las normativas dentro de la Sala. Esto sería en líneas generales.

B: Bárbaro. Y, ¿hay alguna tarea o actividad que vos creés, o creen, que puedan hacer y que no realizan por alguna razón?

E1: No. Es más, o sea, siempre se tiende a desvirtuar la función de Enfermería. Hacemos muchas veces otras cosas. El tema de la medicación, el tema de que tenemos que ir a buscar las cosas de depósito... Esas cosas, o sea, son tareas desvirtuadas que tenemos desde Enfermería. Una de las cosas que también se va a desvirtuar, pero que vamos a intentar hacer en el Servicio próximamente va a ser que Enfermería empiece a participar un poco más de los talleres.

B: ¡Qué interesante!

E1: O sea, a falta de recursos, nosotros... Desde el Departamento de Enfermería nos están brindando la posibilidad de, quizás, poder hacer eso. Y, bueno, es un desafío de organizarlo y fijarnos que se den talleres que tengan que ver directamente con esto. Que sean talleres productivos para la Sala y que tengan un beneficio, también, con respecto al tratamiento, ¿no? Así que va por ese lado.

B: Y, ¿estos talleres serían sólo de ustedes o compartidos con los otros profesionales?

E1: No, bueno, Es uno de los pocos Servicios, junto con el Hospital de Día, en los que Enfermería participa con el equipo interdisciplinario y esto se nota mucho, en líneas generales, en la participación que tenemos. O sea, siempre es abierto. Nosotros vamos a poner... En realidad, ¿qué pasa? En el equipo interdisciplinario todos estamos a la mañana. Los talleres estarían más formados. Lo que nosotros necesitaríamos es que...

(Interrupción)

E1: Bueno, nada, así que son compartidos. *(Risas)*

B: Perfecto. Y, te pregunto más sobre estos talleres, ¿cuál es la idea de hacer estos talleres?

E1: Yo tenía idea de ocupar espacios que tengan que ver con cuando se están yendo... Normalmente se hace un vacío, porque nos vamos todos. A las 12, 12.30 horas nos vamos todos. Es así, el Servicio queda casi en ausencia como todo el hospital. Queda en ausencia de mucha gente, entonces era la idea hacer en horarios que están... Estos en que empezamos a irnos, empezar a hacer talleres relacionados, ¿qué se yo? Al mediodía

pensaba en caminatas, en elongación, algo que hagan para que también... Hay mucho sedentarismo en esta especialidad, tanto de los pacientes como de nosotros, así que hacer una caminata en estas horas antes de la comida o después de la comida, hacer una elongación. Después, también, otro de los talleres que tenía pensado para... Ya también en otro horario, que también es un espacio que se hace para el paciente como un vacío, y se nota mucho en las consultas con los médicos, es, o en la guardia más que nada... La demanda es de 18 a 21 horas. La idea es que en esa hora podamos hacer algún taller que tenga que ver más con la relajación, que puede ser algo de... Con distracción; que puede ser un taller de cine. También este taller de cine puede aparejar también que antes de las 18 puedan hacer pochoclos, tipo taller de cocina. O sea, esto, que esté relacionado con estas cosas. Las actividades todavía no las tengo totalmente detalladas, pero bueno, son ideas que estoy armando, y la idea es que podamos tener talleres todas las semanas

B: Buenísimo. En cuanto a las actividades que se realizan acá en la Sala, con los adolescentes, ¿vos o Enfermería participan en alguna de ellas?

E1: Eh, mientras den las posibilidades, o sea, que tengamos el personal necesario. Que recién en esta época empezamos a tener un poquito más de enfermeros porque ingresaron, pero todavía faltan recursos humanos, así que estamos medio acotados con esto. Pero ahora estamos participando más del taller de actividad física, y también en talleres... También muchas veces vemos los talleres de la terapia con los perros, que también participamos.

B: Sí, me contó el/la terapeuta. Una pregunta que me había quedado de antes: ¿cuántos pacientes tienen en relación a cada enfermero, más o menos? ¿O los comparten todos?

E1: Eh, normalmente, como somos dos, como trabajamos dos o tres... Normalmente son dos titulares, salvo a la mañana que estoy yo, que soy el jefe, y hay tres enfermeros, pero, por la alta demanda que hay a la mañana en todos los servicios, está reforzado el turno mañana de enfermería. Después, normalmente son dos titulares por turno. Eh, bueno, trabajan en conjunto.

B: Perfecto. Y, ¿en cuanto a cantidad de pacientes...?

E1: Y, ahora solamente tenemos... Este servicio está preparado para, en teoría, para treinta y dos pacientes. Eh, cuando nos mudamos del otro servicio, del servicio viejo, nos mudamos con dieciocho. También, pasamos una etapa que teníamos eh... Que la edad de internación del adolescente era de 14 a 21. Después, por esta... Fue fundamental esto de la edad. Te lo cuento porque fue una época en que tuvimos que reducir la cantidad de camas por la violencia que había. Los adolescentes de 18 a 21,

más que nada. Eh, esa me parece eh... Más internaciones de varones, y los varones son más impulsivos, mucho más violentos. Entonces, había muchos enfermeros de ART por la violencia que había dentro de la Sala, entonces hubo una reducción de camas y dimos de baja cuatro camas... Eh, teníamos dieciocho y dimos seis camas de baja, y quedamos con doce. Después, apareció esto de la ley y bueno. Empezamos a analizar un poquito más la ley, las cosas cómo se venían dando. La ley dice bien claro que mayor de 18 es adulto. O sea, nosotros estábamos infringiendo la ley con esto de que convivían adultos y menores dentro de la misma sala. Entonces, automáticamente, hicimos el corte a 18 años. Con esto, o sea, se redujo un montón la cantidad de pacientes varones que ingresan. El paciente varón empieza a aparecer o sufrir dificultades... Empiezan a aparecer, casi siempre, después de los 18 años, así que ya no los tenemos dentro de la sala. Si te puedo hacer un análisis, no tengo una estadística exacta, pero hay mucha menor internación de varones. Con esto bajó mucho la violencia, pero también seguimos con la falta de recursos humanos, así que quedamos con un promedio de camas... Siempre diez camas. Ahora tenemos once camas habilitadas.

B: Es, o sea, más o menos cinco y cinco, o seis y cinco...

E1: Se van habilitando dependiendo la demanda. Si ves la cartelera, tenemos tres varones y después mujeres, y tenemos todavía dos camas libres.

B: Claro. Y, volviendo... Introdujiste un poco el tema de la ley. ¿Qué otras cuestiones para vos son importantes de la ley, aplicada acá al hospital?

E1: Bueno. La ley tiene, bueno, todo un tema, creo, con el equipo interdisciplinario. Mirá, se trata de aplicarla lo mejor que se puede y de interpretarla lo mejor que se puede. Es muy difícil porque, como todos lo vemos, no tenemos los recursos dados para poder desarrollarla de la mejor manera. O sea, se cumple en sí, bueno, todo lo que es legal... Empezamos a ver más abogados, más defensores. O sea, en esta parte se ve que la ley activó estas cosas, que la verdad es que faltaban, donde empiezan a participar más todo lo que tenga que ver más con lo legal, para ver cómo se puede articular mejor la internación. Bueno, esa parte está buenísima. Creo que cumple con los requisitos de la ley, pero ¿qué pasa? Todavía falta que... Faltaría que la gente que... Que los abogados que vienen, quizás, estén un poco más capacitados y más relacionados con la salud mental, y no que tomen cosas esporádicas que van por afuera. Ahora, la ley lo que nos hace a nosotros dentro de la internación, solamente... O sea, interrumpe el trabajo, y también... Y, ¿por qué? O sea, porque hay demanda de pacientes muchas veces, de que están los abogados y, desde que está la ley funcionando, nosotros tenemos que contestar

notas semanales casi con cosas que no suman. Quizás sí tengan que ver un poco con la convivencia, pero bueno. Que te dejen escritos que te vengan de un juzgado, que lo tengas que contestar, que muchas veces también tengas que ir a declarar, se complica un poco. Y no otorga la ley todavía... O sea, esta parte está funcionando, me parece perfecto, pero no está funcionando la parte que nos ayudaría un montón, que sería la parte de la derivación y externación. Nosotros, hoy en día, como vos sabés, en el sistema de salud, no tenemos instituciones para derivar pacientes. O sea, no cumplimos con la ley, ¿por qué? Porque nosotros tenemos pacientes que tienen indicación de alta médica y no tenemos dónde derivarlos. En este paso, o sea, hay una parte que está funcionando, pero la parte que más nos interesa, todavía faltan los recursos. La ley en sí, es una ley súper pro, súper renovadora, con una ideología interpretando... Como "bien". Yo creo que es renovadora, ¿no? Y apunta a un sistema de salud moderno que todo Sudamérica necesita, que es la prevención, la externación rápida... Siempre, después, podés empezar a detallar lo que tenga que ver con la descentralización de los hospitales... O sea, son cosas que son a discutir, pero creo que está bien planteada y es de discusión, y se pueden sacar un montón de beneficios.

B: Claro.

E1: Y después podés discutir la ley veinte horas seguidas y... *(Risas)*

B: ¿Cuál?

E1: Que podemos discutir de la ley durante veinte horas seguidas, porque de verdad es para interpretarla de muchas maneras.

B: Sí... pero, más o menos, ¿cómo es tu interpretación o cómo lo pensás vos?

E1: Es, más o menos, como lo interpretan todos.

B: Bueno, a nosotras más que nada nos interesaba acá consultarles, consultarte, sobre los adolescentes que reinternan. Digamos, básicamente, si ustedes ven alguna diferencia entre un adolescente que internan por primera vez o alguno que reinternan más de una vez.

E2: ¿Diferencia en qué sentido?

B: En cuanto al tratamiento.

E2: Y, todo vas a ver distinto, porque cada paciente es un individuo diferente en una situación distinta. No tiene nada... Es una pregunta que, me da la sensación, que no tienen idea de lo que es un paciente psiquiátrico. Eso lo pregunta alguien que no tiene idea de lo que es la especialidad.

B: ¿De la especialidad de Enfermería o la especialidad de salud mental?

E2: De salud mental.

B: O sea que no hay ninguna diferencia entre un paciente que internan por primera vez y uno que reinternan...

E2: Todo lo contrario. Hay muchísimas diferencias.

B: ¿Querés comentarme algunas?

E2: Claro. Lo que te acabo de decir: cada individuo es distinto. El diagnóstico puede ser el mismo, pero la persona es distinta, y aunque tenga quinientas internaciones o una internación, el momento de la internación puede ser distinto a otras situaciones de internación. Esa es la respuesta.

B: ¿Vos querés comentarme algo distinto? (*pregunta dirigida a licenciadx en Enfermería* 1)

E1: Yo creo que lo que querés, más que nada, también pensando en a lo que querés llegar... O sea, esto de la reinternación, y cambio. O sea, un cambio radical que muchas veces se dea en lo que son las reinternaciones es lo que sería el paciente que se hospitaliza. O sea, se sienten más cómodos dentro del hospital que afuera del hospital. Y ahí, empezás por mil razones. Pueden ser las razones sociales, porque muchas veces tenemos situaciones de calle, o también pueden ser las razones que son directamente patológicas, que no están en la casa. Es más, nosotros hoy día... No es para menospreciar el nivel económico que tenemos, en líneas generales todos, ¿no? Pero bueno, hay un nivel económico, y acá, normalmente, en una internación, en esta internación tenés las cuatro comidas, tenés un techo, tenés sábanas limpias, que... O sea, quizás, no lo... Nosotros decimos “preferible estar en mi casa”, pero no. Mucha gente quizás lo toma de esa manera, y sí. No hoy en día en adolescencia, pero lo veo mucho en adultos, que estas reinternaciones muchas veces son a pedido de las personas que vienen, se instalan en el hospital y quieren una internación para poder gozar de estos beneficios. Y cambia mucho por esto, digamos. Cambia mucho la reinternación, un montón, en esto que tenés que evaluar, que es la hospitalización, que el paciente realmente muchas veces no necesita... No es realmente necesario una internación, pero la busca para poder tener otra expectativa, otra calidad de vida dentro de la institución. Después, lo que son...

(*Interrupción*)

E1: Lo que son... Ahí tendrías una de las posibilidades, y otra de las posibilidades es

que, de verdad, el paciente adolescente, normalmente es el primer brote. El paciente psiquiátrico tiene sus altibajos y, más que nada, siendo el adolescente muy fluctuante en todo lo que son las emociones, tiende a tener más internaciones que el adulto. Nosotros tenemos, y ahí tenés otra variable más, que también, dependiendo... Vas a tener que depender del tratamiento que recibe durante la externación. Vos podés programar algo, pero normalmente no termina siendo lo que uno espera. O, también, la derivación a quién. Nosotros no tenemos una buena comunicación con consultorios externos de adolescentes, y, normalmente, atendemos esto de las dificultades con condiciones totalmente diferentes.

B: ¿Tienen una buena o no tienen una buena comunicación?

E1: No tenemos una buena comunicación, y varía mucho en lo que tenga que ver con que o le dieron el alta muy rápido, o se tiene que quedar más. Es decir, empezamos con estas discusiones, no nos reciben a los pacientes. Hay todo un tema con los consultorios externos, que lo habrás escuchado. *(Risas)*

B: No. La verdad, sos la primera persona que me lo dice de las personas que entrevistamos, pero... O sea, claro, se refieren a criterios distintos.

E1: Sí, sí. Qué raro, porque en una de estas encuestas que está haciendo Trabajo Social... Bueno, uno de los pedidos por los que la van a realizar es por esto, porque consultorios externos... Tenemos mala comunicación con consultorios externos del hospital.

B: Ah, mirá, no surgió eso. Bueno, una de las preguntas que tenía era sobre esta cuestión del trabajo, o de la intervención que se hace por fuera de la institución. Pero bueno, ya me habías comentado que es algo que queda medio trunco al fin y al cabo. Y así como una cuestión más particular, el tema de las reinternaciones de los adolescentes, ¿cómo esperás que sea el futuro de estas personas, de estos adolescentes que por ahí tienen muchas reinternaciones?

E1: No, uno siempre espera que puedan tener una estructura que los pueda... Donde ellos puedan reinsertarse en la sociedad. Bueno, como te dije antes, va a depender de un montón de variables, tanto su situación, tanto también tratamiento y algo que sí, que muchas veces... Que hay que apoyar mucho es el ambiente donde se van a desarrollar. Bueno, eso, como te dije antes, va a requerir de una inversión tanto del gobierno, porque falta la estructura principal, muchas veces, que es la familia. La idea es que siempre estén lo mejor que se pueda.

B: Claro. Justo una de las preguntas que seguía era el tema de la familia, digamos. ¿Ves alguna diferencia entre las familias de los adolescentes que vienen por primera vez y después no vienen más, o una persona que reinterna muchas veces?

E1: Soy totalmente del criterio de que la familia, en el apoyo de las internaciones, es lo principal. Un paciente que no vuelve es, seguramente, porque tiene una buena contención.

B: O sea que considerás que cambiaría la participación de las familias.

E1: Sí, sí. Cambia totalmente. Mirá, si el paciente se va con un buen tratamiento y un buen entorno que lo acompañe, seguramente va a ser muy difícil que tenga una recaída para internación. Puede ser que tenga una recaída, que tengan que reforzar un poco la medicación, pero, por ahí, más por consultorio.

B: Claro, perfecto. Me comentabas un poco del contexto social de estos adolescentes que por ahí reinternan. ¿Te referís a qué cuestiones en ese sentido?

E1: Bueno, la parte social, o sea... Hoy en día, no tenemos tanto. Por ahí estamos un poquito mejor, pero con anterioridad teníamos un promedio de pacientes que eran directamente con situación de calle o que ya tenían conocido todo el entorno de lo que era el Servicio Social del Gobierno de la Ciudad, que pasaban por hospitales, que pasaban por paradores, y no tenían una estructura. O sea, no tenían una familia, no tenían una referencia. Antes teníamos más. Hoy en día, estamos trabajando más con lo que queda de familia.

B: Claro. Y cuando te referís a familia, ¿decís los lazos sanguíneos más primarios?

E1: Más primarios, sí. En lo que es toda la estructura social, es el comienzo, es la base. Mientras no esté bien estructurado eso, normalmente, tienden a tener muchas dificultades los pacientes para la recuperación y para la derivación, porque al faltar... Si nos falta el principio, nos va a faltar lo último, porque lo último sería que el Estado nos pudiera brindar eso, y el Estado no está, y empezamos para atrás. Normalmente, los tratamientos empiezan... Hay muchos tratamientos que se empiezan a trabajar con la idea de una derivación a un lugar, y se termina trabajando con lo que se puede trabajar de la familia; con la base. Pero con... Emparchando muchas cosas.

B: ¿En qué sentido emparchando?

E1: Y, buscando cosas de que se puede llegar a pensar en una madre que tenga alguna patología, y se empieza... Se hace el tratamiento acá, se la medica acá, luego se la deriva a consultorios. O sea, empezando a solucionar temas que son de antesala a esto. Y, también, otras cosas que son como denuncias judiciales, que tenés que

desenmascarar, que pueden ser mentira o verdad, denuncias por abuso. Tenemos una chica que tiene una denuncia contra el padre por abuso y bueno, se está haciendo una vincular. Parece ser que la chica dice que fue hostigada por la madre para hacer la denuncia. Ir para atrás y empezar a tratar de solucionar estas cosas que... De arreglar lo mejor que se pueda hacer, y empezar a reanudar los vínculos.

B: Sí, totalmente. Bueno, creo que ya estaríamos. Ah, en el caso de lo que es el alta de un paciente o de una paciente, la decisión, fundamentalmente, ¿quién la tomaría o quiénes la tomarían?

E1: No, la internación, obviamente, la firma la termina trabajando el médico, pero con esto, como es un... Como te digo, a veces más, a veces menos, pero bueno, todo el equipo tiene una participación dentro del alta médica y se coincide cuando se va a dar un alta. Cuando se va a dar un alta, creo que se coincide en el equipo. O sea, todos tenemos una misma visión, salvo de algún caso en particular, pero si damos a un paciente de alta lo tenemos que ver bien todos.

B: Perfecto. Bueno, ¿quieren comentarme algo más?

E2: Faltarían más instituciones para los pacientes que no tienen familia continente, que es la mayoría.

B: ¿La mayoría de las personas que internan acá, en el caso de adolescentes?, ¿cuesta mucho esa cuestión?

E2: Sí. No tienen dónde ir, un lugar adecuado dónde ir, y lo poco que existe es más o menos. Y, si llegan a tener familias, generalmente son familias muy disfuncionales, donde se hace muy difícil esa reinscripción en ese núcleo familiar, que ya es patológico también, y a veces lo más sano es que estén en hogares. Lo más sano entre comillas. No tienen muchas más opciones. No hay, no hay estructura para que alojen a estos pacientes. Son pacientes que, en definitiva, son crónicos. La mayoría terminan siendo crónicos.

B: ¿A qué te referís con crónicos?

E2: Van a estar toda su vida con una cuestión psiquiátrica. Van hacia el deterioro. Ahora porque son adolescentes, pero pasan diez, veinte años y los volvés a ver internados en salas de adultos. Son pacientes que difícilmente puedan valerse por sí mismos en la sociedad. Van a siempre requerir el apoyo de una institución o una entidad que se ocupe de sus necesidades. Eso, lamentablemente, cada vez se ve más, y cada vez se ve más que hay menos familias, menos adultos responsables y sanos, como para ser responsables de la crianza de hijos. Eso se está viendo mucho.

B: ¿Te referís a que se ve más gente con padecimientos mentales, o a las familias puntualmente te referís?

E2: Y, una cosa lleva a la otra. Hay una tendencia social de nuestra sociedad, que no se responsabiliza de sus hijos el familiar. Los padres que no saben ser padres. A veces se ponen a la misma altura de los hijos, entonces no hay ley, no hay límite, algo que los delimite y los contenga. Porque un límite es una forma de contener, sobre todo en la adolescencia, y eso no se ve. Como que todo da lo mismo. Te das cuenta muchas veces con las actitudes de algunos de los padres que vienen acá, que habilitan a hacer cosas que no corresponden, como que no se ubican que están en un hospital internados, no en una colonia de vacaciones o pasando vacaciones en algún lado. Entonces, como que hay un desfasaje. La gente está muy desubicada en el rol. Si no estás capacitado, no tengas hijos. Y eso se ve mucho, se ve mucho.

B: Claro. ¿Decís que en este contexto histórico se ve cada vez más?

E2: Sí. Hace unos años atrás se veía otro tipo de pacientes. Estoy hablando de hace más de veinte años atrás. Como que predominaba más otra característica de los pacientes. Ahora como que hay más adicción, y se ve mucha ausencia de padres. O sea, padre y madre, ¿no? Del rol, de una figura que cumpla ese rol, ya sea biológico o no, ¿viste? Como que no hay adultos que se desempeñen como tales, y, lamentablemente, se ve muchísimo. No vislumbro un buen panorama, en ese sentido.

B: Claro, por ahí en esta pregunta del futuro en sí...

E2: Claro, no le veo un buen augurio a todos, lamentablemente. Y también deberían de existir otro tipo de instituciones distintas a esta, donde estén en condiciones de albergar pacientes con adicciones y con trastornos psiquiátricos. O pacientes con trastornos psiquiátricos y, a parte delictivos, con antecedentes delictivos. O sea, no existe eso, lamentablemente, y pasa esto. Lo derivan acá con orden judicial o lo que fuere, pero no es el lugar adecuado, y no hay un lugar adecuado tampoco. No existe, no está creado. Así estamos.

B: Claro. La cuestión de los pacientes duales, ¿vos lo vislumbrás más en este período, en estos años?

E2: Ha crecido mucho el consumo de sustancias tóxicas en la población psiquiátrica en general, no solo de adolescentes. En general. Hace veinte años atrás o más, no se veía el consumo que se ve ahora. Como que es moneda corriente, se ve mucho. Y la facilidad que tienen para conseguir. Y tené en cuenta que muchas veces son los propios adultos responsables de los menores que están acá internados que a veces les habilitan, ya sea

porque les traen, o porque en la casa consumen con los padres o los adultos responsables. Eso es un tema bastante disfuncional, por decirlo de la forma más educada. Entonces, con esos parámetros es muy difícil rescatar algo, o es muy mínimo.

B: Claro. ¿Actividades con las familias realizan acá en el hospital?

E2: Hay entrevistas con las familias, pero no en forma directa. En la internación, no. Sino entrevistas en los consultorios donde se trabaja con los pacientes y las familias, sí. Pero no dentro de la internación más propiamente dicho.

B: Bueno. Claro. Les agradezco mucho por toda la entrevista y por brindarme el espacio.