



**Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social**

**Título del documento: Salud Mental en contextos de Internación Psiquiátrica : modalidades de tratamiento y abordaje a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**Sofía Magdalena Ibarra**

**Eugenia Bianchi, dir**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis): 2017**

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](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)





**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL  
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN**

**“Salud Mental en contextos de Internación Psiquiátrica:  
modalidades de tratamiento y abordaje a partir de la Ley Nacional  
de Salud Mental N° 26.657”**

**Autora:**

Sofía Magdalena Ibarra – DNI: 37.425.629  
[sofiam.ibarra@gmail.com](mailto:sofiam.ibarra@gmail.com)

**Tutora Temática:**

Eugenia Bianchi  
[eugenia.bianchi@gmail.com](mailto:eugenia.bianchi@gmail.com)

**Plan N°: 1987**

**Año de Taller IV: 2015**

**Fecha de Presentación: 02 de noviembre de 2017**

## RESUMEN

**Título:** “Salud Mental en contextos de Internación Psiquiátrica: modalidades de tratamiento y abordaje a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657”

**Autora:** Sofía Magdalena Ibarra

DNI: 37425629

[sofiam.ibarra@gmail.com](mailto:sofiam.ibarra@gmail.com)

**Fecha de Presentación:** 02 de Noviembre de 2017

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad analizar, a través de las tensiones entre un modelo asilar y un modelo desmanicomializador, las formas de abordaje y las modalidades de tratamiento durante la internación psiquiátrica en salud mental en un hospital monovalente. Las tensiones mencionadas son analizadas como dificultades concretas para la aplicación completa y acabada de los principios establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

El presente trabajo se enmarca en una metodología cualitativa de tipo descriptiva y analítica, para el cual se utilizaron, como fuentes primarias, entrevistas semi-estructuradas realizadas a siete profesionales, de diferentes disciplinas, que trabajan en la institución analizada y registros de campo obtenidos durante el año de práctica pre-profesional (2015). Como fuentes secundarias se utilizaron diversos materiales bibliográficos, entre los que cabe destacar a autores como Foulcaut, Goffman, Stolkner, Faraone y Galende entre otros.

**Palabras Clave:** Salud Mental-Internación Psiquiátrica-Trabajo Interdisciplinario-Derechos.

## ÍNDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
Metodología.....	4
Estructura del TIF.....	6
<b>Capítulo I “De la Locura a la Salud Mental: Recorrido Histórico de una Construcción Social.....</b>	<b>7</b>
Control Social: Tratamiento Histórico de la Locura.....	8
Padecimiento mental y su reclusión en instituciones psiquiátricas.....	10
Antecedentes Históricos a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental.....	13
Ley Nacional de Salud Mental como representante de un cambio de paradigma.....	16
Salud Mental desde la LNSM y sus modos de abordaje.....	18
Modalidades de Tratamiento desde la LNSM .....	20
Personas con Padecimientos mentales como Sujetos de Derecho .....	22
A Modo de Cierre.....	24
<b>Capítulo II “El abordaje de la Salud Mental desde Equipos Interdisciplinarios”.....</b>	<b>26</b>
La Salud Mental como Campo: concepciones y modos de intervención como objetos de disputa.....	26
El Trabajo Interdisciplinario como parte del nuevo paradigma en Salud Mental.....	31

El Trabajo Interdisciplinario en el Hospital Moyano: Avances y Desafíos .....	35
Rol que desempeña/se le asigna al Trabajo Social en el equipo interdisciplinario en Salud Mental.....	40
A modo de Cierre.....	43
<b>Capítulo III: “Modalidades de Tratamiento en el Hospital Moyano: La externación y sus desafíos”.....</b>	<b>46</b>
La internación psiquiátrica en el Hospital Moyano: Perspectivas de las Profesionales.....	46
Problemáticas sociales como componentes de la salud-padecimiento mental.....	49
La Familia como Privilegio.....	52
Políticas Públicas como resultado de relaciones de fuerza.....	55
Estigma Social del Padecimiento: la sociedad como riesgo.....	59
Institucionalización: el Hospital como lugar de pertenencia.....	61
A modo de Cierre.....	65
<b>Consideraciones Finales.....</b>	<b>67</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>71</b>
<b>Anexos.</b>	

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación, realizada durante el transcurso del año 2017, se enmarca en el Trabajo de Investigación Final de la Licenciatura de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires (UBA). La investigación surgió a partir de lo observado en las prácticas pre profesionales correspondientes a la materia Taller nivel IV de dicha carrera, realizadas en Servicio de Mediano Tratamiento del Hospital Braulio A. Moyano durante el año 2015.

La elección de la institución analizada, en tanto hospital monovalente, responde a la necesidad de dar cuenta de la persistencia de lógicas manicomiales en simultáneo con aquellas que responden al paradigma representado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. De esta manera, se parte de consideración de que, en lo referente a la concepción y tratamiento de la Salud Mental, nos encontramos en un proceso de transición introducido por la sanción de la LNSM, cuyo intento de ruptura con los modelos de concepción y abordajes previos estructuran el análisis realizado en el presente trabajo.

Si bien los cambios a los que conlleva la sanción de la LNSM se evidencian en todos los aspectos que hacen a la Salud Mental, propongo centrar el análisis sobre la incidencia de los mismos en el Hospital Moyano en relación a dos tópicos específicos: la forma de abordaje por un lado, y modalidades de tratamiento por el otro.

El abordaje de los tópicos mencionados surgen a partir de la constatación, durante las prácticas pre-profesionales, de la presencia de mujeres internadas en el Hospital Moyano que, acorde a los postulados de la LNSM, se encuentran en condiciones para la externación, en la medida en que no detentan condiciones de cierto riesgo o inminente. Ante esto, la pregunta que ha guiado esta investigación es: *¿Cuáles son los factores que tienen en cuenta los equipos interdisciplinarios del Hospital Moyano para definir la modalidad de tratamiento -de internación o ambulatoria- que deben recibir las mujeres que se encuentran internas en dichos pabellones?*

De esta manera, la observación realizada en las prácticas pre-profesionales, dio lugar a la siguiente hipótesis frente a la pregunta planteada: *en la evaluación que realizan los profesionales para determinar la continuación de las internaciones se consideran aspectos que exceden a la condición de que la persona no presente riesgo cierto o inminente para sí o para terceros.*

Ante lo mencionado, el objetivo general propuesto para la presente investigación pretende *conocer los factores que condicionan la determinación del alta de la internación psiquiátrica en las situaciones en las cuales las pacientes se encuentran en condición de realizar su tratamiento de manera ambulatoria*. Con el fin de abordarlo, se plantean los siguientes objetivos específicos: en primer lugar, *identificar las concepciones que los/as integrantes de los equipos interdisciplinarios poseen sobre la internación psiquiátrica*. En segundo lugar, *analizar las estrategias que llevan a cabo dichos equipos para definir las modalidades de tratamiento que deben recibir las mujeres que se encuentran internadas en sus Servicios*. En tercer lugar, *se pretende conocer el lugar que ocupa el Trabajador/a Social dentro de los equipos interdisciplinarios del Hospital Moyano*.

### **Metodología**

La presente investigación tiene un alcance descriptivo y analítico, en la medida en que pretende conocer y describir las prácticas de abordaje que realizan los equipos de trabajo, en relación con el marco institucional en que se desempeñan, y a la luz de las implicancias que ha tenido la implementación de la LNSM.

La metodología de la investigación es de carácter cualitativa, en tanto que la misma permite especificar las propiedades importantes de cualquier fenómeno que sea sometido a análisis, permitiendo identificar las distintas dimensiones por las que se encuentra atravesado (Hernández Sampieri, 2010).

Ante lo mencionado, y con el fin de abordar los objetivos de esta investigación, he realizado siete entrevistas semi-estructuras a las profesionales intervinientes de los Servicios de Mediano y Largo Tratamiento del Hospital Moyano (entre el mes de abril y junio del año 2017) y he retomado los registros realizados durante las prácticas pre-profesionales (entre los meses de marzo a noviembre de 2015). Las profesionales entrevistadas fueron: dos Psicólogas, dos Psiquiatras, dos Trabajadoras Sociales y una Terapeuta Ocupacional.

Al respecto, previo al ingreso a campo, se presentó el diseño de investigación ante la Directora del Servicio Social y ante el Área de Investigación y Docencia del Hospital, para tener el aval del mismo al momento de realizar las entrevistas. Luego de tres semanas a la espera de la autorización pude concretar el ingreso al campo.

Es necesario mencionar que, en el diseño de investigación, había delimitado como unidad de recolección de información a los/as profesionales del Servicio de Atención a Corto Plazo en vez del Servicio de Largo Tratamiento. Sin embargo, en el primer momento de ingreso a campo me informaron que el Servicio de Atención a Corto Plazo no contaba con atención interdisciplinaria de forma permanente. Por lo tanto, se decidió sustituir dicho Servicio por el de Largo Tratamiento.

Al respecto, la decisión inicial plasmada en el diseño, respecto a no incorporar el análisis de servicios crónicos (como el de Largo Tratamiento) respondía a la idea de que, en dichos dispositivos, encontraría mujeres cuya internación se mantenía debido al deterioro producido por las patologías psiquiátricas por lo que, supuse no se encontraban en condiciones de realizar su tratamiento de manera ambulatoria. Para mi sorpresa, a través de lo recabado en las entrevistas realizadas a las profesionales del Servicio de Largo Tratamiento, pude constatar que allí también se encuentran internadas mujeres que no se encuentran en situaciones de riesgo cierto o inminente y, por lo tanto, están en condiciones de realizar su tratamiento de forma ambulatoria. A su vez, considero que la incorporación de este servicio al análisis resultó ser mucho más adecuada a los objetivos propuestos, en la medida en que las problemáticas analizadas como dificultades de externación se presentan con más claridad –y de forma más aguda- en las mujeres que permanecen internadas desde hace varios años.

Otra de las modificaciones respecto a lo planteado en el diseño, se deriva de la cantidad de entrevistas realizadas. Tal como lo había planificado en el diseño, realicé entrevistas a las profesionales de Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social de los Servicios de Mediano y Largo Tratamiento pero al constatar que el equipo de este último Servicio estaba compuesto también por una Terapista Ocupacional, consideré pertinente entrevistarla.

Las siete profesionales entrevistadas fueron informadas sobre los objetivos de la presente investigación. Su libre elección de participar en este trabajo quedó establecida en un consentimiento informado firmado por las mismas.

## **Estructura del TIF**

En base a los objetivos plateados, y la necesidad de alcanzarlos, la presente investigación se estructura de la siguiente manera:

**Capítulo I “De la Locura a la Salud Mental: Recorrido Histórico de una Construcción Social”:** en este capítulo se abordan las concepciones y prácticas en relación al padecimiento mental que precedieron a la sanción de la LNSM, con el objetivo de evidenciar la manera en que la mencionada normativa conlleva a un cambio de paradigma en lo referente a la concepción y tratamiento de la Salud Mental.

**Capítulo II “El abordaje de la Salud Mental desde Equipos Interdisciplinarios”:** en este capítulo analizo las modificaciones, continuidades, obstáculos y desafíos ante el abordaje de la salud mental de forma interdisciplinaria en los equipos entrevistados del Hospital Moyano. Lo mencionado es analizando en relación a las tensiones existentes entre el nuevo paradigma en Salud Mental y la persistencia de lógicas manicomiales construidas a lo largo de la historia. A su vez, realizo un análisis del lugar que ocupan las Trabajadoras Sociales en los equipos interdisciplinarios, identificando continuidades y rupturas frente a ciertas representaciones sociales construidas alrededor de dicha disciplina.

### **Capítulo III “Modalidades de Tratamiento en el Hospital Moyano:**

**La externación y sus desafíos”:** En este capítulo realizo una aproximación a las concepciones que las profesionales entrevistadas mantienen sobre la internación como modalidad de tratamiento y su correlación- y interrupción-con la realidad de su intervención. A partir de esto, desarrollo a un análisis socio-histórico de aquellas problemáticas enunciadas por las profesionales como dificultades para la externación psiquiátrica.

Seguido de estos capítulos presento las conclusiones del Trabajo de Investigación Final, y anexo una entrevista especialmente representativa de las posturas recabadas durante el trabajo de campo.

## CAPÍTULO I

### **De la Locura a la Salud Mental: Recorrido Histórico de una Construcción Social**

En el presente capítulo realizo un análisis de las concepciones y prácticas en relación al padecimiento mental que precedieron a la sanción de la LNSM, con el objetivo de evidenciar la manera en que la mencionada normativa conlleva a un cambio de paradigma en lo referente a la concepción y tratamiento de la Salud Mental.

En este sentido, pretendo explicar la forma en que las ideas de peligrosidad y enfermedad, construidas socio-históricamente alrededor de la locura, permiten legitimar la práctica de encierro en instituciones psiquiátricas como modalidad de tratamiento privilegiada ante las personas con padecimientos mentales. Es necesario realizar aquí, una aclaración respecto a la terminología que utilizaré en este capítulo en relación a dos términos, considerados como sinónimos desde el sentido común, pero arraigados a concepciones teórico-ideológicas disimiles: me refiero al concepto de locura y padecimiento mental. Considero que el término de “locura” representa una lectura patologizante y estigmatizante del padecimiento, en la medida en que lo reduce a explicaciones biologicistas que reproducen la idea de peligrosidad como característica inherente al padecimiento mental. Por el contrario, entiendo a éste último a partir de la definición otorgada por la LNSM, la cual lo reconoce como un proceso determinado por una multiplicidad de componentes (entre ellos los sociales y culturales) que exceden el ámbito de lo médico-psiquiátrico.

Lo mencionado es analizado en profundidad al considerar las transformaciones a las que conlleva la LNSM, en donde este cambio de denominación implica a su vez modificaciones en las prácticas socio-institucionales desarrolladas ante el padecimiento mental. En este sentido, se detallan las transformaciones que impulsa la mencionada normativa en relación a la forma de abordaje que debe detentar la salud mental, las modalidades de tratamiento ante la misma y los derechos reconocidos a la población en cuestión.

Previo al análisis de este cambio de paradigma representado en la LNSM, se realiza un recorrido histórico en donde se describen las iniciativas que precedieron a la

mencionada normativa, cuyas ideas y propuestas fueron incorporadas y resignificadas en la mencionada Ley.

### **Control Social: Tratamiento Histórico de la Locura**

En el análisis respecto a los discursos y prácticas construidas a lo largo de la historia en relación a la locura cobra especial relevancia la perspectiva del control social, entendiendo a la misma como un modo de lectura y posicionamiento particular que permite dilucidar las dimensiones socio-políticas del mencionado proceso. De acuerdo con Pitch, la categoría de control social es “el punto de vista que tienen en cuenta- potencialmente de cada proceso, de cada objeto-los aspectos que contribuyen a la producción de lo bueno y lo malo, de lo normal y lo patológico” (PITCH, 1996). En la medida en que los mecanismos de control social funcionan como sistemas de clasificación, se comprende a su vez, que los mismos se constituyen como productores y reproductores de sentido, cuya base en el consenso permite la reproducción de un orden social sin necesidad de recurrir a modalidades coercitivas.

Lo mencionado debe ser analizado teniendo en cuenta los aportes de Foucault respecto al poder disciplinario en tanto constituyente de los procesos de normalización. Este autor concibe al poder en términos relacionales y lo caracteriza como la capacidad de dirigir la conducta del otro/a (FOUCAULT, 2002). En este sentido, al poder disciplinario le corresponden todos aquellos mecanismos que, mediante su accionar, permiten que los sujetos interioricen la norma. Dichos mecanismos se caracterizan por su tendencia a la isotopía, en la medida en que entre los mismos existe un principio de compatibilidad y, a su vez, debido a que en ellos imperan determinados sistemas de distribución y clasificación. Ante esto, Foucault explica que, sin embargo, en el sistema disciplinario podemos encontrar la existencia de residuos, es decir, aquellos sujetos que escapan a los principios construidos en el mismo. En palabras del autor: “El punto contra el cual van a chocar los sistemas disciplinarios que clasifican, jerarquizan, vigilan, etc., será el elemento que no puede clasificarse, el que escapa a la vigilancia, el que no puede entrar en el sistema de distribución, en síntesis, el residuo, lo irreductible, lo inclasificable, lo inadmisibles”

(FOUCAULT, 2005: 75). De esta manera, Foucault ubica al enfermo mental como el “residuo de todos los residuos” en la medida en que es inadmisibile en todas las disciplinas.

Los aportes de Foucault permiten comprender que la clasificación entre lo normal y lo patológico que se mencionó al principio se construye como posterior al establecimiento de la norma, aquella que establece el deber ser, dando como resultado la identificación de aquello que no lo es. De acuerdo con el autor: “lo primero y fundamental en la normalización disciplinaria no es lo normal y lo anormal, sino la norma...y la determinación y el señalamiento de lo normal y lo anormal resultan posibles con respecto a esa norma postulada” (FOUCAULT, 2006:76). Se comprende, a su vez, que tanto la norma como lo que resulta de ella- clasificación entre lo normal y lo patológico- son construidas socialmente y, por lo tanto, susceptibles a modificarse de acuerdo al contexto.

Huertas (2009) realiza una historiografía del control social y menciona la necesidad de comprender la separación entre lo normal y lo patológico como inherente al liberalismo, cuyo período histórico se caracterizará por “el arte de la separación”. Esta tendencia al pensamiento binario no sólo se reduce a la división entre lo normal y lo anormal, sino también entre lo público y lo privado, entre clases sociales, entre géneros, bajo el objetivo de identificar las intervenciones a desplegar de acuerdo al tipo de problema: legal o ilegal, adulto o menor, responsable e irresponsable.

Las intervenciones desplegadas frente a los problemas identificados en una sociedad- frente a los residuos en términos de Foucault- dan lugar a distintos dispositivos de control social que intentarán recuperar a los individuos que quedan por fuera de los dispositivos clásicos de disciplinamiento. En palabras de Foucault: “la existencia necesaria de los residuos, (...) va a ocasionar, desde luego, la aparición de sistemas disciplinarios complementarios para poder recuperar a esos individuos y así al infinito” (FOUCAULT, 2005: 76). Estos sistemas complementarios se materializan en instituciones tales como las cárceles y los hospitales psiquiátricos, dando lugar a la existencia de estrategias de control social duro y control social blando, respectivamente. Al respecto, Pitch (1996) plantea que las estrategias de control social duro (representadas en el sistema penal) están dirigidas a aquellos individuos identificados bajo la idea de peligrosidad social, mientras que las estrategias del control social blando (representadas en instituciones socio-psico-asistenciales) serán ejercidas sobre aquellos sujetos que presentan capacidad de

rehabilitación y recuperación. Ambas estrategias de control social están interrelacionadas y se van retroalimentando, en la medida en que el control social blando deriva en el control social duro aquello que no puede abarcar, que presenta imposibilidad de rehabilitación.

Ahora bien, previo a la distribución de sujetos en los distintos dispositivos de control social, deben intervenir un conjunto de saberes destinados a establecer el dispositivo necesario ante cada situación. Este saber será desempeñado por la medicina quien “se erige como uno de los saberes de la normativización social al tener la facultad de decidir lo que es ‘sano’ o ‘normal’ de lo que es ‘patológico’ o ‘anormal’” (HUERTAS, 2009:27). Siguiendo a Foucault (1996), esta facultad de la medicina permite que la misma desempeñe un papel de árbitro entre el poder disciplinario-mediado por la norma- y el poder soberano- representado en la ley-, de manera tal que lo identificado como patológico por el saber médico pueda ser abordado por las estrategias de control social blando (dispositivos psico-socio-asistenciales) sin necesidad de recurrir a las estrategias de control social duro (sistema penal).

### **Padecimiento mental y su reclusión en instituciones psiquiátricas**

Se ha mencionado que aquello identificado como “anormal” o “patológico”, en tanto residuo de la disciplina médica, ha de ser recluido en instituciones psiquiátricas. Es necesario, sin embargo, dilucidar aquí el proceso histórico que conllevó a la institucionalización de esta práctica como forma predominante del tratamiento ante la locura.

Siguiendo el análisis realizado por Foucault en “La Historia de la Locura en la Época Clásica”, podemos comprender que la reclusión de la locura en dispositivos hospitalarios se origina con objetivos que nada tienen que ver con medidas curativas sino, por el contrario, se basa en la necesidad impedir y castigar la ociosidad y la mendicidad, consideradas como las principales amenazas del orden burgués. Foucault explica este acontecimiento partiendo de la creación del Hospital General en París durante el siglo XVII, en cuyo espacio fueron recluidas poblaciones heterogéneas (pobres, desocupados y

los enfermos mentales) pero que mantenían una característica en común: carecían de la ética del trabajo. Esta asociación de la locura con la improductividad y, por lo tanto, como desafiante del orden burgués en su momento de consolidación, denota un cambio en las representaciones sociales ante la locura. Ésta, al igual que la pobreza, deja ser concebida de forma sacralizada, como lo había hecho durante años anteriores, para ser leída y condenada a partir de una ética que privilegia el trabajo como forma moralmente positiva al tiempo que excluye- mediante la reclusión-, todas las formas de inutilidad social. Por lo tanto, el internamiento se erige bajo objetivos éticos y socio-económicos en la medida en que “es en cierta experiencia de tipo laboral donde se ha formulado la exigencia- tanto moral como económica, indisolublemente- de la reclusión” (FOUCAULT, 1990: 115).

En adelante, esta situación de encierro de poblaciones heterogéneas será modificada sobre la base de la identificación y diferenciación de la locura respecto a los otros males sociales. Siguiendo a Galende, esta función dará lugar a la disciplina psiquiátrica que, como se observa, surge de manera posterior a la práctica del encierro, hecho que denota- tal como se ha explicitado- que el mismo nunca estuvo justificado en términos médicos. Al respecto, el mencionado autor afirma: “La psiquiatría positivista del siglo XIX se encontró con la situación jurídica y política del encierro obligatorio del enfermo en esas instituciones asilares, pero no lo dice y menos lo denuncia; al contrario, el médico se hace cargo de esta situación y la legitima...” (GALENDE, 2006: 41).

Siguiendo a Foucault, se comprende que la capacidad de la psiquiatría de legitimar el encierro de la locura, se deriva de un doble movimiento realizado por la misma en el momento de su constitución como disciplina. Por un lado, la psiquiatría “debió codificar la locura como enfermedad; tuvo que patologizar los desórdenes, los errores, las ilusiones de la locura” (FOUCAULT, 2000:115). Por otro lado, y de forma simultánea, la psiquiatría debió codificar a la locura como peligro, como portadora de riesgos. Ambas codificaciones, al tiempo que legitiman la práctica del encierro, permiten la postulación de la disciplina psiquiátrica como ciencia médica- en tanto que identifica la locura como enfermedad- y, a su vez, la posiciona como figura de autoridad en la sociedad, en tanto disciplina que posee la capacidad de reconocer y advertir sobre la peligrosidad social.

Se comprende, por lo tanto, que es sobre esta idea de peligrosidad de la enfermedad mental que la misma es recluida en instituciones psiquiátricas, en la medida en que el sujeto

con padecimientos mentales será concebido, identificado y leído siempre en relación a su potencialidad de realizar actos imprevisibles y violentos. Siguiendo a Bianchi, esta idea de peligrosidad se basa en dos aspectos: “por un lado, a una cualidad inmanente del sujeto, y por otra a una probabilidad, a un dato aleatorio, ya que la prueba del peligro ocurre ex post, cuando el acto es efectivamente realizado” (BIANCHI, 2012:89).

Partiendo del análisis realizado por Foucault, Galende plantea que este tipo de representaciones sociales, que ligan a las personas con padecimientos mentales como sujetos peligrosos, contribuyen a la creación de un imaginario social sobre la locura que legitima la práctica del encierro al tiempo que postula a la psiquiatría como saber capaz de prevenir los males sociales. De esta manera, “el psiquiatra actúa por el bien del enfermo y la sociedad, aun cuando para esto deba hacer el mal del encierro, el aislamiento y la custodia, la imposición de tratamientos coercitivos, los castigos para la corrección moral del enfermo” (GALENDE, 2006:50).

En sus comienzos, las instituciones de encierro, en tanto fuentes de reclusión social de la locura, desempeñan su accionar en términos de castigo ante las personas con conductas consideradas desviadas. Pero ya adentrado en el siglo XIX, dichas instituciones reconfiguran su accionar de manera que sea funcional al sistema socio-económico imperante. Por lo tanto, “la reclusión del siglo XVIII está dirigida a excluir a los marginales y, en oposición, el secuestro del siglo XIX tiene como finalidad la inclusión y normalización” (FOUCAULT, 1998; 128). Lo mencionado, lleva a Foucault a postular a los hospitales psiquiátricos como parte de las instituciones de secuestro, cuya exclusión socio-espacial de la locura tiene como función su inclusión en los dispositivos de normalización y corrección: “El hospital psiquiátrico no excluye a los individuos, los vincula a un aparato de corrección y normalización. Si bien los efectos de estas instituciones son la exclusión de los individuos, su finalidad es fijarlos a un aparato de normalización de los hombres” (FOUCAULT, 1998; 128). Para el logro de dicha función las instituciones de secuestro se caracterizarán por detentar el control, la responsabilidad, sobre la totalidad o la casi totalidad del tiempo de los individuos. Este control, se extiende, a su vez, sobre los cuerpos, los cuales dejarán de ser atormentados para ser reconfigurados y formados a partir de ciertas aptitudes consideradas necesarias según determinado sistema.

Estas características de las instituciones de secuestro se asimilan a las postuladas por Goffman en su descripción de “Instituciones Totales”, en donde el hospital psiquiátrico constituye una ejemplificación de las mismas. El autor afirma que las instituciones totales se caracterizan por ser el lugar en donde los internados/as desarrollan todas las actividades de su vida diaria, bajo la obediencia a una misma autoridad. A su vez, estas actividades se desempeñan siempre en compañía de un gran número de personas (todos los que están internados/as en dicha institución), provocando la inexistencia de momentos de privacidad y soledad (GOFFMAN, 1970).

Tanto Goffman como Foucault reconocen el control que ejercen estas instituciones sobre el tiempo y el cuerpo de los sujetos internados/as. Siguiendo los aportes de Basaglia (1976), comprendemos que este control sólo puede ejercerse en base a una autoridad determinada, cuya obediencia es garantizada por una clara escisión de poderes. El mencionado autor considera a los hospitales psiquiátricos como “Instituciones de Violencia”, y explica que las mismas se caracterizan por una clara separación entre quienes detentan el poder y quiénes no. Esta subdivisión de roles expresa una relación de opresión y de violencia entre poder y no poder, que se transforma en la exclusión del segundo por el primero.

### **Antecedentes Históricos a la Sanción de la Ley Nacional de Salud Mental**

La sanción de la LNSM N° 26.657, presenta un cambio de paradigma en la concepción y tratamiento de la salud mental y, por lo tanto, del padecimiento mental. Dado que la sanción de las leyes- aún más aquellas que se caracterizan por la radicalidad de sus postulados- no son producidas en el vacío, sino que por el contrario, forman parte- y son producto- de un proceso socio-histórico determinado, y no exento de tensiones, será necesario realizar un breve recorrido histórico que sitúe la sanción de la mencionada normativa.

Siguiendo a Faraone (2015), podemos encontrar los antecedentes de la LNSM en las políticas de Salud Mental impulsadas a partir de la recuperación de la democracia en 1983.

Las consecuencias de la última dictadura cívico-militar (1976-1983) en lo referente al tratamiento de la Salud Mental durante ese período quedaron plasmadas en el Informe Goldemberg (1984), realizado por la Organización Panamericana de la Salud. Las denuncias realizadas en el mencionado Informe en relación al deterioro de las instituciones monovalentes, el privilegio de la práctica psiquiátrica asilar en el tratamiento en salud mental, en detrimento de prácticas de prevención y atención ambulatoria, con su correlato de sobrepoblación en las instituciones monovalentes, conllevaron a que la Salud Mental pase a ser considerada como una de las prioridades del Ministerio de Salud y Bienestar Social durante el período de reapertura democrática.

Desde el retorno de la democracia hasta el año 1990, varias acciones estatales en el área de Salud Mental estuvieron encaminadas a la recuperación del deterioro del sector, al tiempo que se evidencian iniciativas que implican un cambio en la concepción de la Salud Mental y el tratamiento que la misma debía recibir por parte del Estado.

En este sentido, es necesario nombrar la creación de los Programas Participativos Nacionales cuya propuesta de abordaje de la Salud Mental giraba en torno de la desinstitucionalización del área, impulsando alternativas a la internación en los manicomios, al tiempo que se postulaba una modificación en las prácticas cotidianas de los mismos.

Con el objetivo de abordar la Salud Mental a través de estrategias de prevención, garantizar el acceso a tratamiento en el primer nivel de atención y la hospitalización a corto plazo, se impulsa la reorganización de los Servicios de Salud Mental a cargo de las direcciones provinciales. De esta manera, se conforma el Consejo General de Salud Mental (COFESAM) cuya propuesta incluía la promoción de una ley nacional, en tanto que postulaba a la salud mental como un derecho fundamental de las personas y comunidades, reconociendo al Estado como el principal garante.

Bajo esta línea se consolida el Plan Nacional de Salud Mental, el cual postula la necesidad de abordaje de la temática a partir de modalidades de tratamiento ambulatorias, la reducción en el tiempo de las internaciones y las estrategias de rehabilitación, en tanto que comprende a las problemáticas en Salud Mental en base al reconocimiento de los distintos factores que la componen (Plan Nacional de Salud Mental, 2013). “Fue la primera vez que, desde la estructura sanitaria del Estado nacional, desde su planificación, se

incorporaron *factores individuales y sociales* a la problemática de salud mental” (FARAONE; 2015:66).

Los avances hasta aquí mencionados en términos de Políticas Públicas en Salud Mental, cuyos objetivos dejan entrever una resignificación en la concepción de la problemática, al tiempo que se postula la necesidad de nuevas formas de abordaje, sufren un claro retroceso durante la década de 1990. Durante este período el sistema de salud fue atravesado por reformas, definidas bajo los lineamientos del Banco Mundial, cuyos objetivos se encaminaron a la reducción de la participación del Estado en el financiamiento y gestión del sistema de Salud Mental, en tanto que la misma no fue considerada como prioridad a la hora de establecer el destino de los fondos públicos. De esta manera, las políticas en materia de Salud quedan impregnadas con claros objetivos de mercado, en donde “el Estado se retira de un lugar de garante de derechos (el de la salud, entre otros) y tiende a dejar libradas las prestaciones al juego de oferta y demanda, con gran concentración de capitales y configuración de grupos empresariales cuasi monopolísticos en el sector” (STOLKINER, 1994:46).

Una de las principales reformas impulsadas durante este periodo fue el traspaso de los Hospitales monovalentes nacionales a la órbita Municipal, entre los se encuentra el Hospital Braulio A. Moyano, institución objeto de la presente investigación. Esta reforma fue acompañada por la aprobación, en el año 1993, del Decreto 578 de Hospital Público de Autogestión, el cual establecía que la recaudación debía ser gestionada por los propios Hospitales, al tiempo que los mismos definirían las vinculaciones con las demás instituciones que los competen (obras sociales, programas, dispositivos de externación). Las consecuencias principales que se desprenden del Decreto se relacionan con la expulsión de las personas internadas en los hospitales por un lado, y el abandono de quienes permanecían en las instituciones por el otro.

Lo mencionado debe ser analizando considerando las características socio-económicas de este período, en donde las políticas neoliberales impulsadas conllevan a lo que la autora previamente citada denomina “nuevas formas de padecimiento” (STOLKINER, 1994:44). La flexibilización y precarización laboral, el desempleo y el riesgo constante de ser afectado por el mismo producen consecuencias directas en las subjetividades individuales. La desestructuración de las relaciones sociales construidas

alrededor del trabajo da como resultado formas de padecimiento que suelen ser vividos como individuales pero forman parte de un complejo proceso social.

De manera que, en la década de los '90 no sólo se produce el retiro del Estado en el financiamiento de la Salud sino que, a su vez, se observa un incremento de padecimientos por parte de la población.

### **Ley Nacional de Salud Mental como representante de un Cambio de Paradigma**

Siguiendo a Stolkiner, “desde 2003, cuando se inicia la salida de la crisis y un período de transformación de las funciones del Estado, se vuelve sobre la idea de derechos sociales universales y se propone la construcción de una política de Estado con respecto a los derechos humanos” (STOLKINER, 2015: 24). En términos de Política Pública, lo mencionado denota el reconocimiento de la población en situación de vulnerabilidad como sujeto de derecho. La incorporación de las personas con padecimientos mentales a este conjunto, la recuperación de las propuestas en salud mental surgidas durante el retorno democrático - y abandonadas durante la década del '90-, sumado a la contemplación de los Tratados Internacionales en la sanción de las leyes nacionales constituyen, entre otros aspectos, factores que favorecen la creación y sanción de la LNSM en el año 2010.

Es necesario mencionar que desde la presentación del primer proyecto de Ley, en el año 2006, se generaron foros de discusión acerca de la problemática de la Salud Mental y sus modos de abordaje- en base al cuestionamiento del modelo manicomial en tanto vulnerador de derechos humanos- en los que participaron familias y usuarios de los servicios de Salud Mental, académicos, organismos internacionales, entre otros. En estos espacios, también participaron actores que presentaron resistencias ante ciertos postulados de la normativa, en especial sobre aquellos que implicaban una democratización de los saberes en los equipos: “la definición de que las internaciones deben ser fundadas por un equipo interdisciplinario, al igual que las declaraciones de incapacidad, o la posibilidad de que cualquiera de las disciplinas que componen el campo puedan conducir los equipos o instituciones. También se criticó que el proyecto no reservara un lugar para las instituciones

monovalentes, sosteniendo que las mismas eran necesarias ‘para algunos casos’” (GORBACZ, 2011: 18).

Al respecto, en el artículo “El acontecimiento de la Ley Nacional de Salud Mental”, Faraone (2012) realiza una descripción y análisis de las resistencias mencionadas ante la normativa en cuestión, evidenciando la relación que presentan las mismas con determinados poderes disciplinarios y su necesidad de perpetuar relaciones de fuerzas históricas. Ante esto, la autora afirma que “la sanción y luego promulgación de la Ley 26.657 constituyó un acontecimiento discursivo; es decir, un acontecimiento en el sentido práctico, político, institucional y moral que reubica a los procesos transformadores en el campo de la Salud Mental” (FARAONE 2015: 74).

La LNSM, en tanto que establece una nueva concepción de la Salud Mental y un reconocimiento de las personas con padecimientos mentales como sujetos de derecho, conlleva a una reconfiguración de las prácticas, tanto institucionales y profesionales como de la sociedad en general. En palabras de Galende: “los tres actores sociales que componen Salud Mental: el Estado y el orden jurídico destinado a esta población, las leyes de incumbencias profesionales; y la sociedad civil, son a un mismo tiempo implicados en la reforma. Se trata de fundar una nueva conciencia sobre la locura, sobre el sujeto que sufre en su vida psíquica, sin ser, sin embargo, una conciencia psicológica, para avanzar hacia una conciencia social y ética” (GALENDE, 2015:52).

Dado que los postulados de la LNSM producen una ruptura con el modelo de abordaje de la salud mental de años anteriores, sumado al hecho de que estos cambios han de producirse en los distintos ámbitos de la vida social, nos lleva a identificar a la normativa en cuestión como la representante de un cambio de paradigma en el área de la Salud Mental.

Debido que este cambio de paradigma afecta, como se ha dicho, distintos ámbitos de la vida social, que incluye tanto prácticas como discursos y representaciones sociales alrededor del padecimiento mental, no puede dejar de considerarse que “unos pocos años son absolutamente insuficientes para modificar un sistema de profundo arraigue en la sociedad y con actores fuertes...” (STOLKINER, 2015: 25). Lo mencionado permite pensar que los cambios a nivel de las prácticas- en especial a los que conlleva la Ley en

cuestión- forman parte de un proceso prolongado en tiempo y se encuentran en proceso de construcción hasta la actualidad.

### Salud Mental desde la LNSM y sus modos de abordaje

El cambio de paradigma encarnado en la LNSM se verifica principalmente en la concepción de Salud Mental que establece. La mencionada normativa, en su artículo tercero, la define como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. De manera complementaria, el Decreto Reglamentario 603/13, define al padecimiento mental como “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, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N°26.657”.

Por lo que, tanto desde la definición de Salud Mental como desde la de padecimiento mental, se reconoce que éste último, más allá de las cuestiones médico-psiquiátricas, se halla actualmente complejizado por otros componentes (“*históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos*”). Siguiendo a Carballeda, podemos afirmar que la legislación ubica al padecimiento mental en lo que se puede denominar como problemáticas sociales complejas. Las mismas constituyen nuevas formas de expresión de la cuestión social en contextos de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación. El mencionado autor afirma que las problemáticas sociales complejas “llaman la atención a las políticas públicas, a las instituciones típicas de intervención social y a la intervención misma” (CARBALLEDA, 2005:2). En concordancia con lo expuesto por Carballeda, se puede afirmar que la sanción de la Ley 26.657 surge a partir del reconocimiento de la complejidad de las problemáticas que hacen a la Salud Mental.

De la misma manera, el uso de la categoría “padecimiento” en la LNSM, en detrimento de otras- como enfermedad o trastorno mental- da cuenta de formas de

enunciación que denotan transformaciones en las prácticas y concepciones en relación a la población en cuestión. Lo mencionado ha sido analizado por Faraone (2013) quien explica la necesidad de que el padecimiento mental sea concebido en estos términos, en la medida en que contribuye al distanciamiento de las concepciones biologicistas y patologizantes. Ante esto, la autora concluye que “el enfoque en la noción de “padecer” condujo a problematizar la construcción de una categoría cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto; (...) se instituye la “subjetividad” como elemento sustantivo, no limitando la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas (tal la dimensión de “enfermedad” o “trastorno”), sino a la comprensión de nuevas representaciones y expresiones de las formas de ‘padecer’” (FARAONE; 2013: 37). De acuerdo con la autora, esta noción forma parte -al tiempo que permite- la garantía de los derechos mencionados en la LNSM y posibilita el proceso de desinstitucionalización.

Esta forma de concepción de la Salud y el padecimiento mental- en donde se reconoce la multiplicidad de factores que intervienen en los mismos- conduce a la reivindicación desde el marco normativo, de la necesidad del tratamiento de la salud mental desde un abordaje interdisciplinario. De esta manera, la LNSM establece, en su artículo 8, que el tratamiento de la Salud Mental debe ser abordado por profesionales de diferentes disciplinas tales como: Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, entre otros.

Si bien el análisis respecto al abordaje de la Salud Mental a partir de equipos interdisciplinarios es realizado en el Capítulo II de la presente investigación, interesa destacar aquí que, este cambio en la denominación y concepción de la salud y el padecimiento mental explicitado previamente, conllevan necesariamente a transformaciones en las prácticas y modos de abordaje. Al respecto, Galende plantea: “no se trató de una palabra nueva para nombrar al mismo objeto, se trata de ampliar el campo de enunciados, con un objeto que se entiende más amplio y más complejo. Tampoco repetía la historia de la psiquiatría, como si se tratara de un nuevo actor con una nueva formación discursiva sobre la enfermedad mental, sino que se fundan nuevas relaciones entre el objeto, nuevos enunciados para comprenderlo, nuevas instituciones para su tratamiento y prácticas concordantes” (GALENDE, 2015:53). Por lo tanto, el abordaje de la salud mental de forma interdisciplinaria forma parte de estas nuevas relaciones con el “objeto”, en donde

el mismo es reconocido en su complejidad y abordado en su integralidad a partir de la articulación entre distintos saberes disciplinarios.

### Modalidades de Tratamiento desde la LNSM

Uno de los cambios fundamentales que incorpora la LNSM refiere a la forma en que la misma concibe la internación psiquiátrica y los criterios que establece como necesarios para que dicha modalidad de tratamiento sea legítima.

Al inicio de este capítulo se ha explicitado el hecho de que la internación psiquiátrica ha sido históricamente una de las estrategias sociales más generalizadas desarrollada ante la locura, lo cual conlleva como correlato, el encierro de las personas con padecimientos mentales como parte de la modalidad de tratamiento privilegiada. Se ha desarrollado también, el proceso histórico a partir del cual dicha modalidad de tratamiento comienza a ser cuestionada, en tanto que sus condiciones implicaban una violación de los derechos de las personas internadas.

Sobre la base del reconocimiento de la nocividad de los efectos de la internación en salud mental, la LNSM postula una nueva concepción de las mismas, al tiempo que prioriza el abordaje de la Salud Mental desde una perspectiva Social y Comunitaria. Esta se caracteriza por un rechazo de la internación como única modalidad de tratamiento ante los padecimientos mentales, en tanto que se reconoce que la misma- en su carácter prolongado- conlleva a una vulneración de los derechos humanos de las personas con problemáticas en salud mental.

De esta manera, la LNSM, en su artículo 14, establece las condiciones que deben presentarse para definir la internación como modalidad de tratamiento por un lado, y las características que debe mantener la misma por el otro: *“La internación es considerada como 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. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente”* (art. 14).

El mencionado artículo posiciona a la internación como el último recurso al que se recurrirá para el tratamiento de los padecimientos mentales, al tiempo que privilegia aquellas modalidades de tratamiento a ser realizadas en el ámbito social y comunitario y, por lo tanto, extra manicomiales.

Siguiendo a Bang, desde la segunda mitad del siglo XX es posible encontrar antecedentes de políticas internacionales en salud mental que proponen la transformación del sistema manicomial hacia la atención de los padecimientos mentales en la comunidad. Estos antecedentes son incorporados y reconfigurados en la LNSM, en donde el abordaje de la salud mental de forma comunitaria, es acompañado por el reconocimiento de la necesidad de que el mismo sea realizado en forma intersectorial e interdisciplinaria como forma de garantizar un tratamiento integral. De acuerdo con la autora, se considera que el abordaje de la salud mental de forma comunitaria posee como componente y, a su vez, como fortaleza la “Participación activa de la comunidad, la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades” (BANG 2014:114).

En este sentido, se puede afirmar que el abordaje de la salud mental de forma comunitaria no sólo contribuye a la garantía y protección de los derechos de las personas con padecimientos mentales sino que a su vez, permite el fortalecimiento de la comunidad procurando que la misma sea más inclusiva. En palabras de Bang: “este tipo de acciones se presentan como una vía facilitadora para la transformación hacia una comunidad más inclusiva; ya que, para que personas con padecimientos mentales puedan ser asistidas en su comunidad, ésta también debe estar preparada” (BANG, 2014:112).

A su vez, otra de las modificaciones incluidas en la LNSM respecto a las internaciones refiere a la consideración y mecanismos de control de las internaciones involuntarias. En su artículo 20, la mencionada normativa establece que “la internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”. Lo establecido debió ser acompañado por la modificación del artículo 482 del Código Civil el cual establecía como criterio de internación involuntaria la presencia de “peligrosidad para sí o para terceros”.

Al respecto, Stolkiner plantea que “lo que parece un cambio de palabras es un cambio profundo de concepción. La peligrosidad puede ser comprendida como un “atributo” de la persona y por ende justificar su confinamiento prolongado, el “riesgo cierto e inminente” define una situación transitoria, por ejemplo una crisis, que debe ser atravesada con este tipo de cuidado a fin de que la persona retorne lo más rápido posible a su comunidad” (STOLKINER, 2015: 25). De esta manera, los criterios para determinar una internación involuntaria se encuentran más delimitados procurando evitar que dicha modalidad de tratamiento se efectúe en base a la idea de una peligrosidad potencial.

A su vez, la LNSM incorpora una serie de medidas tendientes a garantizar que las internaciones involuntarias no se extiendan más de lo necesario. En primer lugar, se reconoce el derecho de ser asistido/a por un abogado/a desde el primer momento de la internación involuntaria. Esto ha dado lugar a la conformación de la Unidad de Letrados del Ministerio Público de la Defensa. A su vez, las internaciones involuntarias quedan sujetas al control judicial y al del Órgano de Revisión- compuesto por organismos de derechos humanos- que, “más allá de las amplias facultades que tiene para monitorear la aplicación de la Ley en toda su extensión, tiene funciones precisas interviniendo cuando las internaciones comienzan a prolongarse más allá de los 90 días”. (GORBACZ, 2011:24). De esta manera, se observa que el derecho a que la internación psiquiátrica no sea prolongada por fuera de los criterios establecidos es acompañado, en la LNSM, de medidas concretas destinadas a garantizar su cumplimiento.

### Personas con Padecimientos Mentales como Sujetos de Derecho

Otro de los puntos centrales de la LNSM es la concepción que brinda de las personas con padecimientos mentales, en la medida en que las reconoce como sujetos de derechos. Esto implica, por un lado, una resignificación de las obligaciones asumidas por el Estado y, por el otro, una ruptura con el modelo tutelar históricamente dominante en el ámbito de la Salud Mental hasta el momento. Ambos aspectos se retroalimentan mutuamente, en la medida en que el reconocimiento de las personas con padecimientos mentales como titulares de derechos posiciona al Estado como garante de los mismos.

Siguiendo lo explicitado por Kraut y Diana, previo a la sanción de la LNSM, el sistema jurídico argentino no garantizaba la capacidad jurídica de las personas con padecimientos mentales: “El diseño normativo se afincaba en el antiguo modelo tutelar de incapacitación, por medio del cual se sustituye a la persona con discapacidad en la toma de decisiones, privándosela de su capacidad legal y confinándola a un estado de pasividad, negando su voluntad, a efectos de protegerla de los ‘peligros de la vida en sociedad’” (DIANA y KRAUNT, 2011:53). De acuerdo con los autores, el modelo tutelar se basaba en la dicotomía entre la capacidad de derecho y la capacidad de hecho, en donde el no reconocimiento de ésta última se basaba en la idea de “protección” de las personas con padecimientos mentales. A su vez, los autores destacan que en este modelo, tanto la discapacidad como el padecimiento mental, eran concebidos sólo en términos médicos.

Al respecto, Gorbacz plantea que “las normas que tenían vigencia hasta la sanción de la Ley, si uno las lee con detenimiento, contienen en sí una paradoja: son instrumentos que se orientan, por un lado, a evitar abusos en la implementación de medidas de restricción de derechos, pero a su vez mantenían herramientas que sólo podían ser comprendidas en el marco del paradigma de la peligrosidad” (GORBACZ; 2011: 21). De acuerdo con el autor, lo establecido en la LNSM realiza una conversión ante lo mencionado, en la medida en que se desliza desde el paradigma de peligrosidad hacia el paradigma de capacidad, desde el enfoque tutelar hacia uno de derechos, y de la exclusión a la inclusión.

Como se mencionó anteriormente, la LNSM se enmarca en la defensa de los Derechos Humanos y, en tanto tal, establece y regula los derechos inherentes a cada persona, tales como el derecho a la igualdad, a la integración personal, a la capacidad jurídica, a la dignidad, la autonomía, entre otras. “La Ley no sólo se dedica al ‘derecho a la salud mental’, sino que recepta y esclarece el ejercicio de otros derechos humanos fundamentales de las personas, que dado su carácter de indivisibles e interdependientes, también se ponen en juego en la relación de una persona con el sistema de Salud Mental, y aún más al atravesar una situación de especial vulnerabilidad como constituye una internación” (BARCALA y LAUFER CABRERA; 2015: 80).

Al respecto, la noción de sujeto de derecho- plasmada en la LNSM- refiere a una perspectiva desde la cual se entiende a la relación sociedad-Estado y a las responsabilidades

que tienen cada uno de estos actores. La concepción de sujeto de derecho, implica entender que el Estado tiene una responsabilidad en el cumplimiento de los derechos humanos, la cual debe traducirse en el diseño e implementación de políticas concretas que tiendan a hacerlos efectivos. Siguiendo lo expresado por Pautassi “el empoderamiento de los destinatarios de las políticas, comienza por reconocer que los mismos son titulares de derechos que generan obligaciones al Estado” (PAUTASSI; 2010:2).

En esta línea, es necesario mencionar que la sanción de la LNSM impulsó la creación de la Unidad de Letrados destinada a la protección de los derechos de las personas con padecimientos mentales, a la vez que promueve el acceso a la justicia de dicha población. Con la creación de la Unidad se apunta a garantizar a las personas el goce de sus derechos mientras dure la internación, así como la inmediatez en la cobertura del servicio mediante el contacto rápido y directo con la situación, materializando el derecho a ser oído y el acceso a la justicia de estas personas en especial situación de vulnerabilidad” (Pag. Web del Ministerio Público de la Defensa). La creación de la Unidad de Letrados está en consonancia con el artículo 22 de la LNSM, que enuncia que “La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento”.

De esta manera, la intervención de abogados/as defensores de los derechos de las personas con padecimientos mentales, sobre todo en lo referente a las modalidades de tratamiento, no sólo implica un avance en el cumplimiento efectivo de los postulados de la LNSM, sino que también conlleva a un nuevo modo de actuación de las instituciones jurídico-administrativas en el ámbito de la Salud Mental, en la medida en que se aleja del paradigma tutelar.

### **A modo de cierre**

En el presente capítulo, se ha realizado un análisis de los discursos y prácticas construidas alrededor de la locura, evidenciando la constitución de la misma como resultado de una construcción social de la norma, que da lugar a la clasificación entre lo

normal y lo patológico. Al respecto, cobra especial relevancia el papel ejercido por la medicina como disciplina que detenta el poder de definir los polos de dicha clasificación.

Por su parte, el recorrido histórico realizado permite dilucidar que la reclusión de las personas con padecimientos mentales en instituciones psiquiátricas se origina en base a criterios éticos y socio-económicos, en la medida en que dicha población fue institucionalizada como producto de su incapacidad de ser incluida al mundo del trabajo. Esta práctica, será legitimada posteriormente por el surgimiento de la disciplina psiquiátrica, cuya consolidación como tal se basó en la justificación de dicha modalidad de tratamiento como forma de proteger a la sociedad de los peligros que detentaba la locura.

Esta concepción y tratamiento de la locura a lo largo de la historia permite considerar a la LSNM como representante de un cambio de paradigma. Su carácter de “representante” se deriva del hecho de que, como se ha explicitado, la mencionada normativa incorpora ideas e iniciativas generadas en nuestro país desde el retorno democrático en 1983, al tiempo que legitima prácticas socio-institucionales extra-manicomiales expresadas en tratados internacionales.

La identificación de las personas con padecimientos mentales como sujetos de derechos, las medidas destinadas a la protección concreta de los mismos, la concepción de salud y padecimiento mental con su consecuente reconfiguración en las modalidades de abordaje y tratamiento establecidas en la LNSM, me lleva a reafirmar la idea de que la mencionada normativa encarna un cambio de paradigma. El mismo es visualizado en tanto tal dado que las transformaciones que impulsa implican cambios en todas las áreas de la vida social, estableciendo modificaciones tanto en prácticas institucionales y políticas como en la sociedad en general.

En este sentido, considerando que las mencionadas modificaciones son muchas y de gran alcance, entiendo que las mismas se encuentran en proceso de construcción, al tiempo que aún persisten prácticas socio-institucionales arraigadas en el viejo paradigma.

## CAPÍTULO II

### **El abordaje de la Salud Mental desde Equipos Interdisciplinarios**

En el presente capítulo analizo las modificaciones en la modalidad de abordaje de la Salud Mental impulsada por la LNSM, en tanto que la misma establece la necesidad de que sea abordada de forma interdisciplinaria.

En particular, abordo la forma en que dicha modalidad de tratamiento es llevada a cabo en el Hospital Moyano, procurando evidenciar los avances y desafíos identificados por las profesionales entrevistadas en relación al trabajo en equipos compuesto por distintas disciplinas.

Considerando que esta forma de abordaje se realiza en espacios institucionales donde históricamente la disciplina psiquiátrica ha detentado la autoridad, considero pertinente partir del análisis de la Salud Mental como Campo. A través de dicho análisis, me propongo explicar los distintos mecanismos que permiten el mantenimiento de determinadas relaciones sociales dentro del espacio social, al tiempo que busco demostrar la forma en que estos mecanismos conviven con prácticas profesionales que se enmarcan dentro del nuevo paradigma en Salud Mental.

Al respecto, sobre este último punto, pretendo analizar el rol que se le adjudica y el que asume el Trabajo Social dentro de los equipos interdisciplinarios, considerando las representaciones construidas alrededor de dicha profesión por un lado, y analizando la práctica profesional a partir de la LNSM, por el otro.

#### **La Salud Mental como Campo: concepciones y modos de intervención como objetos de disputa**

Dadas las características que presenta el área de Salud Mental en general y el Hospital Moyano en particular, resulta pertinente analizar dicha área bajo el concepto de Campo explicitado por Bourdieu (1988). Siguiendo al autor, el campo es un espacio social en donde los distintos agentes que lo integran poseen diferentes posiciones acorde al capital simbólico con el que cuentan. Estas posiciones constituyen las relaciones objetivas en el

espacio social. Las mismas no se mantienen estáticas sino que, por el contrario, son susceptibles a modificaciones, en la medida en que el campo ha de ser entendido como un espacio de lucha por la conservación y/o apropiación de capital simbólico entre quienes lo integran. La calidad de las estrategias desempeñadas por cada agente (de apropiación o conservación del capital) dependerá de la posición en la que el mismo/a se encuentre en el espacio social. Al respecto, García Canclini afirma que: “Quienes dominan el capital acumulado, fundamento del poder o de la autoridad en un campo, tienden a adoptar estrategias de conservación y ortodoxia. En tanto, los más desprovistos de capital, o recién llegados, prefieren las estrategias de subversión, de herejía” (GARCÍA CANCLINI 1984:22).

Lo mencionado debe ser entendido considerando dos aspectos fundamentales para el análisis. En primer lugar, en la medida en que el Hospital Moyano cuenta con equipos interdisciplinarios en sus Servicios y considerando la histórica predominancia del Modelo Médico Hegemónico en el tratamiento de la Salud Mental, resulta pertinente postular que los/as profesionales ajenos a la disciplina médico-psiquiátrica cuentan con menor capital simbólico. En segundo lugar, se puede considerar que las relaciones objetivas del campo analizado- en el cual la disciplina psiquiátrica posee la autoridad- están siendo objeto de cuestionamiento y modificación como producto de la sanción de la LNSM, cuya concepción de Salud Mental implica una ruptura con el Modelo Médico Hegemónico, en la medida en que reconoce la multiplicidad de factores que integran esta problemática. La identificación de la complejidad de esta problemática conlleva a postular, en su artículo N° 8, que la misma debe ser abordada interdisciplinariamente, hecho que tiende a reducir el dominio de los modos de intervención psiquiátrica por sobre las demás intervenciones profesionales en el tratamiento de la Salud Mental.

Respecto al primer punto, hemos analizado previamente el tratamiento del padecimiento mental desde la perspectiva del control social, en la cual la medicina se erige como aquella disciplina con facultades de definir lo normal y lo patológico. Esta separación conlleva al aislamiento de los sujetos concebidos como patológicos dentro de los hospitales psiquiátricos, en cuyas instituciones el saber médico aparece como el dominante por sobre los demás saberes, en la medida en que el padecimiento ha sido históricamente su objeto de conocimiento y tratamiento. En este sentido, Menéndez define 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 hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”. (MENÉNDEZ; 1988:1). El mencionado autor explica que esta hegemonía de la práctica médica sólo puede ser comprendida cuando se la analiza en relación con las prácticas a las cuales subalterna. En este sentido, se considera que los Servicios del Hospital Moyano analizados para este trabajo, constituyen un escenario ideal para la descripción de estas prácticas, en tanto que en el tratamiento de la Salud Mental de dicha institución entran en juego otras disciplinas en conjunto con la médico-psiquiátrica.

La predominancia del Modelo Médico Hegemónico permite el mantenimiento del capital simbólico acumulado por la profesión médico-psiquiátrica en las instituciones asilares como las que estamos analizando. Este aspecto puede ser evidenciado en la práctica, y en primer lugar, cuando observamos las posiciones jerárquicas que ocupan los/as profesionales del Hospital. Se ha mencionado que cada Servicio dispone de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería, entre otros, mientras que la Jefatura de cada uno de los Servicios siempre es desempeñada por un/a profesional perteneciente a la disciplina psiquiátrica. Al mismo tiempo, las entrevistadas han mencionado la existencia de desigualdades respecto a las condiciones laborales acorde a la profesión que se detente: la mayoría de los/as profesionales de planta del Hospital Moyano se compone por disciplinas de Psiquiatría y Psicología, siendo Trabajo Social y Terapia Ocupacional los/as profesionales con menor representación numérica.

(D, Psiquiatra. Servicio de Largo Tratamiento, 2017)

*“Se necesitan más Asistentes Sociales. Cada Servicio debería tener dos, no una. Para no sobrecargar a una, son 40 pacientes. Nosotros, los psiquiatras, ahora vamos a ser tres. Pero la Asistente Social siempre es una para 40 pacientes ¿Qué seguimiento puede hacer?”*

Lo antedicho evidencia que las disciplinas que tienen como objetivo específico el fortalecimiento de los procesos de externación (tales como Acompañamiento Terapéutico, Terapia Ocupacional y, a grandes rasgos, Trabajo Social) son las disciplinas que se encuentran en peores condiciones laborales. Ejemplo de lo mencionado es el trabajo ad honorem realizado por la mayoría de los/as Acompañantes Terapéuticos y la reducción de la jornada laboral y escaso personal de disciplinas como el Trabajo Social y Terapia Ocupacional. Esto da cuenta de las concepciones de Salud Mental imperantes dentro del Hospital, donde los/as profesionales que se encuentran por fuera del campo psiquiátrico son los que peores condiciones laborales detentan. No es menor el hecho de que los objetivos de estas profesiones no se correspondan con la reproducción del Modelo Médico Hegemónico sino que, por el contrario, muchas han surgido como oposición al mismo. En este sentido, no debe dejar de resaltarse que profesiones tales como el Acompañamiento Terapéutico- disciplina que surge a partir del movimiento anti psiquiátrico- y cuyos objetivos de intervención suelen estar encaminados al fortalecimiento de la autonomía interrumpida por las instituciones asilares, ejercen sus tareas ad honorem.

Por otro lado, la subalternidad de las profesiones ajenas al campo psiquiátrico implica la deslegitimación de las mismas, en tanto que no se las considera como parte fundante del tratamiento en Salud Mental en la medida en que sus intervenciones conllevan a rupturas con el Modelo Médico-Hegemónico:

(B, Psicóloga. Servicio de Largo Tratamiento, 2017):

*"Uno intenta justamente, cuando le dedica un tiempo para hablar, le da un espacio a la paciente, cuando hay otros que te dicen que no tiene sentido, que hace treinta años que está delirante, entonces '¿Para qué vas a hablar?' Creo que eso es una práctica contra-manicomial. Pero hay mucha gente que no, es: "listo, respuesta: medicación".*

Como se ha mencionado, el campo constituye un espacio social en donde se llevan a cabo diversas luchas por la apropiación y conservación del capital simbólico. A partir de la cita previa podemos pensar que lo que está en juego en estas luchas suelen ser las concepciones de Salud Mental y sus diversos modos de intervención, en la medida en que las mismas no son idénticas entre las diferentes profesiones.

En este sentido, es necesario resaltar que en cada campo operan-y pueden imponerse- determinados principios de visión y división, es decir, formas de concepción e intervención en la realidad social. En el campo que estamos analizando, dichos principios son producidos- y a su vez reproducen- al Modelo Médico Hegemónico, cuya intervención se caracteriza por “*su biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática*” (MENÉNDEZ, 1982:12). La incorporación de concepciones que implican una ruptura con determinado modelo suelen ser, como se evidencia en la cita previa, deslegitimada desde el discurso médico. Dichas intervenciones se caracterizan por poseer objetivos diferentes a la idea de “curar”, característico del Modelo Médico Hegemónico:

(B, Psicóloga. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Entonces digo, a veces empujar a cuestiones, por el ideal de cada uno, por ahí esa paciente requiere un [A.T] o requiere un apoyo de otro durante toda su vida porque estructuralmente lo necesita. Estructuralmente en el sentido de su cuadro, de sus dificultades. Y eso no me parece que sea algo malo. Digamos, yo no sé si trabajo para que...sino que trabajo en realidad para ganar mayor grado de subjetividad y que la paciente pueda ir teniendo, en lo posible, un lugar afuera pero no con esos ideales.”*

(C, Terapista Ocupacional. Servicio de Largo Tratamiento; 2017)

*“También tiene que ver con que las pacientes puedan trabajar en grupo, que las pacientes puedan decir sus problemas, que ellas puedan desnaturalizar sus problemas y puedan decir ‘en el baño falta una puerta, se calló la puerta, no la arreglaron’.”*

Este tipo de intervenciones, en donde cobra lugar la voz y la subjetividad de las mujeres internadas, se oponen a aquellas que posicionan al sujeto como objeto de conocimiento y disciplinamiento. Al respecto, Galende (2012) explica que este último tipo de prácticas, históricamente dominantes en los asilos psiquiátricos, encuentran su origen en la influencia que el positivismo biológico ha tenido sobre la disciplina psiquiátrica desde su nacimiento como tal. Dicha influencia implica una comprensión del padecimiento mental reducida sólo a aspectos físicos, químicos y anatómicos cuya concepción “habilita una intervención práctica que puede prescindir de la subjetividad del enfermo, de su palabra, de sus

significaciones, de su autonomía o de su historia, o simplemente considerar a estos aspectos como meras circunstancias de su contexto social, cultural o familiar, sin incidencia en la objetividad biológica de su trastorno”. (GALENDE, 2012: 24). En contraposición a estas líneas de intervención, y a partir de lo plasmado en las citas de las entrevistadas, Galende menciona la importancia de recuperar la subjetividad del enfermo/a en el tratamiento de la Salud Mental, lo cual implica considerar al paciente-antes objeto de conocimiento- como un otro semejante, situado/a en un determinado contexto y condicionado por el mismo.

Por lo tanto, se evidencia que no sólo las intervenciones enmarcadas en el Modelo Médico Hegemónico se llevan a cabo en la institución analizada, sino que también tienen lugar aquellas que se oponen al mismo y que responden al nuevo paradigma en Salud Mental. Al respecto, Galende explica que nos encontramos en un momento de transición, “donde lo viejo (en nuestro caso, la política asilar) no termina de morir, y lo nuevo (la política de Salud Mental), no termina de nacer (...)” (GALENDE 2015: 58).

En este sentido, es necesario reconocer que las luchas que se llevan a cabo en el campo que estamos analizando, se desarrollan a la luz de una normativa (la LNSM) que establece una definición y un modo de intervención cuyo intento de ruptura con el Modelo Médico Hegemónico resulta evidente. Aun así, y como se ha demostrado en el presente apartado, el cuestionamiento a dicho Modelo no se traduce en una distribución igualitaria de poder entre las distintas disciplinas. Ante esto, es necesario tener presente que la incorporación de nuevas concepciones y modelos de tratamiento legitimadas a partir de la LNSM no se produce en el vacío sino que, por el contrario, debe desarrollarse en un espacio social cuyo dominio ha sido históricamente ocupado por la disciplina psiquiátrica.

### **El Trabajo Interdisciplinario como parte del nuevo paradigma en Salud Mental**

A largo de este trabajo se ha mencionado que la LNSM concibe a la Salud Mental como un proceso determinado por múltiples factores, lo cual permite posicionar a la misma como una problemática compleja en términos de Carballeda. La identificación de la complejidad de esta problemática implica reconocer que no puede ser abordada a partir de

una única disciplina, en la medida en que requiere de una multiplicidad de saberes para ser comprendida e intervenida. Al respecto, Stolkiner plantea: “la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable interdisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente y de la dificultad de encasillarlos” (STOLKINER 1987:313).

De esta manera, la LNSM establece en su Artículo 8 que: “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”. Este abordaje en Salud Mental de forma interdisciplinaria busca garantizar su tratamiento de manera integral, es decir, reconociendo todos los componentes que en ella intervienen. Lo mencionado implica considerar las características del “objeto” para definir su modo de tratamiento, procurando abordarlo en su totalidad a partir de los distintos saberes disciplinares.

Considerando, y de acuerdo a lo planteado por Stolkiner (2005), el trabajo interdisciplinario es un posicionamiento que da cuenta de que ninguna disciplina posee un saber totalitario sobre la realidad social en la que interviene. Cada disciplina configura un conjunto de saberes que “explica científicamente un recorte de la realidad en el que cada objeto particular se configura, y otorga las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y la acción” (CAZZANIGA, 2002). La autora citada explica que es a partir de este recorte de la realidad, que ocupa a cada disciplina, que la ciencia moderna promueve la fragmentación entre las distintas profesiones, en la medida en que cada una posee su objeto y sus fronteras previamente delimitadas. En contraposición, establecer la necesidad del abordaje interdisciplinario en Salud Mental significa reconocerla como una problemática que debe ser intervenida por distintos saberes, es decir, implica “partir de los problemas, no de las disciplinas dadas” para garantizar su abordaje. (ELICHIRY, 1987).

Por lo tanto, postular que la Salud Mental debe ser abordada interdisciplinariamente denota, como se ha mencionado, que ninguna disciplina posee su conocimiento y monopolio de intervención en su totalidad. Siguiendo el análisis realizado en el apartado previo, en relación a la Salud Mental como Campo, esto conlleva a una modificación en las

posiciones ocupadas por los/as distintos/as profesionales en el espacio social, donde la autoridad de la disciplina psiquiátrica es puesta en jaque mediante el establecimiento – por ley- del abordaje interdisciplinario. Lo mencionado produce cambios no sólo a nivel institucional sino también en el nivel de las representaciones sociales respecto al padecimiento mental, cuyo entendimiento y abordaje ha sido siempre identificado con la disciplina psiquiátrica.

Respecto al nivel institucional, en el nivel de las prácticas, el abordaje interdisciplinario implica un espacio de saber compartido entre diferentes profesionales en el cual, si bien persisten los límites de cada disciplina, es posible lograr estrategias de intervención que consideren a la salud mental en sus múltiples dimensiones, dando como resultado una intervención integral. Siguiendo a Robles, podemos afirmar que la interdisciplina “implica la articulación, integración e intercambio de los saberes, métodos, técnicas y habilidades de los profesionales de las diferentes ciencias o disciplinas. Los mismos colaboran y se complementan en torno a objetivos comunes, para contribuir a una mejor y más amplia comprensión de los problemas que redunde en un abordaje conjunto, más eficaz y eficiente” (ROBLES, 2010:2).

El mencionado autor agrega, además, que el trabajo interdisciplinario conlleva a una revisión de los propios saberes y prácticas disciplinares. En este sentido, es necesario tener presente que, en el campo de la Salud Mental, el abordaje interdisciplinario ha de llevarse a cabo en espacios donde los lugares disciplinares se encuentran rígidamente establecidos desde hace años y donde, en la actualidad, no sólo estos lugares son susceptibles a modificaciones sino que también los objetivos profesionales han de ser reconfigurados. En la institución objeto de este estudio, los actuales objetivos profesionales tienden a promover los procesos de externación cuando, históricamente, dichos objetivos se reducían a la atención y tratamiento de las mujeres allí internadas. Por lo tanto, no sólo el modo de abordaje de la salud mental ha cambiado- a partir del abordaje interdisciplinario- sino que a su vez, los objetivos de cada intervención profesional se ven afectados por un proceso de reconfiguración tendiente a impulsar el tratamiento de la salud mental de manera extra-hospitalaria. En este sentido, cuando mencionamos que el abordaje en equipos interdisciplinarios implica un trabajo en conjunto bajo un objetivo en común, se debe tener

en cuenta que este mismo objetivo ha sido reconfigurado y ha de ser reconstruido a partir de los distintos saberes disciplinares en forma conjunta.

Por otro lado, si bien la intervención en Salud Mental es reconfigurada a partir de la LNSM, es esta misma normativa la que despeja el camino para el abordaje interdisciplinario, al postularla como modo de tratamiento. En este sentido, cobran relevancia los aportes de Bersten, quien explica que existen condiciones que obstaculizan y otras que favorecen al trabajo interdisciplinario y ubica a la LNSM como parte del contexto social que facilita dicho abordaje. En palabras de la autora: “existen momentos históricos que tienen el signo de la fragmentación y otros que favorecen la asociación. En este sentido en la actualidad las nuevas legislaciones en salud mental brindan un contexto favorable para el desarrollo de prácticas en equipo. Al definir a la salud mental como una construcción social y asociar el proceso de salud y enfermedad a las condiciones de vida de las personas, invitan a un trabajo compartido” (BERSTEN, 2012:2). De esta manera, el establecimiento- mediante una normativa- del abordaje interdisciplinario permite legitimar prácticas que se venían dando en el área de la Salud Mental, al tiempo que obliga al trabajo en conjunto entre profesionales que realizaban sus intervenciones en la soledad de su saber disciplinario.

Al respecto, y siguiendo el análisis realizado por Cazzaniga (2002), se considera que el trabajo interdisciplinario es superador, no sólo por trascender las fronteras establecidas por la ciencia moderna para garantizar un abordaje integral de las problemáticas, sino también porque permite “la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto” (CAZZANIGA; 2002). En el marco de un contexto de intervención en continua transformación y considerando la multiplicidad de factores que componen a la Salud Mental, el trabajo en equipo generado a partir del abordaje interdisciplinario resulta no sólo adecuado- dadas las características de la problemática- sino también estratégico- dadas las características del contexto-.

## El Trabajo Interdisciplinario en el Hospital Moyano:

### Avances y Desafíos

Como se ha mencionado, para la presente investigación se han entrevistado a profesionales de Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional que desempeñan sus funciones en los Servicios de Mediano y Largo tratamiento del Hospital Moyano. Durante las entrevistas, las siete profesionales brindaron su concepción del trabajo interdisciplinario, describiendo las prácticas que realizan en el marco del mismo, e identificando los avances y dificultades a los que conlleva dicho abordaje en el tratamiento de la Salud Mental.

Todas las profesionales entrevistadas acuerdan en que la Salud Mental debe ser abordada a partir de un equipo interdisciplinario, dado que el padecimiento mental es concebido como un proceso atravesado por múltiples factores y por lo tanto, no susceptible de ser comprendido e intervenido por una única disciplina. A su vez, el abordaje de la Salud Mental de manera interdisciplinaria es reconocido por las profesionales como la única manera de viabilizar los procesos de externación. En ocasiones, esto las ha llevado a afirmar que la institucionalización por la que han atravesado- y aún atraviesan muchas de las mujeres internadas en el Hospital- deriva del hecho de que la Salud Mental no era abordada interdisciplinariamente durante los años previos a la sanción de la LNSM:

(B, Psicóloga. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Me parece que es fundamental porque, por lo menos acá, son casos re complejos donde no es sólo la intervención psi. De hecho, si se hubiesen hecho intervenciones interdisciplinarias yo creo que muchas pacientes no hubiesen permanecido acá tanto tiempo.”*

(C, Terapeuta Ocupacional. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Cuando se buscaba que las pacientes tuvieran un mejor pasar, en esa época, antes de esta interdisciplina que estamos haciendo, era utópico pensar en un alta.”*

Si bien existe un acuerdo respecto de la necesidad de abordar la Salud Mental de forma interdisciplinaria, todas las entrevistadas afirmaron que dicho abordaje no está dado sino que, por el contrario, debe ser construido de manera constante por las integrantes del

equipo. De acuerdo con Bersten, “hablar de interdisciplina significa situarse en el paradigma de la complejidad y agruparse entre quienes adhieren de diversas maneras a una epistemología que no homologa el objeto de conocimiento al objeto real y que reconoce la historicidad y por lo tanto la construcción de los saberes disciplinarios” (BERSTEN; 2012:2).

Bajo estos términos, se comprenden las afirmaciones de las entrevistadas en relación a que la constitución de equipos interdisciplinarios implica un trabajo en sí, en la medida en que obliga a cada uno/a de sus integrantes a repensar al sujeto de intervención considerándolo de manera integral y condicionado por un contexto socio-histórico determinado.

Aún así, la mayoría de las profesionales entrevistadas- excepto una- expresaron que en los Servicios donde desempeñan su tarea realizan trabajo interdisciplinario. La entrevistada que brindó una opinión distinta, considera que en su Servicio se dan mayoritariamente “interconsultas” pero no interdisciplina:

(E, Trabajadora Social. Servicio de Mediano Tratamiento, 2017):

*“Desde ya, lo que uno intenta es hacer un trabajo interdisciplinario pero bueno, muchas veces no se puede por las características de los Servicios y uno termina haciendo más bien un trabajo multidisciplinario en donde cada uno va tomando a la persona”.*

Al respecto, Robles postula que lo que comúnmente se identifica como interconsultas puede ser definido- tal como lo mencionó la entrevistada- como multidisciplina y explica que la misma “alude a varias disciplinas diferentes que intervienen en una misma problemática, cada una desde su especificidad, sin interactuar de manera conjunta” (Robles; 2010: 2). El mencionado autor, sostiene que esta falta de abordaje a partir de objetivos comunes entre profesionales suele tener como resultado intervenciones que se superponen o incluso que se contradicen. A su vez, tanto la multidisciplina como la interdisciplina se complejiza cuando se considera el desconocimiento que cada profesional posee sobre las disciplinas ajenas a la propia. Este hecho fue explicitado por cada una de las entrevistadas- excepto las pertenecientes a la disciplina psiquiátrica- quienes afirmaron que las representaciones sociales que circulan en sus espacios de trabajo no se corresponden con la realidad de su ejercicio profesional, al tiempo que reconocieron que existía un

desconocimiento de las tareas que desempeñaban las otras disciplinas previo al ingreso a sus respectivos equipos.

El desconocimiento de las disciplinas ajenas a la propia genera, por un lado, la desvalorización de determinadas profesiones en tanto que no se reconocen los objetivos de las mismas como parte fundante del tratamiento en salud mental:

(C, Terapeuta Ocupacional del Pabellón de Largo Tratamiento, 2017):

*“La dificultad que se presentaba era la no cabida para las intervenciones de Terapia Ocupacional considerada solamente como una práctica de relleno, con trabajos grupales, que ni siquiera eran considerados grupales, eran considerados talleres que no valía la pena implementar. Si había espacio se hacía, sino no.”*

Por el otro lado, el desconocimiento de profesiones conlleva a la generación de demandas hacia determinadas disciplinas que no se corresponden a su campo de intervención o que denotan la falta de comprensión del mismo:

(B, Psicóloga. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Hay algo que sigue como hegemónico y que, en algunos casos es: ‘bueno, fijate que está angustiada’. Porque esa es la demanda de psicología: ‘Está angustiada’; es eso. Es como en Trabajo Social: ‘bueno, hay que hacerle la pensión’”.*

De manera inversa, entre algunas disciplinas, determinadas tareas aparecen como objeto de disputa. Es el caso de Trabajo Social y Terapia Ocupacional en lo que concierne a la generación de redes. Al respecto, una de las entrevistadas hizo referencia a la existencia de ciertas discusiones entre el Servicio Social y Servicio de Rehabilitación (compuesto por Terapeutas Ocupacionales) en donde la presencia de objetivos comunes es visualizada como una amenaza de apropiación de campos de intervención:

(C; Terapeuta Ocupacional. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Establecer redes significa muchas cosas y no es prioritario de una profesión, psicología lo puede tomar- de hecho lo toman-. La discusión era que T.O, este programa, estaba haciendo algo que no le correspondía y no es así. Primero, el trabajo de redes no es prioritario de ninguna profesión, es de todas. No es que no es tuyo, no es sólo tuyo.”*

Aquí se evidencia que el desconocimiento de las profesiones implica un obstáculo en la tarea de abordar la totalidad de las problemáticas a las que conlleva la generación de redes. En este sentido, es necesario retomar los aportes de Nora Elichiry quien plantea que para que el desarrollo del trabajo interdisciplinario resulta necesario una clara división del trabajo: “la interdisciplina se basa en la complejidad y unidad de la realidad, por un lado, y en la división del trabajo científico necesario para la evolución de la ciencia, por otro” (ELICHIRY; 1987).

Al indagar sobre las posibles causas del desconocimiento de las disciplinas ajenas a la propia, todas las entrevistadas afirman que el mismo se deriva de la formación profesional que han recibido:

(E, Trabajadora Social. Servicio de Mediano Tratamiento; 2017):

*“Creo que en la interdisciplina se pone mucho en juego el desconocimiento de cuáles son los roles o funciones de las demás profesiones. Creo que esto está vinculado a las Políticas porque esta cuestión de desconocimiento y no saber tiene que ver con la formación que recibimos cada uno de los profesionales en su formación de grado.”*

(B; Psicóloga. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Lamentablemente en la residencia está esta cuestión de trabajar médico y psicólogo nada más y se arma eso. Estaría buenísimo que Trabajo Social y Terapia Ocupacional estén. Es algo que yo también este año lo viví estando acá, trabajando mucho codo a codo con la Terapeuta y con la Trabajadora Social”.*

Lo mencionado debe ser entendido considerando lo explicitado previamente respecto a la fragmentación entre profesiones impulsado desde el nacimiento de la ciencia moderna, bajo el objetivo de que cada una se especialice en sólo una parte de la realidad social a intervenir. Al respecto, la autora previamente citada afirma que “los diseños curriculares y los planes de estudio muestran un parcelamiento del saber en disciplinas aisladas como compartimientos estancos. Esta concepción disciplinaria de la educación universitaria nos lleva a una excesiva especialización que fragmenta el conocimiento en áreas y obstaculiza la comprensión de la pluralidad y complejidad de las dimensiones de la realidad” (ELCHIRY; 1987). De acuerdo con la autora, la fragmentación de áreas de estudio e intervención de la realidad, encarnadas en disciplinas, es producida y reproducida

por las instituciones educativas- en especial las universitarias-, cuya tendencia a la especialización conduce a un abroquelamiento disciplinar que impide el desarrollo de habilidades para la generación y mantenimiento del trabajo interdisciplinario.

Por otra parte, interesa destacar que en uno de los Servicios estudiados, las entrevistadas afirmaron que su trabajo interdisciplinario se realizaba sólo entre tres profesiones, a saber: Trabajo Social, Psicología y Terapia Ocupacional. Las profesionales de las mencionadas disciplinas manifestaron como principal obstáculo la incorporación de la disciplina psiquiátrica al trabajo en equipo, hecho que es explicado por las mismas bajo la idea de que dicha disciplina responde al Modelo Médico-Hegemónico:

(A, Trabajadora Social. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Primero porque el Jefe del Servicio (psiquiatra) es el Jefe. Y por otra parte porque el psiquiatra como que se aleja...es el poder médico hegemónico. Entonces a veces no es tan fácil”.*

Se ha planteado que una de las características principales del Modelo Médico Hegemónico consiste en considerar que el tratamiento de la salud-enfermedad corresponde únicamente al saber médico, hecho que explica la razón por la cual, desde este Modelo, el trabajo interdisciplinario carece de sentido. En este punto, es necesario retomar lo expresado por Stolkiner quien plantea que “La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (Stolkiner; 2005:5). En el campo de la Salud Mental, sostener un posicionamiento que cuestione los propios saberes e implique una actitud abierta ante los conocimientos de las otras disciplinas conlleva, para algunas profesiones, a la pérdida del poder garantizado a partir del Modelo Médico Hegemónico.

Interesa destacar que, en este contexto donde ciertas profesiones presentan resistencia ante el trabajo interdisciplinario, se observa que el restante de las profesionales del equipo realiza una operación inversa, en la cual los aspectos positivos de esta forma de abordaje son resignificados de manera constante:

(A, Trabajadora Social. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Para mí, yo creo que el trabajo interdisciplinario lo que permite es pensar estrategias de tratamiento y hasta como una forma de salud mental personal. Solo no se puede trabajar.”*

(B, Psicóloga. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“(...) cuando hay una situación compleja, de cierta gravedad, una situación que implica el poner un poco el cuerpo, uno se siente más acompañado y más apoyado. Tiene eso, no se compara a estar solo atendiendo. Me ha pasado que las entrevistas más ricas con las pacientes fueron en equipo, donde salieron cosas más claras fueron en equipo y no estando individualmente.”*

En este tipo de situaciones, si bien el trabajo en equipo surge como respuesta ante las problemáticas por las que atraviesan las mujeres internadas, dicha forma de abordaje funciona a su vez, como una manera de hacerle frente a un contexto institucional que subordina a las profesiones ajenas a la disciplina psiquiátrica. Se evidencia, de esta manera, que las potencialidades que presenta el trabajo interdisciplinario no se reducen sólo al adecuado abordaje de las situaciones problemáticas sino que también se erige como una forma estratégica de posicionarse ante las estructuras institucionales y sus necesarias modificaciones.

### **Rol que desempeña/se le asigna al Trabajo Social en el equipo interdisciplinario en Salud Mental.**

En las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo se ha indagado sobre los objetivos profesionales que poseen las Trabajadoras Sociales integrantes de ambos Servicios, al tiempo que se ha preguntado a las distintas profesionales entrevistadas- ajenas a esta disciplina- cómo concebían la intervención del Trabajador/a Social en Salud Mental.

En términos generales, la mayoría de las entrevistadas relacionan la intervención del Trabajo Social- incluso las profesionales de dicha disciplina- en relación a la generación de posibilidades para el alta de la internación psiquiátrica:

(D, Psiquiatra. Servicio de Largo Tratamiento, 2017):

*“Fundamental. La Trabajadora Social es fundamental en el trabajo de la familia, en el trabajo de los informes, en la posibilidad del alta de la paciente, en la salida.”*

(A, Trabajadora Social. Servicio de Largo Tratamiento, 2017):

*“Siempre traté de pensar el Trabajo Social desde una mirada más amplia, más desde conocer al paciente, qué pasa con su familia, cómo es el vínculo, cuáles son los recursos que tiene ese paciente como para empezar a pensar otro tipo de cuestiones que le permitan o salir o volver a su medio familiar o un dispositivo que pueda sostener el afuera.”*

Desde la perspectiva de las profesionales ajenas al Trabajo Social, esta función de fortalecimiento de los procesos de externación conlleva- y a la vez queda reducida- a la realización de tareas, por parte de las Trabajadoras Sociales, destinadas a la gestión de recursos por un lado y al fortalecimiento de las redes familiares, por el otro:

(D, Psiquiatra. Servicio de Largo Tratamiento, 2017):

*“Ella, la verdad es que tiene que hacer un estudio minucioso de la familia de la paciente, de qué posibilidades hay de obra social, PROFE, PAMI o alguna otra.”*

(B, Psicóloga. Servicio de Largo Tratamiento, 2017):

*“Está muy ligada a esto de las pensiones, como las demandas que recibe. El tema de las A.T también y todo el tema del: ‘bueno, sale, tiene que ir a cobrar’; eso es la parte para mí más burocrática.”*

Al respecto, en ciertas situaciones se observa que la intervención de las Trabajadoras Sociales suele ser visualizada- por parte del resto de las profesionales- como la gestión de recursos en sí mismos, en donde no se diferencia acción de intervención, al tiempo que no se da cuenta de los objetivos de dicha acción como parte de una intervención más amplia. De acuerdo con lo planteado por Parra, la intervención profesional se compone por tres dimensiones que resultan inherentes e indisolubles entre sí: a) una dimensión teórico-metodológica que “nos permite comprender que la profesión se encuentra sustentada en una cierta perspectiva analítica de mundo, sociedad y hombre, a partir de la cual se comprende y, principalmente, se analiza la realidad social y se fundamenta un cierto tipo de práctica” (PARRA y OTROS, 2014:13); b) Una dimensión técnico-operativa, que refiere a aquellas acciones, instrumentos y técnicas que permiten operativizar los fundamentos teóricos-metodológicos. c) Y una dimensión ético-política, expresada en determinados valores y proyectos que guían la intervención profesional.

En este sentido, se puede pensar que el hecho de que la intervención profesional del Trabajo Social suela ser descripta en términos de gestión de recursos, denota que dicha intervención es visualizada sólo en base a su dimensión técnico-operativa. Es decir, la gestión de recursos no es directamente leída como el acceso a un derecho que permite el fortalecimiento de los procesos de externación (dimensiones teórico-metodológica y ético-política) sino que es concebida como una función inherente y automática a la disciplina en cuestión.

A su vez, esta identificación entre realización de tareas y objetivos de intervención como aspectos idénticos se visualiza en la generación de demandas- por parte de las integrantes del equipo hacia las Trabajadoras Sociales- que denotan un desconocimiento de la metodología de intervención que poseen dichas profesionales:

(E, Trabajadora Social. Servicio de Mediano Tratamiento; 2017):

*“Entonces viene la demanda, a veces puede ser en forma escrita y a veces puede ser en forma verbal: ‘Ah mirá, vino fulanito de tal, te la mando para que gestione una pensión’. O sea, no. No es la idea. Uno lo que hace es una evaluación. Y la idea es que uno pueda hacer una evaluación para poder detectar cuáles son realmente las necesidades de esa persona.”*

Lo mencionado puede ser entendido a partir de los aportes de Cazzaniga, quien realiza un análisis sobre las dificultades que se presentan en el ejercicio profesional, dentro de los equipos interdisciplinarios en el ámbito de la salud. La mencionada autora afirma que la naturaleza interventiva del Trabajo Social conlleva a una concepción, por parte de otros/as profesionales, en donde los conocimientos prácticos de los/as Trabajadores/as Sociales suelen ser considerados-e incluso sobrevalorados- pero no se contempla que los mismos posean un anclaje teórico. Al respecto, la autora afirma que se “instala a la profesión como técnica, esto es, como mero hacer, provocando por una parte una división entre el conocer y la acción, relegando a Trabajo Social a una destreza en el manejo de técnicas e instrumentos, y colocándolo en un lugar subsidiario respecto a lo teórico” (CAZZANIGA, 2002). Por lo tanto, se puede pensar que esta representación de la profesión como técnica y mero hacer se encuentra estrechamente relacionada con la invisibilización de las

dimensiones teórico-metodológicas y ético-políticas mencionadas previamente como componentes de la intervención del Trabajo Social.

Por otro lado, es necesario considerar la asunción y adjudicación del rol de las trabajadoras sociales a la luz de la LNSM, ya que la misma legitima su intervención a partir de dos movimientos simultáneos. Por un lado, porque reconoce que dicha profesión forma parte del equipo interdisciplinario que aborda la salud mental. Por otro lado, al establecer y enumerar los derechos que detentan las personas con padecimientos mentales, la LNSM se constituye como herramienta imprescindible a la hora de garantizar dichos derechos durante el tratamiento.

(A, Trabajadora Social. Servicio de Largo Tratamiento, 2017):

*“Yo adhiero más a la ideología de la Ley porque mi formación tiene que ver con esa definición (...) Cuando vos le decís- parece loco y feo lo que voy a decir-pero cuando vos decís: "mirá, la Ley dice eso". Es como que, vos querrás seguir en la estructura rígida pero hoy la Ley dice tal cosa, que la paciente tiene derecho a tal cosa. Entonces sí, facilita otro tipo de tratamiento”.*

Por lo tanto, se puede considerar que la función de defensa y restitución de derechos inherente a la intervención del Trabajo Social se encuentra avalada por la LNSM, al tiempo que la misma se constituye como un instrumento que “le permite decir y hacer con voz propia, y desde allí dialogar con otros saberes” (CAZZANIGA; 2002). En este sentido, la intervención del Trabajo Social y la LNSM se retroalimentan mutuamente, en la medida en que la primera es avalada por la segunda, mientras ésta tiende a ser defendida y enunciada por las Trabajadoras Sociales ante integrantes del equipo que presentan resistencias frente a su aplicación.

### **A modo de cierre**

A lo largo de este capítulo se ha analizado como la concepción de Salud Mental, plasmada en la LNSM, conlleva cambios en sus modos de abordaje, estableciendo el tratamiento de la misma de forma interdisciplinaria. Esta modalidad de abordaje denota el reconocimiento de la multiplicidad de componentes que hacen a la Salud Mental, dando lugar al trabajo interdisciplinario como forma de abordarla en su integralidad.

Al analizar la Salud Mental como Campo y a partir de los testimonios de las profesionales entrevistadas, se puede comprender que el trabajo interdisciplinario no se produce de manera automática sino que, por el contrario, requiere de un esfuerzo contante por parte de las integrantes de los equipos, al tiempo que se evidencia la resistencia ante el mismo por parte de ciertas disciplinas. Estas resistencias fueron identificadas como resultado de las modificaciones en las relaciones de poder a las que conlleva el abordaje interdisciplinario, en donde el poder de la disciplina psiquiátrica, como saber único sobre el padecimiento mental, es puesto en jaque. En este sentido, se comprende al trabajo interdisciplinario como un posicionamiento, que implica reconocer que el conocimiento de la Salud Mental no lo detenta una única disciplina, sino que es necesaria la fusión de varias.

Las prácticas descritas y analizadas como reproductoras del Modelo Médico Hegemónico han sido contrastadas con aquellas que se les oponen y que se enmarcan en la LNSM. Entre las primeras encontramos intervenciones enfocadas en la idea de “curar” el padecimiento mental y la resistencia al trabajo interdisciplinario. Entre las segundas, en cambio, se resaltan las intervenciones realizadas en forma interdisciplinaria y destinadas a recuperar la subjetividad de las mujeres internadas. Entre estas últimas, se destaca la potencialidad del trabajo interdisciplinario, no sólo como forma de abordar la Salud Mental en su integralidad, sino también como manera de hacerle frente a un contexto institucional en el cual prevalecen prácticas que reproducen el Modelo Médico Hegemónico.

A su vez, se ha analizado el desconocimiento existente entre las distintas profesiones que integran el equipo interdisciplinario como uno de los principales obstáculos identificados por las profesionales entrevistadas. A partir de dicho análisis, se indagó acerca de las repercusiones a las que conlleva este desconocimiento en relación al ejercicio profesional del Trabajo Social, concluyendo que dicho desconocimiento implica la identificación de la práctica de las Trabajadoras Sociales como técnica, como mero hacer, en donde las dimensiones teórico-metodológicas y ético-políticas que componen su intervención resultan invisibilizadas.

Al analizar la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, se comprende que la misma se encuentra legitimada por dicha normativa, al otorgar un marco legal a los derechos defendidos por dicha profesión. De esta manera, no sólo la intervención del

Trabajo Social se encuentra avalada por esta normativa sino que, a su vez, lo establecido en ella es defendido en la intervención profesional.

## **CAPÍTULO III**

### **Modalidades de Tratamiento en el Hospital Moyano:**

#### **La externación y sus desafíos.**

En el presente capítulo, realizo una descripción de los factores que obstaculizan los procesos de externación psiquiátrica, identificados por las profesionales de los equipos intervinientes en los Servicios de Mediano y Largo Tratamiento del Hospital Moyano. A partir de la constatación de que dichos procesos suelen aparecer, desde la perspectiva de las profesionales, en términos de características propias de la vida de las mujeres propongo analizar las mismas como producto- y en relación - a procesos socio-históricos determinados. En este sentido, en el presente capítulo, los obstaculizadores identificados por las profesionales, pasan a ser concebidos como problemáticas sociales que obstaculizan los procesos de externación.

Previo al análisis de las problemáticas identificadas, realizo una aproximación a las concepciones que las profesionales intervinientes poseen respecto a la internación psiquiátrica y su correlación –y disrupción- con lo establecido en la LNSM respecto a las internaciones psiquiátricas.

#### **La internación psiquiátrica en el Hospital Moyano:**

##### **Perspectivas de las Profesionales**

A lo largo de este trabajo, he explicitado que una de las modificaciones a las que conlleva la LNSM refiere a lo establecido respecto a las internación psiquiátrica, en la medida en que la misma es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo (Artículo 14), a la vez que establece que la internación involuntaria debe llevarse a cabo sólo cuando la persona presente riesgo cierto o inminente para sí o para terceros (Artículo 20).

Tal como se explicitó previamente, la hipótesis que ha guiado la presente investigación postula que los equipos interdisciplinarios del Hospital Moyano definen las modalidades de tratamiento que deben recibir las mujeres considerando aspectos que

exceden a la condición de la presencia de riesgo cierto o inminente. Con el objetivo de confirmar o refutar dicha hipótesis, durante el trabajo de campo se ha indagado sobre las concepciones que las entrevistadas poseen respecto a la internación como modalidad de tratamiento, al tiempo que se han recabado sus opiniones en relación a lo establecido en la LNSM en lo referente a las internaciones psiquiátricas.

Al respecto, todas las entrevistadas afirman estar de acuerdo con lo establecido en la LNSM respecto a las internaciones, en la medida en que consideran que los artículos 14 y 20 -explicitados previamente- representan un claro intento de desmanicomialización, al tiempo que reconocen la necesidad de que la Salud Mental pueda ser abordada en la comunidad, en los servicios de primer nivel de atención a la salud. En términos generales, las entrevistadas refieren que el cumplimiento de estos artículos se observa en la Guardia del Hospital, en donde la evaluación realizada a la paciente que ingresa posee como objetivo determinar la modalidad de tratamiento que corresponda acorde a la LNSM:

(B, Psicóloga. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Intentar que no sea el primer recurso la internación en el caso de crisis de una paciente. Se intenta...evalúas al paciente, está la familia fuera: que venga la familia, hablemos con la familia. Yo entro a la residencia justo con la nueva Ley. El impacto que tiene es ese, intentar que no sea el ‘bueno, listo, se interna y ya está’”.*

Por su parte, el impacto de la LNSM en relación a las profesionales de los Servicios entrevistados, se observa en los objetivos de intervención identificados por las mismas: todas las entrevistadas han postulado que su intervención se encuentra dirigida a que las pacientes puedan ser externadas y logren acceder a un tratamiento en Salud Mental de manera ambulatoria. Lo mencionado no es un dato menor, ya que, como se ha explicitado a lo largo de este trabajo, la internación ha sido una de las estrategias históricas más desarrolladas ante el padecimiento mental y la misma solía ser considerada como una solución en sí misma. A partir del trabajo de campo, se observa que esto es modificado en las prácticas de las profesionales, cuyos objetivos responden a la necesidad de que las mujeres internadas puedan realizar su tratamiento en ámbitos extra-manicomiales.

Sin embargo, al indagar sobre las condiciones que presentan las mujeres internadas en los Servicios de Mediano y Largo Tratamiento se observa que muchas de ellas no se

encuentran en situaciones de riesgo cierto o inminente. Al respecto, las entrevistadas afirman que las mujeres internadas en sus Servicios se encuentran atravesadas por problemáticas tales como la falta de vivienda, la ausencia de redes de apoyo, situaciones de vulnerabilidad económica, entre otras cuestiones, que impiden la realización del alta cuando las mismas se encuentran estables, de manera que permanecen internadas aun cuando no presentan situación de riesgo. De esta manera, entendiendo que las profesionales consideran aspectos que exceden a que las mujeres se encuentren en situación de riesgo cierto o inminente para continuar con la internación como modalidad de tratamiento, se puede afirmar que la hipótesis planteada ha sido confirmada.

Lo mencionado es explicado por las profesionales en términos de dificultad de aplicación de los artículos mencionados de la LNSM, dadas las características que presentan sus pacientes. Es necesario aclarar aquí, que la mayoría de las mujeres internadas en los Servicios de Mediano y Largo Plazo se encuentran bajo dicha modalidad de tratamiento desde hace varios años, algunas incluso desde hace décadas, por lo que la pérdida de vínculos, trabajos, propiedades, entre otras cuestiones, es algo que atraviesa a la gran mayoría.

En este sentido, las profesionales consideran que, dadas las problemáticas por las que se encuentran atravesadas las mujeres internadas, la internación en forma excepcional y restrictiva no suele ser lograda, en la medida en que la misma impide que otras problemáticas -por fuera de la estabilidad psíquica -sean trabajadas durante la internación:

(E, Trabajadora Social. Servicio de Mediano Tratamiento; 2017):

*“Creo que hay pacientes en donde llevan muchos años de trabajo y el hecho de que vos te tomes ese tiempo para poder trabajar con el paciente acá, cosa que el paciente esté afuera y no vuelva a ingresar en el Hospital. En otros Servicios se da mucho lo que se llama "puertas giratorias", el paciente se va, está cinco meses afuera y vuelve.”*

(F, Psicóloga. Servicio de Mediano Tratamiento; 2017):

*“A lo mejor [los síntomas] remiten pero tenemos que trabajar esto de lo social: que no tienen dónde ir. A lo mejor alquilan, se descompensaron, perdieron la habitación, el laburo, no tienen más ingresos. Entonces es hacer toda esa rueda de vuelta”.*

Lo mencionado da cuenta que en el tratamiento otorgado a las mujeres internadas, los equipos profesionales intentan dar respuestas a problemáticas que exceden a la

estabilidad psíquica. En este sentido, y tal como será desarrollado en el próximo apartado, si bien considero que dichas problemáticas forman parte del proceso de salud-padecimiento mental, entiendo que el tratamiento de las mismas debería ser abordado en forma socio-comunitaria y, por lo tanto, de manera extra-manicomial. Es decir, de acuerdo con la definición de Salud Mental plasmada en la LNSM, entiendo que la misma se encuentra atravesada por una multiplicidad de factores pero sólo aquellos que refieran a la estabilidad psíquica deben ser abordados mediante la internación psiquiátrica.

En esta misma línea, la LNSM establece, en su artículo 15 que: *“La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. (...) 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”*.

Adhiriendo al artículo mencionado, considero que el mismo posee la potencialidad de despejar todos aquellos vestigios que permitían erigir a la internación como forma de contener aquellos sujetos que, por sus condiciones socio-económicas, se encontraban excluidos de la sociedad. De esta manera, se comprende que el abordaje de problemáticas sociales a partir de instituciones extra-manicomiales, responde al objetivo de que la internación sea desempeñada sólo como un recurso terapéutico, cuyo objetivo debe estar destinado al logro de la estabilidad psíquica. Las dificultades manifestadas por los equipos entrevistados para el logro de esto último serán analizadas en los apartados siguientes.

### **Problemáticas sociales como componentes de la salud-padecimiento mental**

Como se ha mencionado, la hipótesis que ha guiado la presente investigación postula que los equipos interdisciplinarios del Hospital Moyano definen las modalidades de tratamiento que deben recibir las mujeres considerando aspectos que exceden a la condición de la presencia de cierto riesgo o inminente. Dicha hipótesis ha sido confirmada en las entrevistas realizadas a profesionales de los Servicios de Mediano y Largo Tratamiento del Hospital Moyano.

Desde la presente investigación, se considera que los aspectos que se tienen en cuenta para definir la continuidad del tratamiento mediante la internación psiquiátrica, son aspectos cuya dimensión histórico-social es necesario explicitar, dado que los mismos pueden ser considerados como problemáticas sociales que dificultan la externación psiquiátrica. Al respecto, es necesario mencionar la existencia de investigaciones tales como las de Fitipaldi - Masciangelo (2014) y de Estévez - Millet (2015), en donde el abordaje de las dificultades de externación analizadas por dichas profesionales, permite dar cuenta de que las mismas se erigen como una preocupación dentro del campo del Trabajo Social. En línea con los trabajos mencionados, el análisis propuesto en este capítulo, pretende explicitar la permanencia de tensiones actuales entre lo establecido en la LNSM y las prácticas profesionales, institucionales y políticas.

En este sentido, se considera que los problemas sociales constituyen las distintas formas de fragmentación de la cuestión social, entendiendo a la misma como “producto de la organización y funcionamiento de la sociedad capitalista y la implicancia directa en la vida de los sujetos” (ROZAS PAGAZA; 2001). Por lo que, se entiende que la cuestión social- basada en la relación capital/trabajo- es constitutiva y se manifiesta en los diferentes problemas sociales. De acuerdo con la autora citada, los problemas sociales son el resultado de la fragmentación y sectorización de lo social, impulsada por el Estado en su afán de intervenirlos.

Al respecto, es necesario aclarar aquí, que la necesidad de intervención en lo social impulsada por el Estado responde a la contradicción en el que el mismo se encuentra. Siguiendo el análisis de Grassi, el Estado Moderno-Capitalista debe conciliar funciones contradictorias: como garante de derechos y generador de ciudadanía en tanto Estado Moderno por un lado y, como superestructura de dominación de una sociedad dividida en clases irreconciliables, por el otro. Por lo tanto, “como referente de ciudadanía, el Estado Moderno se funda en la idea de igualdad y libertad; y como constitutivo del proceso de acumulación capitalista, se funda en la desigualdad estructural y la dependencia que resulta de la subordinación del trabajo al capital” (GRASSI; 2003:14). En tanto que la mencionada contradicción es constitutiva, los problemas sociales surgen en base a la necesidad de conciliar los ideales de igualdad y libertad en sociedades caracterizadas por la desigualdad estructural.

En este sentido, en el marco de un Estado de derecho –en una sociedad capitalista-, se considera que los problemas sociales implican la vulneración de los derechos establecidos en la medida en que impiden su concreción. En la institución analizada, los derechos vulnerados de las mujeres internadas -falta de acceso a la vivienda, discriminación social, ausencia de redes de apoyo, entre otros- encuentran su razón en problemáticas sociales, cuya incidencia, si bien se extiende a toda la sociedad, se concreta de manera particular en este tipo de poblaciones, obstaculizando los procesos de externación.

Por lo tanto, se comprende que las distintas manifestaciones de la cuestión social inciden de manera directa en la vida de las mujeres internadas en el Hospital Moyano. Esta incidencia suele pasar desapercibida tanto por los equipos profesionales de la institución como por las mujeres mismas, en la medida en que son consideradas como particularidades de la historia de vida personal de cada una y estructurante de su vida cotidiana. En este sentido, es necesario retomar los aportes de Gianna, quien plantea que “la vida cotidiana, considerada por el hombre como el ámbito en el que se desenvuelven con mayor naturalidad y familiaridad, es en realidad un ámbito en el que se desconocen los nexos causales y las determinaciones presentes en cada acto cotidiano” (GIANNA; 2011:51). En la cotidianeidad predomina el conocimiento práctico, dado que es el mundo de la pseudo concreción, en donde los fenómenos sociales son percibidos en su superficialidad, caracterizada por la ausencia de mediaciones con la totalidad social que los contiene. El mencionado autor explica que cada situación particular remite a múltiples determinaciones y mediaciones con otros procesos más amplios, cuya visibilidad debe ser construida dado que no es percibida de manera inmediata en la vida cotidiana.

La falta de mediaciones entre las problemáticas por las que atraviesan las mujeres internadas y la totalidad social no sólo conduce al desconocimiento de los determinantes que las generan, sino que también produce que los distintos problemas sean considerados en forma aislada. En este sentido, es necesario remarcar que las problemáticas sociales- que serán analizadas en los apartados posteriores- no constituyen procesos separados sino que, por el contrario, se encuentran en interrelación continua e inciden en forma activa en los procesos de salud-enfermedad de la población. Al respecto, Rojas Soriano plantea: “todos los fenómenos de la realidad social se encuentran en relación y dependencia mutuas. La realidad es un todo interrelacionado y no un conjunto de cosas y procesos aislados,

separados unos de otros. (...). Además, debe tenerse en cuenta que los efectos repercuten en las causas de diversa forma y con distinta intensidad, y los efectos se convierten a su vez en causas de otros fenómenos”. (Rojas Soriano; 21). De esta manera, y adhiriendo a la definición de la Salud Mental de la LNSM, se considera que todas las problemáticas sociales a analizar son componentes del padecimiento mental y producen la vulneración de derechos de las mujeres objeto de este estudio. En este sentido, problemáticas tales como la falta de vivienda, el acceso a tratamiento en salud mental, discriminación social, entre otras, serán consideradas como derechos vulnerados que conducen a otra vulneración: la imposibilidad de ser dada de alta de la internación psiquiátrica. Lejos de plantear una relación de causalidad, se reconoce que entre estas problemáticas existe una relación dialéctica, cuya retroalimentación constante impide pensarlas en términos de causa-efecto.

Por otro lado, es necesario rescatar que el mantenimiento de las internaciones psiquiátricas por causas sociales implica el incumplimiento del artículo 15-explicitado previamente- de la LNSM. Al respecto, cabe mencionar que la detección y análisis en la presente investigación del incumplimiento de la LNSM en el Hospital Moyano posee como propósito evidenciar el carácter histórico, social y político de este acontecimiento, y lejos se encuentra de responsabilizar de manera directa a los/as profesionales que forman parte de la institución analizada. Por lo tanto, sus intervenciones y concepciones ante estas problemáticas enunciadas serán consideradas como resultados de un contexto social más amplio, cuya incidencia condiciona su tarea en el tratamiento otorgado en Salud Mental dentro del Hospital Moyano.

### La Familia como privilegio

La familia es concebida, desde los equipos interdisciplinarios de ambos Servicios, como un recurso imprescindible en el tratamiento. La importancia que adquiere la familia es tal que la posibilidad de alta de las mujeres internadas se ve sujeta a la existencia de la misma. Es decir, las profesionales entrevistadas han manifestado que contar con una red familiar suele ser concebido por el equipo como una de las condiciones que deben presentar las mujeres para poder ser dadas de alta de su internación psiquiátrica.

Al respecto, todas las entrevistadas manifiestan que el “abandono familiar” o la “falta de red familiar” constituyen la mayor problemática por la que atraviesan las mujeres internadas en los Servicios de Mediano y Largo Tratamiento. La problemática enunciada es concebida por las profesionales como consecuencia del “desgaste” que produce el padecimiento mental en la familia. Dicho “desgaste” suele ser explicado, además de por las características psiquiátricas de las patologías, por el hecho de que las familias desconocen la problemática del padecimiento mental. A su vez, el abandono familiar ha sido concebido por las profesionales como consecuencia del tratamiento históricamente manicomial del padecimiento mental, que lleva a una representación del Hospital Psiquiátrico como un “depósito” capaz de albergar- y cuidar- a ese familiar que no puede desempeñarse en la sociedad.

El abandono familiar se constituye, desde la perspectiva de las profesionales, como el mayor impedimento para los procesos de externación. Al respecto, se hace necesario mencionar que la mayoría de las entrevistadas no reconoce al “abandono familiar” como una problemática social. Paradójicamente, las causas del abandono familiar enunciadas por las profesionales, (el “desgaste” que produce acompañar al familiar con padecimientos, el desconocimiento del padecimiento mental y las representaciones sociales que adquiere el tratamiento del mismo -encarnadas en la imagen manicomial del Hospital Psiquiátrico-) corresponden al orden de lo social.

De manera preliminar, se puede afirmar que la institución familia es concebida por los equipos entrevistados como un factor natural e inalienable de cada sujeto social, hecho que impide que la ausencia de la misma pueda ser concebida como problemática social.

Es necesario mencionar que uno de los objetivos presentes en la LNSM es la rehabilitación de las personas con padecimientos mentales en el marco de un ámbito familiar y comunitario que pueda actuar como sostén de dichos sujetos. Sin embargo, acorde a lo manifestado por las profesionales, la mayoría de las mujeres que residen en el Hospital mantienen vínculos conflictivos con sus familias, carecen de ellos en absoluto, o dichas familias no pueden ejercer la función protectora que se considera como inherente a ella.

(D, Psiquiatra. Servicio de Largo Tratamiento, 2017):

*”Suelo tener encuentros con las familias. Pero primero, tiene que ser una paciente*

*que tenga familia, que se haga cargo, que la cites y venga. Son tres factores que, en estos tipos de cronicidad, son poco frecuentes”.*

(E, Trabajadora Social. Servicio de Mediano Tratamiento; 2017):

*“Y lo que se ve mucho es el desgaste de la familia que lleva a esta ausencia y el paciente se encuentra solo, no tenés a quién recurrir. O sea, tienen, porque tienen hermanos, tíos, pero hay un desgaste familiar que hace que la persona se encuentre solo”.*

En estas poblaciones, se hace evidente lo expuesto por Bourdieu (1997) acerca de que la familia, lejos de ser una institución natural, es un privilegio. Es decir, a partir del proceso de naturalización que caracteriza a las instituciones sociales que estructuran nuestra subjetividad (en este caso la institución familia), se olvida el hecho de que éstas son una creación social. El mencionado autor sostiene que en nuestras sociedades, la familia adquiere un papel central en la reproducción del orden social. Por lo que dicha institución, que se presenta a simple vista como de orden privado e íntimo, responde a la vez, a fines públicos. A partir de este análisis, Bourdieu afirma que el responsable de la construcción de la categoría familia como parte característica de todos los seres humanos es el Estado, quien a partir de diversos medios, no sólo contribuye a estructurar una determinada concepción de la familia (dotada de amor, contención y afecto), sino también conlleva a la preservación de la misma. “Así pues, la familia es en efecto una ficción, un artefacto social, una ilusión en el sentido más corriente del término, pero una ilusión bien fundada, porque, al ser producida y reproducida con la garantía del Estado, recibe en cada momento del Estado los medios para existir y subsistir”(Bourdieu; 1997: 138).

Por otra parte, el abandono familiar como consecuencia del “desgaste”, pone en evidencia la falta de redes de apoyos sociales e institucionales que permitan que las tareas de rehabilitación de las personas con padecimientos mentales no sean ejercidas sólo por la familia. A nivel profesional, esto implica que el equipo debe lidiar con una contradicción constante derivada del hecho de que la familia es concebida como el único recurso para la externación pero, a su vez, se intenta garantizar que la misma no sea agotada durante el tratamiento. Es decir, se plantea que las familias presentes en el tratamiento suelen “desgastarse” durante el mismo, por lo que el equipo contempla como estrategia la sobrecarga de cuidados durante la internación, intentando que ciertas necesidades de las

pacientes sean abordadas institucionalmente. Debido a que esto último no siempre es posible- dada la falta de recursos institucionales- el equipo termina recurriendo a la familia, aun reconociendo que dicho proceso puede conducir al abandono del paciente por parte de la misma:

(D, Psiquiatra. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Nosotras tratamos de aunarle el día para que venga a varios lados pero tampoco la queremos cansar a la familia, porque es una familia presente que le da de todo. Pero el tema es muy...muy lábil: no cansarla y también, a veces no nos queda otra que recurrir a la familia.”*

El movimiento mediante el cual, ante imposibilidades institucionales se vuelve a la familia, es evidenciado por Foucault cuando plantea que; “cuando un individuo es rechazado de un sistema disciplinario por anormal, ¿dónde lo envían? A su familia. Cuando es sucesivamente rechazado de varios sistemas disciplinarios por inasimilable, indisciplinable, ineducable, toca a la familia tomarlo a su cargo; y en ese momento es ella, a su vez, la que tiene el papel de rechazarlo por ser incapaz de adherir a ningún sistema disciplinario, y de eliminarlo, sea abandonándolo en la patología, sea dejándolo en manos de la delincuencia, etc.” (FOUCAULT, 2005:106). A partir de esta “devolución” de los individuos a la familia se constata que la misma continua siendo posicionada y reproducida desde el Estado- en este caso a partir del Hospital Público- como la única institución capaz de desempeñar las tareas de cuidado ante la ausencia de dispositivos socio-comunitarios destinados a tal fin.

#### Políticas Públicas como resultado de relaciones de fuerza

Como se ha mencionado, la LNSM se caracteriza por un claro intento de desmanicomialización. Esto debería conllevar a una reducción del número de personas internadas en hospitales psiquiátricos y un aumento de servicios destinados a la atención ambulatoria en salud mental. A su vez, la normativa contempla la necesidad de generar dispositivos de externación tendientes a procurar que la transición de dicho proceso se realice considerando las necesidades de la población afectada.

Al respecto, las profesionales entrevistadas conciben la insuficiencia de dichos dispositivos como consecuencia de un desfinanciamiento de la política pública en salud mental. Sin negar la existencia de dicha situación, considero pertinente analizar las trabas y desafíos en los procesos de desmanicomialización, recuperando su complejidad y concibiéndolo en su totalidad. Lo mencionado implica no reducir el análisis a la “falta de recursos”, sino entender al mismo introduciendo la presencia de otros factores, tales como la existencia de intereses contrapuestos entre sectores con capacidad de incidencia en la agenda política.

En este sentido, es necesario recuperar la definición de Política Pública elaborada por Oszlak y O’Donnell, quienes definen a la Política Estatal como “un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil” (OSZLAK Y O’DONELL, 1981: 385). Incorporo esta definición en la medida en que considero que el análisis previo realizado por los autores respecto al surgimiento de una cuestión contempla la importancia de considerar la misma como producto de la acción de una multiplicidad de actores heterogéneos y, por lo tanto, con intereses contrapuestos.

En primer lugar, Oszlak y O’Donnell postulan que el surgimiento de una cuestión, en tanto necesidades o demandas que logran problematizarse e imponerse en la agenda pública dependen, en gran medida, del lugar estratégico y de la fuerza que detentan los sujetos/grupos que la expresan. Al respecto, a lo largo del capítulo I se ha desarrollado el proceso histórico a partir del cual las fuerzas y actores que representan el paradigma plasmado en la LNSM han logrado posicionar sus intereses, dando como resultado la sanción de la normativa mencionada y el impulso de medidas concretas para el cumplimiento de la misma. Lo mencionado no implica, sin embargo, la desaparición de fuerzas con intereses contrapuestos, sino una reconfiguración de las mismas, cuya existencia en lo que respecta a los obstáculos en los procesos de desmanicomialización deben ser tenidas en cuenta.

En este sentido, se ha mencionado que el tratamiento en salud mental ha sido históricamente desempeñado mediante la internación psiquiátrica, en donde la misma solía aparecer como solución definitiva ante dicha problemática. En línea con lo explicitado

hasta aquí, cabe destacar la existencia de actores cuyo poder depende de manera directa de la reclusión de las personas con padecimientos mentales en instituciones psiquiátricas. La persistencia a lo largo de la historia de esta modalidad de tratamiento y las dificultades para llevar adelante iniciativas que garanticen los procesos de externación-entre ellas se encuentra la creación de dispositivos- deben ser analizadas considerando la continuidad y la fortaleza de los intereses mencionados.

Al respecto, a lo largo del capítulo I se ha explicitado el surgimiento de la disciplina psiquiátrica como resultado de la consolidación de la internación como modalidad de tratamiento generalizada. Se ha mencionado también, que la instauración de dicha práctica se erige como la principal fuente de poder detentado por la psiquiatría, en la medida en que le otorga un espacio institucional que le permite desplegarse como única disciplina con autoridad para comprender, intervenir y decidir sobre las personas con padecimientos mentales. En este sentido, recuperando lo planteado a lo largo de este trabajo, se constata que la creación de instituciones que sustituyan a los dispositivos monovalentes, propuesta encarnada en la LNSM, implica la pérdida de espacios sobre los cuales se asienta el poder de determinados sectores intervinientes en el tratamiento del padecimiento mental.

Al mismo tiempo, la reclusión de las personas con padecimientos mentales en instituciones psiquiátricas tiende a reproducir los procesos de medicalización y medicamentación, en donde no puede dejar de considerarse el beneficio obtenido por las industrias farmacéuticas. Siguiendo a Conrad (1992), entiendo a la medicalización como aquellos procesos en donde los problemas aparecen definidos en términos médicos, descriptos y comprendidos bajo dichos términos, y abordados siguiendo coordenadas médicas. De manera que la internación psiquiátrica como respuesta a problemáticas que nada tienen que ver con condiciones médicas puede enmarcarse en el mencionado proceso. A su vez, en las internaciones psiquiátricas esta situación conlleva a la medicamentación, caracterizada por el uso de fármacos como recurso terapéutico permanente y automático (Faraone *et al.*, 2010). Tal como lo plantea Foucault, el hospital psiquiátrico se constituye en aparato de medicalización colectiva (Foucault, 1996). Por lo que, en los procesos de mani-desmanicomialización cobran relevancia los intereses de las industrias farmacéuticas, para quienes la institución psiquiátrica representa una importante e histórica fuente de consumo.

Sumado a esto, es importante tener en cuenta el problema de la persistencia de las lógicas manicomiales, que no se agotan en la existencia de los muros del hospital psiquiátrico monovalente, y bien pueden reproducirse en otras estructuras hospitalarias, e incluso puertas afuera de las mismas (Faraone y Valero, 2013).

Lo mencionado hasta aquí debe ser tomado en cuenta considerando estas resistencias en su gravedad, en la medida en que se trata de sectores cuyo poder ha sido construido y perpetuado a lo largo de la historia, dando como resultado la incidencia de su autoridad en todos los niveles de la sociedad. Al respecto, Faraone (2013) advierte sobre nuevos procesos medicalizadores cuyos efectos dejan de estar circunscriptos al espacio asilar, extendiéndose más allá de los muros institucionales. Entre ellos menciona la actual difusión, extendida en el ámbito de la psiquiatría, de manuales que realizan una clasificación de enfermedades, cuya ausencia de rigurosidad teórica y base en la observación empírica, conlleva a la ampliación del espectro de conductas identificadas como “patológicas”. Por lo tanto, en la medida en que se aumentan las conductas que pueden ser consideradas como trastornos, se amplía la población susceptible de ser diagnosticada con una patología mental, al tiempo que se incrementa el proceso de medicamentación explicitado previamente. Esto da cuenta que los intereses y fuerzas históricamente beneficiados por la institucionalización del padecimiento mental no desaparecen, sino que por el contrario, se reconfiguran.

Lo explicitado hasta aquí permite considerar la existencia de actores, grupos o sectores en donde una aplicación acabada y completa de los principios desinstitucionalizantes plasmados en la LNSM les supondría una merma de poder y ganancia económica. En tanto actores de poder históricos, se constituyen en importantes fuerzas con capacidad de disputar la agenda política en el tratamiento de la Salud Mental. En este sentido, en la medida en que las relaciones de fuerza que componen el campo de la salud mental no son estables, se comprende que la creación y viabilidad de políticas e iniciativas desmanicomializantes, se encuentran sujetas, en parte, a las características que adquieran dichas relaciones de fuerza en determinados contextos históricos.

### Estigma Social del Padecimiento: la sociedad como riesgo

Algunas entrevistadas mencionan el hecho de que existen situaciones en que las mujeres internadas cuentan con un apoyo familiar y/o un lugar para vivir pero el deterioro producido por la patología psiquiátrica les impide desempeñarse en la sociedad. Respecto a esto último, y a partir del relato de las profesionales, se evidencia que las dificultades para la inserción social de las personas con padecimientos mentales no se circunscriben sólo al ámbito socio-económico sino que incluyen aspectos del orden de lo simbólico.

En este sentido, muchas entrevistadas afirman que es el ámbito social-comunitario lo que, en ciertas situaciones, actúa como un obstáculo en la inserción social. Las entrevistadas refieren que las representaciones sociales negativas, asociadas a las personas con padecimientos mentales, conllevan a una estigmatización social de las mismas que impiden su inserción en distintos ámbitos de la vida social. Este tipo de procesos es visualizado por los equipos interdisciplinarios como potenciales “desestabilizadores” de las mujeres que son dadas de alta de la internación psiquiátrica:

(A, Trabajadora Social. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Hay mucho prejuicio. Me acuerdo cuando fuimos a ver a los vecinos de X (paciente en proceso de externación), tuvimos que dedicarnos horas a explicarles de que se trataba el padecimiento, por qué ellas tienen estas crisis, por qué agredían, por qué fue necesaria la policía, que si ellas están compensadas no tienen por qué ser peligrosas, que si ellas agredían al nieto no era porque eran malas sino porque estaban descompensadas. O sea, es la cabeza de muchos de nosotros y las instituciones y todo que tiene que cambiar.”*

(C, Terapeuta Ocupacional. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“Y ¿Cómo mira la gente a alguien con un padecimiento? Son muy pocos los caritativos, son más caritativos con chicos con otras dificultades: síndrome de down o alguna dificultad física que alguien de salud mental. Es así, la sociedad misma es cruda.”*

Esta idea de sociedad como “desestabilizadora” de las personas con padecimientos mentales permite pensar en una resignificación o inversión- a nivel de los/as profesionales- en las representaciones que se han construido alrededor de la locura. Dichas representaciones han estado históricamente asociadas a las nociones de riesgo y peligrosidad. Lo llamativo del discurso de las profesionales, es que esta noción de riesgo es

traslada ahora a la sociedad, a la cual se la identifica como un riesgo potencial de generar un malestar psíquico en las personas con padecimientos mentales. Es decir, ya no es “loco”- en tanto sujeto peligroso- del cual habría que cuidarse sino que, por el contrario, será necesario proteger al mismo de la propia sociedad, ya que puede conducirlo a situaciones de riesgo. Ejemplo de lo mencionado lo constituye la cita previa, en donde la Trabajadora Social entrevistada relata que una de sus intervenciones consistió en informar a los vecinos/as de una paciente acerca del padecimiento mental con el objetivo de que la misma no sea discriminada por sus comportamientos.

Ahora bien, si bien el estigma social encuentra sus razones en un orden simbólico que visualiza lo desconocido como peligroso (en este caso el padecimiento mental), se hace necesario postular el carácter socio-económico de dicho estigma, en la medida en que se comprende que el orden de lo simbólico no es ajeno al orden económico y viceversa, sino que por el contrario, ambos se construyen y legitiman mutuamente.

En este sentido, se puede postular que las personas con padecimientos mentales son estigmatizadas en tanto “incapaces” de ser incorporados/as al mercado de trabajo. Dicha incapacidad posiciona a esta población como potenciales de peligro, en la medida en que no reproducen la relación capital-trabajo. En el caso de las mujeres con padecimientos mentales, su estigma proviene también por su “incapacidad” de ejercer las tareas de cuidado no remunerado (de sus hijos/as o padres/madres).

Es sabido que en el marco de una sociedad capitalista y patriarcal, “la división del trabajo por género está muy arraigada: el rol de padre-marido-proveedor del hombre adulto es complementado por el rol de la esposa-madre-ama de casa de la mujer adulta” (JELÍN, 2012:50). Las desigualdades a las que conlleva esta división del trabajo por géneros exceden a los objetivos del presente trabajo, pero interesa destacar que, si bien esta división se ha visto modificada por la inclusión de las mujeres al mercado de trabajo, las tareas de cuidado, sin embargo, continúan siendo adjudicadas y ejercidas por las mujeres. Es necesario tener presente que las funciones y roles adjudicadas a cada género constituyen subjetividades, y en las poblaciones que estamos analizando, dichas funciones suelen no poder ser ejercidas. Al respecto, durante las prácticas pre-profesionales, a partir del contacto con las mujeres internadas se evidencia que esta imposibilidad de ejercer el cuidado de sus hijos/as o padres/madres es padecido y expresado por estas mujeres a través

de sentimientos de culpa. En este sentido, y tal como lo han expresado Fernández Yernovoy y Roqué en su investigación (2015), se observaron situaciones en las que el contacto de las pacientes con sus hijos/as se ve reducido debido al malestar que genera en éstos últimos el ingreso al dispositivo monovalente. Ante esto, el sentimiento de culpa y vergüenza manifestado por las mujeres adquiere un doble motivo: por no poder cuidar de sus hijos/as por un lado, y por encontrarse en una institución psiquiátrica, por el otro.

Lo explicitado hasta aquí nos permite comprender la estigmatización social de las personas con padecimientos mentales a partir y en relación a un orden socio-económico que excluye a los sujetos que quedan por fuera del mercado de trabajo, en general y a las mujeres que no desempeñan las funciones de reproducción social, en particular. Al respecto, cobran relevancia los aportes de Nancy Fraser quien introduce el concepto de grupos “bidimensionales” para hacer referencia a aquellos sujetos que se encuentran en situación de subordinación como producto tanto de la estructura económica como del orden simbólico. En palabras de la autora: “Los grupos bidimensionalmente subordinados padecen tanto de una mala distribución como un reconocimiento erróneo en formas en las que ninguna de estas injusticias es un efecto indirecto de la otra, sino que ambas son primarias y co-originales” (FRASER, 2008:91). De acuerdo con la autora, las políticas de reconocimiento, reducidas al ámbito cultural y en búsqueda del respeto a lo diferente, no son opuestas sino que deben ir en conjunto con las políticas de redistribución, en la medida en que la justicia social requiere de ambas en el actual contexto.

Por lo tanto, se reconoce que las políticas de distribución- cuyo principal objetivo es la igualdad social- deben estar acompañadas de políticas de reconocimiento que, en este caso particular, impliquen una modificación de las representaciones sociales negativas ante el padecimiento mental.

#### Institucionalización: el Hospital como lugar de pertenencia

Al indagar sobre los motivos por los cuales muchas de las mujeres permanecen internadas, aun cuando no se encuentran en situación de riesgo cierto o inminente, todas las entrevistadas han mencionado que, en varias ocasiones, son las propias pacientes las que se niegan a abandonar el hospital. El deseo de permanecer en el hospital es entendido por las

profesionales como consecuencia de la tensión existente entre el adentro y el afuera del mismo, en donde el primero aparece como un espacio que permite la satisfacción de las necesidades básicas de subsistencia y la construcción de vínculos con otras mujeres internadas, mientras que el afuera se erige como un lugar de desamparo ante el cual las mujeres no detentan los recursos para enfrentarlo.

Sin negar la existencia de dificultades concretas en el afuera- algunas de las cuales han sido analizadas en los apartados previos-, considero que la tensión mencionada entre el adentro y el afuera, tiende a ser reproducida a partir del funcionamiento institucional característico de las instituciones psiquiátricas.

Al respecto, en el Capítulo I, a partir de los aportes de Goffman, se han mencionado las características que poseen las “Instituciones Totales”-entre las que se encuentran los Hospitales Psiquiátricos- en tanto dispositivos que se caracterizan por la condición de encierro, el agrupamiento de individuos que se encuentran en una misma situación y el sometimiento de los mismos a una rutina diaria administrada formalmente por la institución. El mencionado autor, considera que el funcionamiento de estas instituciones produce mortificaciones del yo de las personas internadas, siendo la primera, aquella que se origina a partir de la separación entre el internado y el mundo exterior. Frente a estas mortificaciones, Goffman menciona la existencia de estrategias desarrolladas por el interno y postula, entre una de ellas, a la denominada “Colonización”. Al respecto, el autor afirma que dicha estrategia consiste en que, dentro de la institución, el interno “se construye, pues, una vida relativamente placentera y estable, con el máximo de satisfacciones que pueden conseguirse dentro de la institución. La experiencia del mundo exterior se utiliza como punto de referencia para demostrar lo deseable que es la vida en el interior” (GOFFMAN, 2004: 55).

Es posible pensar que esta preferencia del mundo interior por sobre el exterior, es reproducida, dentro de los Servicios analizados, a partir de una organización institucional que tiende a anular el desarrollo de aquellas habilidades de la vida cotidiana de las pacientes, necesarias para desempeñarse en “el afuera”. Al respecto, una de las entrevistadas comenta:

(C, Terapeuta Ocupacional. Servicio de Largo Tratamiento; 2017)

*“Entonces desempeñarse en sus actividades básicas de la vida diaria: lavar la ropa y demás. No la tienen, hay un como sí que se resuelve pero hay espacios que se pueden reaprovechar... Cuando se hizo la reestructuración del piso no se consideró esto que está faltando dónde lavar la ropa”.*

En la misma línea, otra de las entrevistadas afirma:

(F, Psicóloga. Servicio de Largo Tratamiento; 2017):

*“...no hay un afuera que puedan imaginarse. O sea, todo acá está muy armado entonces afuera se les arma algo que no...les cuesta imaginarse una escena posible.”*

En este sentido, es posible considerar que la negación de espacios y prácticas institucionales que contribuyan a generar un aumento de la autonomía de las mujeres internadas conlleva a que las pacientes se encuentren menos preparadas ante la posibilidad de externación. Acorde a las entrevistadas, la ausencia de estos espacios se debe a que la organización institucional no contempla ciertas necesidades de las pacientes. Al respecto, Basaglia afirma que “una organización basada únicamente en el principio de autoridad, y cuyos fines primordiales sean el orden y la eficacia, debe elegir entre la libertad del enfermo (y, por lo tanto, la resistencia que este puede oponer), y la buena marcha del asilo. Siempre ha elegido la eficacia y el enfermo ha sido sacrificado en su nombre” (BASAGLIA 1976: 149).

A su vez, entiendo que esta poca preparación para el afuera –producida y reproducida por la institucionalización-, tiende a ser agravada por el predominio del abordaje individual por sobre el comunitario durante la internación psiquiátrica. De la misma manera, es posible dar vuelta la ecuación para afirmar lo siguiente: las potencialidades que presenta el abordaje comunitario-explicitado en el capítulo previo-, en tanto fortalecedor de los procesos de inclusión social de las personas con padecimientos mentales, constituye una posible forma de prevenir y abordar los efectos de la institucionalización.

Sin embargo, a partir del trabajo de campo se constata que el abordaje a nivel comunitario en los Servicios de Mediano y Largo Tratamiento es, en gran medida, inexistente, al tiempo que se observa la predominancia del abordaje individual. Lo

mencionado ha sido visualizado también durante la experiencia de prácticas pre-profesionales en dicha institución, en donde se observa que las escasas actividades que se aproximan al abordaje comunitario son desempeñadas por personal externo a los equipos interdisciplinarios y, por lo tanto, no forman parte del tratamiento en sí, sino que es presentado en forma opcional: las mujeres pueden elegir si participar o no en dichas actividades.

Al respecto, es necesario analizar la predominancia del abordaje individual otorgado en el Hospital, en detrimento del abordaje comunitario, en relación con la población que atiende: mujeres con padecimientos mentales. Recuperando lo analizado en el apartado previo en relación al estigma social del padecimiento, se ha explicitado que éste adquiere características particulares derivadas de la condición de género. De la misma manera, es factible considerar, que el tratamiento en salud mental en la institución analizada, también adquiere características diferenciales por tratarse de la atención a mujeres, en la medida en que la atención individual y siempre dentro de la institución, tiende a reproducir los estereotipos construidos alrededor del género femenino.

Al respecto, considerando la consolidación de la división sexual del trabajo originada y expandida a partir del capitalismo industrial, Pombo plantea que “los varones se constituyen en los proveedores económicos de sus familias, y deben competir en el mundo público para alcanzar el éxito en la esfera laboral, mientras que las mujeres quedan relegadas al trabajo doméstico y de cuidado en tanto esposas y madres” (POMBO, 2014: 28). La autora explica que, a partir de esta división, quedan clarificados los espacios correspondientes a cada género: el espacio público y/o productivo como jurisdicción de los hombres y el privado como el único permitido a las mujeres. En este sentido, la predominancia del tratamiento en salud mental otorgado a las mujeres del Hospital Moyano en forma individual y cercado dentro del espacio institucional, no sólo impide el abordaje comunitario y contribuye a la institucionalización, sino que a su vez tiende a reproducir-y en parte es producto- del lugar que históricamente se le ha asignado a la mujer: el lugar de lo privado, de lo no público, de lo doméstico.

## **A modo de Cierre**

En el presente capítulo, se ha realizado una descripción de las contradicciones existentes entre lo establecido en la LNSM respecto a las internaciones psiquiátricas y las prácticas institucionales desarrolladas en los Servicios de Mediano y Largo Tratamiento del Hospital Moyano. En este sentido, a partir de un análisis respecto a la concepción que las profesionales detentan respecto a las internaciones, se constata que lo establecido en la LNSM condujo a modificaciones en los objetivos de intervención profesional, en la medida en que los mismos poseen como fin el logro de la externación psiquiátrica de las mujeres internadas.

Sin embargo, la presencia de mujeres internadas que no se encuentran en situación de riesgo cierto o inminente da cuenta de una situación inversa, en donde se constata la prolongación de la internación psiquiátrica por motivos que no se circunscriben a razones médicas. Estas razones han sido analizadas, en el presente apartado, como problemáticas sociales que obstaculizan la externación. Al respecto, se ha remarcado que, si bien estas problemáticas forman parte e inciden en los procesos de salud-enfermedad, la atención de las mismas mediante la internación psiquiátrica conlleva a la perpetuación del hospital psiquiátrico como espacio de albergue de aquellos individuos excluidos por condiciones socio-económicas.

Ante esto, se ha procedido a una descripción de los factores identificados por las profesionales como obstaculizadores de los procesos de externación y se ha realizado un análisis de los mismos reconociéndolos como problemáticas sociales. Este reconocimiento permitió evidenciar el carácter socio-histórico que poseen dichas problemáticas, con el objetivo de trascender aquellas concepciones que postulan a las mismas como características propias y naturales de la vida de las mujeres internadas.

Se ha mencionado previamente que la LNSM conlleva a un cambio de paradigma en la concepción y tratamiento en Salud Mental que impacta en todos los niveles de la vida: político, institucional, social y profesional. En este sentido, considero que cada uno de los problemas analizados se constituyó como un escenario propicio para la identificación de las tensiones existentes entre el viejo y el nuevo paradigma en salud mental, a lo largo de todos los niveles mencionados y en continua interrelación.

De esta manera, en el nivel social, se ha analizado el estigma del padecimiento en relación a un modelo económico y patriarcal que identifica a las mujeres con padecimientos mentales como incapaces de desempeñar actividades productivas y de reproducción social.

Por su parte, el abordaje a nivel político, permitió considerar que el nuevo paradigma plasmado en la LNSM, convive y es disputado por sectores cuyo poder y beneficio ha sido históricamente garantizado por la persistencia de prácticas manicomiales en el abordaje en salud mental.

A su vez, en el nivel institucional y profesional, se constata que la concepción de la institución familia como inherente a toda persona y el predominio del abordaje individual durante la internación psiquiátrica impiden la generación de estrategias a nivel comunitario que contribuyan a la construcción de vínculos sociales y a la restitución de ciertas habilidades interrumpidas durante la institucionalización.

## CONSIDERACIONES FINALES

La elaboración de este trabajo surge a partir de considerar a los postulados de la LNSM como un avance en materia de Derechos Humanos, en donde la forma renovada de concebir a la Salud Mental marca una clara ruptura con prácticas y concepciones históricas, caracterizadas por la violación sistemática de los derechos de las personas con padecimientos mentales. Sin embargo, esta investigación parte también de reconocer que los cambios postulados en la normativa, en tanto que son muchos y de gran alcance, no son susceptibles de ser trasladados a la realidad de forma automática, es decir, sin obstáculos ni resistencias.

Lo mencionado ha sido analizado, a lo largo de esta investigación, en términos de tensiones existentes entre el nuevo paradigma de Salud Mental, plasmado en la LNSM, y la persistencia de lógicas manicomiales que obstaculizan la aplicación completa y acabada de la normativa mencionada.

En este sentido, el análisis inicial de las concepciones y prácticas, precedentes a la sanción de la LNSM, no sólo me permitió evidenciar la forma en que la mencionada normativa implica un cambio de paradigma, sino que a su vez, facilitó la identificación de continuidades, respecto a aquellas concepciones y prácticas históricas, en todos los tópicos analizados. Es decir, en la gran mayoría de los capítulos y apartados que componen esta investigación, fue posible volver sobre aquellas prácticas históricas construidas alrededor de la locura, evidenciando la persistencia de muchas de ellas hasta la actualidad

Esta persistencia de prácticas manicomiales poseen como polo opuesto los principios postulados en la LNSM. La misma, como se ha mencionado, define a la Salud Mental como un proceso determinado por una multiplicidad de factores y, en la medida en que concibe a las personas con padecimientos mentales como sujetos de derechos, establece medidas concretas para el alcance de los mismos. A su vez, en base a la definición de Salud Mental, la LNSM reconoce la necesidad de que la misma sea abordada interdisciplinariamente y en contextos socio-comunitarios, estableciendo a la internación como una modalidad de tratamiento excepcional.

De esta manera, el carácter de nuevo paradigma representado en la LNSM, deriva en el hecho de que la misma introduce transformaciones en todos los niveles que hacen a la

Salud Mental: concepción, modos de abordaje y modalidades de tratamiento. Dichas transformaciones conlleva, como se ha dicho, a modificaciones tanto en prácticas institucionales y políticas como en la sociedad en general.

Respecto a la forma de abordaje interdisciplinario, he explicitado que el mismo postula modificaciones en las históricas relaciones de poder construidas en el campo de la Salud Mental, en donde la autoridad de la disciplina psiquiátrica, como saber único sobre el padecimiento mental, es puesta en jaque, tanto en el nivel de prácticas institucionales como sociales.

Al respecto, tomando como base las experiencias identificadas en el Hospital Moyano, fue posible dar cuenta de dificultades y resistencias ante el trabajo interdisciplinario como resultado de las distintas concepciones de la Salud Mental imperantes en dicho dispositivo. De esta manera, he analizado la convivencia simultánea de prácticas pertenecientes al modelo manicomial -que responden al Modelo Médico Hegemónico- con aquellas enmarcadas en el nuevo paradigma de Salud Mental. Entre las primeras encontramos intervenciones enfocadas en la idea de “curar” el padecimiento mental y la resistencia al trabajo interdisciplinario. Entre las segundas, en cambio, se resaltan las intervenciones realizadas en forma interdisciplinaria y destinadas a recuperar la subjetividad de las mujeres internadas.

Ante la persistencia de prácticas y concepciones contradictorias dentro de la institución analizada, fue posible evidenciar que las potencialidades que posee el trabajo interdisciplinario no se agotan sólo en una adecuada forma de abordaje en Salud Mental sino que también, se establece como una herramienta profesional que permite hacerle frente a un contexto institucional caracterizado por la permanencia prácticas que reproducen el Modelo Médico Hegemónico.

Quisiera detenerme aquí sobre lo mencionado respecto a la convivencia de distintas concepciones de la Salud Mental. Si bien las mismas fueron analizadas en relación con prácticas institucionales concretas, es necesario mencionar la incidencia que poseen en el nivel de prácticas sociales más amplias. Al respecto, una de las entrevistadas ha mencionado la dualidad existente entre aquellos objetivos de “curar” el padecimiento mental y aquellos que parten del reconocimiento de que el mismo puede conllevar a la necesidad de apoyos a lo largo de toda la trayectoria de vida de las personas con

padecimientos mentales. Esto último, apareció en el discurso de la profesional entrevistada en base al reconocimiento de que el deterioro producido por ciertas patologías psiquiátricas conlleva a la reducción de habilidades consideradas como inherentes a toda persona. Ante esto, la entrevistada mencionó ciertas prácticas a nivel institucional, profesional y social que, sobre la base de esta idea de cura, suelen exigirles a las mujeres con padecimientos mentales, determinadas acciones que no pueden desempeñar en su totalidad debido al deterioro psíquico mencionado.

Lo explicitado me lleva a considerar que, más allá de las representaciones sociales construidas alrededor de la locura, la inclusión social de las personas con padecimientos mentales, afronta barreras concretas, derivadas de la incapacidad social de incluir a personas que no responden con determinados principios considerados como válidos en nuestra sociedad: productividad, individualismo, competencia, sobrevalorización de la independencia en relación con los /as otros/as, etc. Es decir, considero que la inclusión social de las personas con padecimientos mentales depende también, de la superación de aquellas dificultades derivadas de la poca tolerancia ante lo diferente, que suele ser visualizado como peligroso y rechazado en tanto “débil”.

En la misma línea, parte de lo mencionado respecto a las dificultades en la inclusión social de las personas con padecimientos mentales, han sido analizadas a partir de un desarrollo histórico-social de las problemáticas identificadas como obstaculizadoras de los procesos de externación.

Tal como lo he enunciado, considero que el análisis de estas problemáticas permitió constatar que las tensiones existentes entre el nuevo paradigma en Salud Mental y las prácticas y concepciones arraigadas en lógicas manicomiales, se encuentran presentes en todos niveles de la sociedad: institucional, político, social y profesional.

A su vez, a partir de considerar los obstaculizadores de externación como problemáticas sociales se pudo evidenciar que los mismos no son condiciones inherentes y naturales de las personas con padecimientos mentales sino que, por el contrario, son resultado de una construcción socio-histórica determinada. En este sentido, el análisis desarrollado buscó trascender aquellas lógicas que conciben como común y natural las problemáticas enunciadas como “ausencia de familia, institucionalización, insuficiencia de políticas públicas y discriminación”, para poder evidenciarlas como producto de

construcciones y procesos sociales determinados. En tanto construcciones, se reconoce, por lo tanto, que son susceptibles de modificarse.

Al respecto, considero que la necesidad de modificaciones y adecuaciones de prácticas con el nuevo paradigma en Salud Mental, ha quedado evidenciado en lo que respecta a las internaciones psiquiátricas. En este sentido, lo identificado respecto a la prolongación de la internación por causas sociales, no sólo contradice lo postulados de la LNSM, sino que evidencia la permanencia de una práctica histórica y aberrante: la reclusión, como respuesta institucionalizada ante personas en situación de vulnerabilidad socio-económica.

Por lo demás, aún habiendo evidenciado las causas y factores que producen la prolongación de las internaciones, resulta importante no dejar de considerar que la mencionada modalidad de tratamiento, en su forma prolongada, se traduce en términos de vulneración de derechos de las personas con padecimientos mentales e impide su inclusión social.

En este sentido, retomando lo mencionado respecto al avance en materia de Derechos Humanos representado en la LNSM, es posible plantear que la existencia de esta normativa facilita muchas de las prácticas que se enmarcan en el nuevo paradigma de Salud Mental. Esto cobra especial relevancia en la intervención del Trabajo Social en Salud Mental en la medida en que, en tanto disciplina dirigida a la restitución de derechos, su práctica se encuentra legitimada e impulsada en la mencionada normativa. De esta manera, no sólo la intervención del Trabajo Social se encuentra avalada por la LNSM sino que, a su vez, lo establecido en ella es defendido en la intervención profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bang, C. "*Estrategias comunitarias en (promoción de) salud mental: una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*". Topia: un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura [en línea]. Noviembre de 2013 [Última revisión: 28 de marzo de 2015]. Disponible en: <<https://www.topia.com.ar/articulos/estrategias-comunitarias-promoci%C3%B3n-salud-mental-una-pr%C3%A1ctica-posible-abordaje>>.
- Barcala, A. y Laufer Cabrera, M. "*La Ley Nacional de Salud Mental y su enfoque de derechos humanos: la interdisciplina y el nuevo rol de la defensa pública*". En: Faraone, S. Bianchi, E. Giraldez, S. (Comp). *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Aportes, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos Aires, Editado por UBA Sociales, 2015.
- Basaglia, F. "*La institución de la violencia*" en "*La institución negada*". Ed. Barral, 1976
- Basta, R. Moretti P. y Parra G. "*Notas sobre el ejercicio profesional del trabajo social en la contemporaneidad*". En Revista del Departamento de Ciencias Sociales, 2014
- Bersten, M. "*Poder e Interdisciplina*" en Ponencia en el XIII Congreso Metropolitano de Psicología, 2012
- Bianchi, E. "*El problema del riesgo. Notas para una reflexión sobre los aportes surgidos de la usina genealógica en torno al concepto de riesgo en salud mental*". En espacios nueva serie. Estudios de Biopolítica N° 7 pp. 84-97. Buenos Aires, 2012.
- Bourdieu P: "*Cosas Dichas*". Gedisa. Bs. As. 1998
- Bourdieu, P. "*Razones prácticas. Sobre la Teoría de la acción*". Ed. Anagrama, Barcelona, 1977
- Carballada, A. (2005): "*Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales*". Revista Margen. Edición N°39
- CAZZANIGA, S. (2002): "*Trabajo Social e Interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*". Revista Margen, Edición N° 27. Buenos Aires
- Código Civil de la Nación Argentina. Artículo 52.

- Conrad, P. “*Medication and social control*”. En Annual Review of Sociology, 1992
- Elichiry, N. “*Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa*”. Buenos Aires: Manantial, 2009
- Estevez, M. y Millet, A. “*La Internación Neutopsiquiátrica, un Camino hacia la Tranquilidad*”. Trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social. Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. 2015
- Kraut, A y Diana, N. “*Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectoria*”. En: Blanck, E (Coord). Panorámicas de la Salud Mental: A un año de la Ley Nacional N° 26.657. Buenos Aires, Eudeba, 2011
- Faraone, S. “*Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones*”. En: Revista Salud Mental y Comunidad. Buenos Aires. Ediciones de la UNLa, 2013.
- Faraone, S. Valero A. Rosendo, E. y Torricelli, F. “*Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva. Una experiencia de transformación institucional*”. En: Revista Salud Mental y Comunidad. Buenos Aires. Ediciones de la UNLa, 2009.
- Faraone, S. “*Reformas estructurales, contexto nacional y procesos de transformación en el campo de la Salud Mental*”. En: Faraone, S. Bianchi, E. Giraldez, S. (Comp). Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Aportes, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657. Buenos Aires, Editado por UBA Sociales, 2015.
- Faraone, S. y Valero A. “*Dilemas en Salud mental. Sustitución de lógicas manicomiales*”. Buenos Aires. Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2013
- Faraone, S.; Barcala, A.; Torricelli, F.; Bianchi, E.; Tamburrino, M.C. “*Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización de la infancia en Argentina*”. Interface, 2010
- Fitipaldi, MP y Masciangelo, P. “*¿Padecer también el trabajo? Inclusión laboral para personas con padecimientos mentales*” en Franca Matina, un dispositivo alternativo a la lógica manicomial. Trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social. Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 2014

- Foucault, M. *“La hermenéutica del sujeto”*. México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 2002.
- Foucault, M: *“Clase del 21 de Noviembre de 1973”*, en *El Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires. FCE, 2005
- Foucault, M. *“Historia de la locura en la época clásica I”*. Buenos Aires, Editorial Fondo de Cultura Económica, 1990.
- Foucault, M. *“Clase del 5 de febrero de 1975”*. En: *Los Anormales*. FCE, 2000.
- Foucault, M *“El Poder Psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)”* en *Los Anormales*. Ed. FCE, Argentina, 2005
- Foucault, M: *“La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”* en *“La vida de los hombres infames”*. Buenos Aies. Editorial Altamira, 1996
- Foucault, M: *“Seguridad, Territorio y Población: Curso en el Collage de France: 1977-1978”*. Buenos Aires, Editorial Fondo de Cultura Económica, 2006
- Foucault, M. *“Vigilar y Castigar”*. Siglo XXI, 2002
- García Canclini, N: *“Cursos y Conferencias 3”*. Secretaría de Bienestar Estudiantil y Extensión Universitaria. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Conferencia 2, 1984
- Fraser, N. *“La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación”*. En *Revista de Trabajo*, 2008
- Galende, E. y Kraunt A. *“El Sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos”*. Buenos Aires. Lugar, 2006
- Galende, E. *“Consideración de la Subjetividad en Salud Mental”*, en *“Revista Salud Mental y Comunidad”*, Ediciones de la UNLa, 2012
- Galende, E. *“Conocimiento y las prácticas de Salud Mental”*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2015.
- Gianna, S. *“Vida cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional”*. La Plata. Revista Cátedra Paralela, 2011
- Goffman, E. *“Introducción”*. En: *Internados*. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1973.

- Gorbacz, L. “*La ley de salud mental y el proyecto nacional*”. En: Blanck, E (Coord). Panorámicas de la Salud Mental: A un año de la Ley Nacional N° 26.657. Buenos Aires, Eudeba, 2011.
- Grassi, E. “*Políticas y Problemas Sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame*”, 2003
- Hernandez Sampieri, R y otros. “*Metodología de la Investigación*”. México, Mc Graw Hill, 2010
- Huertas, R. “*Medicina social, control social y políticas del cuerpo. La subjetivación de la norma*”. En: Miranda, M. y Girón Sierra, A. (Coords.) *Cuerpo, Biopolítica y Control Social*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 2009.
- Jelín, E. “*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, 2012
- Ley Nacional de Salud Mental nro. 26.657
- López Santi, M. “*Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria*”. Artículo en: *Revista Salud Mental y Comunidad*. Buenos Aires, Ediciones de la UNLa, 2009.
- Menéndez E. L. “*Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*” en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 1988
- Menéndez, Eduardo (1982) “*La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud*”, Cuadernos Médicos Sociales N° 21.
- Oszlack, O y O’Donnell G. “*Estado y Políticas Estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*”, 1981
- Pautassi, L: “*El aporte del enfoque de Derechos a las políticas sociales. Una breve revisión*” en “*Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones*”. CEPAL, 2010
- Pitch, T. “*¿Qué es el control social?*”. En: *Revista Delito y sociedad*. Buenos Aires: Año 5, N°8, 1996.
- Plan Nacional de Salud Mental, 2013.
- Robles, C. “*Multi, inter, transdisciplina*” en Ficha de Cátedra de la asignatura de Trabajo Social III, Universidad Nacional de La Matanza, 2010.

- Rojas Soriano, R. “*Capitalismo y enfermedad*” México: Folios Ediciones, 1984
- Rozas Pagaza , M. “*La intervención profesional en relación con la cuestión social*”. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2001
- Stolkiner, A. “*Políticas en Salud Mental*”. Buenos Aires, 1994
- Stolkiner, A. “De Interdisciplinas e indisciplinas” Publicado en: Elichiry, Nora, “El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio”. Bs As: Ed. Nueva Visión, 1987
- Stolkiner, A. “*Interdisciplina y Salud Mental*”. En: IX Jornadas nacionales de Salud Mental - I Jornadas provinciales de psicología, salud mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas, 7 y 8 de octubre 2005.
- Stolkiner, A. “*El enfoque de derechos en salud y las prácticas en salud mental*” en “*Experiencias en salud mental y derechos humanos : aportes desde la política pública*”. 1a Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, 2015.

**Entrevistada: B**

**Profesión: Psicóloga**

**Entrevistadora: S**

**S: ¿Cómo describirías tu intervención en el Servicio?**

**B:** Yo hace un año que estoy acá en el Servicio. Hice mi residencia acá, conozco bastante el Hospital. Hice después la Jefatura de Residentes. En realidad, no conocía el Servicio, o sea, nunca habíamos estado rotando en el [*nombre del servicio*], pero sí en el [*nombre del Servicio*]. En realidad, es similar.

Un poco en realidad mi trabajo es...en principio fue muy abierto porque eran pacientes que en general no están acostumbradas a tener espacios individuales y, al principio tampoco recibía una directiva respecto a lo que se venía trabajando. O sea, fue más que nada un control y no demasiado pensado el trabajo con las pacientes, de muchos años de internación, desde psicología. Entonces, en principio lo que se empezó a generar es que con algunas se empezó a armar un espacio individual y con otras más ligadas a demandas puntuales: ellas venían y se les daba ese espacio. O sea, entrevistas que son puntuales, para temas puntuales. Y, en otras cosas, encontramos una dinámica tanto con la Trabajadora Social como con la Terapeuta Ocupacional, donde hay muchas pacientes acá que tienen Acompañantes Terapéuticas pero, si bien tenían esas acompañantes no había justamente esto: una dirección en el tratamiento. Entonces lo que empezamos a hacer es, hay pacientes que no tienen demandas puntuales pero sí tienen A.T, entonces lo que hacemos es entrevistar al A.T, ir pensando qué estrategias, acorde a cada caso, se pueden ir pensando en esas pacientes.

Yo te puedo contar pero hace un año que estoy acá, entonces para mí, también estoy como en un proceso de conocer la dinámica del Hospital, las demandas que aparecen de lo que es los abogados y todo esto. Y bueno, el hecho de ir armando en las pacientes qué es esto de tener un espacio con un psicólogo porque no está tan instalado de que haya un psicólogo en un Servicio de Crónicos. De hecho, hasta se afianza como algo que no tendría demasiado sentido, en ciertos discursos.

La apuesta siempre es a escucharlas, a darles ese espacio, que no es algo que es común. Y bueno, después con algunas sí se empezó a armar un tratamiento. Son pacientes que en realidad tienen presentaciones muy diversas aunque parezca un servicio de crónicos tenés pacientes de muchos años de internación y pacientes que son crónicas pero en otro sentido. En el sentido de que no tienen la presentación de la psicosis con más deterioro sino intentos de suicidios de repetición en donde bueno, terminaron en pabellones crónicos pero son pacientes que tienen otra presentación: hablan mucho más. Así que, en ese sentido fue una sorpresa para mí porque yo no esperaba encontrar pacientes con esas presentaciones.

Más o menos son esas las áreas de mi trabajo. Es bastante heterogéneo, no es sólo atención individual.

**S: ¿Cuál sería tu objetivo de intervención?**

**B:** Y, me parece que instalar algo de lo que tiene que ver con la subjetividad. Son pacientes que vivieron sobretodo la cuestión más tradicional psiquiátrica del Hospital, donde lo primordial o la atención básica se basaba en lo que era la medicación y el tratamiento psiquiátrico y no estaba mucho pensado el cómo se trabaja con un paciente desde psicología.

En realidad, yo siento que el objetivo, más que nada, es ampliar cuestiones que hacen a la subjetividad. O sea, poder ubicar "el bueno, a ver, tiene una esquizofrenia residual", bueno pero ¿Y? ¿Qué hacemos? ¿Nos quedamos con eso? Porque muchas pacientes vos encontrás puntos de su historia, más allá de lo delirante. Y después también mover lo que hace a las externaciones porque en esta lógica de que son crónicas, de que ya no hay mucho para hacer, etcétera, etcétera, tampoco se pensaba en ningún tipo de, por lo menos desde psicología, no se escuchaba la posibilidad de una externación. Entonces mi objetivo es ver en cuál sí se puede llegar a pensar en una externación; y en otras, a veces notas que con solamente darles ese espacio, ligado a algo de lo subjetivo, de la escucha, etcétera como que eso también genera un efecto de pacificación. Y lo buscan después. Y eso es algo que para mí también fue como un descubrimiento porque no era lo que yo recibí como mensaje cuando llegué. Digamos: "*¿Para qué estás hablando con esta paciente que hace treinta años que está acá? O sea, ¿Para qué hablás?*"

**S: ¿Qué tipos de casos atienden en este Pabellón?**

**B:** En general, psicosis crónicas. Después, pacientes que han estado con varias internaciones en otros pabellones y llegan acá como quien llega a la última trinchera del Hospital. Esto más que en el [*nombre de un Servicio*], si bien en [*nombre de un Servicio*] es un servicio de largo tratamiento, el [*nombre de un Servicio de Crónicos*] es como que siempre tiene esa representación del "*bueno, listo, ya está en el [nombre de un Servicio de Crónicos], ya está*".

En general son pacientes con psicosis crónicas, más que nada melancolías, por eso te digo lo de los intentos de suicidio. Yo te puedo hablar de los diagnósticos...Melancolías en el sentido de las pacientes con reiterados intentos que, en un momento, dejan de estabilizarse pero siempre está esta cuestión media apática y de desconexión con el afuera.

La mayoría son esquizofrenias, tenés presentaciones más paranoides, hay un par que son así. Sí, eso, porque no hay neurosis o por lo menos yo no escuche de pacientes más ligadas a lo que sería una neurótica como sí podés encontrar en consultorios externos.

**S: ¿Cómo y cuándo realizás los primeros contactos con las pacientes?**

**B:** En general, por lo que yo veo acá de lo que es el funcionamiento, se tiende a que el ingreso de la paciente sea en equipo. Pero, a veces por dificultades y por cierta dinámica que se da, en general primero el ingreso lo hace el Jefe de Servicio. Yo tomo, bueno, leo la historia clínica, me fijo un poco a ver cuál es esa cuestión y me acerco yo a la paciente. En general, el modo de acercamiento no tiene que ver con que venga al consultorio y la cosa más rígida sino que intento que sea una cosa más coloquial al principio. Por ejemplo, ahora entró hace poco una paciente con mucha paranoide con el Hospital y, en general, la posición que yo tengo es más, por ahí, hablar de otras cuestiones y en base a una charla ir viendo como uno puede ir posicionándose con la paciente para establecer un vínculo. Yo trabajo de esa manera. Intento que no sea como una evaluación, como "*bueno, vení, sentante, contame*" y que sea una serie de ítems a preguntarle; sino esto, que sea una charla y en esa charla ir viendo. Me parece fundamental, sobre todo con estas pacientes, eso...algo del contacto con lo humano, que sea una charla, que sientan que no están siendo evaluadas. Por esto, por los años que tienen de esa lógica.

**S: ¿Podés pautar los encuentros con las pacientes?**

**B:** Se hace muy difícil eso. Porque cuando querés pautar de decir: "*bueno, yo te voy a ver una vez por semana o cada quince días*", lo que se observa es muchísimas dificultades para tolerar algo de eso. Justamente, porque de alguna forma, yo cuando las veo les dedico tiempo. O sea, no es que las veo diez minutos. Cuando estoy con ellas es esto, repregunto, me interesa conocerlas. Entonces, se arma un espacio en donde noto que se sienten muy cómodas pero a veces, al mismo tiempo, al uno ofrecerles ese espacio también hay que mediar un poco el tema de la demanda porque después terminan generando demandas muy complicadas. Entonces hay pacientes que...ahora una de las más complicadas se fue pero era todos los días...entonces bueno, eso es como complicado de manejar.

Creo que tiene que ver también con los pocos profesionales que hay. O sea, como psicóloga estoy yo sola. Hay 37 pacientes y una psicóloga sola. Entonces, a veces es esto, también hasta explicarle a la paciente: "*bueno, mirá, no es que no te quiero atender*". Hay algunas, con más recursos, que se dan cuenta, que te ven a las corridas. Y eso también genera una presión a nivel profesional porque a uno le gustaría mucho más estar con ellas pero no te dan los tiempos, te tenés que repartir. Se nota muchísimo, yo lo noto muchísimo: la falta de colegas.

**S: ¿Tenés contacto con las familias de las pacientes?**

**B:** Sí, en general lo que intentamos es juntarnos con la Trabajadora Social y con la Terapeuta. O sea, intentamos de que no sean individuales, uno sólo del equipo, sino que por lo menos estemos dos de las disciplinas porque siempre alguna escucha una cosa, puede hacer un recorte por algún otro lado. Y sí, hacemos entrevistas familiares pero también te encontrás con ciertos discursos en relación a "*bueno, son pacientes que van a estar acá para siempre, que no hay posibilidades de hacer ningún tipo de movimiento*". Planteás un acompañamiento terapéutico y ¿Para qué? ¿Para qué, si ella dice que no? Muchas dificultades en ese sentido.

Y familias que dejaron de venir directamente por cansancio o por estas cosas que se le transmitieron o la falta de un trabajo sostenido a través del tiempo, desde que la paciente ingresó hasta ahora. Es como que estamos en el medio de la lucha de un modelo y tratamos de ir para otro lado. Entonces, a veces es eso el mayor trabajo para mí.

**S: ¿Qué rol se le suele dar a la familia?**

**B:** En general se lo convoca para acompañar a la paciente en los permisos de paseo. Acá no salen pacientes solas, es raro, por ahí sólo algunas que están muy estables durante mucho tiempo o que por ahí no hay familia también. Pero en general, las que hace poco tiempo que están internadas- un año, un año y medio, tres años- la familia tiene ese rol.

Después todo lo que tenga que ver con articular lugares posibles de externación. Acompañarlas en todo lo que tiene que ver con los gastos de la pensión, si se requiere un A.T que la familia venga a hablar con ellos.

Estaría bueno que vengan mucho más de lo que vienen. Y que estén porque uno lo que nota es que siempre esperan el llamado. Esto de los llamados es algo que hemos discutido mucho con la Trabajadora Social porque a veces estás haciendo intervenciones por teléfono o por whatsapp. Y uno dice, bueno no es el modo de trabajar pero ¿Qué hacés? Porque en esa vía tampoco tenés contacto. Entonces, estás como en favor de paciente y sabés que si vos no hablás por teléfono o no te movés, directamente no vienen. Entonces el costo-beneficio a veces es eso.

Sí, el tema de las familias es súper difícil. O sea, se nota eso: que cuesta mucho que vengan espontáneamente. Siempre tiene que estar uno atrás de ellos.

**S: ¿Considerás que, además del padecimiento mental, las pacientes se encuentran atravesadas por otras problemáticas sociales?**

**B:** Sí. ¿Cómo sería problemáticas sociales?

**S: Desde pobreza, falta de vivienda, falta de familia, lo que está fuera de lo patológico y que de alguna manera dificulte el tratamiento...**

**B:** Sí, en el caso de muchas el abandono de la familia, de que nunca más tuvieron un contacto. Por ejemplo, se me viene una paciente a la cabeza que tiene un hermano que vive en Zona Norte, o sea, tienen recursos, ella supuestamente debería tener una pensión, derivada de la madre. Y el hermano nunca más vino, ni siquiera a dejar los papeles para poder hacer los trámites para que ella tenga un ingreso. Entonces, vos decís "*vos no te querés conectar afectivamente, bueno, pero dejalo que lo haga otro*". Y en ese sentido, esta paciente debería estar en otro lado, podría tener un A.T si tuviera ese ingreso. Y, en ese sentido uno dice: está en cierta situación de desamparo porque eso repercute en no tener ropa para comprarse, no poder comprarse, no se, salir y tomarse un café afuera. O sea, repercute en más institucionalización, menos circulación social. Para mí es un problema social ese. Por lo menos yo lo veo como una traba importante porque si bien ella tiene un retraso mental, ella está estable ahora, no está agresiva como cuando entró, es una chica que busca ser actividad. O sea, no tiene el cuadro que merecería una internación con estas características, cerrada como es acá en el Hospital.

Después sí, el tema de los recursos sí. Acá hay una paciente que tiene diabetes y debería tener una enfermera y el recurso económico para poder articular con eso....tampoco tiene una casa donde vivir. Es una paciente que está estable, yo creo que podría. Pero bueno, no se cuenta con eso. O sea, no tiene casa. Y así, bueno, otras. Sí, hay.

En realidad me cuesta pensar lo social como...es como que está como muy...me cuesta desglosar que sea sólo social porque lo social también repercute en el cuadro...está como todo muy entretrejado.

Una cosa como que se engancha con la otra entonces es....por ejemplo, hay una paciente que tiene una casa y la tiene que arreglar. Está la casa que no está en condiciones, entonces ahora la quieren vender y ella insiste en que quiere irse a su casa y esto repercute en su sintomatología psicótica. O sea, por eso digo que se arma como esta interrelación.

**S: ¿En qué situaciones consideran que la paciente debe ser internada?**

**B:** Eso está más ligado a la práctica de la Guardia. Lo que pasa es que tenés dos lecturas: una cosa es la lectura de la Ley, que es lo que marca como riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, y después tenés otro cálculo que es, en general lo que nosotros los psicólogos pensamos, que es el riesgo subjetivo. Digamos, uno ve a la paciente en situación de desamparo donde capaz no hay riesgo cierto o inminente pero recibís una paciente que son las doce la noche y te vino porque la echaron de un dispositivo donde estaba viviendo- me ha pasado cuando era residente- y está en la calle. Entonces, ahí, digamos, si bien está el Trabajador Social en la guardia que puede articular, también ahí ves cuestiones que si bien no tienen un riesgo cierto o inminente porque no presentan ideas muerte o agresividad hacia terceros que implique un riesgo, es un riesgo potencial en el sentido de que que está en una situación de desamparo. Y eso si es algo que los psicólogos intentamos hacer esa lectura.

Una chica, me acuerdo que había venido en situación de violencia y no tenía ideas de muerte o un plan suicida pero era de noche, la habían golpeado, no tenía a donde ir y te cae a la Guardia. Y, la realidad es que nuestra responsabilidad en ese momento era atenderla y alojarla. Yo, por lo menos pienso el ingreso de las pacientes desde ese lugar también. Obviamente que igual uno pone que "tiene riesgo cierto o inminente, etc.etc", más allá de que esto esté grabado....pero también me parece responsable hacer esa lectura.

En general acá, no me ha pasado todavía un reingreso. Acá no hay muchas altas ni mucha circulación. Te diría que se desocupan más camas por fallecimientos que por altas, lamentablemente.

**S: ¿En qué situaciones consideran que la paciente puede realizar un tratamiento de forma ambulatoria?**

**B:** Y...yo creo que lo fundamental es si hay algo de conciencia de enfermedad, si logró cierto vínculo con el equipo. Me parece que son pacientes, por lo menos la población de acá, que requieren de apoyos para venir a hacer un tratamiento. En términos generales, cuando tienen un lugar donde vivir ahí se piensa en una externación. Pero cuesta pensar un poco en qué casos pensar que estarían dadas las condiciones para un tratamiento ambulatorio con población así porque las veo muy dependientes. Si me parece que un herramienta fundamental es el A.T. El acompañamiento terapéutico me parece que es como re piola, que es algo que yo también vi, estando acá este año, que una paciente teniendo un espacio para vivir pero con el acompañamiento de otro, me parece que podrían lograr una externación. Porque lo que impiden en estas pacientes es esta sensación de que no....no hay un afuera que puedan imaginarse. O sea, todo acá está muy armado entonces afuera se les arma algo que no...les cuesta imaginarse una escena posible. Entonces me parece que es una herramienta fundamental eso: si se logra un buen vínculo con el A.T, que el A.T sea quien acompañe eso.

**S: ¿Cómo trabajás esto que nombrás de la dependencia?**

**B:** Por ahí dependencia es una palabra psicológica que a mí no me gusta mucho. Yo creo que igual en pacientes psicóticas, crónicas, con este nivel de...de que vivieron años institucionalizadas, no me parece mal que eso lo tengan. O sea, no sé si el objetivo a trabajar es que en algún momento no tenga el A.T, que sea autónoma. En el sentido de que no se si yo estoy trabajando con la paciente y pienso en eso. A veces hay direcciones en este sentido y creo que, a veces, generan como ciertos ideales a los cuales no se pueden llegar y hasta empujan a la paciente a cosas que no pueden. Se me viene por ejemplo, una paciente que tiene una hija y la familia planteaba "bueno, fue con mi otra hermana para así lograr que esté con la hija". Y la paciente después de esa situación se descompensó. Entonces digo, a veces empujar a cuestiones, por el ideal de cada uno, por ahí esa paciente requiere un A.T o requiere un apoyo de otro durante toda su vida porque estructuralmente lo necesita. Estructuralmente en el sentido de su cuadro, de sus dificultades. Y eso no me parece que sea algo malo. Digamos, yo no sé si trabajo para que...sino que trabajo en realidad para ganar mayor grado de subjetividad y que la paciente pueda ir teniendo, en lo posible, un lugar afuera pero no con esos ideales. Me parece que es complicado a veces eso. Yo te hablo siempre pensando en la población con la que trabajamos.

**S: ¿Cómo definirías el trabajo interdisciplinario?**

**B:** Me parece que es complejo. Me parece que igual se te hace inevitable si pensás la salud desde otro paradigma que no sea la enfermedad. Y, pensando en que, si tenés una concepción del padecimiento mental y de la salud mental más amplio, que no sea sólo el neurotransmisor que funciona mal y que necesita medicación y listo, es algo que es inevitable. Lamentablemente en la residencia esta esta cuestión de trabajar médico y psicólogo nada más y se arma eso. Estaría buenísimo que Trabajo Social y Terapia Ocupacional estén. Es algo que yo también este año lo viví estando acá, trabajando mucho codo a codo con la Terapeuta y con la Trabajadora Social.

Me parece que es difícil, que requiere correrse mucho del propio narcisismo, de las propias ideas y poder escuchar cómo el otro lo ve desde otra disciplina. Es un desafío para mí, un absoluto desafío y un aprendizaje constante pero es súper rico porque el discutir, y cuando hay una situación compleja, de cierta gravedad, una situación que implica el poner un poco el cuerpo, uno se siente más acompañado y más apoyado. Tiene eso, no se compara a estar solo atendiendo. Me ha pasado que las entrevistas más ricas con las pacientes fueron en equipo, donde salieron cosas más claras fueron en equipo y no estando individualmente. Pero creo que es un desafío.

**S: ¿Podés pensar en desventajas de trabajar en equipo interdisciplinario?**

**B:** Las desventajas creo que...es la idea de salud. En el sentido de qué concepciones de salud se ponen a veces en juego. Yo trabajo desde el psicoanálisis entonces también eso es un punto que estamos...o sea, el psicoanálisis siempre está como un poco a contrapelo de lo que un sistema pide. Y, por ejemplo, una de las cuestiones, para mí obstáculos es que a veces hay cierto empuje a la salud, a que el paciente sea autónomo. Y el psicoanálisis lo piensa en términos de lo que el paciente puede en el momento en que lo puede. Y eso, a veces, de otras disciplinas...yo lo que escucho es: *"bueno, pero deberíamos trabajar..."* O sea, en el psicoanálisis no se trabaja con objetivos. Tiene un objetivo lógicamente, no es que estamos trabajando en el aire, pero siempre en términos de que la salud y el bienestar tiene que ver con lo que esa paciente te dice. Si la paciente te dice que está mejor, es eso. Más allá de que uno tenga un preconceito. Y lo que puede ser peor para una disciplina, el psicoanálisis dice que no, porque en realidad, por cierta lectura...

Un poco me parece que es eso: la concepción de cierto furor que hay por curar, donde a veces ciertos síntomas tienen determinado lugar. Por ejemplo, que un paciente se lave las manos, un paciente psicótico. El psicoanálisis piensa "que se lave las manos implica que lo angustie menos las voces". Entonces vos decís ¿Qué trabajamos? ¿Qué no se lave más las manos? Y algunas disciplinas van a eso, van a quitar ese síntoma. Y el psicoanálisis lo que piensa es: "ese síntoma es respuesta a algo, ya es respuesta a algo". Entonces, a veces, no es ir a atacar el síntoma. Es todo como una vuelta diferente. Trabajarlo acá es complicado.

**S: ¿Suelen realizar informes, diagnósticos en conjunto con el equipo?**

**B:** Sí. Diagnósticos en conjunto no es algo que...es un momento también que el Servicio está en un cambio. Yo entré y había una Jefa, ahora, hace cuatro meses que hay otro Jefe. Entonces, yo creo que el Servicio está en una situación de crisis o de cambio donde están chocando formas de trabajo, entre lo interdisciplinario y el modelo médico-hegemónico. Entonces, a veces se da esa complicación.

Discusiones se está intentando llevar a cabo respecto de a dónde vamos con las pacientes. Ese trabajo fue mucho con Trabajo Social y con Terapia Ocupacional, y Psicología. Fueron

como las disciplinas que más...Psiquiatría cuesta, cuesta porque en muchos casos está esto de: *"listo, el diagnóstico ya está, no tiene mucho sentido repensarlo"*.

Entrevistas individuales sí, informes sí. Se intenta informar justamente que no sea la cuestión psiquiátrica. Sino que se citó a la familia, tiene un A.T, para donde se está yendo. Uno intenta....pero es todo un trabajo. Esto no se da por sentado, que el espacio de las otras disciplinas fluya. Hay algo que sigue como hegemónico y que, en algunos casos es: *"bueno, fijate que está angustiada"*. Porque esa es la demana de psicología: *"Está angustiada"*; es eso. Es como en Trabajo Social: *"bueno, hay que hacerle la pensión"*.

**S: ¿Considerás que existe un desconocimiento acerca de lo que aborda cada profesión?**

**B:** Sí, yo creo que sí. Hay determinados lineamientos de lo que se piensa que hace un psicólogo. Por ejemplo, que un psicólogo habla del pasado. Entonces, *"con pacientes psicóticas no podés hablar del pasado porque la vas a descompensar"*. Y no hacemos eso, no hablamos del pasado. O sea, desde el psicoanálisis...menos con pacientes con estas presentaciones. Y eso es un prejuicio que te juega...y que te agota porque se escucha: *"no, tenés que olvidarte del pasado y pensar en el futuro"*. Y la paciente se sienta y viene a tu consulta y te habla de su mamá espontáneamente, no es que uno la está llevando ahí.

Creo que sí, que hay desconocimiento. También desde los psicólogos y desde los psiquiatras hacia el Trabajo Social y Terapia Ocupacional. Yo creo que sí. O sea, yo los estoy conociendo mucho más ahora, trabajando codo a codo, porque el Trabajo Social no es sólo hacer una pensión y hacer un trámite en PAMI. Pero está instalado así dentro del Hospital.

Y prejuicios también de los psicólogos respecto a Terapia Ocupacional. Pero por estos modelos que se entrecruzan y capaz nunca te sentaste a hablar realmente con estas dos profesiones para ver qué lectura tienen.

Y, sobre todo, creo que los psicólogos estamos muy acostumbrados a estar adentro del Hospital. Y Trabajo Social creo que tiene esto del salir. Y eso también es algo que es difícil de romper dentro de lo que es la Psicología. O sea, estamos muy acostumbradas a estar adentro del Hospital, entonces, si vos vas a la casa del paciente ya como que....se genera algo de...voy, pero ¿Cómo es esto? ¿Desde que lugar? Mueve un poco ahí.

**S: ¿Considerás que se tienen en cuenta las intervenciones de los profesionales con las pacientes para pensar la propia intervención?**

**B:** En algunos casos sí. En algunos casos, por ejemplo, yo sé que la Terapeuta la entrevistó y está trabajando determinada línea. En pacientes que están más en agudo, que tienen menos años de internación. Pero cuesta.

Sí lo que creo es que en este desconocimiento se dan intervenciones por separado y después a gatas si tenemos tiempo de *"bueno, la entrevisté, fui por tal lugar"*. Pero yo no sé si eso es algo que fluye tanto. Y tampoco sé si debería ser así. O sea, un respeto por una misma línea porque me parece que el paciente también juega distintas cosas en cada espacio. Entonces, por ahí, también está bueno que sea diverso y que te pueda traer lo que habló con la Trabajadora Social. Si se intenta estar en comunicación: *"hablé con la paciente, la ví así, me parece que hay que ir por tal lugar"*. Eso es muy, del desafío de cada uno. Con Psiquiatría se complica. Yo no siento que haya algo tan fluido. Sí con la Trabajadora Social y con la Terapeuta.

**S: ¿Cómo describirías la intervención del Trabajo Social en este Pabellón?**

**B:** Está muy ligada a esto de las pensiones, como las demandas que recibe. El tema de las A.T también y todo el tema del: "*bueno, sale, tiene que ir a cobrar*"; eso es la parte para mí más burocrática. Me parece interesante, [*nombre de la TS*] por lo menos tiene en Servicio todo esto de la familia, que para mí está bueno porque me permite correrme un poco. Viste que a veces cuando sos el psicólogo de la paciente no está, bueno...o sea, es complicado. Entonces, para mí, que ella tenga ese lugar: el trabajo con la familia, la red que se puede armar...yo dejo que sea ella la que dirija. O sea, se armó eso pero no es que está hablado. Ella dirige las entrevistas y capaz la Terapeuta y yo estamos como más....aclarando alguna cuestión. Tiene ese lugar.

Yo he hablado con ella de que me gustaría incorporar el trabajo grupal que es algo que acá cuesta un montón. Un poco por la cantidad de pacientes y otro poco porque yo estoy como empezando acá. Pero, por ejemplo, ella me dice que tiene mucha experiencia respecto al trabajo con los grupos, el trabajo en relación a alguna temática. Y tengo entendido que eso un poco se apacó por estas otras demandas. Entonces yo le dije: "*la verdad que me parecería buenísimo, si vos tenés experiencia. Yo no tengo tanta entonces estaría bueno...*" Poder armar algo con pacientes que uno piensa que están en cierto proceso de externación, hablar lo que implica el contacto con el afuera. O sea, hay pacientes que se sorprendieron de ver un colectivo. Entonces, no se, trabajar por imágenes o traer alguna cuestión así pero con abordaje grupal.

Y después, me parece que la Trabajadora Social de acá tiene mucha lectura respecto a, por ejemplo, cuestiones donde hay grupos que se arman. Hay pacientes que se llevan bien entre dos y tres. Y la TS ha tenido como lecturas de decir: "*a mirá, había pasado esto y entonces*"; como de leer la situación grupal o de pensar cuestiones institucionales como dónde nos estamos quedando entrampadas, donde a veces en vez de escuchar a la paciente estamos más viendo lo que dice la abogada o lo que dice tal.

**S: ¿Estás de acuerdo en lo que plantea la Ley acerca de que la Salud sea abordada con un equipo interdisciplinario?**

**B:** Sí. Absolutamente. Aparte se ven los efectos cuando eso no es así. Yo creo que también igual me siento como en una generación o en un momento de ejercicio profesional donde hay muchos estallidos porque estamos trabajando en el medio de la crisis....de dos paradigmas que se chocan en forma constante: el modelo médico hegemónico y el modelo interdisciplinario, de salud más integral. Entonces, estás como queriendo ir para un lado pero hay ciertas energías que van para otro. Pero me parece que es fundamental porque, por lo menos acá, son casos re complejos donde no es sólo la intervención psi. De hecho, si se hubiesen hecho intervenciones interdisciplinarias yo creo que muchas pacientes no hubiesen permanecido acá tanto tiempo.

Pero bueno, nos toca trabajar en este campo, con una nueva Ley y una nueva coyuntura.

**S: ¿Cómo considerás que impactó la Ley en el Moyano?**

**B:** En cuanto a intentar que no sea el primer recurso la internación en el caso de crisis de una paciente. Se intenta....evalúas al paciente, está la familia fuera: que venga la familia, hablemos con la familia.

Yo entro a la residencia justo con la nueva Ley. El impacto que tiene es ese, intentar que no sea el "*bueno, listo, se interna y ya está*". A veces se critica el "*¿Qué hacés hablando con la familia si ya está delirante la paciente? Listo, ya está*". Desde la gente de planta. Y uno,

que ya viene con otra lógica, con esto de que hay que saber que es un recurso restrictivo, que se tiene que usar en último término, tardas más en eso y eso a veces se ve como negativo, como que el profesional no es efectivo. Cuando en realidad lo que estás aplicando es otro tipo de estrategia.

También me parece que tuvo impacto es en hecho de que se lee, me parece a mí, de dejar también en cierto desamparo. O sea, si está bueno una cosa también esta otra porque listo, pasó el riesgo cierto o inminente entonces ya está, le damos el alta. Y, o sea, pero pará, todavía no trabajamos determinadas cuestiones. En realidad, no contás con toda la estructura. Digamos, la Ley también un poco va como horizonte. Entonces, esas lecturas es como que...parece que sos tradicional diciéndole a la paciente "*no, bueno, pero que no se vaya*". Sin embargo, en realidad lo que estás resguardando es que no queden en situación de desamparo. O sea, yo he visto situaciones en donde: "*listo, listo, que se vaya*". Y no, esa no es una lectura de Ley. Eso es usar la Ley de forma perversa para dejar en desamparo a alguien. En el caso de esta chica, que no tenía cierto riesgo o inminente pero venía de una situación de violencia. Ahí hay profesionales que te decían: "*no tenía riesgo cierto*". Y bueno. Es como esta lectura entre la Ley y lo que se quiere leer de la Ley.

Otro impacto, el tema de los abogados. Esta cuestión de que están más encima. Ese es el gran impacto creo yo. Y cierto control que se supone que tiene que haber de la internación que tiene las dos caras: una positiva, que está bueno, pero tiene otra cara que empuja a pacientes que hace años que están acá a vivir un proceso para el cual no están preparadas para vivir. Creo que esta es la particularidad de estar trabajando en el [*nombre del Servicio*]: no podés leer, lo que sería la internación involuntaria, en un Servicio de agudos que en un Servicio de acá. Y esa diferencia, a veces, para mí, no se hace. Entonces empuja a algo que...no sé, armarle la casa a una paciente sin consultarle a la paciente. Vos decís: está buenísimo, es la mejor intención armarle la casa, pero no son cosas que eligió ella. Entonces, ahí también...esto de las buenas intenciones de la nueva Ley que...yo lo veo complicado y después lo ves en la clínica. O sea, estas son cosas que dicen y se ve en las pacientes. Armarle la casa a una paciente sin hacerla partícipe subjetivamente de ese proceso es...porque la mesa no es la mesa el objeto, la mesa es el recuerdo de cuando la fuiste a comprar. Y ahí eso no sé si se tiene tan en cuenta. Entonces, este impacto de cierto acelere.

**S: ¿Estás de acuerdo con la definición de Salud Mental que brinda la Ley?**

**B:** Sí, estoy de acuerdo con la definición.

**S: ¿Qué considerás de lo planteado en la Ley sobre las internación como algo de carácter restrictivo y excepcional?**

**B:** Me parece que uno siempre intenta que sea excepcional en el sentido de que realmente sea necesario. Lógico que uno piensa y ves los efectos acá, está bueno que el paciente siga el contacto con su familia, su ambiente. Lo que me choca un poco es esto de restrictivo, que parece que el paciente está preso porque realmente hay veces en que el paciente necesita una internación y es una intervención también internar a un paciente, para la historia de ese paciente. A veces implica un corte que le permite hacer otra cosa. Y, sobre todo, el hecho de que sea restrictivo, en este acelere se impide lo que implica el trabajo de internación. O sea, es importante que el paciente pueda llevarse algo de lo que pasó y que lo trajo a la internación. Y en una semana yo no sé si ese trabajo se puede generar. En este acelere se termina más en la misma línea en la que venía el paciente que en instalar un

tiempo para comprender que pasó. En el caso de un intento de suicidio una semana no te da tiempo, para verlo, para trabajar. Sí, el riesgo cede pero no sé si llega a trabajar qué coordenadas te llevaron a buscar esa respuestas y no encontrar otras. Y, en ese sentido, la idea de algo restrictivo, para mí ahí no....creo que igual es más una herencia contra lo que la Ley responde del modelo anterior. O sea, me parece que es una Ley ligada a los Derechos Humanos pero una Ley que responde al modelo médico-hegemónico. Digamos, a un modelo de los manicomios que, bueno que siguen estando, pero de condiciones muy aberrantes de internación. Me parece que responde a ese modelo que, la verdad es que, por lo menos en muchos espacios del Hospital, no es así tampoco. Y, a veces, se viene con este preconcepto de que es el manicomio, de que el Moyano es un lugar de tortura. Y la lógica manicomial puede estar en un Hospital General igual. Entonces, a veces esto, a mí profesionalmente me choca un poco: el sentir que estás trabajando....mismo como cierta identidad te da: "Ah, trabajás en el Moyano, ah!". Se siente un poco también eso y no está bueno porque hay muchas pacientes que si no las alojas acá no tienen otro lugar. Sí, esos son aspectos como chocantes.

**S: ¿Considerás que permanecen ciertas prácticas manicomiales?**

**B:** Sí, por supuesto, sí. En realidad, una vez escuché una definición que para mí se engancha con el equipo interdisciplinario de lo que es la lógica manicomial que es la lógica de lo único, de un único discurso, una única mirada. Y eso sigue estando acá. Lamentablemente sí. Uno intenta justamente, cuando le dedica un tiempo para hablar, le da un espacio a la paciente cuando hay otros que te dicen que no tiene sentido, que hace treinta años que está delirante, entonces ¿Para qué vas a hablar? Creo que eso es una práctica contra-manicomial. Pero hay mucha gente que no, es: "*listo, respuesta: medicación*". Me parece que el Hospital debería cambiar. El cierre, bueno, es algo que no me parece tan sencillo y me parece que puede generar más consecuencias complicadas. En realidad, el otro día fui a un Congreso y un psiquiatra decía: "*el manicomio está en la cabeza de la gente*". Y es verdad. Y en la formación profesional: si vos formás profesionales diciéndoles que la enfermedad mental es una enfermedad biológica, ligada al lóbulo temporal...esto trae una serie de consecuencias. Así como hagas un reduccionismo solamente psicológico o solamente social. Cualquier reduccionismo, no es porque sea ligado a lo médico, si vos lo encarás solamente por ahí.....Creo que también, el Moyano lo que tiene es que, en general, está formado por profesionales con otra cabeza. Recién ahora está entrando gente que fueron residentes con la nueva Ley de Salud Mental. Y esto va a llevar años, es una transformación institucional que tiene que pasar para que algo de esto cambie. Enfermeros, que no actúan de enfermeros...es como toda una lógica que no se si tiene que ver con el tamaño, no se si tiene que ver con cuestiones de poder entre disciplinas- para que se den las prácticas manicomiales digo-.

**S: ¿Considerás que existen dificultades para aplicar la Ley acá en el Hospital?**

**B:** Sí, yo creo que sí. Tiene que ver con múltiples factores: formativos, ligados a, por ejemplo psicología, está muy ligado a la atención individual. En psicología no hay, o sea, después de la dictadura desapareció todo lo que tiene que ver con formación ligada a lo grupal. Muchos psicoanalistas, Ulloa, Pichón Riviere, todos esos eran médicos psicoanalistas que ejercían su práctica muy ligado al poder de los grupos, a los espacios grupales, a las cuestiones más de asambleas. Y eso, después de la dictadura desapareció de las prácticas dentro de los Hospitales. Ahora, en muchos Hospitales se sigue generando,

pero acá, dentro del Moyano sobretodo, muchas lógicas de la dictadura quedaron. No solamente a nivel de las prácticas sino de formas de pensar. Y esos son obstáculos para poder pensar en la implementación de la Ley porque se supone que hay que ir hacia un modelo más comunitario. Entonces, si vos seguís centrado solamente en la atención individual es como que te está faltando una parte. Y, desde ya, los dispositivos que no hay y toda esta cuestión....

**S: ¿Considerás que existen dispositivos y políticas públicas que acompañen los procesos de internación y externación?**

**B:** Como yo me estoy encontrando con esto ahora siento que, por un lado no hay, que es lo que está como discurso; pero también me parece que los que hay...o sea, no te llega bien articulada esa información. No es que viene alguien y dice: "*miren, yo soy del Gobierno de la Ciudad, vengo a informarles que dispositivos*". O sea, eso debería estar, deberían hacer una reunión dentro del Hospital para comentar que dispositivos existentes hay. El otro día hablábamos con una abogada y nos decía que sí, que había centros, que tenían una intervención interdisciplinaria. Entonces yo, como que digo: ¿En qué punto uno también sigue reproduciendo esto de que no hay y hasta qué punto estamos en un lugar donde eso no llega? No llega por las razones que sean. Yo intento pensar un poco así porque sino es bastante desesperanzador.

Creo que la Ley es más como un horizonte, un punto a tener como allá y después en el medio están todos los grises y todo lo que los profesionales podemos hacer en el medio de todo esto que no hay. A veces, lo que si da un poco de cosa es que cae sobre el profesional. Digo, el abogado viene a hablar con el equipo y, a veces, se ponen en posiciones muy violentas. Entonces, vos decís: "*bueno, a ver, no hay una intención acá. No es que las tenemos encerradas a las pacientes; sino que...bueno, traeme vos que opciones tenemos*". Creo que es eso el desafío hoy por hoy.

**S: ¿Hay algo que quieras agregar?**

**B:** No, me parece muy interesante el tema que estás haciendo. Y bueno...hacemos lo que podemos. Y, te digo más, vos me preguntabas sobre qué objetivos y yo es algo que estoy pensando. Por eso, por ahí las respuestas no son muy claras porque son cosas que yo, realmente estoy elaborando: de qué se trata mi lugar acá adentro, con estas pacientes. ¿Hasta qué punto hablar de la externación cuando hay cosas que no hablaron nunca? A veces es ese límite como de no terminar con lo terapéutico....Yo intento pensar así, que no sean más violentadas de lo que han sido durante muchos años.



**Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.  
Área de Investigación y Sistematización. Carrera de Trabajo Social**

Conocí a Sofía cuando cursó la Materia “Problemática de la Salud Mental en Argentina” de la cátedra Faraone, donde integro el cuerpo docente. El desempeño de Sofía en la materia fue sobresaliente, destacándose marcadamente en las instancias de evaluación, en las que obtuvo la máxima calificación.

Ya culminando la cursada, me manifestó su interés en abordar la problemática que hoy presenta en su TIF. Para ello, me solicitaba que la orientase, a lo que accedí con gusto porque avizoraba un vínculo fructífero, tal como finalmente se produjo.

Acompañé a Sofía en algunas cuestiones vinculadas a la elaboración del diseño, como así también a las notificaciones necesarias para que le fueran autorizadas las entrevistas en el hospital, y en la redacción del consentimiento informado, y de la guía de preguntas a los entrevistados.

Desde el principio de nuestros contactos, Sofía se destacó por su solvencia en cuanto a la aproximación que le interesaba llevar adelante en el trabajo de campo, como así también por su altísima capacidad de impregnación y reflexión sobre cuestiones normativas y teóricas que hacen al campo de tensiones en salud mental, y en relación a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Esta capacidad destacada se continúa en su impecable redacción, que incluye su capacidad de integrar numerosas perspectivas y trabajos teóricos que hacen a una infrecuente profundidad analítica, como así también a reflexiones colmadas de matices y facetas que hacen justicia al campo problemático en el que inscribe su Trabajo de Investigación final.

Dado que además, Sofía ha llevado adelante su investigación en forma individual, estimo conveniente señalar la alta autonomía en la toma de decisiones, que la condujo a cumplimentar los plazos por ella estipulados y “tomar las riendas” en las decisiones y adecuaciones necesarias en relación a los emergentes de investigación.

Ante todas mis preguntas y consultas respecto de las fundamentaciones sobre la elección del objeto, los recortes espacio-temporales, las modalidades de recolección de fuentes y la presentación de las mismas, así como la estructura de capítulos concebida para la TIF, el marco teórico, el diseño metodológico y la presentación de resultados y conclusiones, Sofía respondió con total solvencia, haciéndome saber y sosteniendo sus posturas, decisiones y preferencias, pero



**Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.  
Área de Investigación y Sistematización. Carrera de Trabajo Social**

a la vez mostrándose altamente receptiva a todos los comentarios, observaciones, recomendaciones y sugerencias que realicé en cada uno de los puntos.

Las consultas que me fue planteando abarcaron diversas aristas, desde la presentación de las fuentes y resultados, hasta la articulación de conceptos y aproximación crítica a los antecedentes bibliográficos. Todas las sugerencias e información adicional que le suministré fueron conversadas pormenorizadamente y recibidas de buen grado por Sofía, entablando un genuino diálogo entre pares.

En particular, respecto de la provisión de material bibliográfico, y siendo que mi campo de investigación y docencia se encuentra vinculado a los estudios críticos de la salud mental, algunas de las consultas específicas y orientadas a sus necesidades puntuales que me solicitó condujeron a que le facilitase material que no está disponible en el programa de cátedra, porque constituye una aproximación más específica y profunda a la temática, que el equipo de cátedra trabaja como parte de los materiales para el armado de las clases, pero no son ofrecidos como bibliografía obligatoria ni optativa. Afortunadamente los aportes fueron considerados relevantes por Sofía, e incorporados al Trabajo de Investigación Final. De todas maneras, el TIF también se nutrió en varios aspectos de recomendación de bibliografía de la antedicha Cátedra de Problemática de la Salud Mental en Argentina.

Un aspecto que valoro especialmente de nuestros encuentros es que pudimos reevaluar y confirmar algunos aspectos vinculados a la estructuración del TIF, sus diferentes apartados y la coherencia expositiva en las diferentes secciones, en el marco de un vínculo respetuoso y ameno, sin por ello ir en desmedro de la seriedad y rigurosidad exigida por el trabajo a realizar. También valoro que tomara en consideración algunos elementos formales que sugerí para la organización de los capítulos y articulación del marco teórico.

Estimo conveniente y necesario que, con posterioridad a la presentación del TIF, Sofía considere la posibilidad de presentar aspectos de esta investigación en Revistas Científicas afines a la Carrera de Trabajo Social, dado que el trabajo realizado es de suma relevancia en lo que respecta a la temática vinculada a las tensiones y dificultades relacionadas con la implementación de la Ley



**Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.  
Área de Investigación y Sistematización. Carrera de Trabajo Social**

Nacional de Salud Mental 26.657/2010, a cuya comprensión el TIF resulta en un aporte fundamental.

Destaco enfáticamente que la difusión de los resultados del mismo supondrá un aporte valioso para la problematización y reflexión acerca de aspectos vinculados a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, desde una perspectiva de derechos, dado que el trabajo jerarquiza e integra los ámbitos y modalidades de análisis de los profesionales de diferentes disciplinas vinculados a la temática.

**TITULO DEL TRABAJO**

“Salud Mental en contextos de Internación Psiquiátrica: modalidades de tratamiento y abordaje a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657”

**ESTUDIANTE/S**

Sofía Magdalena Ibarra – DNI: 37.425.629 [sofiam.ibarra@gmail.com](mailto:sofiam.ibarra@gmail.com)

**Aspectos destacables del mismo y Aportes del Trabajo**

Entre los aspectos destacables del trabajo, como ya expuse, se cuenta la relevancia de un análisis de los conflictos y tensiones que suscita la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, en contextos de internación psiquiátrica, desde la perspectiva del Trabajo Social. Es aún escasa la producción de trabajos acerca de estas temáticas, desde perspectivas vinculadas al Trabajo Social en nuestro país.

Esta circunstancia alienta la divulgación de los resultados de la investigación en publicaciones científicas, dado que considero que la circulación de este estudio jerarquiza y da realce a las posibilidades de abordajes de investigación de parte de los profesionales del Trabajo Social.

**Apreciación sobre el desempeño de los estudiantes**

Como consecuencia del vínculo entablado con Sofía, estoy en condiciones de afirmar que se destaca el profundo involucramiento profesional y personal respecto del objeto de estudio y de la problemática analizada, como así también su altísima capacidad de manejar, sopesar y articular



**Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.  
Área de Investigación y Sistematización. Carrera de Trabajo Social**

aportes de diferentes perspectivas, y de reflexionar sobre las implicancias y tensiones en juego desde los diferentes actores involucrados.

Este compromiso se manifestó también en la claridad de exposición de sus consideraciones acerca de algunos tópicos específicos que surgieron en los intercambios (fueran estos presenciales, por teléfono o correo electrónico) que también valoro especialmente.

**Aspectos a profundizar o reforzar**

Durante los encuentros coincidimos en reforzar algunos aspectos que fueron incorporados al trabajo final, por lo que entiendo que el Informe de Trabajo Final enfoca los objetivos propuestos con una más que adecuada profundidad.

**Considera que el trabajo cumple con las condiciones mínimas para ser evaluado?**

SI – ~~NO~~ (tachar lo que no corresponda)

**OBSERVACIONES**

Además de lo expresado, no tengo mayores observaciones que realizar en este apartado.

Dra. Eugenia Bianchi  
JTP Problemática de la Salud Mental en Argentina  
Carrera de Trabajo Social – Fac. de Cs. Sociales - UBA  
02/11/2017