



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: La urgencia en salud mental : prácticas de autoatención y significados desde las familias

Autores (en el caso de tesis y directores):

Yasmin, Dávalos

Ferreyra, Liliana Nélida, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2016

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

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



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



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

La *Urgencia* en Salud Mental
Prácticas de autoatención y significados desde
las familias

Trabajo de Investigación final

**AUTORA: Dávalos Yasmin, DNI 34.717.086,
mail davalosyasmin@gmail.com**

**Tutor Temático: Liliana Nélica Ferreyra,
mail liliana_ferreyra2700@hotmail.com**

**Taller IV: año 2014,
comisión de Alejandra Bazzalo**

Presentación: diciembre 2016

Índice

Introducción.....	3
Justificación.....	4
Metodología de investigación.....	5
Dificultades encontradas.....	6
Posibilidades.....	6
Encuadre institucional del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez.....	7
Desarrollo del cuerpo del trabajo.....	8
Capítulo 1: Herramientas para el análisis de “La Salud”.....	9
El proceso Salud/Enfermedad/Atención-Cuidado.....	9
La Salud como derecho.....	11
-Declaración de Caracas.....	11
-Ley Nacional de Salud Mental.....	12
-Leyes de la Ciudad de Buenos Aires.....	13
La Salud como campo.....	14
Salud Pública y Salud Mental en contexto.....	15
-En la Ciudad de Buenos Aires.....	16
-En las Guardias de Salud Mental: La intervención del Trabajo Social.....	17
Cierre de capítulo.....	18
Capítulo 2: Los Modelos de Atención de los padecimientos	
de las familias.....	19
La familia: el significativo vacío y estrategias familiares.....	21
Formas de percepción y de acción de las familias en relación a la salud mental.....	23
¿Nosología psiquiátrica vs. sufrimiento psíquico/padecimiento mental?.....	26
El consumo problemático.....	27
El padecimiento familiar.....	28
Las redes de las familias.....	29
Experiencias previas de atención en Hospitales.....	30

La organización del cuidado.....	32
Cómo se mira a quienes cuidan: estudios previos sobre los “cuidadores”.....	34
El rol de la mujer en los cuidados.....	36
Cierre de capítulo.....	37

Capítulo 3: La Urgencia en Salud Mental.....39

El proceso de construcción de la demanda de atención de la urgencia.....	39
-Urgencia, ¿para quién?.....	40
La Crisis.....	42
Autoatención de urgencia: cuando fallan los mecanismos para volver a lo habitual.....	43
-Los intentos de contención familiar.....	44
La búsqueda de atención en guardias.....	45
-Cuando se realiza una consulta sin compañía.....	46
La internación.....	47
Significados de Urgencia.....	48
Cierre de capítulo.....	50

Cerca del final: algunas reflexiones desde el trabajo social.....51

Consideraciones Finales52

Bibliografía.....55

Introducción

Cuando se comenzó con el acompañamiento de las guardias interdisciplinarias de salud mental del Hospital Álvarez de los días martes, unos de los primeros interrogantes que aparecieron fue precisamente qué es la urgencia para cada una de las personas que demanda una atención por guardia y qué es lo que espera encontrar en ese dispositivo. Por eso, se comenzó a observar con mayor detenimiento los motivos que enunciaban en cada situación, y posteriormente la historia de cada familia en relación al padecimiento mental de uno de sus integrantes.

La presente investigación analiza las perspectivas de integrantes de diversas unidades familiares, que tienen en común estar atravesadas por el padecimiento mental en su cotidianidad. Cada una de ellas se distingue de las demás por los distintos recursos y los distintos intentos que realizaron para brindar cuidados o atenciones al padecimiento y se equipara a las otras en cuanto que en un momento dado recurrieron a la guardia de un hospital. Cabe aclarar desde un principio que el dispositivo de guardia se concibe como uno más en la *carrera de enfermo* que realizan las familias, y si bien se profundizará en la relación de los familiares con el mismo, no necesariamente tiene mayor importancia que otros espacios que la familia pudiese definir como importantes, como en el caso de otros dispositivos hospitalarios, organizaciones de la comunidad o grupos de pertenencia de los sujetos.

El objetivo que esta investigación persigue es *analizar las prácticas de autoatención de familias de personas con padecimiento mental en tratamiento en relación a las demandas realizadas a la guardia interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital Álvarez que requieren de internación, para conocer los significados dados a la urgencia.*

Es por eso que se indagaron los recorridos realizados por cada familia antes de llegar a la guardia y las modalidades de organización de las funciones de cuidado. También, se identifican lo que las familias construyen como una urgencia en contraposición a otros momentos de la carrera de enfermo. Por último, se observa el proceso de atención de la guardia, desde el ingreso hasta la decisión de la internación.

Justificación

Para nuestra profesión se torna relevante la incorporación de nuevas herramientas teóricas que permitan mejorar la atención desde la guardia del hospital, desde un lugar que recupere la *perspectiva de actor* (Guber:2004) y las singularidades (Cazzaniga:1997). De hecho, el trabajo social forma parte de guardias de salud mental de hospitales generales en 2008 a partir del decreto 634/04 de la Ciudad de Buenos Aires, que dice que

“Los equipos interdisciplinarios de Salud Mental tendrán una conformación básica compuesta por un médico psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social. En la medida que los efectores cuenten con profesionales universitarios de enfermería con formación en salud mental, estos se incorporarán al equipo interdisciplinario básico. Dicha constitución podrá ampliarse únicamente con integrantes de otras disciplinas universitarias con título de grado y matrícula habilitante de acuerdo a lo que determine el Plan de Salud Mental y al tipo de acción específica” (Artículo 10 inc. h)

Esto responde a la normativa legal expresada por la ley de salud mental de CABA 448 del 2000, que será precursora de la ley de salud nacional 26657. Ambas dan importancia a la formación de equipos interdisciplinarios en la atención de la salud. También, a la necesidad de abordaje de las situaciones problemáticas que se presentan en las guardias. Alicia Stolkiner dice que *“Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (por lo tanto) la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente”* (Stolkiner:2005).

Metodología de investigación

Se trata de una investigación cualitativa, de tipo exploratorio. Es un estudio de caso para el cual se decidió utilizar el método de análisis de discurso, sobre cuatro entrevistas semiestructuradas realizadas a personas de distintas unidades familiares de personas internadas en la sala de psicopatología del hospital, desde la perspectiva de la Medicina Social Latinoamericana/Salud colectiva.

La selección de las unidades de análisis fue realizada a partir de los siguientes criterios de inclusión:

- familiar conviviente o que forme parte de los cuidados cotidianos de la persona con padecimiento mental.
- que haya participado del proceso de atención en la guardia.
- que la persona internada en la sala de psicopatología sea hombre de entre 18 a 59 años

Si bien se pauto en un primer momento como criterio de inclusión que se trate de la primera internación en el hospital, con la tutora temática se reflexiona sobre la riqueza de la comparación entre diversas experiencias de guardia e internaciones previas, por lo cual se priorizan las entrevistas a personas que hayan acompañado varias situaciones de urgencia y de internaciones.

La elección de la entrevista como herramienta de investigación se basa en “la autonomía del sujeto que responde” (Angulo Rasco y Vásquez Recio:). Rob Walter dice que las personas “son capaces de ofrecer una explicación de su conducta, sus prácticas y sus acciones” (en Angulo Rasco y Vásquez Recio) y que pueden reflexionar sobre las mismas (ibídem).

Cabe aclarar que a lo largo del trabajo se preserva la identidad de las personas entrevistadas y de las mencionadas en las mismas y que se utilizan nombres de fantasía en todos los casos.

Dificultades encontradas

Hubo dificultades en la realización de algunos aspectos planteados en el diseño de la investigación. Si bien se logró realizar una entrevista a una trabajadora social, no se obtuvo mayor colaboración en relación a referencias sobre las unidades de análisis, ni fue posible el acceso a los legajos, ni conocer las historias sociales evolucionadas en la guardia de las familias seleccionadas, tal y como se había planteado en el momento de la sistematización de la investigación. Tampoco por este medio se pudo contactar a los familiares para realizar las entrevistas.

La referente institucional de las prácticas pre profesionales opera en un dispositivo diferente, y tampoco se pudo contar con su colaboración para acceder a la información precisada, ni con el ningún otro profesional de trabajo social cuya ayuda se solicitó para la confección de la presente investigación.

Posibilidades

Sin embargo, fue posible realizar cuatro de las cinco entrevistas planteadas en el diseño. El contacto con los familiares se realizó gracias al contacto directo con dos residentes de psicología que participan en el espacio de *la sala*. Fui invitada a participar del espacio de análisis multifamiliar para comprender mejor la dinámica de las familias (las entrevistadas participan en ese dispositivo) y en todo momento tuve el respaldo de ellos tanto para la participación dentro del grupo de trabajadores como con las familiares entrevistadas. “Decile que llamás de parte mía” fue clave a la hora de obtener algunos testimonios.

No fue posible acceder a más entrevistas dado que no se encontró población acorde a las unidades de análisis planteadas en el diseño, pero se considera que se ha logrado realizar el análisis de discurso proyectado e indagar en los significados de urgencia de las familias.

Por otra parte, desde el espacio de la sala muestran gran interés en ver el resultado final del análisis realizado. Estas líneas forman parte del mismo y esperan poder contribuir con los dispositivos de salud mental del Hospital.

Encuadre institucional del Hospital General de agudos Dr. Teodoro Álvarez¹

El Hospital ve sus inicios en el año 1887, donde por iniciativa vecinal comienza a gestarse el Hospital Vecinal de Flores. A mediados de ese año, se comienzan las obras en el terreno actual (sito en Aranguren 2701). Tres años después, el 16 de mayo de 1901 es inaugurado el Hospital de Flores; y al mes siguiente, por iniciativa del concejal García Fernández cambia su nominación por “Hospital Teodoro Álvarez”, que en 1903 ya contaba con 260 camas.

Actualmente el *Álvarez* opera sobre el área programática que cubre las calles Ricardo Gutiérrez - Nogoyá - Cuenca - Av. Álvarez Jonte - Concordia - R.E. de San Martín - Seguro - Yerbal - Vías del F.C. Mitre - Martín de Gainza - Nicolás Repetto - Av. Juan B. Justo - Warnes - Vías del F.C. San Martín (ver anexo I), cuenta con tres Centros Médicos Barriales (C.M.B. N°2 “Santa Rita”, Emilio Lamarca 1022; C.M.B. N°12 “Flores Norte”, Paez 2283 y el N°13 “Paternal”, Camarones 2834) y un CeSAC (el 34, que está en Artigas 2262).

La dirección del hospital está a cargo de la Dra. Laura Cordero. El mismo se organiza en los siguientes departamentos:

- Departamento de Medicina
- Departamento Cirugía
- Departamento de Enfermería
- Departamento Materno Infante Juvenil
- Departamento Consultorios Externos
- Departamento Área de Urgencias
- Departamento Servicios Centrales
- Departamento Técnico
- División Anestesia
- División Área Programática
- Div. Promoción y Protección de la Salud
- División Arancelamiento y Auditoría

¹La información institucional se desprende de la página oficial: www.hospitalÁlvarez.org

Cada departamento cuenta con un Jefe de departamento, que a su vez en muchos casos es compuesto por diversas Unidades, Divisiones o Secciones. El Servicio Social es una División del “Departamento Técnico” junto a otras dos Divisiones: Estadística y Alimentación. La división de Servicio Social está conformada actualmente por doce profesionales en planta permanente.

El Servicio Social en Urgencias tiene únicamente dependencia técnica de Servicio Social. Esto significa que no depende directamente de la organización de Servicio Social del hospital, sino que responde a la jefatura del área de Urgencias en tanto forma parte de la guardia interdisciplinaria de salud mental. De todas maneras, los trabajadores sociales en guardia se consideran en estrecha comunicación con el Servicio Social, que brinda el asesoramiento necesario cuando se lo solicita.

Desarrollo del cuerpo del trabajo

El cuerpo del trabajo, se divide en tres capítulos. El primero reúne elementos teóricos en los que se basa el trabajo: la salud, como campo, como derecho y como concepto vulgar; el proceso Salud/Enfermedad/Cuidado, salud mental, derechos, trabajo social en guardia.

En el segundo capítulo se explican los modelos de atención de las familias, analizando las prácticas de autoatención y la organización de los cuidados que se construyen, teniendo en cuenta las redes que construyen y analizando la cuestión de género en las tareas de cuidado.

El tercer y último capítulo desarrolla la urgencia: sus significados según los actores, el surgimiento del episodio de crisis, los intentos de las familias de contención y la búsqueda de ayuda al hospital. También, la atención fehacientemente recibida, y la decisión de la internación. Se cierra con algunas reflexiones desde el trabajo social, la reflexión sobre las prácticas de autoatención de las familias y la escucha a los familiares. Se intenta mostrar al cuidado como un asunto público, que no es únicamente responsabilidad de las familias, sino que puede ser llevado a cabo por una multiplicidad de actores, y la urgencia se muestra como un espacio de acceso rápido a los cuidados y la atención de los servicios de salud mental, en el contexto de la Ciudad de Buenos Aires.

Capítulo 1: Herramientas para el análisis de “La Salud”

Este primer capítulo es el más corto de todos, aquí se desarrollan algunos elementos teóricos sobre los que se basa la investigación. Se considera importante exponer este primer capítulo, para explicar los postulados de salud y distintos aspectos de la Medicina Social Latinoamericana/Salud Colectiva.

Se desarrollan algunas cuestiones inherentes al concepto de *salud*, que si bien no alcanzan a definirla por sí misma permiten entenderla tomando distancia de la clásica conceptualización de salud de la OMS, que la define como “*estado completo de bienestar físico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedad*” (citado en Stolkiner:2003).

Cabe aclarar que desde la corriente de la Medicina Social Latinoamericana/Salud Colectiva no existe ni se pretende una definición de salud unívoca (Vasco Uribe:1987) “*No obstante se pueden señalar lineamientos y rupturas orientadoras, sabiendo que la borrosidad de los límites del campo nos impide considerarlas únicas*” (Stolkiner/Ardila:2012). Por otra parte, se muestran algunas consideraciones teóricas respecto a la salud mental en el contexto de la Ciudad de Buenos Aires, y en el trabajo social en la guardia de urgencias.

Los aportes que se presentan a continuación son aquellos que se consideran importantes para comprender y contextualizar las propias interpretaciones de las personas entrevistadas, que se explicitan a partir del próximo capítulo.

El proceso Salud/Enfermedad/Atención-Cuidado

Juan Samaja entiende a los modelos de salud-enfermedad-atención como centrales en la reproducción de los sistemas sociales, por eso es que dice que “*Para que dos sujetos puedan pertenecer a un mismo grupo social, una condición sine qua non será que compartan -en lo esencial- un modelo semejante de salud-enfermedad-atención*” (Samaja:2009).

Hay distintas maneras de vivenciar los “procesos de Salud/Enfermedad/Atención/Cuidado”. Eduardo Menéndez entiende que éstos se constituyen relacionamente. Los sujetos/actores y los conjuntos sociales desarrollan el papel de agentes *relacionales*, por lo tanto supone la existencia de estructuras sociales y significados producidos

por los mismos. Se recuperan los procesos históricos que los forman y considera que todo campo socio – cultural no es homogéneo: en él *se constituyen relaciones de hegemonía/ subordinación y operan procesos transaccionales que favorecen la cohesión-integración*. (Menéndez, en Carracedo:2004)

Por su parte, Ana Cecilia Ausburguer y Sandra Gerlero agregan que

“La lógica dicotómica de estados de salud o enfermedad no permite dar cuenta de todo un conjunto de situaciones que afectando la salud mental no consiguen ser encasilladas en uno u otro polo. Acentuar la noción de sufrimiento y distinguirla de la enfermedad permite recuperar la dimensión temporal, historizar el proceso que dio origen, otorgándole visibilidad a las relaciones que lo ligan con el proceso de constitución del sujeto singular con las vicisitudes y eventos de su vida cotidiana” (Ausburguer y Gerlero:2005)

El proceso que se llamó en primer lugar proceso salud-enfermedad-atención es recientemente reemplazado por salud-enfermedad-cuidado: *“el cuidado tendría una connotación mucho más amplia e integral que la atención, al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas y al quitarle la centralidad autoasignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos”*(Stolkiner y Ardila:2012)

George Canguilhem dice que la salud es un *concepto vulgar*, es decir, común, al alcance de todos. Cita en “La Salud: concepto vulgar y cuestión filosófica” a Kant: “Uno puede *sentirse* sano, es decir, juzgar su sensación de bienestar vital, pero jamás puede *saber* que está sano (...) La ausencia de la sensación (de estar enfermo) no permite al hombre expresar que está sano de otro modo que diciendo estar bien *en apariencia*” (*énfasis del autor*) (Canguilhem:2004).

Según la Carta de Ottawa de 1988, salud es la posibilidad que tiene el hombre de ejercitar su poder autogestivo, su potencial de cambio y su capacidad participativa y solidaria: *“la salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, por lo tanto al resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, a la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y a asegurar que la sociedad ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”* (Chapela, en Jarrillo Soto y Guinsber (comp):2007). Se puede observar desde estas concepciones como la salud no compete a un individuo o familia, sino a todo un colectivo, o en esta última definición, a una sociedad completa.

La Salud como derecho

La Medicina Social Latinoamericana enmarca al derecho a la salud dentro de los “Derechos Humanos” e identifica la “paradoja” de situarlos “tanto del lado de las políticas transformadoras como las de dominación”. Alicia Stolkiner dice que “*El ejercicio pleno de los derechos humanos es una idea-fuerza que puede sostener prácticas antagónicas con el proceso de objetivación inherente a la fase actual del capitalismo (...) Pero también el discurso de los derechos humanos reaparece en algunas propuestas como construcción de una nueva configuración de sentido para legitimar el poder*” (Stolkiner:2010). En esa misma línea escribe Asa Cristina Laurell, al analizar los discursos y políticas en Salud en América Latina. La autora mexicana analiza las reformas en salud en el continente a partir de la publicación “Invertir en Salud” del Banco Mundial de principios de la década de los ‘90, y de cómo se proponen alianzas entre los distintos actores para beneficiar al sector privado por medio de los *aseguramientos de salud* (Laurell:2010).

Por lo tanto, se considera esencial el reconocimiento del derecho a la salud en su trama compleja, y realizar prácticas que tiendan a su faceta emancipatoria.

Declaración de Caracas

En el tratamiento de la Salud Mental, hay leyes y tratados internacionales que lo regulan y a los que Argentina adhiere. Uno de ellos es la *Declaración de Caracas* de 1990 de la OMS. Lo que plantea es entre otras cosas que el encierro del hospital psiquiátrico genera mayor aislamiento y genera mayor discapacidad social, mientras se pone en peligro los derechos humanos y civiles de las personas; por lo que se declara a favor de la reestructuración de la atención psiquiátrica en relación a estrategias de Atención Primaria de la Salud y la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales, salvaguardando los derechos de las personas y pretendiendo la permanencia en sus medios sociales.

Ley Nacional de Salud Mental

La ley Nacional de Salud Mental 26.657 del año 2010 entiende a la salud mental como *“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” (art 3).*

- También dice que los diagnósticos en el campo de la salud mental no pueden hacerse sobre la base de demandas familiares o falta de adecuación a valores, normas o creencias prevalecientes en la comunidad donde vive de la persona.

Reglamenta la atención interdisciplinaria, que evalúa la situación particular en un momento dado, no en base a un diagnóstico anterior.

Se reconoce el derecho de la persona a su identidad y conservar sus grupos de pertenencia, con la mejor opción terapéutica, buscando promover la integración familiar, laboral y comunitaria. Además, la ley reconoce el derecho a ser acompañado por familiares u *otros afectos* antes, durante y luego del tratamiento.

En el caso de la internación, será únicamente indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que en su entorno familiar, comunitario y social; promoviendo el mantenimiento de vínculos y comunicación de personas con sus familiares y allegados, salvo excepciones que por razones terapéuticas funde el equipo de salud interviniente.

La ley también prohíbe la creación de nuevos manicomios (art 27), y su propone *su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos*. Por lo tanto, las internaciones deben ser realizadas en hospitales generales.

Vale aclarar que en el caso de la presente ley se trata de uno de los pocos casos en los que una ley es de orden público, es decir que todas las provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires están obligadas a adherirse.

Leyes de la Ciudad de Buenos Aires

En la Ciudad de Buenos Aires, la 153 Ley Básica de Salud de 1999 garantiza el derecho a la salud integral. En relación a la salud mental, el artículo 48 inciso C contempla:

- 1. El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas.*
- 2. Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o masificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios.*
- 3. La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existentes. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.*

La Ciudad de Buenos Aires también cuenta con su propia Ley de Salud Mental. La 448 antecede a la ley nacional, fue promulgada en el 2000, y garantiza el derecho a la salud mental de todas las personas, y la entiende como

“un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medioambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo” (art 2)

Plantea el desarrollo del enfoque de redes de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación social y articulación intersectorial e interdisciplinario.

Otro aspecto destacable de las normativas mencionadas es el espacio dado a las familias de los *pacientes* o personas con padecimiento mental, desde el derecho de la persona a ser acompañada por su familia, derecho a la *integración* familiar y

mantenimiento de vínculos; así como se limitan los diagnósticos a la evaluación interdisciplinaria de los equipos tratantes, no se basan en demandas familiares.

La Salud como campo

Siguiendo una concepción bourdieana de campo (cf. Bourdieu/Wacquant:1995), según Emiliano Galende, “*Salud no constituye un objeto científico cuya lógica esté gobernada por el conocimiento. Salud es la delimitación de un campo social, de bordes difusos que obligan a una definición permanente, en el cual están en juego la vida, los riesgos de la enfermedad y la presencia amenazante de la muerte*” (Galende en Spinelli:2008)

Pensar la Salud Mental como un campo², según Alejandro Vainer (2008) nos hace historizar sus raíces en el higienismo de principios de siglo XX, que se opone al alienismo y al monopolio del manicomio en el tratamiento del padecimiento mental. Sin embargo, es con el auge del Estado de Bienestar que la Salud Mental forma parte de la agenda política y científica en la búsqueda de alternativas al manicomio. En nuestro país debe mencionarse el nombramiento de Mauricio Goldemberg en 1957; así como la creación ese mismo año del Instituto Nacional de Salud Mental (reemplazando a la Dirección de Establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental); y la creación de las carreras de Sociología, Psicología, Antropología y Ciencias de la Educación en la UBA. “*La oposición aquí no es salud mental/enfermedad mental, sino de sistemas: Salud Mental/Psiquiatría Manicomial*” (ibídem). Lo que Vainer plantea es que a partir de la década de los '70 y el auge del capitalismo financiero mundial y la última dictadura militar en nuestro país, se pone en duda la necesidad de políticas en Salud Mental y toma mayor preponderancia el mercado, con la farmacología a la cabeza. Así, el autor postula que dicho campo adquiere la forma de “Shopping”, y cada profesional, profesión e instituciones deben atender *en forma pacífica* su “negocio”. De ahí la importancia de recuperar su sentido como “*un campo científico, interdisciplinario, intersectorial y político que se opone al sistema manicomial y sus retoños actuales*” (ibídem).

²Todo este párrafo es realizado a partir del artículo Vainer, Alejandro “De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental” Revista Topía Agosto 2008

Desde la Medicina Social Latinoamericana, considerando el carácter procesual de la salud-enfermedad-cuidado no se aísla la salud mental de la salud en general más que con fines de acción u operativas *“La persistencia del campo de la Salud Mental se justifica por la particularidad jurídica de sus dispositivos que habilitan para denegar derechos en nombre de la “enfermedad” y bajo el supuesto de “peligrosidad”, que se desplaza de los síntomas al sujeto, transformando lo que serían momentos del proceso que requieren cuidados particulares en una característica “intrínseca” de la persona”* (Stolkiner/Ardila:2012)

Salud Pública y Salud Mental en contexto

La presencia activa de los Estados modernos en los procesos de los cuerpos introduce posibilidad de pensar a la Salud como derecho

En Argentina el sistema de protección social en salud actual está segmentado en tres subsectores: el estatal, cuya financiación fundamental proviene de recursos del presupuesto de la Nación, provincias y/o municipios; el de obras sociales que se financia con el aporte de los trabajadores y empleadores; y el privado con financiamiento directo de los usuarios. El sistema puede caracterizarse según Alicia Stolkiner por su segmentación, fragmentación y heterogeneidad (Stolkiner, Et Al: 2010). La descentralización que tuvo lugar en la década de 1990 fue en realidad el traspaso a instancias provinciales y municipales por parte del Estado nacional, sin asignación de presupuesto. Como los sistemas de salud son injerencia de cada provincia, en la actualidad se observan grandes diferencias entre de una y otra, además de las propias en relación a obras sociales (ibídem).

En la Ciudad de Buenos Aires³

En el contexto de la Ciudad de Buenos Aires las políticas de Salud Mental se fueron desarrollando no sin contradicciones. Como ya se mencionara, en 2000 se sanciona la ley 448. Respecto a la misma, Liliana Murdocca y Adriana Hill dicen que *“fue concebida con un enfoque integral e integrador de salud, entre sus principios se destaca el reconocimiento de la salud mental como un proceso histórico, cultural y social, y una fuerte concepción vinculada a la concreción de los derechos humanos”* (en Faraone, et al (comp):2015) Las autoras observan que los abordajes y las condiciones en los que los sujetos reciben atención distan de los objetivos de la norma, debido a la falta de inversión y desarrollo de dispositivos de intervención alternativos a la atención hospitalaria, vinculado a una decisión política, con una escasa o casi ausente demanda social, y con amplias resistencias por parte de los trabajadores de los hospitales (ibídem)

En 2002 el Dr. Soriano, director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires presentó el Plan de Salud Mental 2002-2006, que propone *“privilegiar la salud en lugar de la enfermedad, priorizando la prevención y la promoción de salud, concibiendo la salud mental como concepto social, integral y abarcativo de los distintos factores intervinientes”* (ibídem). Comienza el funcionamiento del Consejo General de Salud Mental, integrado por actores sociales pertenecientes a diversos ámbitos públicos y de la comunidad, como asesor de políticas de salud mental. Del 2003 al 2007 se destaca el Programa de Atención Domiciliaria Programada (Adop/Adopi para la atención infantil) que busca evitar las internaciones por medio de la asistencia interdisciplinaria domiciliaria, Se desarrollaron emprendimientos sociales y se inauguraron dos casas de convivencia del Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS). También, como fue mencionado anteriormente, se incorporan psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales a la guardia de hospitales generales de agudos, de niños y de salud mental. Este proceso tuvo sus discontinuidades a partir de la asunción de Mauricio Macri como Jefe de gobierno porteño y la ejecución de políticas de corte neoliberal, que incluyeron la falta de reparación y mantenimiento de las estructuras

³Toda la información de este apartado correspondiente a la Ciudad de Buenos Aires se basa en el capítulo que escriben Liliana Murdocca y Adriana Hill en Faraone, Silvia Adriana, comp.; Bianchi, Eugenia, comp.; Giraldez, Soraya, comp. (2015) Determinantes de la salud mental en ciencias sociales : actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la ley 26.657 Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales

hospitalarias, de forma que fueron vulnerados los derechos más básicos de las personas internadas.

En las Guardias de Salud Mental: La intervención del trabajo social

Liliana Murdocca y Adriana Hill observan el discurso hegemónico de una serie de entrevistas a profesionales de hospitales generales y monovalentes de salud mental sobre la guardia de urgencias: *“la prioridad es la rapidez en dar por concluido el acto de asistencia” “no se priorizan las estrategias de tratamiento, no se acostumbra abordar con profundidad la continuidad en el cuidado ni evaluar la posibilidad de la persona asistida de sostener la estrategia terapéutica indicada, al menos no se observa como prioritario” “la lógica del espacio: la celeridad tan valorada es la que permite desocupar consultorios para que ingresen otras personas que no han sido atendidas aun, y evitar que se les congestione la sala de espera.”* (Ibídem.)

Respecto a la intervención del trabajo social, Margarita Rozas Pagaza la entiende como *“un conjunto de acciones que se estructuran en relación con las demandas que se establecen desde los sujetos con los cuales se dinamiza dicha intervención”* (1998)

Cuando interviene el trabajador social de guardia abre una “historia social” donde se registran las intervenciones en guardia y estrategias de abordaje, en caso de que sea necesario para que continúe operando la guardia del día siguiente o un próximo dispositivo aborde las diversas situaciones.

Hay un aspecto que importante en la urgencia que es escuchar al otro, como práctica subjetivizante. Alfredo Carballada dice que *“la intervención en lo social trata de buscar una forma discursiva diferente (...) signada por el sujeto, construida en su vinculación con los otros y no a partir de atribuciones elaboradas previamente”* (2002) Esto está en concordancia con lo que Roxana Guber llama “perspectiva de actor”, es decir *“ese universo de referencia compartido que subyace y articula el conjunto de prácticas, nociones y sentidos organizados por la interpretación y actividad de los sujetos sociales”* (en Trabi:2001).

El trabajo social reconoce la demanda, pero no se queda en ella, sino que opera en la construcción de las situaciones problemáticas, entendidas por Silvina Cavalleri como situaciones; manifestaciones de la cuestión social; interacciones entre las dimensiones sociales, económicas, culturales, políticas ideológicas; donde coexisten aspectos objetivos y subjetivos; espacio de la particularidad (2008).

Cierre del capítulo

En el desarrollo de este capítulo se recorre brevemente los postulados sobre los que se basa toda la investigación. Se recogen concepciones de salud según algunos autores de la salud colectiva, pensada como proceso, sin escindirla de la enfermedad; y pone especial énfasis en la salud como derecho humano. Este aspecto es central para la disciplina del Trabajo social, dado que no se puede pensar en la intervención si no es desde una lógica emancipatoria, que tenga la dignidad y la autodeterminación como elementos centrales dentro del campo de la salud.

El siguiente capítulo trabaja la salud en clave colectiva de las familias entrevistadas, de manera que se indaga sobre las prácticas de cuidado y las formas en las que cada una organiza a las mismas.

Capítulo 2: Los Modelos de atención de los padecimientos de las familias

El objetivo en este capítulo es poder analizar las formas, los modos en los que las familias juzgan los procesos de salud de uno de sus integrantes y cómo se responde al padecimiento previo a la consulta de urgencia en el hospital. Para eso, se analizan los modelos de atención desarrollados por cuatro familias. Eduardo Menéndez dice que los modelos de atención no refieren sólo a las actividades de tipo biomédico⁴ sino a *“todas aquellas (actividades) que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales (...) que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado”*(2003).

Un concepto que ayuda a ver las construcciones de los modelos de atención es el de *autoatención*, que según Menéndez refiere a *“las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin intervención de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser referencia de esta actividad (...) implica decidir la autoprescripción y el uso del tratamiento de forma autónoma o relativamente autónoma”* (Menéndez en Carracedo et al:2004)

En las entrevistas realizadas, fue posible escuchar distintas prácticas y formas de afrontar los padecimientos, antes de llegar a la atención *del Álvarez*. En palabras de Elida Carracedo y Paola Iglesias, todos los grupos sociales realizan frente a los padecimientos diferentes estrategias, que *“incluyen significaciones y prácticas producto de las representaciones socio-culturales de su grupo, e incluyen también experiencias particulares de los sujetos/actores”* (2004). Una de ellas se conoce como la *“carrera de enfermo”*, es decir, *“el proceso de búsqueda de resolución del padecimiento por parte de los actores sociales”* (ibídem).

⁴“Las principales características del Modelo Médico Hegemónico biomédico son: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud-enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión teoría y práctica.” (Menendez, en Spinelli, Hugo(Comp) “Salud Colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas”. 1a ed. 1a reimp Buenos Aires. Lugar Editorial. 2008.

Se trabajó con cuatro unidades familiares diferentes, y cada una con distintas respuestas, distintas “carreras de enfermo” en base a sus recursos y realidades sociales y familiares. De las entrevistadas, todas mujeres, tres de ellas son *madres*, y una es *hermana menor* de la persona que se atendió en la guardia. Como se dijo anteriormente, como resguardo ético ninguno de los nombres que se desprenden de las entrevistas es real.

A continuación, se realizan breves descripciones de cada unidad familiar, con el objeto de contextualizar mínimamente los recorridos de cada una:

- Carina 65 años, mamá de Pedro (42 años) Jubilada y teje muñecos al crochet por encargo. Vive en casa propia de Paternal con su esposo y padre de Pedro. Tiene otras dos hijas, de 47 y 32 años, la menor es médica y trabaja en el Hospital Álvarez. Al momento de la entrevista, Pedro se encontraba en la sala.
- Marcela 53 años, mamá de Luis (26 años) Docente. Vive en casa propia de Flores con las hermanas de Luis de 24 y 22 años. Tiene un hijo mayor con el que no tienen vínculo. El padre de Luis es ex docente y está en situación de calle “*por elección*” en Plaza Flores. Al momento de la entrevista, Luis está internado en una comunidad terapéutica por su obra social.
- Pilar 42 años, es madre de Matías (24) y Federico (29). Actualmente trabaja cuidando a una mujer mayor en Valentín Alsina, y confeccionando trofeos y medallas en el mismo lugar. Si bien sus dos hijos estuvieron en la sala de psicopatología del hospital, el análisis se realiza en relación a Matías que fue con quien convivía y realizaba los cuidados cotidianamente. Tiene también otras dos hijas de 22 y 20 años, que viven con sus parejas e hijos. Al momento de la entrevista, Pilar y sus hijos varones viven en un hotel frente al hospital, donde se mudaron para sostener los tratamientos de salud que realizan. Anteriormente Pilar vivía con Matías en Microcentro en un departamento que alquilaba, pero los desalojaron a causa de los disturbios de Matías en el edificio. Cuando él tenía 11 años Pilar se separó de su padre “por violencia de género” y no volvieron a tener vínculo. Se dice que murió.
- Graciela 48 años, hermana menor de Hugo, de 49. Tienen dos hermanos mayores de 55 y 56, y otro que se suicidó hace veinte años atrás (hoy tendría 52). Graciela es locutora, de planta permanente de una radio perteneciente al Grupo 23. Al momento de la realización de la entrevista se encuentra en

asamblea permanente en defensa de su trabajo, sin ingresos ni respuestas institucionales desde hace cuatro meses. Graciela vive junto a su hija de 14 a quince cuerdas de Hugo, quien se encuentra a seis cuerdas del hospital en un departamento que pertenecía a su madre. Ambos padres fallecieron.

Un aspecto importante referido a la autoatención es que siempre es grupal y social. En eso se diferencia del concepto de autocuidado⁵, que es un concepto que si bien muchas veces se utiliza como equivalente, tiene su origen en la biomedicina y el salubrismo a partir del concepto “estilo de vida”. Menéndez menciona que estas corrientes entienden el autocuidado como “*las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva*” (2003) Además, él agrega que esta concepción del autocuidado y el estilo de vida excluyen en la práctica las condiciones de vida que posibilitan “*dichas actividades de autocuidado y estilo de vida*” (ibídem). A continuación, se ven los cuidados que pueden ir configurando las familias, en base a su entorno y los recursos que van adquiriendo según la carrera de enfermo de cada familia.

La familia: el significativo vacío y estrategias familiares

Según el PNUD “*la familia conforma un espacio de acción en el que se definen las dimensiones más básicas de la seguridad humana: los procesos de reproducción material y de integración social de las personas*” (en Arriagada: 2001). Lejos de pensar en la familia desde un patrón cultural sacralizado y unívoco, el presente trabajo se posiciona desde la diversidad, reconociendo que, como dijera María Cristina Rojas “*cada familia, sea cual fuere su conformación perceptible, es una construcción original y la diversidad es uno por uno*” (2005) Siguiendo a la autora, lo diverso no se define por la negación del otro, remite a lo múltiple sin jerarquías. Además, considera a la familia

⁵Autocuidado se encuentra por ejemplo en la CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OPS. Una versión on line puede encontrarse en http://www.javeriana.edu.co/documents/245769/339704/CIF_OMS_abreviada.pdf/e9d73e60-4e99-4f68-a0b5-2a36ad6e8e5f

como *organización abierta* en constante fluir y lejos del equilibrio, entramada “*familia-grupo-institución/sujeto/mundo cultural*” de manera indisociable (ibídem).

Es así como se pueden observar diferentes configuraciones de familias entre las entrevistadas:

De todas ellas, sólo Carina está casada y convive con su esposo (remisero).

“Por ahora vivimos mi marido, yo y...Pedro que está ahora, porque, bueno, no tiene donde estar, tuvo pareja y..no funciona...”.

Marcela vivía con su esposo, con quien tuvo cuatro hijos. La pareja se separa y los hijos también: *“...me lo sacó cuando él (Luis) tenía 9 años...el padre se los llevó por una semana a los varones y se los quedó para siempre”* Marcela quedó a cargo de las hijas y el padre de los hijos. *“las reglas del padre eran, hace lo que quieras, no estudies, son cosas de tu madre”*. Vuelve a tener vínculo con Luis después de su segunda internación, a los 17 años *“sale con la indicación expresa del psiquiatra de que se vaya a vivir con la madre”*

Pilar a los 13 años tuvo a su primer hijo, Federico. Éste queda al cuidado de la madre. Se va a vivir al tiempo con una pareja, con quien tiene tres hijos:

“yo me tuve que ir a la casa de mi marido...La verdad que nunca nos entendimos... me separé del papá (de Matías) en el 2002 por maltrato, por violencia de género, como quieras llamarlo, me sacaba la plata, una muy mala vida, yo me quería ir, pero no tenía dónde.”

Se fue con sus hijos de José C Paz a vivir a *Capital*, trabajando de camarera por las noches *“donde vivíamos estaba a una cuadra de donde trabajaba sabía que cualquier cosa que pasara me iban a llamar y bueno, los crié como pude y hasta los 14 (de Matías) la piloteé...”*

Hugo tuvo pareja por diez años, con quien tiene una hija de igual edad. En 2011 se encuentra sin trabajo, ocupándose junto al resto de los hermanos del cuidado de su madre, que finalmente muere de cáncer de cerebro. *“Cuando fallece parecía que sólo estaba preocupado por la economía”*. Los cuidados de todos en esos momentos estuvieron enfocados en el padecimiento de la mamá. *“La verdad que mucha atención no le prestamos a mi hermano”*. Hugo decide cortar todo tipo de relación con los hermanos, pero dos meses después de eso tiene un intento de suicidio y es internado en

el Borda por un año. *Su mujer lo deja* y los hermanos comienzan a responsabilizarse por los cuidados de Hugo. Convive casi un año junto a Graciela tras esa internación.

Cristina Corea y Silvia Duschatzky plantean cómo la caída del Estado-nación en el marco de la emergencia de nuevas lógicas sociales basadas en la noción de red vacía las relaciones familiares de una referencia anclada en jerarquías simbólicas (2002). Es así que se invita a pensar en la familia hoy como “significante vacío”, sin referencia estable de significación.

Formas de percepción y de acción de las familias en relación a la salud mental⁶

Se observa que en las familias tanto la tanto la visión de la urgencia como de otros momentos del proceso de salud-enfermedad-cuidado son formadas tomando como referencia formas de percepción y de acción propias al sistema biomédico en general y el modelo de la psiquiatría tradicional en particular:

“Yo no sabía nada de la salud mental hasta que tuvo la crisis psicótica el padre de Luis en el año '94, que era cuando estaba naciendo mi última hija, la más chica, al mismo tiempo que yo estaba dando a luz a la nena el padre estaba alucinando y delirando, todo junto, fue un cuadro re florido del papá. Fue su primera internación” (Marcela)

Cuando Pilar ve algunas cuestiones que le llaman la atención en Matías, consulta foros de internet y a varios profesionales “para saber cómo ayudarlo”:

“...y cuando se separó de su novia empecé a ver que hablaba solo. Y se encerraba en el baño, y estaba horas en el baño, primero una hora, después dos horas, después cinco horas, llegó a pasar una noche entera dentro del baño...encerrado con la puerta trabada, yo tenía que ir y golpearle, se sentaba en el piso, se reía solo, gritaba cosas por la ventana a nadie, ya no dormía, se iba a espiar

⁶Cf. Bourdieu y Wacquant: 1995

los departamentos, sacaba la basura del edificio, decía que él era el portero, le retorció la cola al perro, cuando él adoraba a su perro, decía que él escuchaba voces, que veía cosas, pegaba gritos, toda una serie de cosas que no me cerraban. Cuando yo empecé a ver todo esto empecé a buscar en internet (...) entonces voy a consultar con una psiquiatra, a ver que podía ser. La psiquiatra tratando de buscarle la vuelta para saber cómo ayudarlo. Y la psiquiatra me dice mirá, para mí es esquizofrenia. (...)”

Sobre los consejos de internet:

“Y por lo general lo que te aconsejaban era que veas a un especialista (...), o que llamas a una ambulancia, o que llamas a un amigo que lo lleve o que de alguna manera lo logres convencer, que no le diera la espalda, que no le hiciera frente (...) que viera que no agarrara cuchillos, que la persona que vive con él no tuviera cuchillos en la mano porque a ellos les produce amenaza, una serie de cuestiones para saber cómo manejarme en el estado de él. él estaba sin medicación, nada. Y yo empecé a ver que se iban dando las distintas etapas de la esquizofrenia. Cada vez era peor, cada vez era peor. Tanto era lo que explicaban como lo que me iba pasando a mí” (Pilar)

Pilar se auto exige en seguir los consejos, y se frustra cuando no puede cumplirlos.

Y- Cuanto tiempo pudieron sostener eso así

P- Y, calculá... un año y medio

Bastante para él y bastante para mí porque la verdad que yo tenía que trabajar. Llegué a un estado en el que tuve que dejarlo encerrado. Fue una de las cosas que no pude llevarlas a cabo porque el mensaje que daban era ‘a la persona esquizofrénica no la deje encerrada’.

En cambio, Graciela piensa “yo no soy de fijarme en internet qué tiene o deja de tener, yo confío en los profesionales”. Sin embargo, esto se entiende dado que pudo formar un vínculo con los profesionales y reconocer como válidos distintos aspectos del sistema de salud concernientes al proceso de atención de Hugo. Pilar, la única vez que fue al Hospital Borda a averiguar por la atención vio cómo trasladaban a un paciente que había sido muerto por otro, y a partir de esa experiencia, intenta evitar cualquier tipo de tratamiento de internación con Matías.

Esto ejemplifica lo que señala Menéndez (2003) al explicar los modelos de atención de los sujetos y grupos que, aunque tengan como referencia al médico, puede incluir prácticas y saberes de otras formas de atención, que cada cual articula según sus recursos. Sobre todo, cada familia y cada cuidador adopta prácticas y estrategias que sirven a esa familia con sus singularidades:

Sobre Hugo, que vive solo, Graciela dice

“Entre nosotros (los hermanos) vamos notando su voz, de acuerdo a como te cuenta, a cómo te habla ahí ya estamos alerta, vamos a ver como anda, sino también le comentamos a los

psiquiatras. A veces ha dicho frases que no eran del todo coherentes y te dan una voz de alerta y ahí avisamos". Además de la voz, ella señala su aspecto físico "A él se le forman ojeras en seguida, se le chupa la cara, no sé...tiene una expresión distinta cuando no está bien, como que se le ensombrece la cara, entonces tiene una actitud distinta cuando no se siente bien".

A él lo escuchan, y van *desarmando* lo que le pasa, distinguiendo cuando algo es extraordinario. Ella ejemplifica:

"Él a diario te dice "hoy tuve un poco de susto", o "tuve miedo", a mí me pasa que por lo que me dice voy desarmando lo que le pasa, por ejemplo, estuve con él el jueves. "Una doctora dijo que mañana es el último día que voy al hospital" (Hugo va al hospital de día del Álvarez, refiere a una profesional de ese dispositivo) él me lo estaba diciendo con una intención de que mañana me voy a morir, o me van a agredir o me va a pasar algo malo, esa paranoia la tiene todo el tiempo. Entonces digo: ¿hoy qué día es? jueves. ¿Y mañana? viernes ¿El sábado vas a ir al hospital? No. ¿Entonces, mañana no es el último día que vas al hospital? ah, tenés razón" (Graciela)

Díaz Tenorio habla de *Estrategias familiares* para referirse a la adaptación de las familias a los cambios del entorno. Según Carabaña son los *"modos típicos de usar recursos para la consecución de objetivos, teniendo en cuenta los cambios en el entorno. Incluyen desde las costumbres y las rutinas más inconscientes a los cálculos más concienzudos, y suelen ser una mezcla variable de ambos"* (en Díaz Tenorio:2007). Dice Díaz Tenorio que toda familia, por muy constreñida que se encuentre dispone de recursos y alternativas que administra con su mejor voluntad *"para sacar partido a la escasez"* (ibídem). Las estrategias familiares no se refieren meramente a la supervivencia económica, sino a la adaptación o transformación de las realidades que las familias atraviesan en su totalidad. Un ejemplo de esto lo trae Pilar, que como se ha mencionado, se muda frente al hospital para poder sostener los tratamientos de sus hijos. La mudanza se realiza durante el proceso de internación de sus dos hijos (Matías y Federico estuvieron internados al mismo tiempo seis meses, con una diferencia de un mes entre ingreso e ingreso). En el edificio donde vivía anteriormente, uno de los vecinos, que había estado preso, amenazó de muerte a Matías, que en ese momento espiaba los otros departamentos:

"Yo siempre digo que para mí fue Dios porque si yo a Matías no lo traía para acá él no sé dónde hubiera terminado, ya que tenía amenaza de muerte también él y yo por el tipo este que me dijo que no nos iba a perdonar, que se yo, que nos iba a matar. Yo le decía, mirá yo no te tengo miedo, hacé lo que tengas que hacer, lo que te molesta de mi hijo, vamos todos a la comisaría y hacemos todos la denuncia. Ahí como que se frenó, no va a ir, si hace poco salió de la cárcel, ¿qué va a ir a hacer la denuncia? porque un loquito lo estaba molestando? pero yo no podía seguir viviendo así, entonces me vine a vivir acá(...) aproveché para buscar un hotel y mudarme lo más cerca posible del hospital, para poder ir y venir, quedarme con él, ir a trabajar unas horitas" (Pilar)

Por lo que se observa, cada familia va desarrollando sus propias estrategias de cuidado, sea mudarse cerca del hospital, realizar búsquedas en internet, u observar los tonos de voz o rasgos faciales que puedan denotar cuando la persona no se siente bien.

¿Nosología psiquiátrica vs. sufrimiento psíquico/padecimiento mental?

En una de las entrevistas, al hablar de “lo que le pasa a...” se nombra como “*la enfermedad*” que tiene y que es de por vida. En las tres otras, se menciona que su familiar tiene un diagnóstico de esquizofrenia. Una lo mencionó al principio, como presentando a su familiar, “tiene esquizofrenia”; otra como el resultado de una búsqueda de explicaciones; hubo otra que puso esa etiqueta (Cf. Vasconcelos:2000; Goffman:1970) cuando hablaba de aceptar y entender *lo que le pasa*. Esto muestra que para cada una tiene un valor o un peso distinto y cada una actúa distinto también.

Y-Vos ya tenías un diagnóstico ahí.

P-Uno, dos, tres diagnósticos ahí. De esquizofrenia. Más lo que yo leía por internet. Investigaba, investigaba, investigaba para saber qué hacer. (Pilar)

Ana Ausburguer (2005) al hablar de la clasificación de los problemas de salud mental muestra que la mayor parte del desarrollo y difusión se basan en la nosografía psiquiátrica, como el CIE 10 o el DSM IV. La categoría central del proceso clasificatorio es la de trastorno mental, que alude a “*un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (dolor), a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad*” (ibídem) M. Grmek destaca una confusión entre la enfermedad vivida y su conceptualización médica (ídem) Ausburguer (2005) señala que la nosografía clásica trabaja con un criterio de enfermedad objetivo, donde queda ausente la dimensión subjetiva de quien la padece

Yo en el hotel donde vivo yo tengo tres personas con esquizofrenia, ninguna se le parece a él (Matías). Uno sigue hablando solo, sigue pegándole a las paredes, el otro hombre es más depresivo, camina, va

y viene, el otro también tuvo otros problemas, y él es diferente a todos, y él se da cuenta cuando otras personas están enfermas. Pero cuando él estaba enfermo no se daba cuenta (Pilar)

Una de las propuestas es diferenciar el sufrimiento psíquico de la noción de enfermedad. Galende considera que la producción de subjetividad está enmarcada en condiciones históricas y materiales concretas, por lo cual es necesario “*comprender el sufrimiento psíquico en función de las cuestiones atinentes al ser y a la existencia, y no según el modelo médico de la enfermedad mental*” (ibídem)

Ausburguer considera que la emergencia del sufrimiento psíquico no necesariamente conduce a la enfermedad, sino que puede precederla o ser divergente de ella. (Ibídem).

Las familias demandan el nombre, solicitan el diagnóstico, y construyen y llenan de contenido su significado. En algunas familias, resulta útil para orientar los cuidados, también sirve a la hora de confeccionar un certificado de discapacidad y solicitar una pensión o beneficios sociales, como el subsidio habitacional.

El consumo problemático

Se observa en las diversas situaciones el atravesamiento del consumo problemático como característica fundamental.

Se prefiere la denominación de consumo como *problemático* antes que ‘patológico’, que remite a una consideración individual restringida y no *situacional ampliada*. La Dra. Chamo señala que ‘*Hay una perfecta correspondencia entre la macro estructura adictiva de la cultura, los sistemas adictógenos familiares y las persona en las que se deposita este desfasaje: el cuerpo social actúa como un todo portador*’⁷

“Pasaron los años, a los dieciséis, diecisiete años yo empecé a notar que realmente estaba en la droga. Desde los catorce hasta los diecisiete yo sospechaba. Y lo pude confirmar a los diecisiete tomaba marihuana, cocaína y lsd y después a los 19 ya más agresivo, o sea, ya no era fumar o consumir algo el fin de semana, sino que era todos los días, todos los días marihuana (...) Yo en cierta manera ahora pienso que con eso pudo haber tapado su enfermedad él por la droga, por el alcohol, por no estar en la casa, por no darme cuenta que era lo que pasaba. Es lo que yo analizo ahora”
(Pilar)

⁷En clase de Lic Liliana Chamo, 22 de mayo de 2014, del curso “Cultura y Salud: Verdades Particulares” Hospital Argerich. Mimeo

Un consumo es problemático aun cuando no genere dependencia. Por ejemplo, Hugo tuvo un intento de suicidio con alcohol y un cocktail con todas las pastillas que encontró en su casa. Respecto a los tratamientos de salud mental, deben tener presentes también a los problemas de consumo. En varias entrevistas se planteó una situación que ocurre en los alrededores del Álvarez:

Incluso alrededor del Álvarez, durante la internación se vendían drogas. Y en las salidas, para una compra u otra cosa estaba el consumo. O sea que el tema del consumo alrededor de un hospital... Hay que ver cómo hacer para cuidar a estas personas que están en una situación de fragilidad...
(Marcela)

Este contexto que facilita el acceso a la sustancia, necesaria para efectuar un consumo lleva a pensar que el consumo no es un mero problema individual, sino que en este caso afecta directamente a los tratamientos que se proporcionan en el hospital.

El padecimiento familiar

En cuanto al padecimiento, no es únicamente de quien porta la “etiqueta”, sino que se extiende a la familia, que muchas veces, y con sentimientos ambivalentes de culpa, rabia, sobreprotección (dos Santos Rosa, en Vasconcelos (comp):2000); realiza los cuidados en soledad:

“Se iba ponerle a las seis de la tarde y aparecía a las tres de la mañana. Yo sabía dónde estaba, porque lo salía a buscar y lo encontraba hablando solo en la esquina. Y yo, me moría de tristeza, pero no podía hacer otra cosa, tenía que ver hasta dónde podía sostenerlo” (Pilar)

Otro aspecto a tener en cuenta respecto a los padecimientos y las formas de autoatención de las familias es el *cansancio*. El cansancio que provoca la convivencia con una situación de salud desde hace 30 años, la intensidad de la violencia o del riesgo de vida que provocan situaciones puntuales, el tener que cuidar a un adulto ‘como si fuera un chico’. Otra palabra que se repite en las entrevistas es el *desgaste*:

Hubo momentos de desgaste, cuando se intentó, los profesionales intentaron evitar la internación y que la contención fuera la mía, yo le administraba la medicación, y todo, pero fue terrible porque fue muy desgastante ese momento. Terminó de hecho internado, en el 2014. Se quiso evitar, pero no se pudo evitar la internación, que fue de quince días a un mes, me lo compensaron, lo contuvieron salió de vuelta a vivir otra vez en el hotel, a seguir tratándose ambulatoriamente (...) después no se volvió a intentar esa contención materna porque yo no...no era viable (Marcela)

Enriqueta Blasco (1996) al referirse a la familia de una persona con discapacidad grave, refiere que toda la familia se encuentra en riesgo, cuando la atención se centra en uno sólo de los padecientes y se olvida al resto de los sujetos que también requieren de cuidados. Por eso, se plantea la constitución de una red más extensa de dispositivos de cuidados y de cuidadores, donde estas funciones no recaigan en una sola persona.

Las redes de las familias

Ya se mencionó la importancia del entorno en los que se producen los procesos de curar, enfermar y cuidar. En este apartado se ve cómo algunas amistades, instituciones y profesionales ayudan a la configuración de los cuidados de cada familia.

Una red para Sandra Arito y Mónica Jacquet “...es un entramado de hilos y nudos que producen fuerza y resistencia. Fuerza por esa forma de entramado y resistencia por la combinación adecuada que se da en el entramado, de cohesión y libertad (...) debería constituirse en una herramienta que posibilite implicar a todos los actores en la situación, sosteniendo las particularidades. En esto el trabajo social puede operar, en ligar, reforzar el lazo social (2005). Las autoras agregan que las redes “no son ni buenas ni malas en sí mismas, depende del contexto, del sentido, de la situación en la que se entrelazan” (ibídem)

“Yo tenía una amiga en ese momento que lo único que me decía era no, pero él se hace, no, pero él te está manipulando, y yo no sabía qué hacer. Pasa esto esto y esto. No...pero a vos te parece... ella porque no quería que lo internen.” (Pilar ante los cambios que ve en Matías)

“Tiene amigos porque es muy querible. Pasa que los amigos consumen y son un arma de doble filo en la vida de Luis. Porque él con los amigos consume y por esta cuestión social o que no lo quieren hacer sentir diferencias, a él el consumo le pega mal, le pega diferente que a ellos...” (Marcela sobre las amistades de Luis)

En cuanto a instituciones de referencia, hay entrevistas en las que se mencionan las de tratamiento de las adicciones, gratuitas, públicas o que puedan entrar en convenio obras sociales.

“...una vez antes que cayera internado fui a Alcohólicos Anónimos, porque me decían que ahí te ayudaban mucho por su adicción, que si él no quería ir a uno lo ayudaban, y también averigüé para alguna granja y después lo hablé con la psiquiatra y me dijo hice bien en no mandarlo a ninguna granja porque en realidad su problema es patológico, no es solamente adicción, que ahí no iba a estar bien, porque en realidad el tratamiento que tiene que tener es psiquiátrico, no solamente de adicciones. Y estuve yendo un tiempo, un tiempo fui a Alcohólicos (...) habré ido tres meses. Pero después dejé porque no me, como que no me sentí... viste que una va con el coso de que va porque te sentís contenida, ¿viste? Yo no sé si era el grupo o qué, pero salía como que perdía el tiempo nada más... y no me gustó. No me gustó y no fui más.” (Carina)

“(Luis) ahora está en una comunidad, por la obra social, en una comunidad donde reciben pacientes duales; porque él es esquizofrénico y consumidor impulsivo, no compulsivo de droga, de alcohol, cocaína y marihuana (...) le hicieron una internación en el Fernández, que fue muy breve, porque estaba orientada a adictos, a los consumidores compulsivos, y como su consumo es impulsivo, esto le hace ser un paciente dual. Y ellos lo abordaron muy bien, los dos, Carolina la psiquiatra y Tomás el psicólogo (Profesionales de la sala del Álvarez), en forma ambulatoria, recurriendo a la internación sólo en situaciones inmanejables, donde el cuadro de Luis requería la internación, hicieron todo lo posible por Luis, todo.” (Marcela)

En varias entrevistas se muestra un gran apego al hospital, en especial a *la sala del Álvarez*, y varias de las entrevistadas participan de dispositivos que proponen los profesionales, aun cuando no tengan un familiar internado

“uno trata de devolver un poco todo lo que le dieron a uno (...) uno se siente un poco parte de ese espacio” (Graciela)

Se resalta a los trabajadores del hospital, hablan de *vocación, entrega, compromiso total, contención absoluta* (Marcela). Se infiere un vínculo cercano con algunos de los que trabajan en la sala, en especial a partir de vivenciar varias internaciones en ese espacio.

Experiencias previas de atención en hospitales

Las experiencias previas de atención en hospitales, tanto en consultas programadas como en guardias, como en diversos dispositivos que se proponen; son otra gran fuente de recursos con los que cuentan las familias, para forjar diferentes nociones de salud y de

padecimiento en la familia o en un integrante particular (se escuchó en las entrevistas desde el “*mi hijo es el del problema*” al “*nosotros también estamos en el núcleo de la enfermedad*”) pero también para aprender el funcionamiento particular de los distintos hospitales. Cómo funciona un hospital de urgencias en salud mental, con o sin camas de internación, hospital de día, cómo es un tratamiento con internación de un hospital monovalente y el contacto personal con algún profesional que facilite algún recurso que necesiten (ejemplo: consejos, cama para internación, medicación cuando no alcanza, contacto con alguna comunidad terapéutica responsable).

De las entrevistas realizadas, Matías tuvo una internación en el Fernández de tres días, de la que se va por su cuenta, sin alta hospitalaria tras la ausencia de profesional psiquiátrico y de tratamiento medicamentoso; y la de seis meses en el Álvarez. Antes habían realizado consultas aisladas, en el *CENARESO* y a profesionales particulares, incluso Pilar pidió plata prestada para realizar estudios neurológicos que mostraran si Matías tenía “*algo*” (Ahí se vio que orgánicamente Matías estaba en excelente estado)

Pedro tuvo su primera internación en su adolescencia, y sucesivas a lo largo de su vida (hoy 42 años). Realizó hospital de día y talleres de computación. Estuvo internado en el Hospital Francés, el Tobar, el Borda, el Alvear, el Tornú y el Álvarez.

Luis tuvo cerca de siete internaciones desde los 17 (hoy 26 años), en un neuropsiquiátrico de su obra social (OsBA), buscó ayuda en el hospital Borda (no lo atendieron), Piñero, Alvear y Álvarez.

Hugo hace veinte años tuvo su primera internación en el Hospital Alvear. Se trató ambulatoriamente en el Durand, estuvo un año en el Borda, y algunos meses en la sala del Álvarez.

Las familias mencionan diferencias en la atención a lo largo del tiempo, especialmente en lo referido al lapso temporal más acotado de las internaciones actuales y en la decisión voluntaria del sujeto de la internación a partir de la implementación de la “nueva” (sic) ley de salud mental. También, hace 30 años la atención en las guardias generales se limitaban al cuerpo. Carina, que fue quien narraba la experiencia explica que no le dieron ninguna derivación, y que simplemente realizaron curaciones físicas.

En 2011 Hugo realizó una internación en el Borda. Graciela describe al hospital como un “depósito de personas”. La externación se produce porque tenían que darle el alta “por ese tema de la nueva ley de salud mental”, no porque Hugo se sintiera mejor. Además, tuvieron muchas dificultades con la adquisición de los medicamentos que Hugo necesitaba. A partir de

un ingreso de urgencia a los servicios de salud mental del Álvarez, Graciela describe que *“ahí sí tuvo tratamiento”*.

Recorriendo experiencias de mayor actualidad, se observa una mayor articulación con los profesionales de la salud mental, que forman parte de los profesionales de la guardia y que las intervenciones no son meramente psiquiátricas.

Hoy coexisten prácticas iatrogénicas junto a las que pueden denominarse “desmanicomializantes”: es decir, prácticas de encierro cuyo tratamiento produce enfermedad y prácticas con fines emancipatorios, donde se reconoce la dignidad de la persona y su derecho a recibir una atención adecuada (Cf. Basaglia:2008).

Además, cuando las familias acompañan varias experiencias de atención en hospitales, pueden esperar una atención similar o superadora de la que tuvieron, pueden esperar una derivación, o que se les facilite medicación; pueden necesitar resolver una situación vinculada a lo habitacional en un momento puntual (aunque reconozcan que *“estos chicos no están para vivir en un manicomio”*), pero siempre juzgarán un tratamiento como adecuado, inadecuado e incluso como inexistente en base a una situación clara: ver si su familiar *se siente mejor* (o no).

La organización del cuidado

Según Gherardi y Pautassi (2011), *“Cuidar implica la atención y satisfacción de aquellas necesidades físicas, biológicas, afectivas y emocionales que tienen las personas. Si bien todas las personas necesitan de cuidados, aquellas que son dependientes, ya sea por encontrarse en los extremos de la vida (niñez, ancianidad) o por otras razones (enfermedades, discapacidad) requieren de una mayor cantidad de cuidados especiales.”*

El cuidado aparece como una dinámica social, personal y económica que afecta de modo transversal en todas esas áreas y puede convertirse en un obstáculo a la autonomía, independencia y empoderamiento sobre quienes recae esta función social. Implica tiempo, desgaste de energía y genera valor. Según estas autoras, es en el seno de las familias donde se provee gran parte del cuidado, y según su nivel socioeconómico cada una de ellas tendrá *“distintas posibilidades y desiguales oportunidades de satisfacer*

las necesidades de cuidado”, pudiendo las familias con mayores recursos económicos cubrir sus necesidades en el mercado (ibídem) Se trata de una obligación del conjunto de la sociedad. Implica que el Estado garantice una infraestructura de cuidado acorde a las necesidades de las familias y que otros actores también se comprometan con el tema (sindicatos, empresas, organizaciones de la sociedad civil). Mantener la problemática en el ámbito de lo privado implica para éstas autoras políticas familiaristas, que refuerzan el traslado de costos y responsabilidades de cuidado a las familias.

“...eso es sumamente necesario, sumamente necesario, casas así. Donde los padres brindemos lo que podemos, que sea un poco y un poco, un poco la familia y un poco el Estado, no delegar todo, me desentiendo, armar una casa, yo puedo aportar esto, conseguimos tal cosa...una heladera, un televisor, una cama...pero que sea atendida esta necesidad, de estos chicos que no están para estar en un manicomio, porque no están para un manicomio...” (Marcela, imaginando casas asistidas)

Respecto a la lectura de los derechos en materia de salud mental, lo que las familias traducen en la práctica sobre la ‘desmanicomialización’ es un corrimiento por parte del Estado en materia de cuidados y la consecuente responsabilización únicamente sobre las familias, en especial al no poder lograr un ingreso hospitalario o en el acortamiento de las internaciones.

Más allá de la nueva ley de Salud Mental que puede que tenga muchas cosas buenas hay casos en que la internación es necesaria. (Marcela)

Además, es preciso recordar que en este contexto actual las familias deben afrontar nuevas dificultades sociales, vinculadas a la vulnerabilidad o desafiliación de los procesos productivos tradicionales (Castel:1997). Graciela, de 48 años, trabajadora de planta permanente con más de diez años de antigüedad en una radio del Grupo 23 no puede explicar si tiene trabajo o no, al momento de la entrevista se encontraba sin cobrar hacía 4 meses, sin cobertura médica y en asamblea permanente en los edificios de la radio. *“No tiene que ver con la enfermedad, pero también son cuestiones difíciles, lo que no te mata te fortalece”* (Graciela haciendo referencia a su situación laboral).

Cómo se mira a quienes cuidan: estudios previos sobre los “cuidadores”⁸

⁸Este apartado se realizó íntegramente tomando la información desarrollada por Natalia Luxardo en “El cuidado del hogar de enfermos crónicos y/o terminales: implicancias y tensiones” en Cuidados, terapias

Natalia Luxardo describe que según Nolan (2001) son dos las concepciones principales en el abordaje de los estudios de cuidado informal/familiar: el primero orientado al cuidado en tanto “actividad desgastante y negativa”; por otro lado, políticas en el que los profesionales son expertos y “enseñan cómo cuidar mejor a los pacientes”. Además, señala R. Anderson (1992) que tradicionalmente se estudia a los cuidadores poniendo el énfasis en las tareas que realizan, en lugar de observar los aspectos sociales y psicológicos (que además serían los más difíciles de manejar para los cuidadores).

Marcela enuncia una disyuntiva en la que se encuentran las familias:

“Los familiares estamos en una disyuntiva, que es “te quiero, pero me hacés mal, te quiero cuidar, pero me enfermás”

Esto es importante tenerlo presente en el momento de realizar intervenciones que puedan resultar nocivas para lo que cuidan.

Los cuidadores son estereotipados según determinados rasgos (Twigg y Atkin: 1994)

- Como recursos: el familiar dispuesto a atender (visión utilitarista de las personas)
- Como compañero de los profesionales: se asume un consenso entre las estrategias de atención del profesional y el familiar (no considera que, aunque se provea el cuidado, puede ser perjudicial para el que realiza los cuidados)
- Como si también fuesen pacientes: “si bien se identifican las necesidades de los cuidadores, las mismas son puestas en un modelo que las “patologiza” (se escuchan sus discursos como los de alguien en desventaja)
- “*Cuidadores que ya no pueden más*”: aquellos que de continuar como cuidador afectaría la salud hasta el límite de lo que puede soportar alguien sin enfermar.
- Tratar a los cuidadores como expertos: Nolan Grant y Kedi (1995) proponen que “los cuidadores son tratados como las personas que más saben sobre el paciente” Se los consideran una de las fuentes de mayor riqueza sobre la situación que requiere de cuidados.

Esta última puede ser una pauta para mejorar la atención durante las guardias, dado que teniendo como base esta premisa es posible adquirir las pistas para realizar la intervención más pertinente.

Una cuestión que debe ser tenida en cuenta, es que según Ellis-Hill *“cuando una persona es definida como cuidador/a, sólo existe en relación con la persona cuidada. No existen como una persona en su propio derecho, con sus propias necesidades”* Por lo cual se hace necesario estar atento respecto al lugar en el que como profesionales se posiciona a los familiares. Desde este trabajo se intenta no caer en ninguno de los estereotipos, reconociendo la dignidad de las mujeres que forman parte de los cuidados de su familiar, y reconociendo su saber como válido, dentro de un entramado que forman otros discursos y saberes.

En los relatos de Graciela puede verse cómo van configurando los cuidados de la familia junto a los profesionales del hospital y los acompañantes terapéuticos (AT) “de PROFE”, cómo a partir de que ella deja de vivir con Hugo *“estamos un poco más ordenados, más organizados y también lo acompañamos un poco mejor”* (Graciela). Cuenta que todas las mañanas un hermano lo llama para ver cómo se siente, si tomó la medicación, con uno trabaja que Hugo se prepare él solo la medicación, otro se encarga de hacer los trámites y turnos. *“Uno siempre hace de malo: le puso los puntos (a un at que no estaba siendo responsable con su trabajo) y no le gustó, dijo que se sintió agredido”*. La nueva AT tiene interés en encontrarse con la psiquiatra, y *“acompañarlo en lo que realmente necesita, ya sea acompañarlo a comprar algo o sacar un turno”*. Ella reconoce el trabajo de Hugo, que está muy atento a su aseo personal, el aseo de la casa, en cocinarse y *“ha madurado mucho como paciente (...) me parece que ha sido maravilloso el trabajo de todos”*.

Como se puede observar, el cuidado no sólo implica una carga, sino que puede también resultar placentero y satisfactorio para quienes realizan las funciones de cuidado. Esto es lo que aportan autores como Nolan (2001), que indica estudios en los que se observa que entre el 50 y el 90% de los cuidadores identifican elementos satisfactorios en la tarea. Esto no implica que se la responsabilidad del cuidado recaiga sobre las mismas/una única persona/s. Los estereotipos de cuidadores pueden ser útiles para pensar en los padecimientos de las personas que cuidan, en como los profesionales sobrecargan no solo emocionalmente a los ‘cuidadores informales’ al tiempo se puede pensar en una intervención que por más que sea rápida o breve, como en una situación de urgencia, pueda ser de escucha y de empoderamiento para con las familias.

El rol de la mujer en los cuidados

Enriqueta Blasco (1996) al igual que Gherardi y Pautassi (2011), refiere que la atención y el cuidado por lo general recaen en las mujeres de la familia.

Y- ¿Y tu marido? ¿Luis?

C- Luis está allá también, pero está con su presencia y con lo económico nomás, porque después, como que se aleja un poco de la situación.

Sobre las hijas:

“Me ayudan. Más soy yo la que está, pero ellas han venido cuando nos dijeron en la multifamiliar, mi hija la mayor vino a todas las sesiones de los miércoles, porque inclusive ella trabaja por esta zona los miércoles entonces le venía bárbaro, viste? venía un rato acá una hora, Macarena a veces podía y a veces no, pero gracias a Dios fueron más las veces que pudo porque estaba acá en el hospital”

(Carina)

También Eduardo Menéndez (2003) señala que se establece “una división del trabajo especialmente en el grupo familiar donde la mujer en su rol de esposa/madre es la que se hace cargo del proceso s/e/a de los miembros del grupo. La mujer en dicho rol será la encargada de diagnosticar el padecimiento, de manejar por lo tanto indicadores diagnósticos, de establecer una evaluación de la gravedad o levedad del mismo; tendrá alguna noción de la evolución de los padeceres, así como frecuentemente una noción de la variedad estacionaria de determinadas enfermedades.”

El conjunto de la sociedad entiende que cuidar es “el deber de una madre”, o que uno de casa “para amarse y respetarse... en la salud o en la enfermedad, hasta que la muerte los separe”. Se construye en el seno de la sociedad el “*mito del amor materno*” respaldado en el arquetipo de María como santa, implica renuncia y auto-sacrificio (Dos Santos Rosa, en Vasconcelos (comp):2000) Son discursos que forman parte y que atraviesan también a estos sujetos y familias concretas, que al reproducirlos los refuerzan. Pilar tuvo a Federico a los 13 años, y vivieron juntos en la misma casa hasta los cinco, ambos al cuidado de la madre de Pilar. Ella vincula “ser cuidadora” con el ser “*mamá con todas las letras*”

después de los cinco años nos veíamos, pero era llevarlo, tenerlo un ratito y volvérselo a llevar a mi mamá, y así era. No era...no era una mamá con todas las letras, la mamá era ella y la abuela, ella hacía de cuidadora (Pilar)

Se observa que los hermanos pueden enunciar otro tipo de discursos, que no necesariamente tienen que ver con esa abnegación que, aunque no se diga rodea al rol madre/esposa correcta. Graciela señala “*Nosotros somos hermanos de Hugo, no somos mamá, ni papá ni esposas, somos hermanos y hacemos lo que podemos*”. Carina cuenta que su hija menor se va de la casa al volver Pedro, y la hija de Marcela dice “*si viene Luis a casa, yo me voy*”.

Es imperioso poder observar si la intervención que se realiza refuerza o cuestiona los estereotipos familiares, y la constitución de dispositivos que permitan que los cuidados no recaigan únicamente sobre las mujeres/cuidadoras (aunque sean estas quienes más se acercan a los dispositivos propuestos en el hospital).

Cierre del capítulo

En este capítulo se desarrollan los modelos de atención que pudo ir configurando cada familia, a partir de enfrentarse con una situación de salud de uno de sus miembros.

La definición de un padecimiento por medio de una nosología no es suficiente para denotar el sufrimiento subjetivo ni de la familia que porta con tal etiqueta. El consumo problemático es constitutivo en estos padecimientos, donde no hay una clara separación entre ‘droga’ y ‘enfermedad’ para las familias.

Si bien se recurre a la ayuda profesional, también importa la opinión de los amigos, lo que dice internet, y las posibilidades singulares de cada familia, viéndose con atención el contexto social y económico donde cada una se desarrolla.

El cuidado se establece como una función eminentemente femenina, llevándose a cabo casi siempre por la madre; observándose momentos en los que la persona con padecimiento mental quedó a cargo de una sola persona en carácter de cuidadora, que son los momentos en los que se observa mayor desgaste y deterioro, así como también otros en los que los sujetos cuentan con una mayor red de sostén. Esos momentos también se observa y refuerza la autonomía y dignidad de las personas, que pueden no ser siempre percibidos como “carga”.

En el próximo capítulo se desarrolla el vínculo con la urgencia: la situación que se percibe como urgente, la atención que se recibe en la/s guardia/s y los significados que las familias le dan a la urgencia.

Capítulo 3: La Urgencia en Salud Mental

En este último capítulo se desarrolla la urgencia en salud mental desde la perspectiva de las familias. Se relatan las situaciones de desborde o crisis, que implican a la consulta

Lo que Eduardo Menéndez (1985) llama *modelo médico hegemónico*, que es “individual y biologicista, tecnocrático, iatrogénico y medicalizante” es una medicina de la urgencia, no de la espera, y que es solicitada desde las propias clases subalternas (ibídem)

En este capítulo se relata cómo las familias vivencian situaciones que conllevan a demandar la atención por guardia, cuando precisan una atención rápida, en manos de profesionales y cómo se transita el pasaje a la internación de su familiar.

El proceso de construcción de la demanda de atención de la urgencia

Se entiende como proceso y como construcción a aquellas situaciones que exceden a los cuidados cotidianos y requieren una atención profesional rápida. Qué pasa, qué se intenta hacer antes de llegar al hospital, después de cuántos días u horas se consulta a la guardia, qué se pide, qué se espera del espacio de la guardia. En esta parte del capítulo se desarrollan las formas en las que las propias familias operan ante una situación que es percibida como de urgencia. Se describen las situaciones que conllevan a realizar una consulta por guardia, las prácticas de autoatención de las familias en esos momentos y la decisión de consultar propiamente dicha.

Julio Moscón, médico psiquiatra del Hospital Alvear, entiende la urgencia como “un desborde más allá de lo habitual, fuera de lo común” y donde además “fallan los mecanismos para volverlo habitual” (Duek:2007) Dentro de esa situación que se vivencia como habitual, Moscón menciona un *componente subjetivo*, donde lo que para uno puede ser urgente puede no serlo para otro. Aquí la importancia del rol ejercido por los familiares o allegados.

*A los dieciocho años casi diecinueve se ahorcó. Yo lo encontré de casualidad colgado del
balcón de mi casa, que da al patio*

*Yo me acuerdo que la llame a ella (refiere a la hermana de Pedro) (...) ella salió corriendo con un
cuchillo y cortó la sábana de arriba porque no lo podíamos bajar, yo lo sostuve de abajo, pero hubo
que llamar al hospital y mandaron una ambulancia y lo trajeron, estaba inconsciente. Estuvo*

internado un montón de tiempo, esa fue la primera vez que estuvo internado acá en este hospital.
(Carina)

Urgencia, ¿para quién?

Inés Sotelo menciona que es importante poder distinguir en la atención quién se encuentra en una situación considerada de urgencia “*Determinar de quién es la urgencia, si es del paciente, de la familia, si es de los profesionales que lo atienden. En general un paciente es “llevado” por alguna persona —familiar o amigo— a la guardia de un hospital porque algo se vive como insoportable para el paciente y su entorno. Ese algo se expresa a través de los síntomas que han sobrepasado un límite de tolerancia*”. (Dillon, et al: 2012)

Se acostó, corrió a un gatito que aparentemente, este es un testimonio del hermano mayor que lo recuerda bien, corría a un gatito que ya no teníamos más, no existía. Y se acostó en el medio de una avenida. Se tiró al piso, habíamos ido a tomar un helado y se tiró en el piso así, como si fuera lo más normal del mundo tirarse en la calle... Nos pareció que era un poco raro, por eso hablé al hospital de niños.

La situación la narra Marcela, se trata del primer episodio de Luis, a los 13 años. Continúa:

como había sido un día que me lo había dado el papá, yo me comuniqué inmediatamente con el hospital de niños, lo iba a chequear un psiquiatra, pero el padre lo vino a buscar alertado por el hermano mayor y se lo llevó a otra provincia de vacaciones. Y vacacionaron, y no hubo un ver qué pasó, y no hubo tratamiento

Como se desprende del relato, esta situación que la madre percibe como extraña no llega a la guardia. El *tratamiento* que le da el padre de Luis es un viaje al interior.

La “Urgencia subjetiva” es la que se da “*en aquellos casos en que la misma compromete al sujeto quien tiene una percepción íntima de que eso le concierne, más allá de la opinión del profesional acerca de la gravedad del caso*”. (Sotelo, et al:2013)

Y después una vez me llaman, una vez él sale de casa y me llaman del Borda por teléfono. Había ido al Borda a internarse. Porque dice que estaba raro, que había una voz rara, me contaba el médico que él tenía ganas de matarse, estuvo un mes internado ahí.

(Carina, contando de Pedro. En la situación relatada, todos coincidieron que se trataba de una situación de riesgo⁹)

En palabras de Inés Sotelo, la medicina distingue la urgencia de la emergencia. La primera se entiende como *“la aparición fortuita de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre pero que requiere atención mediata. Por su parte la emergencia es aquella situación que pone en peligro la vida del paciente o la función de un órgano y que requiere atención inmediata.”* (Sotelo, et al:2013)

Un día llamo a la ambulancia (...)él tenía 21 años (...) primero hablaron con él y dijo que no se quería internar, que él estaba bien, la loca era yo. Pero hace un año que no come, empezó tomando leche, después tomó agua, después nada, era una cosa que impresionaba, era piel y hueso (...) Yo digo, le pasa algo, me van a acusar por abandono de persona. Yo le preparaba el desayuno, lo tiraba, yo le preparaba el almuerzo, lo tiraba. Bueno, cuando llega la ambulancia, les explico todo lo que me hace y me dijeron que él es adulto, él es adulto si él no quiere tratarse nosotros no lo podemos llevar.

Llévelo usted. Pero yo no lo puedo llevar a ningún lado, a mí no me hace caso (...)

P-Si, SAME psiquiátrico. y bueno, ellos hablaron con él, parece que todo lo que hablaron con él le sirvió a él, porque en su momento a él le dijeron mirá esto es muy simple, como adulto nosotros no te podemos obligar, pero si vos te levantas, y vos te caes o pasa algo, va a venir un SAME, no va a ser psiquiátrico, te van a llevar al hospital y te van a hacer todo tipo de cosas para ver qué es lo que te pasa. Por eso es hora de que te levantes y empieces a moverte. Sino, vas a terminar igual en un hospital. Y se fueron. Al día siguiente, se prepara un café (...) hasta que comienza a bañarse, a comer, a salir

(Pilar sobre Matías)

Cabe recordar que en la ley de Salud Mental parte de la presunción de capacidad de las personas, y que no se puede hacer diagnósticos en base a la demanda de los familiares. También, reconoce el derecho “a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo alternativas para su atención [... y el] derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades” (art. 7).

Desde el punto de vista institucional del hospital, los registros de la urgencia pasan por lo general por el desorden público y el riesgo de la persona para sí y para terceros. Hay veces que la persona vive en constante peligro, y pone en riesgo a otros y esto no es vivenciado como

⁹Respecto a la noción de riesgo, se hablara en detalle mas adelante.

urgencia, sin embargo, en determinados momentos se perciben *discontinuidades* en su vida cotidiana, por el sujeto o por otros, y se solicita atención en la guardia (en Duek:2007).

Para la psiquiatría en particular, la urgencia se define como *“la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivos, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata”* (Sánchez, en Sotelo, et al:2013) Esta definición, al igual que la de la medicina está ligada al concepto de riesgo.

Silvio O. Angelini, María Florencia Carril y Alejandra Irie, en un documento de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones cuestionan la peligrosidad que acarrea el uso del riesgo en el padecimiento mental, dicen que *“se vuelve necesario estar atentos a estos falsos enlaces que se establecen directamente entre diagnóstico y riesgo ya que conllevan una toma de decisión, de determinada conducta terapéutica en la cual prevalece la visión del especialista para la determinación del riesgo, siendo evaluado como si pudiera cuantificarse con parámetros objetivos, y de modo verticalista, lo que puede suceder si....”* (Angelini, et al)

En este trabajo se privilegia la visión de la urgencia desde las familias, por lo cual se detallan las descripciones que realizan de aquel momento que precisó consultar en las guardias.

La crisis

El concepto de crisis es retomado en varias entrevistas. Según Carpintero se trata de *“(...)un cambio brusco en el curso de la vida y significa un desajuste en los mecanismos de regulación de un individuo, familia o una institución, siendo percibido en cualquiera de los tres niveles como una amenaza a su existencia”* (Carpintero, en Dillon et al:2012) Se intenta en este trabajo que *crisis* no sea una etiqueta *psi*, sino por el contrario, ver otras significaciones posibles. Una interesante es la que construye la Red de Usuarios, Voluntarios, Estudiantes y Profesionales de Salud Mental (Red FUV). La Red FUV se definen como red integrada por *“personas e instituciones interesadas en el trabajo conjunto por los Derechos de las Personas con padecimiento mental”* (Stolkiner:2012). Dentro de la red no definen enfermedad, ni se nuclea en ninguna nosografía particular, sino que lo hacen alrededor de la crisis, considerada una *“ruptura del ciclo vital que puede ser de causa orgánica, psíquica o social”, un “desequilibrio transitorio” que también puede constituirse en oportunidad de modificar o transformar las causas por lo que se llegó a ello y frente al cual hay que “ayudar en la evolución y rehabilitación sostenida de los vínculos afectivos, laborales y sociales”*. (ibídem)

En la misma línea Stolkiner dice que “...la crisis tiende a disgregar y a destruir, pero también devela, abre espacios de transformación. Produce confusión, pero ésta puede ser el fundamento de una paralización o la construcción de nuevos referentes conceptuales posibilitadores de algunos cambios...” (Stolkiner en Arito, et al:2005)

“Yo me doy cuenta porque empiezan sus crisis de angustia y me doy cuenta que había situaciones extremas para él y que para mí eran una cosa sencilla, por ejemplo, una vez se fue a trabajar y porque un nene no lo saludó cuando él lo saludo, un nene en el supermercado era... como él no lo saludó, venir y ponerse a llorar como si se le hubiera muerto un familiar. Yo digo, ¿tanto puede haberle afectado que no lo saludó, que lo ignoró? ¿o el ver a una persona que se cayó en la calle y que él dice que no sabía qué hacer y que lo dejó ahí, le digo, pero lo atendieron? si, lo atendieron, pero vino la ambulancia y lo levantaron, pero no lo podían despertar. El vino que estaba shockeado. Situaciones extremísimas para él que, para mí, oh, se cayó, es parte de la vida, ¿no? y... después ya ver reacciones violentas de él (...) manipulador, mentiroso... que antes no las veía porque, ya te digo, las tapaba con la droga”

Es a partir de ver estas situaciones que Pilar comienza a realizar prácticas abocadas a la atención de Matías, vinculadas al padecimiento mental, por lo cual pudo comenzar una nueva etapa en la autoatención de su familia.

Las “crisis” en el ámbito de la guardia facilitan el ingreso de la persona del ingreso al servicio de salud mental del hospital. Al momento de realizar la práctica pre profesional en 2014, para obtener en el Álvarez consulta con psiquiatría por primera vez se repartían 30 números el último domingo de cada mes a última hora, debiendo confirmarlo al día siguiente a las 7.30 hs, para que recién después de eso sea posible ser registrado para obtener un turno dentro del mes.

En el caso de la urgencia, en cuanto la persona es ingresada, tiene acceso a un equipo interdisciplinario que escucha y contiene una situación que anteriormente no pudo ingresar por otros medios, y además se intenta finalizar la intervención articulando con otros dispositivos del hospital, como ser la sala o consultorios externos. Sin embargo, no se realiza el seguimiento de estas situaciones, y muchas veces no se continúan los tratamientos tras la atención en la guardia (Cf Sotelo et al:2013).

Autoatención en la urgencia: cuando fallan los mecanismos para volver a lo habitual

En base a la mencionada definición de urgencia de Moscón, a continuación, se hace referencia a las actividades que, realizadas ante una situación de *desborde*, de *crisis* para intentar volver a lo habitual. Estas acciones, muestran los intentos realizados por contener la situación que se atraviesa, en los relatos seleccionados, por parte de familiares:

Los intentos de contención familiar:

Trataba de que no se escapara de casa, se quería escapar, se va, se iba. Cuando él se escapa se va a comprar droga, y es porque está mal, está en una crisis psicótica y lo lleva al consumo, a ese consumo impulsivo, o se enoja, se enoja con cualquiera, pierde la paciencia, no puede esperar, grita, se escapa, se enojaba con la hermana sin motivo, le tiraba toda la ropa por ejemplo, enojo, yo eso no podía contener, el enojo de él y su necesidad por escaparse, irse. (Marcela)

trato de no polemizar con él, porque él capaz que hace cosas, o intenta viste... (...) esa vez salió de acá, volvió a casa, salió a tomar, cuando vuelve, mi marido se enojó con él y él agarró un cuchillo y se quiso cortar (Carina)

No siempre es posible para las familias el despliegue de gran cantidad de recursos ante una situación especial y ven necesario recurrir a la búsqueda de ayuda profesional. Sin embargo, el camino al hospital nunca es automático, de hecho, que la persona acceda a ir al hospital, o poder llegar y ser atendido es parte de los desafíos de las familias antes de acceder a la consulta en la guardia.

El episodio que narra Pilar a continuación tiene una duración de cerca de dos horas:

“...lo traté de llevar como pude, cuando lo pude traer acá fue porque (...) en quince días había dormido doce horas.(...) al perro no lo dejaba en paz, le retorció las orejas, la cola, yo tenía miedo que lo muerda, se encerraba en el baño toda la noche, ya no quiso comer (...) su mirada estaba totalmente perdida, ya golpeaba la mesa (...) En un momento él se para detrás mío, yo había terminado de cocinar (...) Se pone detrás mío y se pone así (hace gesto) y le digo que es lo que tenés ahí en la mano? entonces me doy vuelta así y me dice tengo un cuchillo. ¿Para qué? y me dice te voy a matar. Y entonces ahí veo que perdió el sentido de lo que veía, de lo que escuchaba y entonces era como que ya era todo una sola cosa. Hasta donde él sabía separar que yo era la madre y lo que le pasaba era otra cosa, yo más o menos lo iba llevando. Ya cuando confundió todo, yo no sabía si me estaba hablando a mí, si le estaba hablando a sus voces, si le hablaba a lo que veía. (...) cuando empezó esa semana que no durmió él le empezó a doler el corazón. Él cuando era chiquito tenía un soplito. Entonces le digo, mirá Mati(...) me parece que sería bueno que fuéramos al clínico, qué te parece si vamos al Álvarez, le digo. Yo tratando de poner mi mejor cara, mi mejor estado de ánimo, pero estaba destrozada. él ponele se iba a las dos de la tarde, volvía a las tres de la mañana y yo no dormía, y capaz que él venía, daba vueltas por la casa, y yo dormía y él venía, me despertaba, ya se dormía ponele a las ocho, nueve de la mañana y a las diez ya me tenía que volver a trabajar. Me iba a las diez, volvía a la una y él ya estaba despierto. Era agobiante. Entonces le digo, vamos al Álvarez porque me dijeron que hay buenos médicos, a chequearte ese dolorcito en el pecho (...) Cuando le

digo dejá el cuchillo él me dice, te voy a matar, no hijo dejá el cuchillo, porque por mí no tengo miedo, pero tengo miedo que te puedas lastimar. Es como que eran lapsos de segundos que él tomaba conciencia de la realidad (...) me dio el cuchillo y se fue a sentar por la ventana. Yo ya ahí ya no lo podía controlar más. Entonces, cuando se sentó a comer, me dice, podemos ir a comer una pizza. Entonces yo le digo hagamos una cosa, vamos a la guardia a ver que tenés, y después nos vamos a comer una pizza, (...) sí, podría ser me dijo. Bueno, vamos, y llamo a mi amigo. A quién estás llamando me dice. Se daba cuenta de todo. A mi amigo que nos lleve a pasear con el auto, de paso se despeja él también. Muucha psicología tuve que usar (...) y no, para qué lo vas a molestar? que no, que para él no es molestia, que él nos lleva nos trae...bueno, no sé hacé como quieras. Llamo a mi amigo, nos pasa a buscar, lo traigo hasta el hospital...” (Pilar)

En el relato se expresa por un lado la resistencia de Pilar, por otro su cansancio y finalmente su creatividad para que con ayuda de su amigo Matías pueda llegar al hospital; cuya cotidianidad transcurría escuchando ‘voces’ y atravesando una situación de padecimiento mental con poco nivel de conciencia respecto al mismo. La familia (o mejor dicho, la madre) antes de esta situación había buscado efectuar distintas prácticas de autoatención, como el encierro para ir a trabajar; ayuda profesional sin poder sostener los tratamientos propuestos y el ingreso en otra guardia con otro desenlace...

La búsqueda de atención en guardias

Pilar relata una experiencia en guardia:

(...) un día entra en crisis (Matías) lo llevo al hospital Fernández. (...) lo dejan internado, estaba muy violento, estaba en un brote psicótico, no sé qué me explicaron, lo dejan internado un día y medio y al día y medio desaparece la psiquiatra

No solo se quedan sin profesional, sino que además Pilar nota que a Matías no le están dando medicación. Al señalar la situación, le dicen que sí se la están dando, pero ella nota que Matías vuelve a “estar nervioso” y se va del hospital. Tras buscarlo con la policía y amigos, lo encuentra en su casa horas más tarde.

Se observa en varias familias la necesidad de búsqueda de atención ante la negativa o reticencia de alguna de las guardias de los hospitales de la ciudad. Incluso se puede re-pensar la carrera del enfermo en su sentido más literal, dado que, por ejemplo, en el caso de Marcela

y Luis, en una ocasión intentaron encontrar atención en varios hospitales con distintas respuestas:

Fuimos al Borda, pero en el Borda ni siquiera nos abrieron la puerta de la guardia, me acuerdo. De adentro gritaron, no hay camas, no nos vio nadie en el Borda (...) habíamos ido incluso con un amigo de Luis, porque caminamos esos paredones con un amigo que se ofreció para calmarlo un poco y que de ahí mismo fue que nos tomamos un taxi al Alvear, que fue donde nos trató esta médica que se burló un poco de mí por el hecho del certificado que estaba en su poder, y al día siguiente fue que nos atendió la doctora que lo derivó al Álvarez. Y ahí fue tratado. Le dieron tratamiento”

Carina, respecto a Pedro, dice que “siempre que ha caído a la guardia fue porque intentó suicidarse” El último ingreso por guardia fue por una gran ingesta de pastillas “fue a parar allá al Tornú, y del Tornú lo volvieron a derivar acá” (refiere al Hospital Álvarez). En el Tornú le detectaron VIH:

Ahí ya le detectaron HIV, notaron que no andaban bien los análisis que le hacían, notaron que algo andaba mal, y bueno, le preguntaron si quería hacerse ese estudio y bueno, dijo que sí, y ahí descubrieron que tenía HIV, encima de todo lo que tiene

Pedro, que conoce personas que fallecieron de Sida cree que está “condenado a muerte”
Así que encima de lo que le pasa, de su problema psiquiátrico, de su problema de alcoholismo, encima tiene este problema que se nota que lo tiene también tipo... mal. (Carina)
Se puede ver una vez más como el sufrimiento excede una enfermedad o nosología medica.

A partir de las entrevistas se observa que casi todos han tenido uno o más intentos de suicidio que conlleve a la atención por guardia, y siempre que se consultó se percibió que se trataba de una “situación de peligro”:

La doctora y la psicóloga vieron que Luis necesitaba internación, que no lo podía contener yo. Y que era un peligro, para sí mismo
(Marcela relatando una decisión de internación)

Cuando se realiza una consulta sin compañía

Luis fue a la guardia solo una ocasión después de pelearse con Marcela:

“muchas veces él va solo sin avisarme a mí. (...)
Esa vez de navidad fuimos al Piñero a atenderlo y no lo pudieron internar porque no hay internación de hombres (...) entonces al otro día fue, la noche de nochebuena que él se fue solo al Álvarez. Se

había peleado conmigo, estaba muy agresivo, cuando Luis está mal se pone agresivo” (Marcela)

Pedro se ha presentado en las guardias del hospital Alvear y Borda “por su cuenta”

...salió de acá (refiere al Hospital Álvarez), fue a casa, tenía que hacer el tratamiento ambulatorio acá, un día me llaman del Tobar, no del otro, de allá del Alvear... me llaman por teléfono que mi hijo estaba ahí, que si podía acercarme. Así que fui allá y no hacía ni quince días que mi hijo no había salido de acá y...le agarro la locura y se fue para allá, lo tuvieron que internar ahí... (Carina)

Ambos pueden verbalizar su padecimiento, y solicitar ayuda en las guardias y obtener la atención necesitada. En el caso de Luis, en el Álvarez volviendo a ocupar la misma cama de la sala que ocupaba un mes antes. Pedro ya había sido atendido en varios hospitales. En otra ocasión, le avisa a sus padres que “no se siente bien”:

“(...)dice quiero hablar con ustedes dos. Está bien le digo, alcoholizado estaba. Entonces me dice yo no me siento bien, yo les quiero avisar a ustedes dos. Yo no me siento bien. Entonces mi marido le dice: ¿porque decís eso? Porque no me siento bien - bueno, pero tenés que saber por qué. No. No lo sé. Pero yo me siento mal, viste que yo, me encierro en mi pieza. Y me quedo ahí, y no bajo. Prefiero estar todo el día así. -Sí, note eso, le digo. Bueno, es porque no me siento bien. No me gusta esta vida, me quiero morir...” (Carina)

Algunos días después de esta situación, Carina le avisa por teléfono a la psiquiatra de Pedro que “no lo estaba viendo bien”, le cuenta esta charla que habían tenido y Pedro, que realiza hospital de día en el Álvarez, esa tarde es ingresado directamente a la sala¹⁰.

La internación

Las entrevistas se realizaron a personas cuyo familiar se encuentra o ha estado internado en la sala. Si bien no todos tuvieron un tratamiento previo al ingreso por guardia, estas personas sí habían recibido atenciones específicas a la salud mental en el sistema público de salud, incluyendo casi todas internaciones previas.

El ejemplo de Marcela mencionado arriba es común a todas las familias: ya no pueden seguir *conteniendo* a su familiar, incluyen cierta noción de *riesgo* y demandan una *internación*.

¹⁰Tras un ingreso por guardia en el Álvarez, todos los usuarios de la sala pueden ingresar a las internaciones directamente por la sala.

La Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental lo que evalúa es el “*riesgo cierto e inminente para sí o para terceros*”, que en el caso del padecimiento mental puede justificar una internación involuntaria, según la Ley de Salud Mental 26.657.

Liliana Murdocca y Adriana Hill que si bien siempre la internación se consideró el último recurso, ahora los profesionales reconocen que “*las internaciones se realizan con mayor fundamentación y agotando más instancias previas constituyéndose de esta manera como último recurso terapéutico.*” (Faraone, et al: 2015) Además, según Barcala y Mariano Laufer Cabrera, a partir de la Ley Nacional la intervención de la justicia se restringe a las “internaciones involuntarias”, lo que impacta en la desburocratización de los procesos de atención y alta en las internaciones de tipo “voluntarias” (ibídem).

Mientras transcurre una internación de Pedro, su madre reflexiona:

y yo pienso que él es como que busca, ¿no? para mí que él siente que esto es una seguridad para él, porque no me explico de otra forma porque él busca los lugares para estar protegido, como que en algún momento él me dijo que él a la calle le tiene miedo, le tiene miedo a la calle. (Carina)

Las familias también sienten seguridad cuando su familiar está internado: según Lúcia Cristina dos Santos Rosa la internación implica “desencargarse” de una serie de actividades, servicios y cargas económicas; reduce la “sobrecarga emocional” que los cuadros clínicos muchas veces representan, y permite la disponibilidad del cuidador para el mercado de trabajo. (dos Santos Rosa, en Vasconcelos (comp):2000). La internación es el fin alcanzado en las consultas de urgencia que se desarrollaron en estas páginas.

Significados de urgencia según las familias

Lo que en este trabajo se entiende como ‘significado de urgencia’ para las familias es la definición pragmática dada a través del momento en el que cada una entiende que una situación de desborde no puede ser contenida por medio de los mecanismos habituales. Por este motivo, se han relatado las diversas situaciones y lo que se busca encontrar en la guardia.

Las familias vinculan las urgencias a los *episodios* de crisis, cuando ocurre un desborde y ya sea por el cansancio o mismo por el nivel de riesgo que presenta la situación, no es posible realizar los cuidados en la casa, sin orientación ni ayuda profesional.

Cuando se percibe que no es posible la realización de la autoatención cotidiana, se solicita la atención de la urgencia en el hospital, que significa un “alivio” en tanto la responsabilidad del cuidado en ese contexto no está a cargo de la familia. Además, aunque la atención de la guardia esté enfocada en el usuario, la familia percibe *alivio* al ver a su familiar *cuidado*.

“...la asistente social del Álvarez fue muy cálida con Luis, muy contenedora (...) y yo creo que al serlo con Luis lo estaba siendo conmigo porque la verdad que a mí me alivio (...) yo estaba superada”
(Marcela)

Sobre lo que se busca en las guardias, se mencionaron en distintas entrevistas la *contención*, *ver qué le podían dar*, *ver si algún profesional podía hablar con él*.

Marcela dice

Alguien que pudiera entender la situación que yo estaba viviendo con mi hijo. Que me crea, que él necesitaba internación, porque un paciente en ese estado es imposible estar retenido en la casa...

Siempre que se concurrió a la guardia se fue solicitando la internación, por lo que la resolución de la atención en la guardia, cuando finalmente se encontraba una cama, o al anunciarse el pase a la sala, se vivencio con buenas expectativas por parte de la familia.

Los cuidados de la guardia implican seguridad y tranquilidad, cuando ven que su familiar “se siente mejor”

“Me dicen lo vamos a dopar (...) Lo tuvieron dopado durante casi cuatro días, para bajarle el estado de ansiedad que tenía y después es como que empezó ya a no hablar, ya no hablaba solo, ya para mí era, ¿viste? milagroso. Hasta yo les decía por favor, ayudame que no se me escape, porque ya había visto el cambio y en el Fernández no. Bueno, ya empezó a comer, comía, se levantaba, me dijeron que lo iban a pasar a la sala. Ya lo pasaron a la sala. Lo vi dócil, lo vi bien.” (Pilar)

La urgencia muestra un espacio de ingreso rápido a los servicios de salud, pero al mismo tiempo un cansancio y un desgaste en los cuidados y en la/s persona/s responsables del cuidado.

“somos familiares, pero en un momento terminamos colapsando” (Graciela)

La guardia es el espacio en el que se muestra/demuestra el padecimiento de la persona, donde los profesionales deben ver cuando hace falta una internación, y que la familia no puede cuidar sola

“...escuchar la voz de este familiar, puede ser la madre, puede ser el padre, el hermano, el hijo, que le está diciendo acá está pasando esto y el paciente lo puede estar demostrando o quizás en ese momento se calmó...” (Marcela)

En la guardia se busca sobre todo la intervención del médico psiquiatra, ya que *(los médicos)* “*lo miran y se dan cuenta enseguida...*” *(Marcela)*

No se presta atención a los cuidados previos de las familias, aunque a éstos se deba la demora/celeridad en realizarse una consulta, a excepción de encontrarse equivocaciones o desaciertos en los cuidados de los familiares. En algunos casos se incurre a *retos o burlas* por parte de profesionales que denotan ignorancia por los cuidados y la situación de vulnerabilidad en la que muchas veces se encuentran las familias/la persona sobre la que recaen los cuidados de la persona.

Los cuidados se delegan en el equipo profesional, se espera que la familia acompañe las decisiones que toma el equipo. Los profesionales únicamente informan la “evolución del paciente”.

La urgencia posibilita el ingreso rápido a los servicios de salud mental, y a veces es la única posibilidad de obtener tratamiento.

Cierre del capítulo

Este último capítulo pudo verse específicamente la urgencia. Una situación que se presenta como *crisis* de la que es necesario ocuparse de forma *inmediata*.

Crisis se entendió como ‘ruptura del ciclo vital’ también como una oportunidad de transformación y realización de cambios.

No solo se vieron situaciones de desborde, sino que además que estas no siempre llegan a recibir atención en las guardias. Algunas veces porque las familias no la solicitan, otras porque en los hospitales no se recibió la demanda. También se vio que en ocasiones en las guardias se atendió una situación que precisa internación y no se cuenta con los recursos para llevarla a cabo, sea por falta de insumos, o de profesionales, como por falta de camas, articulación con otros hospitales, entre otros.

Se observa que la situación de crisis es acompañada por una familia/un cuidador que llega al hospital en situación de vulnerabilidad, cansado y desgastado, que entiende que su familiar se encuentra en riesgo, en ocasiones también ellos mismos.

Al reconocer una situación como *urgente*, la familia entiende que necesita un tipo de atención que ella misma no está pudiendo brindar, y en esa línea, la internación se observa como la única posibilidad y es lo que van a buscar a la guardia.

Cerca del final: Algunas reflexiones desde el trabajo social

Como puede observarse, no pocas situaciones que se atienden en la guardia son con riesgo de vida. Por lo tanto, los elementos con los que se construyen las intervenciones de los profesionales muchas veces son insuficientes desde la mirada de los usuarios. Rolando García refiriéndose a la acción e investigación de equipos interdisciplinarios en salud dice que “*a veces hace falta una acción rápida con elementos muy precarios*” (1989). Sin embargo, es importante la escucha a los familiares y los sujetos que son atendidos, ya que son ellos quienes tienen las pistas para el correcto tratamiento.

Desde nuestra formación, contamos con un bagaje teórico sólido respecto a las responsabilidades y derechos de todos, y salimos con una serie de supuestos básicos (supersticiones, cf. Lewkowicz:2004) en los que confiamos para intervenir. Pero el sujeto que llega a la guardia no es el que *suponíamos*, ni el hospital y el Estado tras él tampoco. Alfredo Carballada (2012) habla de un *sujeto inesperado* en las instituciones de salud. Sin embargo, no subestimamos la capacidad de *invención* de los agentes (cf. Duschatzky et al:2002). Así como hoy podemos hablar de Salud Mental, podemos también hablar de prácticas subjetivizantes y buscar estrategias para en conjunto poder buscar la *mejor opción terapéutica*. Una pista para encontrarla parte de Susana Cazzaniga (1997), que propone el *abordaje de la singularidad*. Parte de la concepción de sujeto pleno, producto, pero a su vez productor de su realidad, con potencialidades y condicionamientos. “*Pensar desde la singularidad es comprender la posibilidad instituyente de todo sujeto.*” (Ibidem). Lo singular es lo que permite ver la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración objetiva “*se trata del “es” como síntesis*”. Como síntesis de lo *universal o genérico* expresado en la condición de seres humanos; y lo *particular*, propio del sujeto en sus condiciones sociales de existencia. Lo

singular nos compromete con la dignidad humana reconociéndolo como sujeto de derechos; mientras se reflexiona sobre las condiciones de su vida, necesidades, intereses y deseos, que expresan su singularidad.

Espero con la presente investigación poder contribuir a la configuración de nuevas subjetividades, que como dice Alfredo Carballada (2008) se basen en una concepción de sujeto en tanto portador de derecho, al mismo tiempo que deseante.

Consideraciones finales

La presente investigación se realizó basándose en algunos postulados de la Medicina Social Latinoamericana, creyendo que la escucha a familiares de usuarios de la guardia puede contribuir con la recuperación del concepto de Salud como ‘concepto vulgar’.

Se centró en el momento del cuidado dentro del proceso Salud-Enfermedad-Atención/Cuidado, reconociéndolo dentro de un proceso dinámico e históricamente determinado.

Se basó en la escucha de las familiares, con el objeto de validar su experiencia, y reconocerla como insumo para la comprensión de la urgencia.

La urgencia fue pensada a partir de “lo que no es urgencia”, y que en muchos casos queda como un “asunto de familia”. Se indagaron las prácticas de las familias, reconociendo el autocuidado y la organización de los cuidados. Estos muestran las formas en las que se piensa la salud, la enfermedad, y la responsabilidad sobre el cuidado al interior de cada unidad familiar. En esa línea se ve también que las maneras de habitar y recorrer los padecimientos son sumamente diferentes y singulares según las estrategias adoptadas por cada familia.

La situación económica y social que rodea al padecimiento configura las formas de cuidado de las familias, y de las personas que realizan las consultas a la guardia.

La noción de padecimiento mental es útil para describir situaciones que se encuentran por fuera de la mera etiqueta psiquiátrica.

Si bien fue planteado en el proyecto de investigación, no se pudo observar ningún tipo de articulación en el espacio de la guardia entre las familias/cuidadora y el equipo de la guardia, lo que si se vio reflejado en los relatos respecto al tratamiento en sala.

El padecimiento mental afecta a toda la familia, no es posible limitarlo a una sola persona, y si bien hay sufrimiento en las actividades de cuidado, también hay muchas satisfacciones en cuanto las expectativas que se realizan sobre los sujetos y sobre la

configuración de los cuidados es realizada sobre la base de la realidad y las responsabilidades compartidas entre varios actores.

En las familiares vemos distintos grados de participación sobre los padecimientos de sus hijos/hermano, desde el *“él es el que tiene el problema”* al *“nosotros también somos parte de la enfermedad”*. Esto se explica en cierta medida en base a la reflexión y participación en espacios terapéuticos individuales y los dispositivos para familias, como las reuniones de análisis multifamiliar que se realizan en el hospital.

Se observa una completa preponderancia de mujeres realizando las funciones de cuidado. La participación y la presencia estas las mujeres en las vidas del familiar, se ve fortalecida y mejor capitalizada en cuanto se cuentan con mayor cantidad de cuidadores y personas que acompañan la cotidianidad del familiar, pudiendo formar parte de los cuidados de la salud de manera adecuada.

La función de cuidado se observa más eficaz cuando la responsabilidad recae sobre varios actores. Por lo tanto, se muestra de vital importancia articular varios espacios de cuidado tanto para los usuarios como para sus familias.

En las consultas a la guardia observa la búsqueda de los familiares hacia la atención médica; y se señala en los discursos la importancia de la contención y la escucha, y de la vocación, empeño y compromiso profesional.

Siempre se fue a la guardia solicitando la internación. Si bien se trató de analizar este dispositivo de manera aislada, se ve la importancia de la sala y el cambio de la atención y los objetivos de la internación como mejor opción terapéutica.

El espacio de la guardia es reconocido como un espacio de referencia cuando fallan otros soportes, tanto por parte de los familiares como por los mismos usuarios cuando realizan consultas de forma independiente, aunque al mismo tiempo no en todas las guardias recibieron atención, o fue la pertinente, teniendo en cuenta la falta de camas, de profesionales e incluso de medicación, según las experiencias relatadas.

Es importante resaltar en el ámbito de la guardia el rol del trabajador social como agente articulador entre diversos espacios sociales, teniendo en claro que, aunque la intervención de guardia precise actuar con rapidez, puede al mismo reconocer la singularidad de los sujetos, y construir una intervención que se base en el reconocimiento de derechos y de la dignidad de las personas y las familias.

El dispositivo de la guardia es un espacio en el cual es necesaria una intervención rápida. Sin embargo, es posible que también sea el lugar en donde las familias sean “expertas” y donde se puedan escuchar a quienes cuidan y a quienes atraviesan una situación de crisis.

Alicia Stolkiner dice que *“la producción y transformación de representaciones y prácticas reconoce una dimensión microsocial. En cada acto de salud, en cada contacto institucional se reafirma, construye o deconstruye una concepción sobre sus actores que, a su vez, los produce.”*. Es por esta razón, que se considera que el reconocimiento de estas situaciones particulares en la atención de la urgencia, el reconocimiento de la singularidad y de las necesidades que traen los cuidadores y las familias, también transforman y pueden contribuir a la institución de otras formas de atención en las guardias.

En síntesis, el espacio de la guardia sigue siendo un espacio en construcción, donde es posible poder constituir otras posibilidades referidas a la salud de los sujetos, familias y comunidades

Bibliografía

Angelini, Silvio; Carril, María Florencia e Irie Alejandra “La ley 26657 y la evaluación de la situación de riesgo cierto e inminente en las internaciones involuntarias” documento de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (disponible en web .pdf)

Arito, Sandra; Jacquet, Mónica (2005) El trabajo social en situaciones de emergencia o desastre Universidad Nacional de Entre Ríos. Facultad de Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio

Arriagada, Irma (2001) “Familias Latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo”CEPAL, Santiago de Chile

Augsburger, Ana Cecilia y Gerlero Sandra (2005) “La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental”, KAIRÓS. Revista de Temas Sociales. Universidad Nacional de San Luis Marzo

Basaglia, Franco, et al (1977) “Los Crímenes de la Paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión.” Siglo XXI editores México

Basaglia, Franco (2008) La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Ed Topia. Buenos Aires

Berlinguer, Giovanni (2007) La Enfermedad. 1ed 1a reimp. Buenos Aires. Lugar Editorial

Blasco, Enriqueta (1996) “La familia de la persona con discapacidad grave: Una familia en riesgo” Revista SAME Edición 1996

Bourdieu, Pierre. y Wacquant, Loic (1995) Respuestas por una antropología reflexiva. Grijalbo. México.

Canguilhem, George (2004). La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica. En Escritos sobre la Medicina, Buenos Aires: Amorrortu

Castel, Robert (1997) “La Metamorfosis de la cuestión social: una crónica del asalariado” Ed Paidós. Buenos Aires

Carballeda, Alfredo (2012) “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas” Revista Margen Julio 2012

Carballeda, Alfredo (2002) “La intervención en lo social” Ed Paidós Buenos Aires

Carballeda, Alfredo (2008) “Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto” Editorial Paidós Buenos Aires

Carracedo, et al “Significaciones sobre el proceso de salud/enfermedad/atención y de las políticas en salud pública” Universidad Nacional de Rosario (disponible en web .pdf)

Castoriadis, Cornelius (1997) “El avance de la insignificancia” EUDEBA Buenos Aires

Cavalleri, Ma Silvina (2008) “Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas” Ediciones de la UNLa

Cazzaniga, Susana (1997) “El abordaje de la singularidad” Revista Desde el Fondo, cuaderno 22 La Plata

Corea, Cristina et al (2002) “Chicos en Banda: Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones” Paidós Tramas Sociales Buenos Aires

Diaz Tenorio, Mareelén, et al (2007) “Consideraciones Teórico metodológicas para el abordaje sociopsicológico de la familia en la realidad cubana” En publicación: Familia y Diversidad en América Latina. Estudios de Casos. Robichaux, David CLACSO Buenos Aires

Dillon, Carol, Melamed Gabriela y González Marianela (2012) Abordaje interdisciplinario en salud mental en el servicio de guardia de un hospital general. Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta, Buenos Aires disponible en web

<http://www.psicosocialyemergencias.com/abordaje-interdisciplinario-en-salud-mental-en-el-servicio-de-guardia-de-un-hospital-general/>

Duek, Carolina (2007) Entrevista a Julio Moscón “Entrevista temática: La urgencia” 2 de octubre 2007 Disponible en web <http://elpsitio.com.ar/noticias/noticiamuestra.asp?id=1829>

Escalada, Mercedes, et. at (2004) “El diagnóstico social. Proceso de Conocimiento e intervención profesional” Espacio Editorial Buenos Aires

Faraone, Silvia Adriana, comp.; Bianchi, Eugenia, comp.; Giraldez, Soraya, comp. (2015) Determinantes de la salud mental en ciencias sociales : actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la ley 26.657 Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales

Foucault, Michel (2004) “Historia de la locura en la época clásica” Fondo de Cultura Económica Buenos Aires

Galende, Emiliano (2008) “Psicofármacos y Salud Mental” Lugar Editorial Buenos Aires

García Rolando (1989). Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria. Trabajo presentado en las IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud y I de Medicina Social, Buenos Aires.

Gherardi, et al (2011) “De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado”. Equipo Latinoamericano de justicia y género

Goffman, Ervin (1970) Estigma: la identidad deteriorada. Ed. Amorrortu Buenos Aires

Guber, Rosana (2004) “El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo” Editorial Paidós. Buenos Aires

Jarillo Soto, Edgar Carlos y Guinsberg, Enrique, comp. (2007) Temas y desafíos en salud colectiva : Lugar Editorial Buenos Aires

Krmpotic, Claudia Sandra, ed.; Mitjavila, Myriam Raquel, ed.; Saizar, María Mercedes, ed. (2013) Subculturas profesionales : poder y prácticas en salud Buenos Aires: Miño y Dávila

Laurell Asa Cristina (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina Medicina Social. En www.medicinasocial.info volumen 5 número 1 marzo 2010

Larrosa, Jorge (2003) “La experiencia de la lectura. Estudios sobre literatura y formación” México

Lewkowicz, Ignacio (2004) “La institución materna, una historización” en Pedagogía del Aburrido Paidós Buenos Aires

Menéndez, Eduardo (1979) “Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica” Editorial Nueva Imagen México

Menéndez, Eduardo (2003) “Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” Revista Ciencia & Saúde Coletiva 8

Menéndez Eduardo (1985) “Modelo Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud” Cuadernos Médico Sociales N°33 Centro de Estudios Sanitarios y Sociales Rosario

Moscón, Julio (1999) Las Urgencias y el psicoanálisis. Revista Margen. Disponible en web <http://www.margen.org/suscri/margen12/moscon.html>

Rozas Pagaza, Margarita (1998) “La Intervención profesional en relación con la cuestión social.El caso del trabajador social” Ed Espacio Buenos Aires

Rojas, Ma Cristina (2005) “Familia/s: del modelo único a la diversidad” Revista Topía Buenos Aires

Saidon Osvaldo y Troianovsky Pablo (1994) “Políticas en Salud Mental”. Lugar editorial. Buenos Aires.

Samaja, Juan (2009) “Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina” Lugar Editorial Buenos Aires

Sotelo, María Inés, Rojas, María Alejandra y Santimaria, Larisa (2013). Conclusiones sobre la consulta de urgencia en salud mental en 4 hospitales generales del Mercosur. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <http://www.aacademica.org/000-054/825.pdf>

Spinelli, Hugo Guillermo, comp. (2008) Salud colectiva : cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas. Lugar Editorial. Buenos Aires

Stolkiner Alicia y Ardila, Sara (2012) Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /Salud Colectiva latinoamericanas. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, XXIII

Stolkiner, Alicia (2003) El concepto de Salud de la OMS. Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Stolkiner, Alicia (2010a) “Derechos Humanos y derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente” en www.medicinasocial.info vol 5 número 1, marzo 2010

Stolkiner, Alicia (2005) Interdisciplina y Salud Mental. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de hoy, Posadas.

Stolkiner Alicia (2004) “Las familias y la crisis”. En revista Cuestiones de infancia. Revista de psicoanálisis con niños. Vol.8 2004 (Disponible en web .pdf)

Stolkiner, Alicia, Et Al (2010b) “Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de Salud segmentados” En Revista Pública N°12 abril 2010

Stolkiner, Alicia (2012) Nuevos Actores en el Campo de la Salud Mental. Revista Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA. <http://intersecciones.psi.uba.ar/>

Tamburrino, María Cecilia “Algunas herramientas conceptuales para analizar fenómenos de Salud/Salud Mental” Material de Cátedra “Problemáticas de la Salud Mental en Argentina” (mimeo)

Trabi, Bibiana (2001) “La investigación diagnóstica en Trabajo Social: la construcción a partir de la demanda de intervención profesional” En “El diagnóstico profesional. Proceso de conocimiento e intervención profesional”. Ed Espacio Buenos Aires

Vainer, Alejandro (2008) “De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental” Revista Topía Agosto 2008

Vasconcelos, Eduardo Mourão (comp) (2000) Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo. Cortez ed.

Vasco Uribe, A. (1987). Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad. Conferencia presentada en el Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín.