



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

**Título del documento: El trabajo social en dispositivos de urgencia: configuraciones de un espacio socio-ocupacional emergente**

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

**Dolores Alfonso**

**Anni Engelmann**

**Martín Bruni, dir.**

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

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

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

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



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**AREA DE INVESTIGACION Y SISTEMATIZACION**



## **El Trabajo Social en dispositivos de urgencia: configuraciones de un espacio socio-ocupacional emergente**

### **Trabajo de Investigación Final**

#### **AUTORAS:**

Alfonso, Dolores – DNI 33.023.712 ([dolores.alfonso@gmail.com](mailto:dolores.alfonso@gmail.com))- Plan de estudios anterior

Engelmann, Anni – DNI 32.866.726 ([anniengelmann86@gmail.com](mailto:anniengelmann86@gmail.com))- Plan estudios nuevo

**Año de Taller 4:** 2016

#### **Tutor Temático:**

Lic. Bruni, Martín (mail: [licbruni@gmail.com](mailto:licbruni@gmail.com))

#### **Fecha de presentación:**

02 de Noviembre de 2017

**Agradecimientos:**

*A la familia Alfonso por su apoyo incondicional*

*A los/as amigos/as, por el sostén y acompañamiento*

*A Nacho, por su compañía y apoyo siempre*

*A María Benavidez, por enseñarnos a interrogarnos y por  
llenarnos de inquietudes*

*A Martín Bruni, por ayudarnos a hacer posible lo que al  
principio eran sólo preguntas.*

## **Resumen**

**Título:** El Trabajo Social en dispositivos de urgencia: configuraciones de un espacio socio-ocupacional emergente

**Autoras:** Dolores Alfonso (dolores.alfonso@gmail.com) y Anni Engelmann (anniengelmann86@gmail.com)

**Fecha de presentación:** 2 de Noviembre de 2017

El presente trabajo tiene por objetivo delimitar y analizar las características de la construcción de espacio socio-ocupacional del Trabajo Social en dispositivos de urgencia. Esta investigación, de tipo exploratoria y descriptiva, se sitúa en la guardia del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, donde se realizaron observaciones y once entrevistas a profesionales (médicos/as clínicos/as, psiquiatras, psicólogos/as y trabajadores/as sociales). El Trabajo Social forma parte de las guardias hospitalarias de los hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires en el marco de Equipos de Salud Mental, a raíz de la Ley de Salud Mental N° 448 de CABA. En el año 2007, ingresa efectivamente al ámbito por excelencia de la urgencia, entendida ésta en función a tres ejes: lo intempestivo, lo que requiere atención inminente y la conmoción subjetiva producto del cambio en la vida de sujetos. La guardia es un dispositivo particularmente centrado en el modelo médico, en función del cual los principales ejes son: la eficacia, la velocidad y la fragmentación. Los sujetos/usuarios se caracterizan por amplias trayectorias de derechos vulnerados, y barreras de accesibilidad. Se trata de un espacio caracterizado por jornadas laborales de 24 horas, en un ritmo acelerado y de presente constante, y de enfrentamiento a situaciones de crisis y vulnerabilidad extrema, y posibles situaciones de violencia con escasa protección para los profesionales. En este marco, los profesionales del Trabajo Social construyen sus incumbencias profesionales, con escasa formación específica y disputando roles asignados ligados a los recursos, la búsqueda de información y la articulación. Ante esto, se apela a una estrategia central: el trabajo interdisciplinario. Emerge la posibilidad de construir junto con otras disciplinas nuevas modalidades de abordaje y la inclusión de la multidimensionalidad en el abordaje de la urgencia, en prácticas que se construyen cotidianamente desde la lógica de lo artesanal.

**Palabras clave:** guardia, urgencia, trabajo social, salud mental

## Índice

|                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción.....                                                                                                              | 3  |
| Capítulo 1: La guardia hospitalaria: el dispositivo de urgencias, sus lógicas y dinámicas .....                                | 6  |
| Dispositivo, guardia y urgencia: tres nociones centrales.....                                                                  | 6  |
| Los dispositivos .....                                                                                                         | 6  |
| La guardia hospitalaria y su configuración como dispositivo.....                                                               | 7  |
| Caracterizaciones de la urgencia: entre lo intempestivo y lo inminente.....                                                    | 9  |
| La guardia del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez .....                                                            | 10 |
| Caracterización de la guardia del Hospital Álvarez .....                                                                       | 10 |
| Los objetivos de la guardia y las nociones implicadas de la urgencia.....                                                      | 13 |
| El sujeto de la urgencia y su relación con la guardia .....                                                                    | 15 |
| El sujeto en situación de urgencia.....                                                                                        | 15 |
| La guardia como trinchera: la accesibilidad como dimensión de la atención.....                                                 | 17 |
| Trabajar en la guardia.....                                                                                                    | 20 |
| El sueño y la afectación subjetiva .....                                                                                       | 20 |
| Vivir la guardia: el aprendizaje y el contacto con los/as otros/as .....                                                       | 24 |
| A modo de cierre del capítulo.....                                                                                             | 25 |
| Capítulo 2: Los Equipos de Salud Mental de las guardias hospitalarias .....                                                    | 26 |
| El campo de la salud mental: las tensiones y sus resultados en las leyes .....                                                 | 26 |
| Los modelos y categorías en disputa.....                                                                                       | 26 |
| Breve recorrido sobre las Leyes de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires y Nacional .....                                     | 29 |
| Los Equipos de Salud Mental en la guardia del Hospital Álvarez .....                                                           | 31 |
| La construcción de los equipos en la guardia: recorrido de legitimación.....                                                   | 31 |
| La dinámica de los Equipos de Salud Mental de guardia.....                                                                     | 36 |
| La delimitación de objetivos de abordaje .....                                                                                 | 36 |
| Aproximación a la construcción de una metodología de la urgencia .....                                                         | 37 |
| Entre protocolos e improvisación: lo artesanal como propuesta de abordaje .....                                                | 41 |
| La apuesta a la Interdisciplina .....                                                                                          | 43 |
| Reflexiones en torno a los Equipos de Salud Mental en la guardia .....                                                         | 45 |
| Capítulo 3: El Trabajo Social en la guardia hospitalaria.....                                                                  | 48 |
| Breve construcción del Trabajo Social y sus incumbencias .....                                                                 | 48 |
| La construcción de las incumbencias profesionales del Trabajo Social en el dispositivo de urgencias del Hospital Álvarez ..... | 51 |

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Las características del proceso de inserción del Trabajo Social en la guardia..... | 51 |
| Debate en torno a la urgencia social.....                                          | 54 |
| Las problemáticas y las tareas asignadas al Trabajo Social.....                    | 57 |
| Los objetivos y las tareas asumidas por el Trabajo Social.....                     | 60 |
| Las tensiones del Trabajo Social en la guardia .....                               | 62 |
| La disputa de la legitimación: lucha por capitales .....                           | 63 |
| Lo teórico y lo ético-político en contradicción .....                              | 66 |
| Cierre de capítulo .....                                                           | 67 |
| Conclusiones finales .....                                                         | 69 |

## **Introducción**

El presente trabajo constituye el informe final del Trabajo de Investigación Final (TIF) de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

La institución en la que se llevó a cabo esta investigación es el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, específicamente en el área de la guardia general. El acercamiento a la institución se debe a la inserción de una de las autoras del presente trabajo en dicho dispositivo en sus prácticas pre profesionales del Taller 4.

La pregunta problema de la que parte esta investigación es: **¿Cómo el dispositivo de atención de urgencias configura la construcción del espacio socio-ocupacional de los/as trabajadores/as sociales de la guardia general del Hospital Gral. De Agudos Dr. Teodoro Álvarez?**

Con *espacio socio-ocupacional* se hace referencia al quehacer profesional del Trabajo Social en el marco de la guardia Hospitalaria, la forma en la que se habita el espacio, en tanto sujeto social, y el conjunto de acciones que se ven configuradas por aspectos institucionales, por la mirada de otros profesionales y por su especificidad teórica, metodológica y ético-política. Esta construcción deriva en el objetivo general de esta investigación: **Conocer cómo se construyen las incumbencias profesionales de los/as trabajadores/as sociales del Equipo de Salud Mental de guardia, en relación a las condiciones materiales, funcionales y simbólicas del dispositivo de urgencias de la guardia general del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez.**

Para la producción de la evidencia empírica se realizaron once entrevistas semi estructuradas a profesionales de la guardia general. Se seleccionaron como unidad de recolección de información a cuatro de trabajadores/as sociales, a dos psicólogos/as y dos psiquiatras, todos/as ellos/as de los Equipos de Salud Mental, y a tres médicos/as de la guardia general. Asimismo, se realizaron observaciones y se utilizaron las notas de campo de las prácticas realizadas allí. Cabe resaltar que a todos/as los/as entrevistados/as se les pidió consentimiento para ser grabados/as y se informó de la confidencialidad y anonimato de las entrevistas.

Este trabajo de investigación utilizó el enfoque cualitativo. En función de dicho enfoque se examinó el mundo social, fundamentado en un razonamiento “*inductivo, es decir explorar y describir, para luego generar perspectivas teóricas*” (HERNANDEZ

SAMPIERI, 8, 2006). Asimismo, el tipo de investigación es exploratorio y el descriptivo. El primero se utiliza en razón de que el objetivo de la investigación es examinar un tema poco estudiado. Por otro lado los estudios descriptivos, se basan en describir cómo son y cómo se manifiesta determinado fenómeno u evento, intentado especificar sus características.

A lo largo de esta investigación, se han atravesado diversos obstaculizadores. Uno de ellos (el principal), se debe a la escasa sino nula producción escrita en torno a la temática del Trabajo Social en urgencias y su inserción en guardias hospitalarias. Para aportar a la comprensión del fenómeno, se participó en el primer Congreso Provincial de Salud Mental y en jornadas vinculadas a la temática que permitieron la realización de entrevistas informales a trabajadoras sociales de guardia de otros Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Estas actividades contribuyeron a la construcción y ordenamiento del análisis. Asimismo, si bien se tuvo acceso a una serie de publicaciones, su aporte es esencialmente experiencial en torno a determinados Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Esta situación ha derivado en la difícil tarea de construir categorías para describir y analizar aquello propuesto, en un doble esfuerzo indagatorio: el análisis en sí mismo, y la construcción y ordenamiento de las categorías con las cuales hacerlo.

Otra de las dificultades que se ha atravesado radicó en los obstáculos presentados a la hora de realizar las entrevistas. Para su realización, se nos solicitó obtener una autorización de parte de la directora de la guardia, y de la directora del Servicio Social, que requirió asimismo de la presentación del proyecto de investigación. Afortunadamente en ambos casos, aunque complejo, la autorización fue concedida. En segundo lugar, la realización de las entrevistas se produjo en el marco de la guardia, lo que implicó extensas esperas y constantes distracciones e interrupciones. En este caso también se logró sostener las entrevistas, fundamentalmente gracias a la excelente predisposición de nuestros/as entrevistados/as.

Como facilitadores, pueden mencionarse esencialmente dos. Uno de ellos, se trata del acompañamiento del director temático, Martín Bruni, quien supo sostener reiteradas inquietudes y reflexiones. El segundo de ellos, fue el aporte de la profesora Érica Gunther, quien contribuyó con diversos artículos y publicaciones, que fueron un importante insumo para el análisis en este trabajo.

Los hallazgos de esta investigación se presentan en tres capítulos, que responden progresivamente a la pregunta de investigación, iniciando por los aspectos más generales y arribando a los más particulares. El primero de los capítulos, denominado “La guardia hospitalaria: el dispositivo de urgencias, sus lógicas y dinámicas” aborda al dispositivo de urgencias de la guardia hospitalaria como espacio social y laboral. Se describen sus principales características organizacionales, sus lógicas hegemónicas, así como las nociones imperantes de urgencia, y la relación y caracterización de los usuarios del servicio y las problemáticas que los atraviesan. La importancia de este capítulo radica en responder a las preguntas más generales en torno a la construcción del espacio socio-ocupacional del Trabajo Social, y la forma en la que la guardia se construye en un espacio laboral con características muy diferentes a otros espacios de inserción del Trabajo Social.

El segundo capítulo, titulado “Los Equipos de Salud Mental de las guardias hospitalarias”, se adentra en las características del equipo del que forma parte el Trabajo Social. La creación de estos equipos surge a partir de la promulgación de la Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad de Buenos Aires, del año 2000. Siete años después se produce la efectiva incorporación de trabajadores/as sociales a la guardia y la consecuente conformación de los equipos dispuestos por la normativa. El aporte de este capítulo es describir y analizar tanto la forma particular en la que se produjo la conformación de dichos equipos, así como el análisis y la construcción de una metodología de abordaje de la urgencia, y la indagación en torno a la relación entre los miembros de los equipos.

El tercer capítulo, denominado “El Trabajo Social en la guardia hospitalaria”, da cuenta de las características específicas del Trabajo Social en su acción profesional en la guardia. Se propone delimitar las principales características del proceso de construcción de las incumbencias profesionales del Trabajo Social. La principal contribución de este capítulo radica en exponer las tensiones producto de las tareas y funciones asignadas y asumidas al Trabajo Social en la guardia, y el consecuente proceso conflictivo de construcción del espacio socio-ocupacional.

Finalmente, se realizan una serie de conclusiones finales en torno a los principales hallazgos de la investigación, dejando planteados interrogantes que surgieron a lo largo del proceso indagatorio.

## **Capítulo 1: La guardia hospitalaria: el dispositivo de urgencias, sus lógicas y dinámicas**

*“es como mandarte a la autopista en un triciclo”  
(Extracto de entrevista a Trabajador Social)*

El capítulo que aquí comienza se propone describir a la guardia hospitalaria como espacio social y laboral, describiendo y analizando algunas de las dimensiones más relevantes en esa configuración. Inicia con algunas precisiones en torno a las categorías centrales: dispositivo, guardia y urgencia. Se realiza una primera aproximación a la guardia hospitalaria como dispositivo de atención, con su lógica y dinámica organizacional, abordando la forma en la que esta lógica se plasma en la guardia del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, con una breve descripción y análisis en torno a lo espacial, lo temporal y las modalidades de registro. Se analizan los resultados de las entrevistas, examinando las diferentes nociones presentes de urgencia y respecto a los objetivos de la guardia, entablando algunas diferencias entre el equipo médico y los/as miembros del Equipo de Salud Mental, compuesto por profesionales de la Psicología, la Psiquiatría y el Trabajo Social. Indaga luego en los sujetos de la guardia y su relación con el dispositivo, con el objeto de delimitar a los sujetos del abordaje y las problemáticas que se presentan. Y por último, se indaga en las tensiones presentes entre los profesionales debido a las afectaciones subjetivas que expresan en torno al trabajo en guardia.

### **Dispositivo, guardia y urgencia: tres nociones centrales**

#### **Los dispositivos**

Existen diferentes definiciones de dispositivo, una de ellas es de María Inés Sotelo (2012), quien lo define como *“un mecanismo o artificio construido para producir una acción determinada, prevista”* (SOTELO, 2012: 2). Por su parte, Mario Zerbino propone pensar los dispositivos institucionales como *“fábricas de construcción de objetos singulares”* (ZERBINO, 2012: 12). Siguiendo al autor, esto se produce a partir de la creación de un marco simbólico particular. Así, *“un dispositivo es un conjunto de máquinas y de instrumentos que sirven para hacer ver y para hacer hablar, configurados a partir de la creación de campos de enunciación y visibilidad que producen efectos de subjetivación”* (ÍBIDEM: 12). De este modo, se entiende a los dispositivos como **instrumentos y mecanismos, que dispone de sujetos y objetos con**

**un determinado fin, desde una lógica particular y con efectos concretos en la subjetividad.** Para concluir, se cita a María Inés Sotelo, quien expresa que Foucault *“define al dispositivo como un conjunto heterogéneo que envuelve discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos; tanto lo dicho como lo no dicho. Estos elementos se articulan en una compleja red de relaciones”* (SOTELO, 2012: 4). Se incluye entonces la perspectiva foucaultiana para delinear la caracterización de los dispositivos en tanto mecanismos complejos y heterogéneos, y que se imprimen en los sujetos a través de las acciones determinadas y previstas, que guían sus objetivos.

### **La guardia hospitalaria y su configuración como dispositivo**

A partir de las definiciones planteadas, se indaga sobre un dispositivo en particular: la Guardia General Hospitalaria. El dispositivo de urgencias de los hospitales generales se trata de procedimientos institucionales orientados a la atención de la urgencia, enmarcados en la práctica hospitalaria, con efectos concretos en el cuerpo y en la subjetividad de las personas, tanto en aquellas que se posicionan como profesionales como en los/as usuarios/as, enmarcado desde una lógica particular.

En el año 2005 se sanciona en la Ciudad de Buenos Aires la Ley 1883 de “Gestión de Emergencias Médicas”, que regula el funcionamiento de los servicios de emergencia. Se citan a continuación los principios que rigen dichos servicios según esta legislación:

*“1- Principio de diligencia, celeridad, proporcionalidad, universalidad, integralidad y equidad con cuya observancia se pretenda una más segura, eficaz y rápida actuación, mediante la implementación de medidas racionales, el cumplimiento de los deberes de los ciudadanos y el respeto de sus derechos y necesidad.*

*2- Principio de colaboración, capacidad de integración recíproca y lealtad institucional, para obtener el máximo rendimiento de los servicios y cooperación entre los subsectores que intervengan (...).*

*3- Principio de continuidad, planificación y coordinación, garantizando la capacitación y respeto de los derechos del personal del sistema de emergencias médicas y de los ciudadanos.”* (LEY N° 1883, 2005).

De lo citado, se destaca que los servicios de urgencias se rigen fundamentalmente en base a los principios de la celeridad, la eficacia y la eficiencia, y se orientan a la garantía de derechos.

En sus orígenes, durante el Siglo XIX, las guardias hospitalarias se ocuparon exclusivamente de urgencias médicas, impulsadas por la necesidad de recuperación de

soldados. Dicha disposición configuró a la organización y funcionamiento del dispositivo desde una matriz de interpretación de la salud y de la forma de intervenir sobre ella, resaltando **la resolución inmediata** como característica de su accionar. Es posible pensar que el diseño de este dispositivo está sostenido por un paradigma, el del Modelo Biomédico, que al constituirse como la principal interpretación de la salud se denomina Modelo Médico Hegemónico.

Por Modelo Médico Hegemónico (MMH), Menéndez entiende al *“conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha logrado establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”*. (MENENDEZ; 1988, 1). El biologismo es el rasgo estructural y es el factor que garantiza la cientificidad del modelo, así como la diferenciación y jerarquización respecto de otras alternativas explicativas e interventivas. Se caracteriza también por la marcada asimetría entre el médico y el usuario, denominado paciente, con clara connotación de un sujeto pasivo frente al saber y opinión médica. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. El conocimiento se construye a partir de los sucesos biológicos, dejando de lado los procesos históricos, sociales, culturales o psicológicos. Es decir que para la práctica médica *“la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico. La enfermedad evoluciona y no tiene historia”* (MENENDEZ; 1988, 74). La medicina es a su vez, un sistema complejo de conocimientos especializados, procedimientos técnicos y formas de conducta construidos en un proceso de varios siglos, un prolongado campo de saber, pero que también se presenta como un campo de poder y de disputas.

A finales de la década de 1970 se inicia una polémica respecto al carácter de la enfermedad. Se discute si ésta es exclusivamente biológica, o si también se compone de dimensiones sociales. Surge entonces la corriente de la Medicina Social, que analiza el proceso salud-enfermedad en un determinado contexto económico, político y social, y no exclusivamente como fenómenos biológicos. Además de presentar características biológicas, en palabras de Laurell, el proceso salud-enfermedad *“asume formas sociales, económicas, ideológicas y políticas específicas”* (LAURELL, 1986, 2). Es

decir que este proceso tiene carácter social en sí mismo. Se piensa entonces no ya desde una dicotomía estanca entre salud y enfermedad, sino como un proceso dinámico y multidimensional. Este marco interpretativo, no implica desconocer las dimensiones biológicas de la salud, pero es preciso, pensar dicho proceso en un contexto de valores, creencias y comportamientos, tanto del sujeto como del medio social en el que se encuentra, teniendo en cuenta también sus condiciones materiales de vida.

En función de estos dos modelos teóricos, que se plantean como lógicas en constante tensión, y siguiendo las nociones presentadas sobre el dispositivo, se concluye que el dispositivo de urgencias de la guardia se configura desde las premisas del Paradigma Biomédico, determinando una forma de abordar la urgencia, que se presenta configurada desde la lógica del aquí y ahora, interviniendo directamente sobre el individuo, pensado como cuerpo enfermo, y evaluado desde la lógica de las enfermedades, en una primacía de la atención del síntoma. Desde este modelo el eje de la atención médica en la urgencia es el riesgo de vida, quedando la urgencia ligada mayormente a lo biológico, soslayando las dimensiones sociales, históricas y culturales de la salud de las personas. Esta forma de entender la urgencia, configura abordajes, que en muchos casos determinan procedimientos estandarizados, fragmentados, guiados por acciones protocolizadas y vinculados a la rapidez como principal dimensión de la intervención.

### **Caracterizaciones de la urgencia: entre lo intempestivo y lo inminente**

Para definir la noción de urgencia, Inés Sotelo (2012) señala como consulta de urgencia a *“aquella que se realiza sin cita previa, debido a que quien consulta, paciente o quien lo trae, considera que el padecimiento requiere atención inmediata”* (SOTELO, 2012: 735). Entendiéndola desde la demanda entonces, se expresa como la necesidad de una **intervención inmediata**. La OMS (Organización Mundial de la Salud) denomina urgencia a *“la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad 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 o de su familia”* (VILLALIBRE CALDERÓN, 2013). En esta definición, se incluye también **lo intempestivo** de la causa. Según Villalibre la urgencia tiene aspectos objetivos, como la gravedad y agudeza del proceso, y subjetivos, como la conciencia de una necesidad de atención (ÍBIDEM).

Siguiendo la Ley 1883 de Gestión de Emergencias Médicas, se define a la persona declarada con una emergencia o urgencia médica como *“paciente con un status especial en relación con otro paciente, ya que la patología que presenta evoluciona rápidamente hacia estados de gravedad. Este status de gravedad, a su vez, está definido por la valencia del mismo”*. Se entiende que *“el grado de urgencia es una combinación multifactorial compleja, donde no solo cuenta la medicina sino una suma de conocimientos”*. Y define la urgencia como: *“la suma de la gravedad de la patología del paciente, más el tiempo necesario para su atención adecuada, más el grado de cuidado necesario, más la valencia social para quien lo valoriza o presión social para quien lo sufre”* (LEY N° 1883, 2005). Se suman con esta definición, los **aspectos subjetivos** de la urgencia mencionados en el apartado anterior, y que hacen a la forma en la que las personas perciben la urgencia y por ende cómo se presenta.

En relación con lo planteado en el párrafo anterior, se considera pertinente incluir la noción de crisis. Carol Dillon (2012) tomando a Carpentiero, define crisis como *“un cambio brusco en el curso de la vida y significa un desajuste en los mecanismos de regulación del individuo, familia o una institución, siendo percibido en cualquiera de los tres niveles como una amenaza a su existencia”* (DILLON, 2012: 3). Esta noción permite situarse en una situación de agudeza pero no necesariamente ligada a una afección física, para comprenderla desde el **impacto emocional** que genera en la persona o grupo que se encuentra implicada.

En función de lo expuesto, se concluye que la urgencia tiene aspectos ligados a aquello que emerge de un momento al otro y produce un daño en la persona, que también se expresa como lo que requiere inmediata intervención, y por último, que se percibe como un quiebre, impactando subjetivamente en los sujetos que intervienen.

## **La guardia del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez**

### **Caracterización de la guardia del Hospital Álvarez**

El Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez fue inaugurado en 1901, se encuentra en el barrio de Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en la actualidad cuenta con siete departamentos entre los que se pueden mencionar el departamento de Medicina, de Cirugía, Consultorios Externos, Enfermería, el área Materno Infanto- Juvenil y el departamento de Urgencias, entre otros. El Área Programática del Hospital abarca parte de los barrios de Flores, Floresta, Villa del

Parque y Caballito. Dentro de la red de efectores, que forman parte del Hospital de Agudos T. Álvarez, se puede mencionar el CeSAC N° 34, el Centro Médico Barrial N° 13, N 12 y N 2. Cabe resaltar que el Hospital Álvarez es uno de los únicos dos hospitales generales de Ciudad de Buenos Aires que posee sala de internación en Salud Mental.

Dentro del Departamento de Urgencias, específicamente, se encuentran la Unidad de Terapia Intensiva y la Unidad de Guardia, ubicados en el pabellón C, D y G. La guardia está dividida en tres espacios diferenciados, el de la Guardia Pediátrica, la Guardia de Ginecología y Obstetricia (ambos en el Pabellón G), y la guardia general de adultos, en el Pabellón D. El sector de la guardia general es el más amplio de los tres espacios de guardia y el que tiene acceso directo desde el exterior del hospital. Las entrevistas que se realizaron a los/as profesionales se llevaron a cabo en este espacio, que es donde se desarrolla la investigación. Aquí se desempeñan las diferentes especializaciones médicas (clínica, cardiología y traumatología, entre otras) y el Equipo de Salud Mental, en el que se enmarcan los/as trabajadores/as sociales.

Cabe mencionar que en enero del año 2012, en este Hospital se originó un incendio en el segundo piso del pabellón D, viéndose afectados, también, el primer piso y la planta baja de dicho pabellón, lugar donde se encontraba la guardia general. A partir de este hecho, se construye en lo que antes era la zona del estacionamiento, el nuevo edificio de la guardia general. Este espacio nuevo tiene una arquitectura que resalta del resto del edificio, por su modernidad y por el buen estado edilicio. La guardia general se organiza en torno a un pasillo, en la planta baja presenta siete consultorios, dos dormitorios para internación con seis camas, una sala de shockroom con dos camas, un baño acondicionado para baño asistido, dos toillettes, una sala de estar para médicos, una para enfermeros, y otra para choferes de ambulancia. En el primer piso hay un área para profesionales que tiene un espacio de cocina, una mesa con televisión y seis dormitorios con cuatro camas cada uno para los profesionales. En todos los espacios mencionados, el mobiliario es nuevo y se encuentra en perfectas condiciones. El uso de los espacios para la atención/intervención no se encuentran divididos por profesiones, se utilizan en función de la necesidad y demanda del momento, pudiendo realizarse atenciones o intervenciones en el pasillo de la guardia, si los consultorios y camas de internación estuvieran ocupados. Incluso, si bien las internaciones deben ser en los dormitorios

dispuestos para ello, pueden utilizarse los consultorios y el mismo pasillo. Al respecto, dos trabajadores/as sociales refieren a esto de la siguiente manera:

*"Se utiliza cualquier consultorio desocupado del 1 al 7. Incluyendo sala de yeso, incluyendo pasillo. Como pasó puntualmente hoy, que atendí en una silla en el pasillo. Eso tiene que ver con la cantidad de prestaciones y de pacientes alojados en la guardia."* (TS1, Trabajadora Social)

*"Acá tenemos seis camas nada más de internación, terminamos internando en los consultorios, en una sillita en el pasillo, internamos donde podemos".* (TS2, Trabajador Social)

En los recortes discursivos se evidencia que la estructura edilicia no llega a satisfacer los requerimientos de la demanda. En algunas situaciones, este apremio implica la improvisación por parte de los/as profesionales para poder alojar a los usuarios. En otros casos, esta situación se expresa en la necesidad de desalojar rápidamente los consultorios utilizados, promoviendo la atención a mayor velocidad.

Otra de las dimensiones a mencionar es la temporalidad. En palabras de Paula Retamal: *"El tiempo de la guardia es un tiempo presente, sincrónico, acelerado, centrado en procedimientos reduccionistas que buscan eliminar síntomas"* (RETAMAL, 2014: 349). La funcionalidad en torno a resolver lo que urge, delimita la **necesidad de disponer de espacio y tiempo** permanente para nuevos usuarios, y de sostener un ahora constante determinado por resolver lo que en ese momento sucede.

Frente a la inmediatez adquiere importancia la información, ya que en las situaciones de la guardia en muchos casos debe actuarse **con pocos datos y frente a la incertidumbre**. Es así como toman importancia las formas en las que se registra y comunica aquello que sucede con los usuarios. Los instrumentos utilizados para el registro en la guardia son tres. El primero es lo que los entrevistados llaman "el libro de activas", se trata de un libro en el que cada usuario que llega a la guardia es registrado por cualquiera de las disciplinas que intervienen, aclarando en unas breves palabras las causas y el resultado de la consulta. Para los usuarios que quedan internados se abre una historia clínica, en la que cada profesional transcribe y analiza con mayor detalle la situación. Por último, los/as trabajadores/as sociales exclusivamente, utilizan para el registro de sus intervenciones las historias sociales. Las herramientas mencionadas implican el riesgo de utilizarse únicamente como un mero acto administrativo, configurando lógicas en las que *"queda expresado en la toma de aquellos datos, sin una interpretación global y superadora de lo que se conoce"* (BRUNI, 2012: 3). Esta

situación, puede derivar en una interpretación de *“la vida social del sujeto como una línea continua sin variaciones posibles, cerrando la posibilidad a que ciertas estructuras en la trayectoria de vida se puedan vivenciar/significar de otra manera.”* (ÍBIDEM). De esta manera, las características del registro en la guardia, frente a la constante inmediatez, imprimen el riesgo de colocarse nuevamente fragmentando al sujeto de la urgencia desde las lógicas que se han descripto en los párrafos anteriores.

### **Los objetivos de la guardia y las nociones implicadas de la urgencia**

La intencionalidad del dispositivo de urgencias y los objetivos institucionales configuran en parte la acción profesional en la guardia. Se menciona en este apartado, las diferentes concepciones tanto de la guardia como de la urgencia, que se evidencian en los resultados de las entrevistas a los/as profesionales. Al respecto, dos de los/as médicos/as entrevistados/as han expresado como los objetivos de la guardia los siguientes:

*"Y resolver, resolver en el momento. Tenés que resolver en el momento. De vos depende que esa persona llegue al Hospital, no llegue, se haga algo, no se haga nada... Qué hacés en el momento."* (DR1, Médico)

*"La guardia está para cosas que ponen en riesgo tu vida en este momento (...). La guardia es para tratar lo urgente de este momento y que se siga por ambulatorio."* (DR2, Médica)

Asimismo, respecto a las nociones de urgencia, se plantea:

*“(la urgencia es) algo que corre peligro tu vida.”* (DR2, Médica)

En los profesionales de la medicina, se encuentran claramente delimitadas las nociones de la guardia como el lugar de la resolución inmediata y de la urgencia como aquello que pone en riesgo la vida, evidenciando la lógica organizacional que se exponía más arriba.

A diferencia de los/as médicos/as, los/as profesionales del Equipo de Salud Mental presentan diferencias en torno a las nociones de urgencia. Algunos/as de ellos/as diferencian entre urgencia y emergencia, ligando esta última al riesgo de vida. En algunos casos, la urgencia es planteada como un momento de crisis y ruptura. Por último, se evidencian también discursos asociados a la noción médica de urgencia asimilada al riesgo de vida. Al respecto, se presentan los siguientes extractos de entrevistas:

*"En la emergencia es cuando está en riesgo la vida, y en la urgencia cuando hay un tiempo que se puede esperar, ocho horas, diez horas y no está en riesgo la vida actual."* (TS4, Trabajadora Social)

*"La urgencia es algo brusco, algo que surgió de un momento al otro y que genera una crisis en la situación del paciente. Sea de salud sea de una situación social. Después tenés lo que es la emergencia que es cuando involucra riesgo de vida".* (TS2, Trabajador Social)

*"La urgencia tiene que ver con situaciones de violencia, de maltrato, son situaciones que atentan contra la vida."* (TS2, Trabajador Social)

*"La urgencia se subjetiviza y vos tenés que volverlo al criterio de la urgencia del hospital. No es la urgencia subjetiva lo que trabaja el hospital. La urgencia y la emergencia es la urgencia riesgo de vida"* (PS12, Psicóloga)

*"Por ahí desde lo médico la urgencia es algo que haya sucedido ahora y que no tenga tratamiento por consultorios externos. Desde lo nuestro si uno se pone serio, la urgencia es otra cosa, no sería la urgencia esta sino una urgencia subjetiva de algo que se le presenta a alguien y que conmociona su mundo. Entonces esa urgencia para nosotros tendría que cobrar otra dimensión."* (PS1, Psicóloga)

Así como se menciona en párrafos anteriores, aunque no existen definiciones unívocas de urgencias, **la concepción hegemónica de ésta es aquella que la relaciona con el riesgo de vida.** Cabe resaltar sin embargo, que no hay acuerdos respecto a lo que se comprende como urgencia desde los miembros entrevistados de los Equipos de Salud Mental, así como tampoco sucede entre los/as trabajadores/as sociales. De todas maneras, sí se evidencia que emergen en estas conceptualizaciones otras dimensiones de la urgencia que el discurso médico no toma, ligadas a aquello que ha sido conceptualizado como crisis. Se expresan nociones de la urgencia subjetivizada, en relación a la conciencia individual y subjetiva de algo que urge, y la urgencia como algo que emerge y supone una conmoción para el sujeto que altera su realidad. Se evidencian entonces, aspectos de todas las caracterizaciones que se realizaron previamente, en tanto que **la urgencia puede expresarse como un suceso que deriva en la necesidad de una intervención inmediata, como evento que emerge de un momento al otro de forma intempestiva y, también, una situación que supone una crisis que transforma el curso de vida.**

Se retoma más adelante este análisis para pensar en las urgencias para el Trabajo Social (o urgencia social) y su relación con estas categorizaciones.

## **El sujeto de la urgencia y su relación con la guardia**

### **El sujeto en situación de urgencia**

Para realizar una caracterización del sujeto en situación de urgencia y entendiendo a las problemáticas en salud como procesos multidimensionales, se considera pertinente hacer mención al contexto político, económico y social de la región en los últimos años. Como consecuencia de **la globalización y el neoliberalismo**, que comienza hace algunas décadas pero se encamina a una profundización desde hace dos años en Argentina, las condiciones objetivas de vida de los sujetos se ven trastocadas. Siguiendo a Alfredo Carvalledo, se produce *“una crisis de los espacios de socialización, como la familia, el barrio, la escuela, la universidad, el trabajo”* (CARBALLEDA, 2008: 1) y que esta crisis se expresa también en *“lugares de construcción de subjetividad, de transmisión de pautas, códigos, identidades y pertenencia”* (ÍBIDEM). Se da lugar a la lógica individual mercantil de competencia, que entiende al otro como amenaza, configurando relaciones violentas en la lógica de la sobrevivencia. Los derechos colectivos dejan paso a los derechos individuales. Se construyen entonces, a partir de las nuevas expresiones de la cuestión social<sup>1</sup>, lo que Alfredo Carvalledo denomina **Problemáticas Sociales Complejas**. *“Las problemáticas sociales complejas son transversales, abarcando una serie de problemas que se expresan en forma singular en la esfera del sujeto”* (ÍBIDEM: 3). Se manifiestan como situaciones que exceden las lógicas clasificatorias unívocas y rígidas y que implican diversas problemáticas que se superponen y se complejizan. Se trata entonces de entender a las problemáticas de los sujetos actuales como multideterminadas, y con dimensiones que abarcan diferentes esferas de la vida social.

Teniendo en cuenta esta particularidad, emerge un sujeto que requiere de una intervención compleja y transversal que ya no se ajusta a los viejos mandatos institucionales que intervienen desde la lógica de abordajes uniformes y preestablecidos. En palabras de Carballada, *“irrumpe en este contexto ese **sujeto inesperado**, constituido en el padecimiento de no pertenencia a un todo social, dentro de una sociedad fragmentada que transforma sus derechos subjetivos en una manera de*

---

<sup>1</sup> Se entiende a la cuestión social como *“la totalidad de problemas políticos, sociales y económicos que el surgimiento de la clase obrera colocó en la constitución de la sociedad capitalista. Así, la cuestión social está fundamentalmente relacionada al conflicto entre capital y trabajo.”*(FERNÁNDEZ SOTO, 2001:3)

*opresión que se expresa en biografías donde sobresalen los derechos vulnerados”* (ÍBIDEM: 2).

Los sujetos de la urgencia, mayormente son sujetos que llegan a las instituciones del Estado cuando han atravesado largos períodos de vulneración de derechos, y en algunos casos también tienen un largo recorrido institucional, instituciones de las que se han visto expulsados o en las que no han encontrado respuesta a sus problemáticas. Al respecto, Paula Retamal (2014) describe a los sujetos de la guardia de la siguiente manera: *“Gran parte de los usuarios viven en situación de pobreza extrema. Muchos relatan ausencia de redes familiares y sociales de contención y apoyo. Historias de violencia familiar, desamparo. Falta de sentido asignado por ellos mismos a sus vidas que les posibiliten construir un proyecto.”* (RETAMAL, 2014: 351)

Las instituciones, como ejecutoras de las políticas públicas, a la par de no poder dar respuesta a estos nuevos sujetos, se transforman también desde la lógica mercantil del neoliberalismo. Se asiste a una reproducción de intervenciones desde la lógica de la urgencia que abordan las problemáticas en el momento en el que se formula la urgencia como aquello que se vuelve intolerable cultural y simbólicamente. Las instituciones se vuelven paliativas y de problemáticas que el Estado no logra abordar en sus mediaciones, o desde sus expresiones previas. En este contexto, los sujetos/usuarios de las instituciones, acceden a ellas cuando la inminencia reclama atención, cuando ya no hay posibilidad de continuar con la cotidianidad.

En los relatos de los/as médicos/as entrevistados/as se describen a los sujetos que acuden a la guardia de la siguiente manera:

*“Personas en abandono en vía pública, situación de calle... que en realidad, si te ponés a hilar fino tiene cuestiones médicas. Desde abandono: infecciones, escaras, desnutrición, mala alimentación. Porque en realidad no es algo de urgencia clínica, pero bueno, sabés que si el tipo sigue en la calle no va a tener ninguna resolución. Tiene que venir al Hospital.”* (DR1, Médico)

*“Mucha gente que viene con algún problema, pero en realidad por falta de medicación por ejemplo, porque no lo puede pagar, gente que no tiene casa, gente que viene con un montón de comorbilidades porque hace un montón que no come (...). La mayoría de los pacientes vienen también con un problema social. Ya sea desde que no tienen casa hasta que no pueden conseguir la medicación, o gente que tiene un problema que quizá uno como médico... o sea, médico clínico digo, no puede resolver.”* (DR2, Medica Clínica)

*“Más que nada en un Hospital Público porque hay muchas situaciones de... eeh... de abandono, vulnerabilidad social. La verdad que... y más cómo están las cosas ahora. Hay muchos pacientes que están en situación de calle y que no pueden hacer tratamiento.” (DR3, Médica Clínica)*

*“Nosotros quizá los clínicos somos más de enfocarnos en lo orgánico y bueno: no tenés nada, y lo que tenés es nervioso. Y a veces la gente viene con un montón de problemas más, y nosotros no estamos formados para eso.” (DR2, Médica Clínica)*

En los discursos de los/as tres médicos/as entrevistados/as, se remarca la complejidad de las problemáticas que reciben en la guardia, dando muestras de que el abordaje de la salud se compone también de otras dimensiones de la vida cotidiana de los usuarios. Se evidencia el particular perfil de los/as usuarios/as de la guardia, mostrando que muchos de ellos/as son sujetos que se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad. Es de destacar que se hace referencia también a la falta de herramientas en la formación profesional de la medicina científica para hacer frente a las dificultades en la atención de las demandas y de las dimensiones sociales que en ella se presentan. Se distingue un sujeto con problemáticas que según los/as entrevistados/as “no son estrictamente médicas” pero que son alojados en la guardia. Así, **la atención médica de la guardia parece no ofrecer suficientes herramientas para abordar la complejidad de la salud que se presenta en los sectores más empobrecidos y que son usuarios del sistema de Salud Público.**

Estas urgencias se tensionan con la idea de sujeto que espera el médico y la institución en su lógica organizacional. Es una urgencia que **no se trata de un hecho acontecido e inesperado, sino que es una acumulación en el tiempo que deviene en un sujeto que llega a una instancia de urgencia en tanto que es intolerable.** Tanto para los/as médicos/as como para los/as demás profesionales de la guardia, este “*Sujeto Inesperado*” (CARBALLEDA, 2008) que padece situaciones complejas que exceden a la urgencia en tanto suceso repentino y con dimensiones que escapan a la matriz biomédica, tensiona la lógica organizacional del dispositivo, ligada al alivio sintomático y momentáneo del cuerpo enfermo, para constituir un interrogante para los equipos, y como se verá más adelante, la vacancia que habilitará otro tipo de intervenciones.

### **La guardia como trinchera: la accesibilidad como dimensión de la atención**

Se considera pertinente incluir la categoría de accesibilidad, ya que se trata de una de las dimensiones a analizar para pensar en las formas en las que los sujetos/usuarios se vinculan con las instituciones del Estado y el lugar que las guardias ocupan en esta

dinámica. Existen diversas conceptualizaciones y perspectivas en torno a la accesibilidad. Una de ellas es la que formulan Yamila Comes junto con Alicia Stolkiner (2006). Dichas autoras, abordan una concepción relacional de la accesibilidad, pensándola no ya sólo desde la perspectiva de las barreras de la institución, o sea desde la oferta, sino como una construcción que también adquiere dimensiones desde los sujetos/usuarios. Al respecto, definen accesibilidad como: *“una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse”* (COMES, 2006: 202).

Desde esta perspectiva, la accesibilidad es pensada entonces como el **encuentro entre los sujetos/usuarios y las instituciones**. Éste se ve afectado por lo que se denominan barreras de accesibilidad, se trata de diferentes dimensiones que funcionan como límite de ese encuentro, produciendo el no acceso o el acceso limitado de los sujetos a los servicios o instituciones del Estado. Dichas barreras de accesibilidad pueden clasificarse en: geográficas, económicas, administrativas, culturales y simbólicas, en función de la naturaleza del impedimento. Respecto a esta última, resulta necesario resaltar la cualidad de esta barrera. Desde la perspectiva relacional la accesibilidad, no sólo se trata de los significados y discursos que emergen desde las instituciones, sino que los sujetos que en muchos casos han sido protagonistas de trayectorias de expulsión de estas instituciones, producen significados y representaciones en torno al acceso a los servicios del Estado que operan como barreras de accesibilidad. Al respecto, Comes señala: *“los servicios son productores de discursos que se entraman en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modo de acercamiento y utilización”* (COMES, 2006: 203).

Así, frente a las barreras de accesibilidad, el dispositivo de urgencias emerge como una **“trinchera”**, entendiéndola como una primera línea de encuentro, pero también como un espacio violento y de tensión, como el receptáculo de lo que se presenta y se vive como caótico. Esto sucede en diversos aspectos: en tanto espacio que interviene sobre problemáticas que no llegan a otros servicios, como primera puerta de acceso al sistema de salud, y como el lugar que aborda las situaciones más agudas. Estas características particulares del dispositivo de urgencias, se expresan en los siguientes relatos de los miembros de Equipos de Salud Mental:

*“Los pacientes hospitalarios son pacientes que tienen que soportar. Tienen que soportar la demora, el no turnos, tienen que soportar. Hay, digamos pacientes que*

*por algún motivo están padeciendo, padeciendo algo, padeciendo a veces su angustia agregado a los intentos fallidos de tratamiento porque las instituciones no tienen turno, no tienen cama, no tienen médico, no tiene psicólogos, no tienen no tienen no tienen.*“ (PSI1, Psicóloga)

*"Porque muchas veces acá...bah en todos los hospitales ahora, hay tiempos con mucha dilación, están dando turnos para julio a pacientes con crisis de angustia importantes, no pueden esperar dos meses. "* (PSI2, Psicóloga)

*“Se está dando mucho que la mayoría de las consultas tienen que ver con un mal sistema ambulatorio. Entonces nos llegan un montón de cosas por guardia que en realidad serían para resolver en un ambulatorio (...). La persona llega como con cierta emergencia pero porque no pudo acceder a una consulta anterior. Muchos pacientes vienen, a veces aunque nos de bronca, bronca en el sentido de “uh este viene a la guardia y esto que le pasa no es una situación de guardia”, por algo llega esa persona porque en general es expulsado de todos los otros dispositivos.”*(PSIQ1, Psiquiatra)

*"Nosotros somos como una primera barrera, porque hay muchas cuestiones que no llegan a la planta porque nosotros las vemos en la guardia. Problemáticas que después se siguen desde la planta, pero que se inician en la guardia. El Hospital es como un santuario, eso es lo que a mí me gusta, porque es el único lugar... porque la iglesia cierra las puertas a las 8 de la noche (...). Los únicos dos lugares en el mundo que están abiertos todo el día son la policía y los hospitales. Y el Hospital... la gente que tiene frío, que necesita un baño, que necesita un lugar con luz, que quiere estar en contacto con la gente, viene a la sala de espera. Es el único lugar que no le va a cerrar las puertas.”*(TS2, Trabajador Social)

Según lo desarrollado, la concepción relacional de la accesibilidad permite pensar cómo estas barreras no sólo se dan en función de la forma expulsiva en la que actúan las instituciones, sino que también se ven reflejadas en los significados y representaciones que operan sobre los usuarios provocando que **accedan a un tratamiento para su salud cuando la gravedad de la situación es inminente, o que lo hagan en el dispositivo que aún no siendo acorde para lo que necesitan, es el lugar en el que la atención está siempre garantizada.** Al respecto, fue frecuente en esta investigación, escuchar frases como “vienen para cosas que no son urgencias”, y cabe preguntarse si la razón de la elección de estos dispositivos como modalidad de atención por parte de los usuarios, no tiene que ver con la falta de oferta y las barreras de accesibilidad de aquellos que deberían haber operado previamente. Así, en muchos casos, **la demanda parece no estar ajustada a la funcionalidad del dispositivo,** y esto se debe, en algunas ocasiones, a que se produce una falla en la atención ambulatoria que debió ser previa a la situación de urgencia o la dilación en la oferta de turnos en dispositivos intermedios.

## **Trabajar en la guardia**

### **El sueño y la afectación subjetiva**

Para cada día de la semana, hay un equipo de profesionales de la salud que tiene una jornada laboral de 24 horas, ingresando a las 8 a.m. Teniendo en cuenta algunas características de la guardia, no pueden dejar de mencionarse las consecuencias del impacto emocional y la afectación subjetiva que supone para los profesionales el estar “en” y “de” guardia, en tanto ocupar un espacio físico particular durante un día, y en un rol profesional que implica estar dispuesto a resolver e intervenir en las situaciones críticas que se presentan. *“El horario por guardias, fuera de las horas normales del día, es un tema que cobra importancia, ya que son muchas las implicaciones que esto trae como consecuencia en la salud física y mental de quienes la realizan”.* (DESCHAMPS PERDOMO y OTROS, 2011: 224)

La guardia se conforma no sólo como espacio en donde se trabaja, sino también uno en donde se vive durante un día completo. Respecto a la jornada de 24 horas, en los discursos de algunos/as profesionales entrevistados/as surge la cuestión de la **posibilidad o imposibilidad del sueño**. Al respecto, los/as profesionales del Equipo Interdisciplinario de Salud Mental expresan:

*“No todas las guardias, ni todas las especialidades tienen los mismos ritmos. Lo nuestro... somos como únicas en la especialidad, entonces al no tener... tenés un equipo, pero es un equipo que a veces como son dos traumatólogos se turnan. Lo nuestro como es un equipo, en cualquier momento nos pueden llamar, a la noche... No tenemos el turno que tienen los demás”.* (PSI1, Psicóloga)

*“Se me hace más tedioso cuando tuve un día largo de trabajo, y entonces a las dos tres de la mañana nos llaman, ahí verdaderamente cuesta atender. Y en esos momentos a veces uno comete las negligencias más graves porque estaba dormido y entonces uno quiere zafar. Entonces hay algo del cansancio que se juega.”* (PSI1, Psicóloga)

*“Te puede tocar una guardia donde te cayó un solo paciente, me ha pasado, te quedás observando la pared, o mirando tele, o te abrís un libro, te tomás un café con una compañera, boludeás, te ponés a leer un libro (...) Así que si podés, dormís. Porque nunca sabés. Vos podés decir la guardia vino re tranquila, y te cae un quilombo de casos. Y hay guardias donde paré una sola vez para poder ir al baño y me quedé sin comer, me quedé sin cenar, me quedé sin dormir, me despertaron de nuevo a las 3 de la mañana.”* (TS2, Trabajador Social)

*“En vez de trabajar varios días a la semana, trabajamos varias horas de corrido y en un ambiente de mierda, sin dormir, sin comer a veces, sin poder ir al baño, pero*

*tenés la cantidad de horas concentradas y tenés un plus por urgencia". (TS2, Trabajador Social)*

Se evidencia en los extractos precedentes, que el descanso y las dificultades del sueño son una situación que aqueja a los/as profesionales. Como se menciona en el primer extracto de entrevista, si bien todas las profesiones trabajan sobre la urgencia, la dinámica de descanso del Equipo de Salud Mental (ESM) es distinto al de los/as médicos/as. Cada especialidad médica tiene en el equipo de la guardia más de un profesional, de modo que se produce una organización en la que se dividen por turnos para descansar. Esto no sucede para los miembros el ESM, quienes son los/as únicos/as de su especialidad en la guardia. Los/as médicos/as, al respecto, mencionan:

*"Se puede descansar porque dividen los turnos para que uno pueda dormir unas horas". (DR2, Médica Clínica)*

*"Sí, sí podés descansar (...). En los turnos que hago yo se trabaja mucho pero después podés dormir bien". (DR3, Médica Clínica)*

A estas características particulares respecto al sueño durante el trabajo en la guardia, se suman aquellas que se expresan como **la agudeza o criticidad de las situaciones de intervención, la violencia que siempre existe como potencial y el ritmo laboral que impone la guardia**, haciendo que el trabajo allí adquiera ciertas dimensiones particulares que afectan a sus trabajadores/as. Esto se evidencia en los discursos de los/as entrevistados/as del ESM, quienes entre sus relatos mencionan:

*"Si vos querés laburar al ritmo de la planta estando en una guardia es como mandarte a la autopista en un triciclo. Te van a pasar por encima. No podés. Tenés que activar, porque hay veinte pacientes en la sala de espera que están cada vez más enojados." (TS2, Trabajador Social)*

*"Entonces no es un día de shopping. Está bueno que descansemos también porque lo merecemos. Porque nos hemos ido con situaciones heavy. También es calidad de vida para nosotros (...). A mí me afectó bastante en lo personal ver que muchas situaciones uno se queda por ahí sin saber bien qué va a pasar (...). Todo eso a uno psíquicamente también le hace muy mal. Te súper moviliza". (TS3, Trabajadora Social)*

*"A veces está bueno poder olvidarse un poco, porque no es como la planta que vos lo ves desde que llegó hasta que se va. Acá estás recibiendo pacientes todos. Y si no te olvidás y te lo llevás a tu casa... Esas guardias que son muy complicadas, que te vas de la guardia y estás en tu casa tomando un mate y tenés la guardia acá (señala su cabeza), y te quema la cabeza." (TS2, Trabajador Social)*

*"Lo que menos me gusta (de la guardia) es lo que pasó esta mañana, cuando se muere un bebe. En el momento, yo siento que me disocio, hago todo lo que tengo que hacer, pero después es terrible. Es una sensación imbanicable."(PSI2, Psicóloga)*

*"Acá vemos muchas situaciones de riesgo, ves pacientes que son violentos, pacientes que son adictos, gente que está intoxicada y no sabe lo que hace, psicóticos paranoides que de repente te dicen "veo el diablo en vos" y pueden sacar un cuchillo y querer clavártelo (...). Por eso entrevistamos con la puerta abierta al principio (...). Te pueden sacar un chumbo, te pueden querer cagar a piñas. Hoy a la mañana tuvimos un bebé que lo trajeron y se murió ahogado, y estuvimos conteniendo a la mamá, al papá, dándoles la noticia. Y vos tenés gente que llora, gente que se tira al piso, gente que empieza a querer romper todo, gente que te culpa a vos. Gente que agarra el bebé muerto como nos pasó hoy, y no lo quiere soltar, porque dice que está vivo y está vivo, y que vos le sacaste los órganos para venderlo." (TS2, Trabajador Social)*

En los discursos precedentes se expresan consecuencias en la subjetividad de los/as profesionales del Equipo de Salud Mental respecto a las condiciones cotidianas del trabajo en guardia. Se evidencian situaciones que producen un fuerte impacto en los/as trabajadores/as, así como la violencia que está siempre presente como potencial, y esto sumado al ritmo constante del trabajo.

La guardia es un espacio singular, en sí mismo "convulsionado", donde la sensación por el movimiento constante (de personas, sentimientos, imágenes, intervenciones, reflexiones) establece un encuadre particular. Así, **se destaca cómo los turnos de trabajo que son muy prolongados o irregulares, junto con situaciones de vulnerabilidad y el constante contacto con situaciones agudas de violencia o padecimiento, pueden afectar la salud y el bienestar psico-social del trabajador.**

Otro de los aspectos que cabe mencionar de los extractos anteriores, es la cuestión de la imposibilidad del seguimiento. La atención por guardia tiene como una de sus principales características la intervención sin la posibilidad de continuar una evaluación a largo plazo o, al menos, saber qué sucedió con el/la usuario/a. Esta dimensión de la atención por guardia es valorada de diferente manera por los/as entrevistados/as de los Equipos de Salud Mental. Algunos de ellos/as han manifestado que lo que otorga la posibilidad de "olvidarse un poco" es el hecho de no estar vinculado al futuro de ese usuario, otra profesional ha mencionado que el no saber qué sucedió finalmente, le produce angustia. En tanto que el resto de los/as profesionales médicos/as, han expresado un escenario diferente.

*"No sabés qué puede pasar. Uno en un consultorio, más o menos, tiene un seguimiento, tiene una idea, sabe qué esperar. En la guardia no sabés."*(DR1, Médico)

*"Lo que tiene de bueno la internación y el trabajo en sala es que tenés un seguimiento multidisciplinario que quizás en la Guardia por ser algo más caótico, no te lo permite".* (DR2, Médica)

Y ambos concluyen luego:

*"No sé si es adrenalínico, pero es divertido, interesante...la palabra que quieras"* (DR1, Médico)

*"Me gusta porque es más resolutivo, más...Me gusta más la acción. Me gusta más lo que es la inmediatez y así, resolver."* (DR2, Médica)

Así, los/as profesionales entrevistados/as valoran de forma diferente las situaciones que suceden en la guardia. **Mientras que los miembros del Equipo de Salud Mental, comúnmente descansan menos y expresan angustias por algunos aspectos de su cotidianeidad laboral allí, los/as médicos/as entrevistados/as organizan horarios de descanso y valoran positivamente el ritmo de la guardia.** Esta valoración dispar en términos del sufrimiento que puede causar el trabajo en guardia, puede tratarse de la diferencia en las problemáticas de abordaje de los/as profesionales mencionados o también de la diferente matriz interpretativa que portan estas disciplinas. La lógica médica de interpretación de la salud, parece intervenir sobre el dolor físico y su formación implica cierta disociación entre éste y el sufrimiento subjetivo. En cambio, puede pensarse que el dolor subjetivo al que se enfrenta el Equipo de Salud Mental, y su formación, que en la mayoría de los casos implica una valoración más compleja de los fenómenos que atraviesan las personas, permite que se produzca esta permeabilidad y sensibilidad respecto a lo que les sucede a los sujetos que atraviesan la guardia. Los/as profesionales de la medicina parecen más habituados/as a la lógica de la guardia, seguramente porque tal como se menciona al inicio, la lógica organizacional del dispositivo responde a la matriz biomédica.

En términos generales, se resaltan las cuestiones que describen a la guardia como un espacio particular de trabajo: la jornada de 24 horas que en algunos casos impide el descanso, el ritmo veloz y constante de trabajo, la agudeza de las situaciones de intervención, y las situaciones de violencia que se presentan. Todo esto conlleva un impacto subjetivo en los/as trabajadores/as de la guardia, y se expresa en mayor medida en los/as profesionales de los Equipos de Salud Mental.

## **Vivir la guardia: el aprendizaje y el contacto con los/as otros/as**

En tanto espacio de trabajo, de las entrevistas realizadas se evidencia también que los profesionales del Equipo de Salud Mental valoran la variedad de situaciones que se presenta en la guardia. **Lo inesperado y la sorpresa**, se mencionan ahora como una característica favorable del dispositivo donde trabajan, desde la perspectiva del **aprendizaje y la profundidad** de cada intervención. Al respecto expresaron:

*"Esto es muy rico, porque cada guardia es un desafío. Eso me apasiona, yo me tendría que jubilar y no me quiero jubilar ni a ganchos. Cada situación, cada intervención con un compañero es una manera diferente. Me parece riquísimo."* (PSI2, Psicóloga)

*"Se ven patologías, que no se ven en otro lugar (...) si no estás en la guardia no lo ves".* (PSI2, Psicóloga)

*"En la guardia siempre hay cosas que te sorprenden (...). Las cosas que nunca pensaste que ibas a ver. Las cosas más locas que se puedan imaginar, te pueden pasar acá (...). Es distinta a todo. Pero te hace crecer un montón, eso está bueno. Aprendés muchísimo en la guardia, y trabajás mucho y creo que mucho más que en la Planta."* (TS2, Trabajador Social)

La guardia se muestra así como el lugar de lo sorpresivo, de lo inesperado, por la variedad de situaciones que se presentan, pero también por las características de los sujetos, la complejidad de las problemáticas que los atraviesan y la intensidad del trabajo. Esto es percibido de manera positiva, como un desafío y una instancia de aprendizaje continuo.

Por último, en tanto espacio social, la jornada de 24 horas implica también cierta dinámica de relación entre los/as profesionales. No sólo se comparte la jornada laboral, se comparte un día completo en el que, en tanto sujetos, se relacionan a nivel personal. Se rescata de las entrevistas:

*"Con los médicos, con los otros al compartir esta cotidianeidad, te une mucho a la gente. Te ven dormido, te ven el día que estás triste, el día que te peleaste con tu novia, el día que te duele la panza, te ven dormido, si te lavaste los dientes... es como que todos saben que podemos estar cansados, que podemos tener un mal día, pero somos un equipo."* (TS2, Trabajador Social)

*"Yo estoy muy integrada al grupo, por consiguiente lo tomaría como que son mis amigos. No es que "uhhh tengo que trabajar con los compañeros de trabajo". Los siento como más cercanos (...). Hoy puntualmente iba a haber una cena en conjunto, pero dado el volumen de trabajo, no. Si, se suelen hacer sino."* (TS1, Trabajadora Social)

De este modo, a las características del trabajo en guardia que se han mencionado, se puede incluir cierta dinámica de compartir lo cotidiano que produce que aquellos/as que forman parte de una misma guardia se vinculen en paralelo a lo laboral. Así, la guardia es también un espacio de intercambio desde lo personal, de vínculos que se producen desde la exigencia de una convivencia de 24 horas.

### **A modo de cierre del capítulo**

En el capítulo que aquí finaliza, se han abordado las principales características de la guardia que en tanto dispositivo de urgencias configura la construcción de la acción profesional allí. Tanto las características generales, lo central de su lógica organizativa, la configuración de la guardia desde sus sujetos / usuarios, así como las particularidades de la guardia en tanto espacio de trabajo y las consecuencias subjetivas y laborales que los/as profesionales enuncian frente a esto. La guardia se muestra como un dispositivo con una lógica ligada a lo biomédico, pero con sujetos/usuarios que ponen en tensión esta lógica desde la expresión de problemáticas de mayor complejidad y multidimensionalidad. Tanto los objetivos como las nociones de urgencia, tensionan esta realidad compleja y contradictoria del trabajo en guardia, abordando diferentes interpretaciones de parte de los/as profesionales. La guardia se presenta como un espacio de trabajo de 24 horas, que combina la posibilidad de falta de sueño, la inmediatez y la velocidad de trabajo, la complejidad y agudeza de las situaciones de intervención, junto con la violencia como un marco siempre presente. Sin embargo, es también el espacio del aprendizaje y del encuentro cotidiano con otros/as.

El capítulo siguiente se aproxima al ejercicio del Trabajo Social, indagando respecto a cómo se construyen los Equipos de Salud Mental en la guardia. Estos equipos, consolidados a partir de la incorporación de esta disciplina, alojan todas las problemáticas y sujetos que la medicina deja por fuera de su matriz de interpretación, promoviendo a la vez una ruptura con el modelo de intervención imperante en ese espacio.

## **Capítulo 2: Los Equipos de Salud Mental de las guardias hospitalarias**

*“en algún punto también te fusionás con otro profesional”*

*(Extracto de entrevista a Trabajadora Social)*

El capítulo que aquí comienza se refiere a la conformación de los Equipos de Salud Mental de las guardias hospitalarias. En tanto que los/as trabajadores/as sociales enmarcan su accionar en dichos equipos, se abordan en este capítulo las características de su conformación, su organización y las dinámicas de abordaje e intervención. Se realiza una breve descripción de las modalidades de abordaje de Salud Mental y las categorías en disputa, y se efectúa una descripción en torno a las normativas que dan lugar a la emergencia de estos equipos en las guardias. Se indaga respecto a cómo se ha dado esta conformación en el Hospital Álvarez, que tuvo la particularidad de contar con especialistas de la Salud Mental previamente a la conformación de los Equipos de Salud Mental. Sin embargo se considera que la incorporación de los/as trabajadores/as sociales trajo consigo la necesidad de construir nuevas dinámicas, objetivos del equipo y metodologías conjuntas de abordaje. Se analizan esos objetivos en función de los resultados de las entrevistas y se construyen los ejes principales de lo que podría considerarse la metodología de urgencias. Se analiza, por último, las formas de relación entre los miembros de los equipos, dejando planteados algunos interrogantes en torno a la interdisciplina en la guardia.

### **El campo de la salud mental: las tensiones y sus resultados en las leyes**

#### **Los modelos y categorías en disputa**

El dispositivo por excelencia para el abordaje de la salud mental ha sido, hasta hace pocos años y con una relativa vigencia, el manicomio, recluyendo allí a todo el/la que representaba un riesgo para el progreso y equilibrio social, estableciéndose parámetros de normalidad y anormalidad. Las intervenciones se encontraban ligadas a estrategias normalizadoras con los sujetos, cuyas conductas no se ajustaban a las esperadas socialmente, excluyendo a quienes podían resultar una amenaza para orden social. En palabras de Emiliano Galende (1983), a mediados del siglo XX, se funda la Psiquiatría como disciplina médica y el loco pasa a ser enfermo, el tratamiento del éste se realizaba en torno a la situación de encierro, lo que asocia desde sus inicios a la Psiquiatría con el manicomio. La locura se ubica como objeto de conocimiento, asimilándola con el

desorden y los excesos, poniendo en el lugar de la razón al médico y de la sinrazón al alienado, entonces *“la práctica alienista (...) pone la razón y el poder del lado del psiquiatra”*. (GALENDE, 1983:429). *“Se excluye, encierra y custodia en nombre de la ciencia y la verdad.* (ÍBIDEM, 430). El manicomio permitía mantener un saber que se ejerce como poder sobre el comportamiento de los sujetos en condiciones especiales, entre las cuales este autor menciona: el encierro forzoso, métodos violentos de contención, ligaduras a la cama y chalecos de fuerza, entre otras. Se invisibilizaban así los aspectos sociales y políticos de la locura.

En el mismo siglo y a partir de la Segunda Guerra Mundial, suceden algunos hechos claves que permitirán repensar los abordajes en torno a la salud mental. En primer punto la *“guerra había dejado como secuela un aumento masivo de sujetos neuróticos y psicóticos”* (GALENDE, 1983: 435). Por otro lado la guerra *“trae aparejado un cuestionamiento profundo sobre lo humano y la cordura, las fronteras entre la razón y la locura son puestas en crisis”* (ÍBIDEM). Siguiendo a este mismo autor, comienza a gestarse, en la década del 60 la llamada Revolución Psiquiátrica, que promovía principalmente las socio terapias, las comunidades terapéuticas y los modelos grupales para el abordaje de la salud mental. En este mismo período, comienza también, la instauración de los Estados Benefactores en el mundo occidental y una concepción expandida – universal sobre los derechos humanos, que contribuía al desarrollo de estas perspectivas anti psiquiátricas, que cuestionaban las lógicas convencionales de la disciplina que obviaba los aspectos socio-económicos de los padecimientos mentales. La Psiquiatría, como especialidad médica, estuvo y está atravesada por la lógica del modelo médico y psiquiátrico dominantes, imperando una forma biologista y reduccionista de entender las “enfermedades” mentales, en la cual básicamente la salud mental es un fenómeno determinado por componentes biológicos.

Como se menciona en apartados anteriores, hacia fines del siglo XX se instauraron los regímenes denominados neo-liberales en el mundo occidental. En este contexto la concepción de sujeto como ciudadano, se empieza a desplazar por la idea de sujeto como consumidor. El sujeto consumidor vive en un contexto de vulnerabilidad de sus derechos en donde las instituciones estatales se retrotraen, la seguridad social y los derechos laborales se ven disminuidos. Respecto al tratamiento de la salud mental, las medidas económicas de estos regímenes fomentan el mercado de la industria farmacéutica, promoviendo la medicalización. En el marco de estas tensiones y

discusiones, particularmente en Argentina, con la instauración de modelos nacionales y populares, los movimientos contra hegemónicos de la salud mental, encuentran la posibilidad de una mayor visibilización y con ella mayor participación en los ámbitos de decisión política, logrando disputar las formas de entender el concepto de salud mental e incorporando nociones de las ciencias sociales complejizando su análisis y abordaje. Con la sanción de las últimas leyes de salud mental se habilitó la posibilidad de pensar alternativas a las intervenciones hegemónicas, aunque cabe resaltar que todavía persiste la lógica de abordaje desde el modelo psiquiátrico y médico hegemónico. Al respecto Retamal plantea que *“cualquier alternativa transformadora se da en contextos históricos y sociales donde se entretajan saberes, poderes y prácticas. En este caso se trata de la disputa por la hegemonía en el campo de la salud mental. (RETAMAL, 2014: 335).*

Cabe resaltar que a lo largo de los años, y en el contexto de estas tensiones, se han ido desarrollando diferentes nociones respecto a las formas de nombrar los diversos padecimientos de la salud mental. Las diferentes nociones, en palabras de Faraone, *“involucran dimensiones históricas, sociales, económicas, morales y epistemológicas que impactan diferencialmente en la construcción de práctica en el campo de la salud mental” (FARAONE, 2013: 30).* Desde esa perspectiva se considera pertinente incluir algunos de los términos más destacados y que han sido hegemónicos en este campo, repercutiendo así en las prácticas realizadas. La categoría de enfermedad mental está vinculada al encierro y al proceso de diagnóstico médico de la psiquiatría tradicional, esta expresión manifiesta la tensión dicotómica entre salud/enfermedad mental. Circunscribe al sujeto a la mediación de la biomedicina, lo deja vinculado al carácter médico y al ámbito hospitalario determinado por lo curativo y terapéutico (ÍBIDEM). La noción de trastorno mental *“no tiene límites precisos y posibilita nuevas interpretaciones acerca de las prácticas, comportamientos, actitudes, etcétera, de los sujetos individuales y sociales sobre los cuales interviene específicamente el campo de la salud mental” (FARAONE, 2013: 33).* Ubica al sujeto como portador de un síndrome, redefine el concepto de lo normal y lo patológico, pero permitiendo encontrar nuevas formas de control social y terapéuticas relacionadas con el encierro y la medicalización. Por último, el padecimiento mental o subjetivo se vincula con el marco del respeto por los derechos humanos, sociales y políticos. Vinculado a *“una ruptura epistemológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental” (ÍBIDEM: 36), ésta*

noción irrumpe con las concepciones del modelo psiquiátrico hegemónico. Permite vincular los procesos de la salud mental al tejido social, entendiéndolos como atravesados por los contextos sociales e históricos, y no sólo restringidos a las categorías rígidas de enfermedad y patologías. Estas diversas enunciaciones del campo de la salud mental emergen de las tensiones y conflictos propios de este campo y que superan las discusiones en torno a las categorías, promoviendo transformaciones en los diagnósticos, tratamientos y en la diversidad de abordajes.

Históricamente la locura ha sido una justificación para intervenir sobre los cuerpos, disciplinando a los sujetos que la padecen, estigmatizándolos y excluyéndolos. Muchas de las formas de los abordajes y sus consecuencias perduran en la actualidad. Es por esto que se resalta la importancia de la promulgación e implementación de las Leyes 448 y 26.657 y, como habilitadoras de un abordaje integral de los padecimientos mentales en clave de los derechos humanos y promoviendo la posibilidad de un abordaje por fuera de las instituciones de encierro que permitan ir transformando al “loco” en un sujeto de derechos.

### **Breve recorrido sobre las Leyes de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires y Nacional**

En los últimos 17 años, en Argentina, se han sancionado dos leyes, una nacional y una de Ciudad de Buenos Aires, referentes a la salud mental. Si bien no son las únicas leyes sancionadas respecto al campo de la salud mental, a efectos de este trabajo se tomarán únicamente estas dos. Estos cuerpos normativos resultan de gran importancia, ya que se enmarcan en un acontecimiento social que promueve el abordaje de problemáticas asociadas al padecimiento subjetivo y de uso de drogas integrando nuevas formas de nominar, perspectiva de derechos y formas de abordaje que incluyen dispositivos por fuera del ámbito hospitalario y en el marco de un abordaje de redes, intersectorial e interdisciplinario.

En el año 2000 se sanciona en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires la Ley 448, denominada “Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires”. Reglamentada luego en el año 2004, reconoce a la Salud Mental *“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 medio ambiente 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” (LEYN° 448, 2000).* Dicha definición de la salud mental implica un avance en tanto incluye dimensiones sociales, históricas y culturales, y vincula el derecho a la Salud Mental a la garantía de los derechos sociales, y a una perspectiva integral de la salud. Dicho marco normativo dispone también como principio de la garantía del derecho a la salud mental *“La intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental” (ÍBIDEM).* Al respecto, esta **Ley determina la existencia de Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental en todas las guardias de los Hospitales Generales de la Ciudad. Dichos equipos, estarán compuestos por profesionales de las disciplinas de Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social.** Si bien esta Ley promueve el abordaje interdisciplinario e intersectorial, y propone la internación como recurso sólo cuando no sean posibles abordajes ambulatorios, no es concluyente en la limitación de las formas y tiempos de internaciones, ni del uso de medicación.

La Ley Nacional 26.657 se sanciona en el año 2010. Su lógica se centra en la perspectiva de Derechos Humanos para los sujetos con padecimientos mentales. Tiene por objeto *“asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental...” (LEY N° 26.657, 2010).* En ésta se concibe a la salud mental 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 derechos humanos y sociales de toda persona” (ÍBIDEM).* Por otro lado, dentro de la ley, las internaciones son consideradas *“un recurso terapéutico de carácter restrictivo y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables (...). La internación involuntaria de la persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional (...) sólo podrá realizarse cuando a criterio de equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.” (ÍBIDEM).* Cabe agregar que en la ley se propone trabajar con un abordaje integral que consta de un equipo interdisciplinario que intervenga teniendo en cuenta los derechos establecidos en la ley. Esta Ley, a diferencia de la 448 de la CABA, determina que todo lo que ella

dispone en torno al tratamiento de padecimientos subjetivos, aplica para el abordaje de problemáticas ligadas al consumo de drogas. Al respecto, en su artículo N° 4, expresa *“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”* (ÍBIDEM).

Si bien ambos marcos normativos tienen sus diferencias, se destaca que en el espíritu de ambas leyes se encuentra como eje principal la garantía de derechos de las personas, nominaciones del padecimiento subjetivo que ya no lo asimilan a la peligrosidad o a la lógica binaria de salud/enfermedad, integración de dimensiones sociales a los padecimientos, y la propuesta de abordajes alternativos a los hegemónicos.

### **Los Equipos de Salud Mental en la guardia del Hospital Álvarez**

#### **La construcción de los equipos en la guardia: recorrido de legitimación**

Como se ha mencionado la Ley 448 dispone que en todo el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, deben existir Equipos interdisciplinarios de Salud Mental (ESM) en las guardias de los Hospitales Generales. Los ESM se efectivizan en las guardias a partir del año 2008, ocho años después de la sanción de la Ley. Si bien algunos hospitales ya contaban con psiquiatras o psicólogos en sus guardias, la inclusión del Trabajo Social a estos dispositivos sí es novedosa, y con éste se concluye la conformación de los ESM. El Hospital Álvarez era uno de los pocos que antes de la inclusión de los Equipos de Salud Mental según lo dispuesto por la Ley, ya contaba con psicólogos/as y/o psiquiatras en las guardias, probablemente relacionado con el hecho de que era uno de los pocos Hospitales Generales que tenía sala de internación específica para salud mental. Sin embargo, esta inclusión inicial, tampoco estuvo exenta de tensiones:

*“Antes había un poco un lugar nuestro extraterritorial (...) Extraterritorial digo, siempre éramos el Psicólogo y el Psiquiatra. Me refiero a tiempos anteriores, cuando nada más estábamos psicólogos y psiquiatras. El psicólogo era un espécimen, que no era médico. Y el médico psiquiatra era un médico, que un poco había abandonado la medicina, y no se sabía bien qué hacíamos en esto. Y había una premura de “sacáme al paciente”. (PSI1, Psicóloga)*

Según se evidencia en el extracto, la entrevistada enuncia cómo junto con el/la psiquiatra se manifestaron disputas al interior de la guardia referidas a la legitimación de ese espacio. Al respecto, se muestra que esta inclusión implica una ruptura inicial,

que luego se profundiza con la inclusión de los/as trabajadores/as sociales al Equipo de Salud Mental. Finalmente, hacia el año 2008 se da la incorporación del Trabajo Social y la efectivización de los Equipos de Salud Mental como parte de la guardia del hospital.

**Ante la incorporación de los/as trabajadores/as sociales, la dinámica de relación entre las disciplinas, que abordaban hasta ese momento las problemáticas de salud mental y que ya habían generado su propia lógica organizativa e interventiva, se vio trastocada. Es así que debieron redefinir sus objetivos, su población usuaria, sus metodologías, y las modalidades de interacción entre los/as profesionales.**

En la construcción de objetivos y sujetos de intervención del Equipo de Salud Mental se ponen en juego las problemáticas y sujetos que los médicos de la guardia consideran incumbencia del equipo, por lo que se entiende necesario en pos del análisis de esta construcción mencionar lo que los/as profesionales de la medicina detallan como problemáticas de incumbencias del equipo de salud mental. Los médicos/as entrevistados/as expresan:

*"Pacientes descompensados. O sea, que no tomaron su medicación, con brotes psicóticos, agresivos, depresivos, crisis de angustia."* (DR1, Médico)

*"Con el equipo de Salud Mental se deriva mucho a la gente que viene con algún problema, te dicen que vienen con algún dolor e interrogándolo bien quizá no es algo tan orgánico sino que le pasó una situación puntual o que viene con un problema o alguna situación de violencia familiar, o violencia laboral o algo por el estilo."* (DR2, Médica Clínica)

*"Derivo situaciones de ansiedad, de angustia, o sino porque directamente hablando con el paciente te das cuenta que tiene un compromiso psiquiátrico. Muchas veces cuando hay pacientes que están en situación de calle o tienen algún problema como por ejemplo violencia de género, o que ehhh...pasa muchas veces que hay mamás que tienen hijitos y están solas y si necesitan ahí se articula."* (DR3, Médica Clínica)

El equipo médico de la guardia, evidencia la variedad de problemáticas y sujetos que recibe el Equipo de Salud Mental. Vale aclarar que en la mayoría de las situaciones los sujetos que ingresan a la guardia, lo hacen por entender su padecimiento ligado a lo biológico y solicitan ser atendidos por médicos/as. Cuando estos profesionales entienden que se trata de situaciones que exceden a su campo de conocimiento, realizan la derivación al equipo. De este modo, en la mayoría de los casos, los/as profesionales de la medicina son los/as primeros/as en "clasificar" la problemática que se manifiesta como causa de ingreso, y si está excede su saber disciplinar, es derivada al ESM.

Además cabe señalar que los padecimientos vinculados a la salud mental históricamente han sido “expulsados” del campo de la medicina general debido a las representaciones mencionadas en párrafos anteriores, que de ella existen. A partir de, entonces, estas situaciones que superan el saber médico, y de las cuales pasó a ocuparse el ESM, es que comienza a legitimarse el lugar del Equipo de Salud Mental, que aún parece como externo a la dinámica general de la guardia. Al respecto, los/as entrevistados/as del ESM expresaron:

*“La realidad es que en general la formación del médico, con los pacientes que tienen alguna cuestión en salud mental, no saben. Yo creo que ellos (los médicos) están más tranquilos con que haya un equipo de salud mental porque se sienten la mayoría de las veces desbordados o muchas veces nos manifiestan esto: yo no sé cómo hacen ustedes con este tipo de pacientes”.* (PSIQ1, Psiquiatra)

*“Los pacientes antes nunca llegaban directamente pidiendo por un equipo, pedían por un médico clínico, y era el clínico el que te decía la frase habitual “el paciente no tiene nada”, y nos llamaba a nosotros.”* (PSI1, Psicóloga)

*“El paciente viene con una infección, o una gripe, y tiene que hacer reposo, pero resulta que no puede hacer reposo porque lo echaron del trabajo, o porque lo echaron del trabajo no puede comprar la medicación...o sea hay una demanda que excede a lo clínico y que el equipo de Salud Mental, puede intervenir sea desde el Trabajo Social, desde la Psicología o la Psiquiatría. Es como que recibe la demanda que excede a los médicos.”* (PSIQ2, Psiquiatra)

Se evidencia no sólo que los equipos comienzan a ocupar un lugar que parecía vacante ante el saber médico, sino que además la complejidad de las situaciones que la medicina abordaba, hacía emerger la necesidad de otro tipo de intervenciones. Se sucede entonces un creciente proceso de reconocimiento hacia los Equipos de Salud Mental que no es sólo por parte los/as profesionales de la medicina, sino también por parte de los sujetos usuarios que comienzan a solicitar atención directamente del equipo. Al respecto, se ha manifestado:

*“Me parece que cambió primero porque nosotros debemos haber hecho una labor de mostrar que hay algo de un trabajo efectivo, que hay un trabajo para hacer, algo de un cierto respeto al trabajo. La misma demanda de la gente, la demanda de la gente es una demanda cada vez más a lo que se llamaría entre comillas salud mental. Por otro lado, en algún sentido puede lateralizar cosas, lateralizan cosas que en algún sentido a ellos se les va de las manos y lo tomamos nosotros. Me parece que eso también ayuda. (...) Porque hay un respeto, hay una visualización del Equipo Interdisciplinario que es muy buena, dentro de lo que es el entorno de la guardia.”* (PSI1, Psicóloga)

*“Para que se den cuenta del nivel de demanda, no solo de los pacientes, si no por los pacientes que demandan mucho más que antes, por la conciencia de la salud*

*mental que en eso la nueva ley hizo como una socialización. Hace 30 años atrás, yo por guardia podía ver 3, 4 como mucho 5 pacientes, ahora estamos viendo un promedio de 30." (PSI2, Psicóloga)*

*"Cada vez más la salud mental forma parte de la salud general. No es una cabeza que circula por una paralela y un cuerpo que va por otro. Lo que no aparece, lo que no puede ser puesto en palabras, aparece en el cuerpo". (PSI2, Psicóloga)*

Contribuye también a la legitimación de los Equipos de Salud Mental en la guardia, la permanencia en el tiempo, la existencia de una mayor demanda por parte del sujeto usuario para con el ESM y el hecho de que este último tiene las herramientas para abordar y problematizar la amplitud de dimensiones que atraviesan la salud mental.

Por otro lado, el Equipo de Salud Mental, también se legitima como parte de la guardia estableciendo algunas intervenciones con compañeros/as. Al respecto los/as entrevistados/as del ESM manifestaron:

*"El aporte también es mucho más amplio porque a veces también soporta al mismo equipo de salud. Nosotros (refiriéndose al equipo interdisciplinario) muchas veces hacemos intervenciones sobre nuestros compañeros, o podemos ver cosas que no le convienen a la guardia. A ver...situaciones de muerte, hace poco se murió un nene de un año, y toda la guardia quedó consternada, y bueno de alguna manera es como que uno se ocupa de eso, de sus propios compañeros." (PSIQ2, Psiquiatra)*

*"Porque además los médicos como que se asustan mucho (...). Bueno, nada, somos seres humanos. Te súper moviliza. Necesitás un psicólogo por ahí. Necesitás el equipo para apoyarte y que te digan que va a estar todo bien". (TS3, Trabajadora Social)*

Se evidencia en los relatos anteriores que frente a algunas de las situaciones movilizantes que suceden en la guardia, el cuidado entre profesionales también emerge como parte de la cotidianeidad y accionar de los Equipos de Salud Mental.

Los Equipos de Salud Mental de la guardia, deben construir entonces su población sujeto de intervención. Esta construcción se da en un interjuego entre la derivación médica y la legitimación de los equipos. Al indagar a los/as profesionales de los ESM respecto a sus sujetos y problemáticas de intervención, se detallaron las siguientes:

*"La verdad es lo que más concurre, desde las consultas que no son urgentes, de gente que no tiene medicación para tomar en el día y su psiquiatra lo ve en la semana, o en un mes o está sin tratamiento, o se quedó sin obra social y necesita solo la receta, hasta las internaciones de personas que tienen riesgo para sí o terceros y hay que evaluarla. También hay una demanda sobre los diagnósticos, o sobre los motivos de ingreso, sobre los síntomas. Qué es lo que pasó de un primer*

*brote psicótico, no sé de esquizofrenia, ver cómo orientar a la familia. Es muy alta la demanda de orientación de tratamiento." (PSIQ1, Psiquiatra)*

*"Se interviene, bueno, primero cuadros de descompensaciones psicóticas e intervenciones en relación a esto. Intervenciones en relación a cuadros donde uno necesita más tiempo para comprender que tienen que ver con las nuevas presentaciones, el efecto del cuerpo como límite, cortes en el cuerpo, pasajes al acto. Cuadros de angustia, que suscitan en alguien a partir de cuestiones propias o a partir de cuestiones que siguen siendo propias pero que tienen que ver con desencadenamientos, roturas de pareja, duelos. (PSI1, Psicóloga)*

*"En salud mental estrictamente por todo lo que concierne a salud mental, excitaciones psicomotrices, trastornos bipolares y donde tenemos que evaluar para ver, primero si se interna o no se interna." (TS4, Trabajadora Social)*

*"A veces no tiene que ver con una cuestión de salud, a veces tiene que ver con una cuestión habitacional. Por supuesto que está el tema de la salud siempre para abordarlo, pero bueno a veces hay situaciones que... desde lo habitacional también, desde lo económico, impiden todo este posible seguimiento o hacer uso del derecho a la educación, el derecho a la salud, a la vivienda. Todos los derechos que ustedes se imaginen vulnerados." (TS3, Trabajadora Social)*

*"Pasa que muchas veces vos tenés la paciente esquizofrénica que está en situación de calle, la paciente psicótica que fue golpeada, la paciente que se intentó suicidar porque la violaron... como cosas que están mezcladas. Y la paciente que no puede conseguir su medicación psiquiátrica y no saben cómo hacer, porque le faltan recursos, o tenés que ubicar la red familiar porque la paciente no se puede ir sola si no hay alguien que le organice la ingesta de la medicación, la gestión de los turnos". (TS2, Trabajador Social)*

En base a lo relatado por los distintos entrevistados/as, se evidencia que en función de la disciplina a la que pertenece cada uno/a, la delimitación de las problemáticas y sujetos adquieren diferentes rasgos. Asimismo, se evidencia la amplitud de situaciones que son abordadas por los Equipos de Salud Mental: desde demandas de medicación, hasta situaciones severas de crisis, padecimientos subjetivos de diversas modalidades, situaciones de violencia y otras vulneraciones de derechos. Si bien aún en los discursos de los entrevistados emerge como prioritaria la intervención respecto a lo que puede clasificarse como padecimientos mentales, integran también entre los objetivos del equipo el abordaje de problemáticas asociadas a diversas vulneraciones de derechos. Aun así, estas situaciones sólo son mencionadas por los/as trabajadores/as sociales. En líneas generales, **los Equipos de Salud Mental abordan situaciones agudas de crisis relacionadas a padecimientos subjetivos, violencias y otras vulneraciones de derechos.**

La incorporación de los ESM a la guardia, supuso abrir un nuevo campo de incumbencias, brindando la posibilidad de alojar nuevas formas de padecimiento en un dispositivo creado exclusivamente desde la lógica médica. Ante la complejización de la demanda de los sujetos, a la que la medicina no puede responder acabadamente, se da lugar a un sujeto que no era recibido o era expulsado. De esta manera, a partir de los Equipos de Salud Mental se promueve *“alojar el padecimiento subjetivo y contemplar el entramado social respondiendo ante las situaciones de crisis de un sujeto y su grupo familiar”* (ARESCA, 2011: 2). Las situaciones de crisis subjetivas son alojadas en la guardia con un equipo específico para su intervención. Así, el ESM atraviesa el camino de su legitimación en el dispositivo, y comienza a delinear sus propios objetivos y modalidades de abordaje.

### **La dinámica de los Equipos de Salud Mental de guardia**

#### **La delimitación de objetivos de abordaje**

Los Equipos de Salud Mental de las guardias han evidenciado a través de las entrevistas, objetivos de abordaje e intervención disímiles a los que fueron planteados por los demás profesionales del dispositivo, según lo mencionado en el capítulo 1. Los profesionales de los Equipos de Salud Mental, mencionaron entre sus objetivos los siguientes:

*“Tratar de generar algún tipo de herramienta, con la cual se pueda resolver esa urgencia o en el momento armando algún tipo de red. Otro objetivo es, si consideramos la necesidad de que siga un tratamiento, es que surja la demanda.”* (PSI2, Psicóloga)

*“Muchas veces es solamente la contención, estos pacientes que vienen y es contenerlos y tratar de orientarlos. Pero después con el resto de los pacientes es eso, poder desde la guardia armarles algo de cómo seguir.”* (PSIQ1, Psiquiatra)

*“Podría decirte que hay un objetivo para no internar, que sería que podamos contar con ese paciente a partir de esa decisión subjetiva de un profesional, que no es a partir de la ley, uno decide que puede sostener un tratamiento sin una internación. Entonces sería poder en una entrevista, deslindar eso. En una crisis, en una cosa muy de urgencia, un objetivo sería deslindemos aguas, ¿el paciente puede sostener algo por fuera? ¿O necesitamos hacérselo sostener? Eso me parece que un objetivo.”* (PSI1, Psicóloga)

*“Yo en la guardia lo que busco es en principio generar un diagnóstico y después ver qué se puede resolver desde la guardia, qué se puede orientar y qué se puede derivar. Sea articulando seguimiento o haciendo una derivación, internando si hace falta. Esas son como las tres vías.”* (TS3, Trabajador Social)

Cabe mencionar que los objetivos que han expresado los/as médicos/as de la guardia, a diferencia del Equipo de Salud Mental, se encuentran íntimamente vinculados a la resolución rápida de las demandas que se presentan, realizando un diagnóstico e intervención veloces. En cambio, **los/as profesionales del Equipo de Salud Mental hacen énfasis, primero en determinar la necesidad o no de internación, y en segunda instancia abrir un espacio de escucha, construir una demanda de tratamiento a largo plazo y generar cierta problematización de la situación por la que atraviesa el sujeto.**

En la mayoría de los casos, estos objetivos se suceden en un periodo de tiempo más prolongado que aquel que los/as médicos/as demandan en sus intervenciones. Entonces, **referido al aspecto de la temporalidad, el Equipo de Salud Mental propone otra dinámica.** El tiempo de intervención de los Equipos de Salud Mental, aún en una situación de crisis o urgencia, es un tiempo dilatado, de espera. Esa espera se constituye en varios sentidos: el tiempo de espera en tanto posibilidad de construcción de una demanda del sujeto que ingresa a la guardia, el tiempo necesario para arribar a un diagnóstico conjunto, y el tiempo en el que el sujeto/usuario asimila la posible devolución del Equipo y en lo posible construye una necesidad de tratamiento ambulatorio.

### **Aproximación a la construcción de una metodología de la urgencia**

En función de lo expresado, es necesario considerar que la metodología del abordaje de la urgencia toma otras dimensiones para el Equipo de Salud Mental. A raíz de los hallazgos de esta investigación se intenta sistematizar a continuación una metodología que se considera surge, a partir de una construcción propia de los/as trabajadores/as sociales, psicólogos/as y psiquiatras en la práctica conjunta en la urgencia. Se analiza esta metodología en función a **tres ejes: el tiempo de espera, la especificidad de la entrevista y la complejidad de la construcción de la demanda.**

Al respecto del tiempo de abordaje en guardia de los Equipos de Salud Mental, las/os entrevistados/as enunciaron:

*"Hay más tiempo del que uno pensaría. Hay veces que apremian situaciones muy urgentes juntas y uno tiene que dejar una de lado y dedicarse a una, pero la verdad es que sí, siempre hay tiempo. Y la verdad es que si no llegara a haber tiempo, el paciente se queda digamos, y espera en la misma guardia o puede pasar para el otro día." (PSIQ2, Psiquiatra)*

*"Lo que no resolvemos hoy, lo va a resolver mañana o pasado mañana. Esto es una percepción personal, hay algo del paciente de los que tienen algún padecimiento mental, que descansan esta noche y bueno mañana es otro día. Mismo pasa que lo que se entrevista a la mañana o aporta a la mañana, puede ser muy distinto a lo que aporte luego a la noche." (TS1, Trabajadora Social)*

*"El tiempo no es una variable que sea un problema, porque vos pensá que la guardia está cubierta las 24 horas, los siete días de la semana. Con lo cual, si no me alcanza el tiempo a mí, sigue la guardia del día siguiente, y el otro, y el otro" (TS2, Trabajador Social)*

*"Clínica médica tiene cien pacientes atendidos, y nosotros por ahí atendimos cuatro, y estuvimos todo el día. Porque los tiempos de evaluación diagnóstico y abordaje de la problemática... vamos a ponerle psico-social, porque trabajamos mucho acompañando desde la intervención disciplinaria, son totalmente distintos." (TS4, Trabajadora Social)*

El tiempo posible de intervención, en estos extractos de entrevistas, no se presenta con la celeridad con la que se expresa por parte de los médicos/as. El tiempo de guardia no imprime, en estos casos, la necesidad de apuro sino que, por el contrario, el recurso de la existencia de profesionales durante 24 horas, es utilizado para arribar a un diagnóstico y estrategia de intervención. Expresar otra forma en relación al tiempo, requiere que el equipo no se vea condicionado por las determinaciones del dispositivo en relación a la necesidad de atención veloz, ni tampoco por la velocidad de la situación de crisis que imprime la persona, que ante su malestar, puede esperar de parte de la guardia una solución rápida. **Pausar el tiempo de la guardia requiere entonces no plegarse ni a la demanda temporal de la institución ni del sujeto.** Cabe aclarar, sin embargo que existe en todos los discursos una reiterada mención a la dinámica temporal como un eje de la guardia que atraviesa sus intervenciones. Se puede inferir por esto, que si bien la acción del Equipo de Salud Mental aborda la variable temporal de otra forma, lo vive como una tensión dentro de la lógica del dispositivo.

Más allá de la temporalidad como dimensión general del abordaje hay un tiempo específico que se plantea en las entrevistas respecto al proceso metodológico de la atención, que tiene que ver con aquello que puede denominarse "el tiempo de espera". Al respecto algunos/as profesionales del EMS mencionaron:

*"A veces necesitamos que un paciente se quede más tiempo porque en ese tiempo necesitamos evaluar algunas cosas que se van modificando con el tiempo. Desde cómo llega, hasta cómo vamos avanzando a partir de alguna intervención, o de alguna línea que ese paciente va tomando otra característica. De repente un paciente que perfila de alguna manera, y al rato tiene otro modo, que nos hace hacerlo permanecer más tiempo" (PSI1, Psicóloga)*

*"A veces tenés que esperar. Dejamos un tiempito que metabolice lo que pasó y vuelvo, con lo cual es el menor tiempo posible. Ese tiempo tiene que ver con la capacidad que tiene el paciente de generar una demanda" (PSI2, Psicóloga)*

*"El tiempo está dado por el paciente. El tiempo que tiene el paciente de que le haga algún click lo que le pasó, que surja una real demanda". (PSI2, Psicóloga)*

*"Sí, nos vamos y dejamos al paciente para pensar nosotras que hacer con ese caso." (PSI1, Psiquiatra)*

En los extractos anteriores, se evidencia que existe un tiempo específico del ESM, que es parte del proceso metodológico de intervención. El tiempo de espera, es el tiempo necesario en cada intervención en situación de crisis para que **el equipo las analice y para que el usuario realice un proceso individual que en muchos casos puede tener que ver con disminuir el nivel de excitación, construir una demanda, profundizar sobre su situación de crisis o reflexionar en torno a la devolución de los profesionales.**

Se evidencia también que los profesionales hacen referencia a la posibilidad de construcción de la demanda. Al respecto cabe mencionar, que no todos los sujetos que acuden a la guardia lo hacen por una decisión individual o por sus propios medios. En muchos casos, la demanda inicial de atención puede surgir de un familiar/amigo, o de otro servicio o dispositivo, tanto intra como extra institucional. En otros casos, la demanda de atención sí emerge del propio sujeto pero no logra expresarse como demanda concreta de tratamiento, ya que la urgencia en salud mental se expresa en la emergencia de un síntoma, que *"tiene paradójicamente un largo tiempo de acumulación de malestar"* (FERIOLI, 2015: 2). Así, se hace referencia a lo que Victoria Aresca denomina *"demanda subjetiva"* (ARESCA, 2011), se trata de la expresión de un sujeto respecto a su padecimiento y su requerimiento de asistencia inmediata. Respecto a la construcción de la demanda, en los relatos se expresó:

*"Yo por ahí... haciendo pequeñas intervenciones para generar una genuina demanda de tratamiento. A veces el paciente viene diciendo que quiere hablar de tal cosa, pero no viene demandando tratamiento. No es solamente atender al paciente, sino generar algo para que surja la demanda de tratamiento." (PSI2, Psicóloga)*

*"Por ahí el paciente no quiere venir y es traído por la familia, y el objetivo es que se ordene algo de esa situación de que el paciente no quiere hacer tratamiento o sí lo quiere hacer, bueno, qué es lo que tiene que hacer urgente, que quizás sería bueno "sería importante que tenga un psiquiatra" o a veces ordenar desde otro lugar" (PSIQ2, Psiquiatra)*

*"Este tema de la demanda, una mujer que viene golpeada por ejemplo, viene para que le curen la lesión. No viene para hacer un tratamiento o empezar a pensar si está en riesgo o si tiene que generar algún cambio en esa situación. Viene para que le curen la herida. Construir la demanda tiene que ver con que vos en la entrevista puedas generar como esta consciencia, tocar alguna fibra íntima del paciente que ayude a que él pueda empezar a pedir el tratamiento. Pueda empezar a visibilizar: me estoy poniendo en riesgo, estoy perdiendo afectos, estoy perdiendo espacios y necesito un tratamiento. Y a veces no es lo mismo que te lo diga un familiar, gritando enojado o que te lo diga un profesional cuando la persona ya bajó con medicación y puede ver..." (TS2, Trabajador Social)*

*"Nosotros trabajamos mucho con la familia, con esta cosa de generar la demanda en el paciente. Desde problematizar algo que por ahí está naturalizado, visibilizar situaciones que son de riesgo" (TS2, Trabajador Social)*

Como se ha expresado en los extractos de entrevistas precedentes, en el abordaje en situación de crisis o urgencia, se presenta como necesaria **la instancia metodológica de construcción de demanda**. Así sea para situaciones de padecimiento subjetivo, para situaciones de violencia u otras problemáticas que suponen el abordaje del Equipo. La construcción de la demanda se plantea entonces como un proceso en el que el sujeto de intervención construye junto con el profesional la situación que derivó en su llegada a la guardia y logra demandar un tratamiento para ese momento y, en lo posible, a largo plazo. La particularidad de la situación de crisis de los sujetos que acuden a la guardia, hace que esta construcción adquiera otra complejidad, y requiera, como se ha mencionado, un tiempo de espera para su construcción.

El proceso descripto se realiza a través de la técnica principal de la que hace uso el Equipo, **la entrevista**. La entrevista es una herramienta que le permitirá al equipo interdisciplinario reconstruir los desencadenantes que impulsaron a la presencia del sujeto en el dispositivo elaborando un diagnóstico de situación y estrategias de abordaje, a partir de historizarlo en relación con su padecimiento. Al respecto de la entrevista, los/as profesionales del Equipo enunciaron:

*"Me parece que el objetivo que tengo es cuando puedo tocar algo con la entrevista con el paciente, algo que lo cause a abrir algo que lo sorprenda, que no haya estado hasta ese momento. Que viene con algo, y algo lo toque y lo mire de otro lado. Que cree un efecto más de causa que lo lleve a abrir algo en otro lado". (PSI1, Psicóloga)*

*"La entrevista es terapéutica, por la escucha, entonces la persona que se siente contenida puede hacer un vínculo y la podés hacer venir de nuevo, aunque no se debería hacer tratamiento por guardia. Y la podés encarar como para ir resolviendo algunas cuestiones." (TS2, Trabajador Social)*

Según lo expresado se entiende que la entrevista implica una instancia de intercambio entre los/as profesionales y los sujetos/usuarios, que permite **sintetizar una instancia de construcción de demanda, un espacio terapéutico de escucha y una dimensión socio-educativa de problematización de la situación que deriva en su llegada a la guardia**. Se puede hacer referencia a las palabras de la trabajadora social Amalia Fernández, para agregar que: *“si bien la intervención por guardia nos convoca un aquí y ahora en el que se requiere dar una respuesta acotada, apostamos a la creación de un espacio en el que la sola escucha pueda ser una marca, una reestructuración, ubicar algo del padecer que frente a nosotros circula”* (FERNÁNDEZ, 2015: 5). La entrevista es entonces también una instancia de escucha que se vuelve terapéutica.

### **Entre protocolos e improvisación: lo artesanal como propuesta de abordaje**

Tal como se introdujo en apartados anteriores, las problemáticas que abordan los Equipos de Salud Mental introducen una nueva complejidad a la guardia. Abordar la salud mental desde la perspectiva de los padecimientos subjetivos implica entenderla atravesada por dimensiones sociales, históricas, económicas y culturales. En este dispositivo, estos padecimientos son abordados cuando arriban a situaciones de crisis o desborde, cuando se vuelve intolerable y requiere una intervención inmediata. De la misma manera, las situaciones de aquello que se analizará más adelante como urgencias sociales, también se presentan en la guardia en el momento en el que algo del orden de lo no tolerable emerge para las personas involucradas y plantea una situación de crisis. Al respecto, la conformación de los Equipo de Salud Mental, por parte de las tres disciplinas, pone en escena esta complejidad promoviendo un abordaje desde diferentes miradas. La intervención se sucede entonces desde las modalidades y herramientas expresadas en los párrafos anteriores, pero adquiere diversas particularidades que implican la situacionalidad de cada sujeto de la urgencia. Cada intervención, se sucede así con particularidades que requieren de la creatividad de los/as profesionales que lo abordan. Esta creatividad, pone en tensión la siempre presente posibilidad de adherir de forma acrítica y automática a protocolos de intervención o mecanismos preconfigurados, y el peligro de la improvisación frente a la inmediatez.

*"Uno tiene que cuidarse mucho de no ser un empleado administrativo en la guardia, entonces no municipalizarse es todo un esfuerzo."* (PSI1, Psicóloga)

*“Yo trabajo mucho con la singularidad, no con.... Trabajo con los indicadores sociales de vulnerabilidad y déficit pero desde la singularidad. Porque para mí con la complejidad social, laboral, económica, política que vivimos en la posmodernidad, que ya ni es posmodernidad, ya pasamos a otro nivel, yo tengo que hacer esa lectura. Vos sos única con tu problemática. Que yo la pueda interpretar, diagnosticar y homologarla con otros casos, pero yo no puedo protocolizar lo social. No puedo.”* (TS4, Trabajadora Social)

*“Porque yo le explico a él (refiriéndose a un médico): yo sé que vos tenés un protocolo de atención médica, porque ustedes si salen del protocolo tiemblan, porque el médico no acepta lo singular. Decime por qué se están volviendo ahora a la medicina social o de familia. Porque los protocolos no sirven, porque alguien que viene descompuesto del estómago, después lo pasan y tiene una crisis de angustia. Pero si el médico no sabe interpretar eso le da un cobertor gástrico.”* (TS4, Trabajadora Social)

Frente a esta situación, fue recurrente la expresión de lo artesanal de la intervención:

*“El A B C de esto es sentarse y escuchar de qué se trata”* (TS1, Trabajadora Social)

*“El que tiene más tiempo en guardia puede ir sacando patrones, ya se le ocurren estrategias de intervención que son muy artesanales.”* (TS2, Trabajador Social)

*“El trabajo es muy artesanal y hay tareas que son de todos, hay tareas que son específicas y hay tareas que no son de nadie y las hace el que puede en ese momento.”* (TS2, Trabajador Social)

Se expresa entonces que frente a la complejidad y posibilidad de un abordaje multidimensional, **el mecanismo protocolizado pierde vigencia frente a la necesidad de elaborar estrategias de intervención de la urgencia que contemplen en entramado particular de situaciones de ese sujeto.** Al respecto, Amalia Fernández dice *“en este devenir de leer las situaciones que se presentan en la guardia desde una mirada interdisciplinar, buscando construir una intervención acorde a la singularidad del sujeto, teniendo en cuenta sus vínculos, su entorno, el acceso a los recursos, fuimos armando un modo de abordaje que denominaremos como artesanal”* (FERNANDEZ, 2015: 5). Agrega luego que las respuestas no son preformuladas ni implican soluciones mágicas, sino que supone correrse de la intervención estereotipada implicando un desafío para la creación de estrategias que cada situación particular requiera (ÍBIDEM).

Otra dimensión que adquiere importancia en este aspecto es la limitación de los recursos que se tienen en la intervención en guardia. La necesidad de una respuesta inmediata y la lógica organizacional de la guardia con su hegemonía médica, implican que en ese espacio y lugar son pocos los recursos de articulación que suscitan la

posibilidad de disponer de ellos inmediatamente. Al respecto *“con más recursos simbólicos que concretos, proponemos pensar el espacio interdisciplinario como una suerte de creación constante, de eterna puesta de construcción, de sostén, de intervención”* (ÍBIDEM: 5). El recurso más frecuente es la derivación, que también presenta la complejidad de la escasez actual en términos de políticas sociales y para la salud mental en el contexto de un modelo neoliberal.

Lo artesanal emerge como respuesta ante el riesgo de la protocolización, frente a la multiplicidad y singularidad de las situaciones de urgencia, y debido a la falta de recursos que complementen el abordaje posible en guardia. Pero implica también la forma de relación entre los/as miembros de los equipos. Fuera de la lógica del orden, el trabajo con otros en urgencia también apuesta a una constante creación.

### **La apuesta a la Interdisciplina**

Para iniciar este apartado, es necesario definir qué se entiende por disciplina. Denise Najmanovich se refiere a este término como un *“discurso respecto a un área de conocimiento”* (NAJMANOVICH, 2005: 1). Se trata entonces, de un área cognitiva, que recorta un espacio de pertenencia sobre el universo de conocimientos y construye sus propias herramientas para abordarla. Al respecto, dice la misma autora, la idea de las disciplinas bien delineadas y autónomas es una idea positivista de la modernidad, que en los últimos años comienza a caerse (ÍBIDEM). Se trataba de *“un disciplinamiento que dividía radicalmente las esferas del sujeto y el objeto es la condición fundante de un modelo de conocimiento como pura abstracción, reflejo de un mundo pre-dado, anterior e independiente de toda experiencia: el mundo que los positivistas bautizaron como “objetivo”*” (ÍBIDEM: 2). En la contemporaneidad las ciencias han comenzado a admitir en mayor nivel la necesidad del intercambio y la producción común para abordar los procesos, sobre todo los sociales. Emerge, entonces con más fuerza la noción de la multidisciplina, la interdisciplina y la transdisciplina. En principio, cabe mencionar que como expresa Marta Bersten, *“son formas organizativas diversas que se van construyendo a fin de dar respuesta a las problemáticas que se presentan. Y si bien constituyen diferentes grados de asociación, todas ellas requieren de un trabajo grupal”* (BERSTEN, 2012: 1). Se trata entonces de acuerdos grupales con diferentes grados de asociación que se establecen entre profesionales de diferentes disciplinas, para abordar el mismo fenómeno o para trabajar grupalmente. Sin embargo, el trabajo entre disciplinas, implica las dificultades propias de las resistencias a

reconocer como incompleto el conocimiento sobre un aspecto de la realidad, y la “cuota de renuncia al poder individual” (BERSTEN, 2012: 3).

Como se ha expresado en apartados anteriores, la complejidad del abordaje de la problemáticas de la guardia requiere del intercambio de saberes de las tres profesiones convocadas en el equipo. Sin embargo, **las formas en las que cada equipo lleve adelante sus intervenciones tendrán que ver tanto con las subjetividades de los profesionales como con el marco institucional, y con la demanda formulada.** Alicia Stolkiner desarrolla particularmente la interdisciplina en el campo de la Salud Mental, y plantea que “*la definición compleja del proceso salud/enfermedad/atención (...) mostraba la imposibilidad de diferenciar enfermedades “mentales” de “biológicas” y la indeclinable necesidad de incorporar la dimensión social en su análisis*” (STOLKINER, 2005: 2). De este modo, la construcción del abordaje conjunto implica intervenir respecto a la multidimensionalidad de los padecimientos mentales, y la importancia de la diversidad de miradas en integración que “*no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas*” (ÍBIDEM: 5).

En este recorrido analítico que se desarrolla, puede evidenciarse cómo los profesionales han descripto la relación entre las disciplinas del equipo, cómo organizan la división de tareas y la construcción de las intervenciones. Al respecto:

*"Es re importante la escucha que tiene el otro y lo que pueda aportar el otro. Ya te digo psicólogo o trabajador social, a mí me da lo mismo"* (PSIQ1, Psiquiatra)

*"Esta bueno tener otra mirada, poder hacerlo en equipo. Bueno vos entrevistas al papa y yo entrevisto al médico, bueno yo llamo a la gente de la brigada, vos habla con los pediatras. Hay que articular muchas cosas. Si podemos trabajamos juntos, si hay mucha gente nos dividimos, cada cual por especialidad. Y hay pacientes que sí o sí los tenemos que ver juntos: las evaluaciones judiciales, o los casos que son muy complejos que vos decís: necesito la mirada del otro para poder resolverlo, para poder tomar una decisión."* (TS2, Trabajador Social)

*"Acá es como que en algún punto también te fusionás con otro profesional. A veces no sabés si sos psicóloga o médica o trabajadora social."* (TS3, Trabajadora Social)

*"Yo estoy conformada por un equipo, y vamos las tres, y yo voy porque me encanta, porque aprendo un montón. Porque es la mirada del otro, el aporte de conocimientos, que te va haciendo tomar como una... te va dando información, que si bien te nutre a vos como trabajadora social, no es que vos vas a internar una excitación psicomotriz, yo interno junto con el equipo."* (TS4, Trabajadora Social)

En términos generales los/as entrevistados remarcan la fortaleza del trabajo en equipo, manifestando la riqueza del intercambio y de la diversidad de miradas. Operativamente, se expresa que en la mayoría de los casos las entrevistas se realizan en conjunto, o por lo menos con dos de los tres miembros del equipo, y en un segundo momento se realiza un intercambio en el que se acuerdan líneas de acción. Sin embargo, fue también recurrente, la expresión en torno a la división de tareas o problemáticas en función de la especialidad de cada disciplina. Al respecto, en líneas generales el lugar del psiquiatra parece delimitado en torno a la medicación y a su aporte en la decisión de internación. El/la psicólogo/a manifiesta como fortaleza la escucha analítica y terapéutica, y en el caso del/la trabajador/a social se relaciona con la mayor experiencia en la gestión de recursos, las redes vinculares y la búsqueda de información.

Cabe remarcar, sin embargo que las formas en que cada equipo realiza sus intervenciones se relaciona tanto con las políticas implementadas en el dispositivo, con cómo se conformó el equipo, con las subjetividades propias de los/las profesionales, los modos en que se entienden las tareas conjuntas y las especificidades, así como también con la demanda formulada. Se destaca con esto que en el proceso de conformación de los equipos y en la lógica de funcionamiento interdisciplinario, operan particularidades de cada profesional y su historia, así como las del dispositivo que los enmarca. Por ende, cada equipo funciona de forma diferente. Cabe resaltar que también **operan dimensiones de lo estratégico** en la forma de trabajo interdisciplinaria. Conformarse como equipo, y adquirir una legitimidad individual en tanto profesional y en su especificidad disciplinar, implica también entablar un diálogo con el campo de la medicina científica y en el caso particular del Trabajo Social también con el campo psi. Siguiendo a María Pilar Fuentes que *“construir una posición interdisciplinaria requiere avanzar en acuerdos político ideológicos de base sin los cuales se torna imposible transitar la multireferencialidad teórica en la comprensión-construcción de problemas y sus estrategias de abordaje”* (FUENTES, 2014: 50).

### **Reflexiones en torno a los Equipos de Salud Mental en la guardia**

El capítulo que aquí finaliza se propuso construir un encuadre de la configuración del espacio socio-ocupacional del Trabajo Social en la guardia. Se señala la complejidad que implicó la legitimación de los Equipos de Salud Mental dentro de la guardia, y cómo ha logrado construir un espacio reconocido por profesionales de otras disciplinas y por los propios usuarios.

En tanto parte constitutiva de los Equipos de Salud Mental, se parte de la hipótesis de que **la incorporación del Trabajo Social a la guardia implicó no sólo la efectiva conformación de equipos interdisciplinarios, sino que requirió la delimitación de nuevos sujetos y problemáticas de abordaje, así como a la construcción de nuevos objetivos y metodología para la intervención en urgencias.** Frente a la complejidad del escenario de intervención, el abordaje grupal e interdisciplinario se muestra como una apuesta estratégica a la que el Trabajo Social adhiere.

Frente a todo lo expuesto, la guardia presenta para los ESM la necesidad de una constante creación y reconstrucción: frente a la tensión con el modelo biomédico que promueve otros abordajes, frente a la complejidad de situaciones diversas que emergen allí, y frente al encuentro con el profesional con otra mirada.

Para finalizar este capítulo, se incluyen algunas reflexiones que se consideran necesarias plantear en esta instancia. En el primer capítulo se ha manifestado que la guardia se plantea como una especie de trinchera ante las barreras de accesibilidad al sistema de salud. En el caso del abordaje de la salud mental, se resalta la dimensión de la falta de dispositivos intermedios y abordajes alternativos según lo indicado por las leyes de salud mental enunciadas.

Muchos de los sujetos de intervención del Equipo de Salud Mental atraviesan situaciones de padecimientos subjetivos con largas trayectorias y sin posibilidad de otro abordaje más que una guardia. O se trata sino de sujetos que han accedido a tratamientos fragmentados y parciales a los que no han logrado darles una respuesta, entonces se encuentra en situaciones de crisis o desborde sin un lugar al que recurrir. Si bien el ESM en la guardia se instaura como un espacio de escucha, de diagnóstico y de intervención en la situación de crisis, se entiende que no es un espacio de tratamiento que pueda cubrir todo lo que los padecimientos subjetivos requieren. El tratamiento a largo plazo posible partiendo de una guardia, se establece a partir de una derivación, y aquí surge el segundo de los puntos de esta breve reflexión: la falta de recursos. Si bien el Hospital Álvarez tiene internación por salud mental y otros servicios y dispositivos ambulatorios, la derivación a éstos no está conformada a partir de algún mecanismo directo que vincule a los usuarios de la guardia con el resto del hospital. Por lo general, se ha presenciado que la forma de derivación es solicitar que llame al 0-800 del hospital al otro día. Así, la guardia está dentro de un Hospital General pero parece conformarse

en un afuera, una especie de puerta de entrada difusa a los servicios de salud. Entonces, el sujeto usuario queda atrapado en resolver su situación de crisis momentánea, volver a la búsqueda de otro dispositivo, y probablemente retornar a la guardia ante otra crisis.

Por último, cabe expresar que las derivaciones observadas en la mayoría de los casos, se tratan de internaciones, y que la medicación sigue siendo una herramienta altamente utilizada. En esto último es posible pensar que el dispositivo de guardia tensiona a los/as profesionales, ya que resulta muy difícil, sino imposible, pensar en una solución alternativa a la medicación cuando un sujeto se encuentra en una situación de desborde, bajo un padecimiento que en ese momento le resulta incompatible con su vida cotidiana, sin tratamiento y sin otro recurso accesible al que derivar.

Por todo lo anterior, se plantea la inquietud en torno a cuán posible resulta un abordaje integral de la salud desde la guardia. Si bien resulta primordial y necesaria la articulación interdisciplinaria de los miembros de los equipos de salud mental, y se ha generado un gran avance al respecto, se corre el riesgo de que la intervención en la guardia quede resuelta en una escucha terapéutica, la administración de medicación y la posibilidad de una derivación que cubran de forma fragmentada los diferentes aspectos del padecimiento del sujeto.

En el capítulo siguiente se abordará la construcción de las incumbencias del Trabajo Social, en tanto dimensión del espacio socio-ocupacional de la disciplina.

## **Capítulo 3: El Trabajo Social en la guardia hospitalaria**

*Por ahí en la primera te dicen “ese es tuyo, porque huele mal”  
(Extracto de entrevista a Trabajadora Social)*

En el presente capítulo se aborda lo particular de cómo el Trabajo Social construye su espacio profesional en la guardia hospitalaria. Se propone indagar en algunos aspectos propios del ejercicio de la profesión en la guardia general y qué características/rasgos profesionales lo diferencian al interior de los equipos. Se examina primero la forma particular en la que se produjo el ingreso de trabajadores/as sociales, se formulan algunas reflexiones en torno a la noción de urgencia social, y por último se señalan las incumbencias que han sido asignadas y asumidas por los profesionales del Trabajo Social en la guardia, para luego poner en cuestión las tensiones que se producen en torno a esas incumbencias asignadas y a las dimensiones de lo ético-político y a las bases teóricas.

### **Breve construcción del Trabajo Social y sus incumbencias**

Para iniciar la reflexión en torno a la construcción de las incumbencias profesionales del Trabajo Social en la guardia, es necesario realizar primero una breve introducción sobre el proceso de surgimiento y profesionalización de la disciplina.

Se ubican para esta tarea, las dos perspectivas centrales al respecto, denominadas “las dos tesis” (MONTAÑO, 2000). Para la primera de las tesis, aquella que Montaña denomina “endogenista”, sucedieron diversas formas de acción social que configuraron el surgimiento de la profesión del Trabajo Social. Al respecto, Norberto Alayón enuncia: *“el Servicio Social y el Trabajo Social emergen como los continuadores de las labores benéficas y asistenciales, desarrolladas por sectores y entidades religiosas, por instituciones aristocráticas y por el propio Estado”* (ALAYÓN, 1988:17). En la misma línea, Susana García Salord hace referencia al Trabajo Social como producto de *“la institucionalización de la beneficencia, que aporta un saber práctico.”* (GARCÍA SALORD, 1991:24).

En la segunda de las perspectivas, aquella denominada histórico-crítica, el Trabajo Social como disciplina profesional, emerge a partir de que los Estados Capitalistas asumen la responsabilidad del tratamiento de la cuestión social, entendida ésta como la manifestación en los sujetos del Modo de Producción Capitalista y la consecuente

contradicción entre capital y trabajo. Desde esta posición, Carlos Montaña expresa que el Trabajo Social *“surge de un proyecto político, en el marco de las luchas de clases desarrolladas en el contexto del capitalismo monopolista clásico, cuyo medio fundamental de empleo se encuentra en la órbita del Estado para que desempeñe la función de operacionalización de las políticas sociales”* (MONTAÑO, 2000: 3). Así, **el Trabajo Social o Servicio Social nace junto con las Políticas Sociales, ocupando un espacio en la división socio-técnica del trabajo, situado en el proceso de reproducción de las relaciones sociales en el marco de una sociedad capitalista.**

Reconociendo la importancia de la dimensión histórica en la construcción de las incumbencias, se mencionan algunas de las características centrales de Argentina al respecto de la profesión. Tal como lo plantea Rozas Pagaza, la intervención en el caso Argentino, *“tiene y tuvo influencias de las ideas positivistas, en base a las cuales se crearon las instituciones de Acción Social del Estado, durante la época oligárquico liberal (...) que fueron las que precedieron a la intervención institucionalizada del Trabajo Social. La otra influencia particular es el carácter conservador que adquiere lo social en su proceso normalizador”* (ROZAS PAGAZA, 2001: 150). Estos eran los comienzos de la incorporación de las acciones sociales a la agenda del Estado, que se entrelazan con las prácticas llevadas a cabo por las Damas de Beneficencia<sup>2</sup> que desarrollaban acciones de asistencia social, basadas en sus creencias religiosas y con fuertes sesgos moralizadores.

Durante la década del '60 surgen sectores que intentan romper con este pasado conservador de la profesión. Se genera entonces, el movimiento que se denominó Reconceptualización, que planteará críticas al periodo clásico, acusándolo de conservador e insuficiente para hacerle frente a los problemas sociales del momento y rechazando su carácter asistencialista por considerar que apuntaba a mantener el status quo del sistema capitalista y de las clases dominantes. Este movimiento va a proponer una renovación de los fundamentos teórico-metodológicos de la profesión.

En función de lo expuesto, y siguiendo a Marilda Iamamoto (2002), se considera que el Trabajo Social *“participa del proceso de distribución del fondo público, de la*

---

<sup>2</sup>La Sociedad de las Damas de Beneficencia fue creada por el Pte. Bernardino Rivadavia en el año 1823. A partir de su creación sería el Estado, a través de la Institución, quién se haría cargo de la atención a los “pobres”, acciones que hasta el momento estaban bajo el dominio de la Iglesia Católica. La institución era administrada por un grupo de mujeres que formaban parte de la oligarquía argentina.

*riqueza social y su trabajo ahí se inscribe en la defensa y realización de los derechos sociales, de la ciudadanía, de la gestión de la cosa pública. Puede contribuir en la democratización del poder, en el proceso de construcción de una contrahegemonía al interior de las relaciones de clase, o puede también reforzar las estructuras de poder preexistentes”* (IAMAMOTO, 2002: 92). Siguiendo a la misma autora, se destaca que el Trabajo Social se encuentra atravesado por tres dimensiones: la dimensión ético-política, la base teórica-metodológica y la competencia técnico-operativa (ÍBIDEM). Respecto a la primera de las dimensiones mencionadas, lo ético político refiere a la conjunción entre una aspiración máxima en tanto valor supremo, y una aspiración societaria en torno a las condiciones deseables de reproducción social. Esta dimensión de la intervención se expresa como la finalidad en torno a la que se construye la intervención profesional. **En tanto que el Trabajo Social desempeña funciones orientadas a la reproducción de las relaciones sociales, el posicionamiento ético político tendrá directa vinculación con el ejercicio profesional.** Así, el Trabajo Social también se desarrolla contradictoriamente, entre posiciones de reversión o aceptación y sostenimiento de las desigualdades, entre proyectos conservadores o emancipatorios.

Si bien, siguiendo a Montaña (2000), se entiende que la búsqueda de una especificidad profesional entrampa a la disciplina en un endogenismo, se considera que una categoría pertinente a este trabajo es la de **incumbencias profesionales, ya que permite incluir las dimensiones de aquello que la profesión va construyendo históricamente, junto con lo que sucede en el marco de cada institución, ambos procesos plagados de tensiones y contradicciones.** Desde el primer aspecto señalado, las incumbencias profesionales dan cuenta de la potencial capacidad que poseen los profesionales de una determinada especialidad, basada en su formación profesional y en los conocimientos teórico-prácticos que han adquirido y formulado, así como las posiciones que se ocupen en las áreas e instituciones. Se trata entonces de aquello que se construye como **lo legítimo que ese profesional realiza** según su formación profesional y el marco legislativo que lo avala.

En relación al marco legislativo, en diciembre de 2014 se sanciona en Argentina la Ley Federal de Trabajo Social N°27.072, en la que se establece que siempre que sea en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio de los derechos humanos y sociales, los/as trabajadores/as sociales están habilitados para determinadas actividades que

hacen a sus incumbencias profesionales. Se pueden mencionar, entre sus incumbencias: la realización de diagnósticos familiares, institucionales y comunitarios; la formulación, ejecución y evaluación de políticas sociales que tiendan al bienestar social; puede integrar equipos de trabajo disciplinario, interdisciplinario y multidisciplinario en los que aporte elementos para la identificación de la situación a abordar, incorporando los aspectos políticos, culturales y socioeconómicos que influyen en las situaciones y proponiendo estrategias de intervención. Se incluye también la realización de acciones de promoción y asistencia de personas y grupos, como la de efectuar acciones que tiendan a prevenir la aparición de problemas sociales y acciones tendientes al mejoramiento de relaciones y comunicación en grupos humanos. Corresponde a las funciones de los trabajadores sociales la de promover la creación, desarrollo, mejoramiento y adecuada utilización de los recursos de la comunidad, de conductas participativas para favorecer el desarrollo integral de los sujetos de intervención garantizando sus derechos y su bienestar social (Ley N° 27.072, 2014).

En el marco del desarrollo de las incumbencias profesionales que se mencionan en la Ley y a partir del desarrollo histórico realizado, se destaca que **el ámbito de las incumbencias del Trabajo Social se encuentra en constante construcción**, es decir en el devenir del quehacer profesional, de los cambios socioeconómicos y las instituciones en las cuales se inserta el trabajador social.

### **La construcción de las incumbencias profesionales del Trabajo Social en el dispositivo de urgencias del Hospital Álvarez**

#### **Las características del proceso de inserción del Trabajo Social en la guardia**

A partir de la Ley 448, mencionada en el capítulo anterior, se incorporan los Equipos de Salud Mental a la guardia de los Hospitales Generales. Ingresa entonces el Trabajo Social como representante de las Ciencias Sociales en espacios de urgencia de guardias generales, particularmente en el campo de la salud mental. Vale aclarar que aunque ya existían antecedentes de su inserción en una guardia de Salud Mental, la guardia general hospitalaria hasta el momento era un espacio reservado para otras disciplinas.

En el año 2007 se abren los concursos para ocupar los cargos de las siete guardias diarias de todos los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. La cantidad de cargos concursados fue superior a la oferta que había de residentes y concurrentes dentro de cada hospital, de modo que algunos/as ingresaron a partir de estar vinculados a esa

institución, y otros llegaron desempeñándose en otros Hospitales. A partir de esto, las guardias se constituyeron como una importante fuente de trabajo para los trabajadores/as sociales.

Cabe destacar como un aspecto de significativa importancia que de los cuatro trabajadores/as sociales entrevistados/as, al momento del ingreso a la guardia ninguno/a tenía experiencia o formación previa en urgencias o guardias, ni tampoco habían recibido especialización en torno a la intervención en salud mental. Al respecto, un trabajador social mencionó:

*"Yo de hecho en mi concurrencia no tuve la experiencia como tienen los chicos de Salud Mental o los residentes médicos de vivir lo que es hacer una guardia. Yo pasé de la planta a la guardia y no tiene nada que ver. Son dos mundos completamente diferentes".* (TS2, Trabajador Social)

Es de destacar, entonces, que **a partir de lo intempestivo de los concursos y de su magnitud, la mayoría de los/as profesionales del Trabajo Social que ingresan a los Equipos de Salud Mental de las guardias, lo hacen sin experiencia ni formación previa específica.** Esto se suma a que en el dispositivo de urgencias, en muchos casos no se reconocía a nuestra profesión como necesaria en ese espacio:

*"Cuando entró el trabajador social todo el mundo se preguntaba ¿para qué un trabajador social? cuando ingresaron acá hace 10 años ¿para qué un trabajador social? ¿Con tantas especialidades que se necesitan?"* (PS2, Psicóloga)

*"Cuando recién entré estaba la idea de "no, ¿para qué queremos trabajador social?" de alguna gente, de otros no. Pero había gente que nos decía: "nos hubieran puesto otro médico" o "nos hubieran puesto otro traumatólogo".* (TS2, Trabajador Social)

*"Anteriormente era como que no se daba porque era "¿y qué... para qué están? ¿Qué van a hacer?". Pero el desconocimiento hacía que por ahí no estuviese la demanda real, lo que se necesitaba. Y era como un así "aprox" de lo que el médico pensaba que vos ibas a hacer."* (TS3, Trabajadora Social)

*"A mí más de uno me dice: yo no sabía lo que era un trabajador social."* (TS4, Trabajadora Social)

El ingreso de los/as trabajadores/as a la guardia no estuvo exento de disputas, fue necesario generar el reconocimiento de la disciplina en función de que no era conocida por muchos otros/as profesionales, o si era conocida, no era entendida como necesaria en una guardia. **Los/as trabajadores/as sociales debieron construir su espacio**

**tensionando la hegemonía de la medicina en la guardia, y de psicólogos/as y psiquiatras en la salud mental**, sumando a esto la escasa formación existente.

El paso del tiempo, y con éste la consolidación del Equipo y las efectivas acciones de intervención, implicó una valoración mayor tanto por parte de los/as demás profesionales del Equipo, como por los médicos/as y también por los/as usuarios/as. Al respecto, los/as profesionales del equipo mencionaron:

*"Me parece que empezaron a tomar cierta participación en un campo que hay que crearlo, no es fácil, el campo del eje social del paciente." (PSI1, Psicóloga)*

*"Me parece que seguramente, así como la Salud Mental se hizo su lugar en la guardia, me parece que el trabajador social también se lo hizo. Me parece que en algún momento se forjó y hoy en día no se podría concebir que no haya un trabajador social en la guardia. Es un lugar que está muy bien logrado, muy bien conseguido. Ahora creo que la guardia no funcionaría sin un trabajador social, porque hay tantas herramientas, que el resto de los profesionales no tenemos, que nosotros como profesionales, inclusive de la salud mental no conocemos, que es imprescindible la presencia de un trabajador social y no solamente en la Salud Mental." (PSIQ2, Psiquiatra)*

*"Yo siento que me valoran, que me valoran a mí y a los otros también. Si vos tenés un trabajador social que sabe y que labura, es muy útil en la guardia. Hay guardias en las que decían: "sacame este, y sacame este, pero no me lo saques al trabajador social." (TS2, Trabajador Social)*

El reconocimiento de la disciplina del Trabajo Social en la guardia fue una construcción que según los relatos, se da **de forma individual**. La apertura reciente del campo de las urgencias para el Trabajo Social, propició la falta de espacios de intercambio, de discusión y de acción colectiva en torno a lograr el reconocimiento de esa disciplina en la guardia. En muchos casos el recorrido realizado por los/as trabajadores/as sociales de la guardia, debió legitimar a la par la disciplina y a ellos/as individualmente como profesionales idóneos y necesarios para el abordaje de las problemáticas. Este doble trabajo de legitimación, debió darse en tres frentes: con los demás profesionales del equipo, con los/as médicos/as y con los/as usuarios/as que desconocían su presencia allí. Al respecto los/as trabajadores/as sociales comentaron:

*"Bueno, acá construyo yo el espacio. La gente no sabe por qué me puede interconsultar. Yo prefiero que me interconsulten por todo y decir: esto sí, esto no. Prefiero cuidar de más y que vayan conociendo que puedo... Hay cosas que yo puedo hacer y que no saben y las van conociendo con el paso del tiempo. Pero después es el espacio que uno construye" (TS2, Trabajador Social)*

*"Y es un espacio que lo vamos construyendo nosotros. Realmente no hubo antes trabajadores sociales en la guardia, entonces es como...el espacio que vos construís es el que va a quedar de ahora en adelante. Nosotros estamos abriendo este camino." (TS2, Trabajador Social)*

*"Yo soy muy respetada pero es un espacio que te vas haciendo con el tiempo, vos tenés que generar." (TS3, Trabajadora Social)*

*"Es lo que uno va construyendo. Desde la profesión, con sus aportes individuales, su experiencia, su manera de ser." (TS4, Trabajadora Social)*

Como se ha intentado mostrar, a partir de una decisión política institucionalizada en la Ley de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires, el Trabajo Social se ve interpelado a construir un espacio de intervención en un dispositivo orientado a la atención de la urgencia. Al respecto, cabe preguntarse qué lugar ocupa o puede ocupar el Trabajo Social allí. Además de entender que el/la trabajador/a social se enmarca en el Equipo de Salud Mental y por lo tanto interviene en situaciones de urgencias relacionadas a padecimientos subjetivos, se hace un pequeño corte para indagar si existe una urgencia que se exprese desde la necesidad de un abordaje social exclusivamente.

### **Debate en torno a la urgencia social**

Se han mencionado en el primer capítulo las formas en las que la urgencia es entendida por los diversos profesionales del dispositivo de guardia, así como la complejidad de situaciones por las que atraviesan los sujetos/usuarios que acuden al dispositivo. Aquí emerge entonces la necesidad de pensar en la urgencia social.

Como se expresó al inicio, no hay una definición unívoca de urgencia. Asimismo, por la complejidad de situaciones y padecimientos de los sujetos que son alojados en la guardia, **desde la perspectiva del Trabajo Social gran parte de las situaciones que aborda pueden ser entendidas como “urgencias” tanto por su gravedad como por la necesidad de una respuesta inmediata.** Siguiendo a Florencia Cohen Arazi, se entiende que *“la urgencia para el Trabajo Social remite a necesidades básicas insatisfechas, necesidades que encarnan la vulneración de derechos (sociales y económicos principalmente), que impiden al sujeto acceder a un nivel de vida adecuado”* (COHEN ARAZI, 2014: 160).

La definición de urgencia como un suceso imprevisto y que se desencadena de un momento a otro no permite incluir la complejidad de la urgencia social, ya que las situaciones de exclusión y vulnerabilidad son producto de trayectorias de vida y

respuestas del Estado (o la falta de ellas) a lo largo de mucho tiempo. Para las trabajadoras sociales Florencia Cohen Arazi y Roxana Piediferri la urgencia para el Trabajo Social rara vez ocurre descontextualizada *“es una necesidad que se ha ido forjando con el tiempo, que se construye de manera discontinua, que tiene múltiples causas y que está en permanente movimiento”* (ÍBIDEM: 160). **Sin embargo, desde las otras dos dimensiones analizadas respecto a la urgencia (la necesidad inminente de atención y la noción de crisis como conmoción de la vida cotidiana), puede incluirse a la dimensión social como determinante de una urgencia.**

Asimismo, si bien no se considera pertinente pensar la urgencia social como causada por un hecho que se sucede repentinamente, sí se puede pensar que **en la guardia se abordan situaciones de personas con una amplia trayectoria de derechos vulnerados pero que a partir de un suceso particular esta situación se vuelve insostenible, condensando necesidades y demandas que urgen en un momento puntual.** Además, tal como se analizó en el primer y segundo capítulo, se entiende a la salud y a la salud mental como determinadas social, histórica, económica y culturalmente, por ende las condiciones objetivas de existencia de los sujetos configuran determinadas formas de padecer que se inscriben en los cuerpos y en las subjetividades. Por esto es que en las urgencias de salud mental o incluso en algunas de las urgencias médicas, se implican cuestiones de lo inminente de las condiciones de reproducción cotidianas y de exclusión. Es por esto entonces, que en las urgencias puede expresarse lo social como inminente, y es aquí donde puede encontrarse la urgencia social y esta a su vez, como campo particular del Trabajo Social en la guardia.

Por último, aún a pesar de que no se adhiera en vincular directamente la urgencia al riesgo de vida, sí se destaca que muchas de las situaciones de vulnerabilidad extrema implican un riesgo potencial para la vida de una persona. Se trata de situaciones de violencia y abandono, que en muchos de los discursos, son mencionadas como dimensiones de lo que puede llamarse urgencia social.

Emergen entonces en la guardia situaciones y problemáticas que requieren de un abordaje pensado como urgente, y esto se enuncia en tres sentidos: porque los sujetos involucrados expresan una ruptura en su cotidianeidad que impide seguir con su curso de vida, porque la naturaleza de las problemáticas manifiestan una vulneración tal que requieren de una intervención inmediata expresada desde una evaluación profesional

que así lo indica, y porque la intencionalidad del dispositivo implica atenerse a la urgencia como el objeto de la acción profesional. Con esto último se hace referencia a que el Trabajo Social se desempeña en instituciones y dispositivos que se encuentran organizados en torno a objetivos e intencionalidades propios, y que éstos configuran también la forma en la que se organizan los objetivos de cada acción concreta y de cada disciplina allí.

Respecto a la noción de urgencia social, los/as entrevistados/as mencionaron:

*"Una urgencia es una internación psiquiátrica, que puede ser una descompensación psicótica, una intoxicación severa, un intento de suicidio, una situación de violencia grave, un abuso sexual que es una violencia, una persona que no tiene valores predictivos para ponerse a salvo, sea porque es débil mental, sea porque está demenciado, porque está intoxicado, porque es un niño abandonado. Eso para mí es una urgencia desde lo que es nuestra profesión." (TS2, Trabajador Social)*

*"Las urgencias que tienen que ver con situaciones de violencia, de maltrato, son situaciones que atentan contra la vida. Vos tenés ponele un bebé abandonado, y ¿cuál es la urgencia del bebé abandonado? Bueno, ese bebé abandonado no hay nadie en el Hospital que esté destinado a darle de comer, a cambiarle los pañales, a darle contacto humano. Vos tenés una mujer golpeada a la que no le conseguís un refugio, y vuelve y la matan. Es un riesgo desde lo potencial para la vida de la persona. Vos tenés una viejita demenciada que te traen y si vos no encontraste a la familia y la señora se quiere ir y se va igual, esa señora la pisó un coche, se murió de hipotermia al pasar la noche en la calle porque no tiene valores predictivos para ponerse a salvo. Lo mismo puede ser un chico con una discapacidad severa. O una persona en situación de calle, ahora que baja mucho la temperatura... es una diferencia que vos a la persona le puedas encontrar un lugar donde pasar la noche, donde bañarse, donde comer, donde empezar a organizar una cierta rutina para conseguir trabajo, generar un documento, controles de salud." (TS2, Trabajador Social)*

*"La urgencia es algo brusco, algo que surgió de un momento al otro y que genera una crisis en la situación del paciente, sea de salud sea de una situación social. Después tenés lo que es la emergencia que es cuando involucra riesgo de vida. Las urgencias sociales no siempre involucran riesgo de vida, como la emergencia que por ahí es más netamente médica. El momento de crisis es un momento frágil, pero también más permeable, entonces inclusive si vos no modificás toda la situación, vos podés plantar una semilla." (TS2, Trabajador Social)*

*"Nosotros trabajamos evaluando la perspectiva social y lo que surge de esa problemática, cuando lo social se presenta como un problema en la guardia. Porque aquí acuden situaciones sociales pero que tienen una injerencia en el proceso de salud-enfermedad. Hay situaciones que no las podés desarticular..." (TS4, Trabajadora Social)*

Se evidencia que para los/as profesionales del Trabajo Social existe una urgencia social que está dada por las dimensiones sociales de las trayectorias de vida de los/as usuarios/as, y que se compone de los elementos analizados en los párrafos anteriores.

Por lo expuesto, no puede pensarse de la misma manera la urgencia médica y aquello que puede llamarse urgencia social o situaciones de vulnerabilidad extrema. Sin embargo existen elementos comunes entre ambas y en ese sentido la existencia de trabajadores/as sociales en la guardia habilita la posibilidad de entender a la salud y a la salud mental desde la multidimensionalidad y la integralidad.

### **Las problemáticas y las tareas asignadas al Trabajo Social**

Como se ha expresado en párrafos anteriores, la construcción del espacio del Trabajo Social en la guardia se presenta como un suceso en el que además de legitimarse como profesionales individualmente, también deben construir el espacio de la disciplina. Este proceso, asimismo, se realiza a partir de la tensión entre lo asignado a la disciplina, y aquello que se asume.

Los/as profesionales de la medicina entrevistados/as expresaron respecto al Trabajo Social:

*"Uno no tiene todos los medios ni la formación para poder ayudar al paciente en la parte más social, justamente. De todas la redes de contención, más que nada."* (DR2, Médica Clínica)

*"Y con el equipo más que nada de Trabajo Social (se derivan) situaciones como estas, gente que no tiene donde vivir. Hay veces que viene gente y te inventa un problema pero lo que quiere es quedarse internado o recibir alguna comida."* (DR2, Médica Clínica)

*"Entonces el trabajo interdisciplinario hace que quizá el paciente se vaya compensado en los dos sentidos, en lo orgánico y en lo social. Cosa que antes no pasaba y se nota mucho la diferencia en otros lugares, que no hay. Es el complemento: uno trata quizás lo orgánico, y después la parte social es re importante para cierta gente".* (DR2, Médica Clínica)

En este caso, además de incluir situaciones ligadas a vulnerabilidades socio-económicas y violencias, se refiere específicamente a "lo social" como aquello específico del Trabajo Social. Aquello englobado en "lo social", no está delimitado claramente, aunque parece referirse a las condiciones concretas de la vida de los sujetos y aspectos subjetivos, que según lo expresado es otro "sentido" que se entiende separado del orgánico.

Otro aspecto de la delimitación de las incumbencias del Trabajo Social se trata de las tareas y modalidades de acción que se asocian a la disciplina. Al respecto, **los/as profesionales vinculan la disciplina principalmente con tres ejes: la viabilización de recursos, la búsqueda de información, y la articulación de las redes sociales e institucionales de los sujetos de intervención.**

- Funciones en torno a la vehiculización de recursos extra e interinstitucionales:

*"Él (Trabajo Social) se ocupa para pensar en los recursos. Así es como que cada uno tiene mayor especificidad en su trabajo, y como equipo damos muchas más herramientas. Me parece que podemos pensar lo mismo, pero él (Trabajo Social) tiene recursos de afuera y yo me meto en los recursos que aparecen en el discurso."* (PSI2, Psicóloga)

*"Bueno Uds. tienen...digo también pueden aportar esa cosa del recurso y llamar a lugares, y de contar con otras cosas...digamos..."* (PSIQ1, Psiquiatra)

*"(Ante la pregunta ¿Cuáles consideras que son las incumbencias del Trabajo Social?) Los recursos que tiene la sociedad para colaborar en el bienestar del otro, fundamentalmente."* (PSI2, Psicóloga)

*"Me parece que hay fluidez en la división específica de tareas. Ahora, si hay algo muy puntual, vinculado a "no sé qué hacer con eso", respecto a alojamiento y a sacar algún recurso de alimentación, ahí ya es específico del Trabajo Social."* (TS1, Trabajadora Social)

De lo expresado se puede decir que existe, principalmente, una noción de las funciones de los/as trabajadores/as sociales de la guardia asociada a la gestión de recursos. En algunos casos esta situación parece pensada como el "afuera" del resto de la intervención con el sujeto, principalmente se evidencia como ligada a las condiciones concretas de reproducción cotidiana de los usuarios, y que se entienden como complementarias al resto de la intervención.

- Funciones en torno a la articulación de redes sociales e institucionales del sujeto:

*"El trabajador social trabaja siempre más sobre la parte de cómo articular con el afuera, o sea con familiares, con qué familiares con no sé... obras sociales".* (PSIQ2, Psiquiatra)

*"Esa cosa de articulación sí es competente del trabajador social. Alguien me dice: no estoy haciendo tratamiento, tengo certificado de discapacidad, pero no tengo obra social, mi tía mi mamá tiene obra social, es como que yo ahí llamo al trabajador social para que lo oriente, a dónde tiene que ir, cómo tiene que ir, qué puede hacer. Hay muchas cosas que con recursos se puede apoyar mucho más a esa persona."* (PSIQ2, Psiquiatra)

*"Yo veo eso, que hacen una muy buena articulación entre lo que hace el hospital o la salud y lo que puede hacer la persona con eso y en el contexto en el que está: en qué barrio vive, que recursos tiene. Sería más que nada cómo una articulación. Articular, en el caso de salud, sería como con la persona y su contexto, que es algo que tiene su especificidad del Trabajo Social"* (PSIQ2, Psiquiatra)

*"Quizás lo que pueden aportar más es en relación a cuestiones de convivencia, de cómo viven, con quien viven.....Eso sí noto la diferencia que quizás, yo suelo preguntar con quién viven pero quedo ahí, y V. (TS2) suele ampliar un poco más en ese sentido."* (PSIQ1, Psiquiatra)

Lo expresado en estos extractos de entrevistas se vincula a la reflexión anterior sobre la asignación de recursos, pero ahora pensado desde el eje de la articulación con otras instituciones y respecto a las redes vinculares de los sujetos de intervención.

- Funciones vinculadas a la búsqueda de información y a la orientación:

*"Encuentro que a veces se lo llama con todo lo que no se puede hacer, encontrar familiares, no tiene huellas, no se sabe quién es. Está muy puesto en el tema de los datos que no hay. De conseguir datos, tráeme un familiar, conseguime una derivación, algo de PAMI. Es como la pata... necesaria y aliviadora, que es la de bueno, cómo sigue esto legalmente, dónde mandamos este formulario, dónde hacemos esto otro".* (PSI1, Psicóloga)

*"Cuando las cosas no entendemos los papeles, y llegan los pacientes que fueron al PAMI y les dijeron que no, y entonces tal cosa, y no se entiende, pero tiene el carnet pero no capital y entonces: Che V. (TS1), podés orientarnos en esto".* (PSI1, Psicóloga)

*"La semana pasada, no sé si se los contó S. (TS2), vino un señor y se murió. Nadie tenía ningún dato, entre la kinesióloga, la clínica...vino S. hizo click y encontraron a la familia."* (PSI2, Psicóloga)

*"O si no cuando llega un NN, se la convoca a V. (TS1) y también los otros especialistas, o cuando no se sabe dónde vive el paciente, cuando son viejitos que llegan y no se sabe, bueno ahí si se la convoca a V. (TS2) o cuando hay alguien que está durmiendo acá en el Hospital."* (PSIQ1, Psiquiatra)

Por último, en los extractos precedentes, se incluye a la gestión administrativa y a la búsqueda de información, como un eje característico de la acción de los/as trabajadores/as sociales en la guardia.

En conclusión, de las tareas asignadas al Trabajo Social, se incluyen en mayor medida tareas que parecen colocar a los/as profesionales como "lo útil" pero por fuera de los objetivos centrales de la intervención de las otras disciplinas. Parece asignarse un rol subsidiario otorgando campos de acción externos a los de los demás profesionales. Asimismo, si bien la participación del Trabajo Social en los Equipos de Salud Mental se

aprecie en intervenciones valoradas como grupales o interdisciplinarias, **no se logra dilucidar el aporte del Trabajo Social en lo específico en la Salud Mental sin fragmentarlo con aspectos concretos que parecen mencionarse como externos a los padecimientos o las intervenciones respecto a la Salud Mental.**

### **Los objetivos y las tareas asumidas por el Trabajo Social**

En función de lo abordado en los párrafos anteriores, se presentan algunas diferencias en torno a lo que los/as trabajadores/as sociales expresan de su acción profesional en la guardia.

*"Yo acá veo de todo. Me caen desde cosas de violencia, de abuso sexual, cosas que tienen que ver con discapacidad, situación de calle, falta de recursos, con salud mental muchísimo, con adicciones. Y puede ser que me hayan venido a buscar específicamente a mí, porque: uy, me quedé en la calle y no sé qué hacer, o estoy sufriendo una situación de violencia, o no se... situaciones muy diferentes. Puede venir gente que de repente no sabe cómo acceder a un tratamiento de salud. (TS2, Trabajador Social)*

Se evidencia que no sólo se abordan situaciones de violencias y vulnerabilidad socio-económica, accesos a tratamientos, asesoramientos, y recursos, sino que se incluye el abordaje de padecimientos subjetivos y consumo de sustancias, como parte de las intervenciones que demandan al Trabajo Social.

Por otro lado, los/as entrevistados/as remarcaron que la inclusión del Trabajo Social en la guardia promovió la integración de otras dimensiones de la vida de los usuarios:

*"Eh... del trabajo con las disciplinas médicas, lo que le aportó (el Trabajo Social) es la visión integral, ampliando que es un paciente con un contexto, con una familia, con referentes...vuelvo a insistir con esto una persona desde lo integral." (TS1, Trabajadora Social)*

*"Desde la incorporación de los trabajadores sociales en la guardia el trato se humanizó. Bueno, cambió la mirada. La mirada que antes no estaba. Ahora se lo está mirando. Y también se está interviniendo." (TS3, Trabajadora Social)*

En este caso, se evidencia que la perspectiva del Trabajo Social implica la apreciación de otras dimensiones y cierta modificación en torno a la perspectiva de otros/as profesionales respecto a los sujetos de la intervención.

Respecto a los objetivos de intervención, los/as trabajadores sociales entrevistados, manifestaron:

*"Violencia de género: que esté protegida, que esté resguardada, que tenga consciencia de lo que le está pasando, consciencia de la situación, que pueda canalizar la demanda y la denuncia si acepta hacerla, en un caso de mayor gravedad te estoy hablando. Poder conectarla con servicios extrainstitucionales al Hospital, llámese línea 137, policía, OVD, articular desde este lugar para que esta persona se vaya." (TS4, Trabajadora Social)*

*"Mi objetivo es externar el paciente "social" (gesto de comillas) que dicen ellos. Primero, la evaluación, el diagnóstico social, los tratamientos sociales que yo puedo dar en una guardia para contribuir a que ese paciente se externe. Mi objetivo es la externación con el mayor cuidado para que ese paciente, no es que solamente se vaya de la guardia, se vaya con dispositivos acordes a su patología." (TS4, Trabajadora Social)*

*"Yo en la guardia lo que busco es en principio generar un diagnóstico y después ver qué se puede resolver desde la guardia, qué se puede orientar y qué se puede derivar. Sea articulando seguimiento o haciendo una derivación, internando si hace falta. Esas son como las tres vías." (TS2, Trabajador Social)*

*"Trabajar con la falta de recursos, con el acceso al tratamiento. A veces con pautas de cuidado para que la familia sepa, bueno, voy a este grupo que trabaja con familiares que brinda asesoramiento de cómo manejarnos con un paciente adicto" (TS2, Trabajador Social)*

Ante la inquietud respecto a los objetivos de la intervención, surgen en las entrevistas nuevos elementos. El Trabajo Social se adjudica el diagnóstico, el resguardo y protección, así como también las funciones revisadas antes en torno a los recursos y derivación.

En función de lo expresado, se adhiere a aquello que Sandra Madeira (2011) propone como los ejes de intervención profesional en la guardia:

- *"Promover la participación del equipo interdisciplinario para lograr una mirada integral de la situación planteada.*
- *"Generar un espacio de escucha y contención.*
- *"Favorecer la reconstrucción de redes sociales y familiares de los sujetos asistidos.*
- *"Generar estrategias que permitan el acceso a los recursos que la situación demanda.*
- *"Propiciar la articulación intra e inter institucional, facilitando la continuidad de la atención de acuerdo a las problemáticas sociales y de salud presentadas, en los niveles adecuados del sistema de salud.*

- *“Viabilizar la construcción de alternativas y/o estrategias intersectoriales de intervención.”* (MADEIRA, 2011: 22).

Sumando a los aportes que esta autora describe, es pertinente agregar algunos otros en los que se considera que el Trabajo Social realiza significativas contribuciones: posibilitar la accesibilidad al sistema de salud, aportar a la comprensión de los procesos de producción subjetiva y sus padecimientos, promover la historización de la situación vital por parte de los usuarios, diferenciar la urgencia profesional e institucional de la urgencia subjetiva, instalar una actitud de cuidado total, y fomentar el respeto por las necesidades, derechos y demandas de los/as usuarios/as.

La actitud de cuidado total refiere a la concepción del usuario como sujeto, en relación a algunas condiciones de privación básicas. Aunque pueda confundirse con una dinámica asociada a la caridad, se entiende que es parte de la intervención en situaciones de urgencia o crisis, el hecho de interpretar que ciertas necesidades básicas de resguardo y protección pueden ser cubiertas para avanzar con el proceso de intervención. Sin embargo, es de destacar que esta actitud no es constitutiva e inherente al Trabajo Social, ni que tampoco puede constituirse en la única acción interventiva. En tanto garantía de derechos, puede instalar en el resto de los/as profesionales de la guardia la conciencia en torno al cuidado con los sujetos, y que puede garantizar el reconocimiento básico a fin de profundizar en la intervención necesaria.

En función de los ejes mencionados, se concluye que el Trabajo Social en la guardia se ve interpelado a ocupar un nuevo rol institucional, frente a la mirada médica y aquella centrada en lo intrapsíquico, y que esa construcción se vuelve contradictoria al tensionar el espacio profesional del Trabajo Social. Este espacio, aunque es valorado, no logra ser descripto más allá de las tareas subsidiarias.

El Trabajo Social tiene la potencialidad de la construcción de un espacio con una mirada integral (histórica y situada) y en el que la urgencia no demande una respuesta instantánea de alivio de síntomas sino el análisis del impacto en cada sujeto respecto a su forma de vivir esa urgencia y de entender la realidad que atraviesa.

### **Las tensiones del Trabajo Social en la guardia**

La forma en la que cada profesional habita el espacio de la guardia en tanto sujeto social y profesional, o sea la forma en la que construye su espacio socio-ocupacional, se

ve configurado por aspectos institucionales, por la mirada de otros/as profesionales y por su especificidad teórica, metodológica y ético-política. Al respecto, se han analizado en capítulos anteriores las dimensiones en torno a la guardia como espacio de trabajo y sus particularidades, y a la intervención enmarcada en los Equipos de Salud Mental. Asimismo, se ha indagado en las funciones y objetivos del Trabajo Social, que se asignan y asumen. Resta retomar algunas de las tensiones que a lo largo de la investigación han surgido al respecto de la construcción de este espacio. Se trata de tres aspectos: las tensiones resultado de la complejidad del reconocimiento de la disciplina, y aquellas ligadas a la base teórica metodológica y a la dimensión de lo ético político.

### **La disputa de la legitimación: lucha por capitales**

Hugo Spinelli (2010) utiliza los aportes de Pierre Bourdieu refiriéndose al “Campo de la Salud”, entendiendo como tal *“la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales”* (SPINELLI, 2010: 276). En tanto disciplina es un requisito entonces ser reconocido como profesional en su especificidad, y los campos se configuran como espacios para disputar capitales en torno a la capacidad de nominación e intervención sobre las situaciones de abordaje.

Los/as trabajadores/as sociales se insertan en este dispositivo de urgencias en lo que Martín Bruni llama *“el intersticio entre lo endógeno y lo exógeno a la profesión”* (BRUNI, 2013: 4), referido a aquello que la disciplina puede aportar y cada profesional se propone disputar, y lo que el contexto, la institución, el dispositivo y el grupo, permiten. En conclusión, la inserción del Trabajo Social en este dispositivo no está exenta de contradicciones y tensiones entre aquello que se le demanda al trabajador social, aquello que éste espera de su acción profesional, su saber especializado, y aquello que el dispositivo enmarca como posible y deseable. Los/as trabajadores/as sociales al respecto expresaron:

*"Por ahí en la primera te dicen “ese es tuyo... porque huele mal”. Y bueno, yo me callo. En realidad... cuando internan por un motivo social, somos todos entidades sociales. ¿Yo me voy a poner a filosofar? No, lo dejo. Hay un traumatólogo que me dice: sácame esa lacra de acá. Yo no me pongo a defender los derechos humanos de lo que a mí me enseñaron. Yo voy y le contesto: ya está, ya ubiqué a la lacra segunda, que es la esposa.”* (TS4, Trabajadora Social)

*"Entonces he pasado por distintas etapas de la profesión, donde somos molestos, siempre estamos oponiéndonos a lo que dice la institución, siempre estamos poniendo palos en la rueda, porque vemos al paciente desde una faz social. Somos las buenas, las monjas, las que rompemos los quinotos porque lo dejamos porque no tenemos otro recurso." (TS4, Trabajadora Social)*

*"Porque nosotros nos defendemos mucho de los tramiteríos, los trabajadores sociales. Ya no, porque yo lo tengo inscripto en mi profesión. Yo gestiono, pero en pos de un objetivo, de un objetivo y de la mirada, la perspectiva social que yo estoy evaluando en ese caso." (TS4, Trabajadora Social)*

*"Te voy a decir lo que podemos hacer todos...desde alcanzar una vianda a una persona que dejamos internada, gestionarla, eso lo puede hacer cualquiera. Pedir una cama por Red SAME, eso lo puede hacer cualquiera. Pedir identificación de paciente, eso lo puede hacer cualquiera. Contactar algún familiar, lo puede hacer cualquiera. Fotocopiar carnet, DNI, lo puede hacer cualquiera. A veces, pacientes con una crisis de ansiedad por el trabajo, o la familia, como no tiene trabajo (el paciente) me llaman a mí para Bolsa de Empleo. Digamos no...yo no cierro entrevistas, que otros profesionales no saben cerrar." (TS1, Trabajadora Social)*

*"Pero no estoy para servir un tecito a alguien, pero a lo mejor con eso me pongo a charlar pero veo en qué otra cosa puedo ayudar. Esa es mi idea. No sé si es compartida, si una colega le va a parecer bien."(TS3, Trabajadora Social)*

*"A veces tenés que decir bueno, eso no me compete o esto lo puedo hacer por una cuestión de humanidad como lo puede hacer otro también pero no es parte del trabajo." (TS2, Trabajador Social)*

En todos los extractos transcritos se manifiesta la tensión entre las tareas y problemáticas que son adjudicadas al Trabajo Social, y la posición que ellos/as asumen respecto a esto. Pareciera que el Trabajo Social debe intervenir en aquellas situaciones que no son clasificables, y desde tareas que a nadie parecen corresponderle, ligado a lo "humano" y a lo útil, pero secundario. Se evidencia la tensión que produce la asociación en torno a tareas caritativas, así como la defensa que en muchos casos se debe entablar para la integración en la guardia de sujetos con vulneración socio-económica, y que genera que los/as trabajadores/as sociales parecieran estar "oponiéndose" a la institución.

Sin embargo, también se puede ver la dinámica estratégica de muchos/as profesionales que con los fines de disputar espacios van asumiendo diferentes tareas de las que son adjudicadas, y construyen desde allí sus acciones. Esta posición, sin embargo, no dista de ser conflictiva, y se da desde lo individual de cada profesional aceptando tareas o disputando nuevos espacios.

Asimismo, aparece la idea de que existen ciertos ámbitos que el Trabajo Social no ocupa porque no se lo permiten o porque no logra construirlos como propios. Algunos/as profesionales de la psiquiatría y psicología, pusieron en palabras esta tensión y lo expresaron de la siguiente manera:

*“Está como totalmente ninguneado. Quizá a algún paciente que le falta ropa o alguien tiene que mandar un fax y piensan que el trabajador social lo puede hacer. Está también en el trabajador social hacerse su rol. Hay trabajadores sociales que lo asumen y que lo hacen y piensan que están para eso y hay trabajadores sociales que se paran más y dicen bueno: “No. No estamos para eso” (PSIQ2, Psiquiatra)*

*“Me parece que sería interesante que justamente se vaya creando como un campo de intervención que no sea solamente una especie de trámite, separarlo un poco del trámite. Del trámite en el que uno también cae en la convocatoria, en convocarlo. Pero tendría que haber algo de una experiencia que arme algo distinto que el trámite o que lo que le falta del dato.” (PSI1, Psicóloga)*

De este modo, tanto para los/as trabajadores/as sociales, como para sus compañeros/as de equipo, la construcción de las incumbencias del Trabajo Social se produce de forma conflictiva y contradictoria.

En función de lo expresado, así como de lo evidenciado en otros apartados, la inserción del Trabajo Social se presenta como conflictiva en el escenario de la guardia, tensionando tanto el abordaje médico como el de la salud mental. Los/as profesionales, de la medicina, de la psicología y de la psiquiatría, evidencian entender al Trabajo Social como ligado a un “eje” o “lado” social de los sujetos de la intervención, y por ende se comprenden sus intervenciones como fragmentadas y externas a aquello que parece ser la intervención central.

Cabe preguntarse si estos conflictos en torno a la integración del Trabajo Social a la guardia no se corresponden con disputar los significados tanto de la salud como de la salud mental. Si la integración de esta disciplina en la guardia responde a entender a la salud y a los padecimientos subjetivos como procesos complejos y multidimensionales, como construcción social y con dimensiones tanto de las condiciones objetivas de existencia como de sus redes de relaciones y significados, entonces su inclusión a la guardia responde a disputar significados en torno a esas categorías, así como modalidades de evaluación y abordaje.

## Lo teórico y lo ético-político en contradicción

En el marco de los dispositivos de urgencia, la construcción del espacio del Trabajo Social se expresa como problemática no sólo por su inserción novedosa y relativamente reciente, sino por la falta de formación específica y especialización académica en urgencias. A esta falta se suma la ausencia de escritura y espacios de intercambio y supervisión en la temática. Los/as trabajadores/as sociales comentaron estas carencias en las entrevistas y manifestaron en sus discursos lo siguiente:

*"Sería muy importante poder... este...interrogarse más sobre el área. Sobre la urgencia y la emergencia, y la ubicación del rol. Traté de capacitarme en, digamos, el tiempo que estoy acá... en... no, pero en realidad nada hice, porque no había nada. Sí hubo intentos de reuniones, de trabajadores sociales de guardia. Pero era nada que... digamos que la contribución era experiencial"* (TS4, Trabajadora Social)

*"Me sentía muchas veces con una formación pobre. Debería haber una formación en la facu, porque es algo que, como todo lo que yo fui viviendo, fue nuevo. Entonces como que es distinto el trabajo acá, en la carrera yo no pensé que iba a trabajar así. No es algo negativo, es algo positivo, pero me parece que debería haber una formación específica."* (TS3, Trabajadora Social)

*"Yo leí bastante material pero la verdad es que no había mucho material. No había casi nada de Trabajo Social en urgencias. Ustedes son las únicas que hacen eso. Casi no hay. La verdad es esa."* (TS2, Trabajador Social)

En los extractos precedentes se visibiliza como problemática **la falta de formación específica, así como de espacios de intercambio y producción**. Esta situación incide también en los desafíos que deben superar los/as trabajadores/as sociales para construir su espacio socio-ocupacional, que no solo implican las disputas entre las diferentes disciplinas sino también al interior del propio campo.

La ausencia de espacios de intercambio para los/as trabajadores/as sociales de guardia es un obstáculo para la conformación de un perfil socio profesional que pueda habitar ese espacio y ser mayormente reconocido como disciplina que pueda aportar conocimientos en el abordaje de las problemáticas que se presentan en el dispositivo. **La posibilidad de encontrar ámbitos de reflexión podría contribuir a delinear criterios y formas de intervención, habilitando la discusión en torno no sólo a aspectos teóricos, metodológicos e instrumentales, sino también ético-políticos, respecto al abordaje de urgencias, y que ayuden a atenuar las tensiones que existen entre las diferentes disciplinas y la propia, fortaleciendo el espacio del Trabajo Social en la guardia.**

Respecto a la dimensión de lo ético-político en el Trabajo Social, se presentan algunos extractos de entrevistas que refieren a la posición de los/as trabajadores sociales en la guardia:

*"A mí me hizo ver que yo puedo tener un pensamiento de defensa de derechos, de... digamos... de buscar otras posibilidades, dentro de gobiernos liberales."* (TS4, Trabajadora Social)

*"Por supuesto que está el tema de la salud siempre para abordarlo, pero bueno a veces hay situaciones que desde lo habitacional también, desde lo económico, impiden todo este posible seguimiento o hacer uso del derecho a la educación, el derecho a la salud, a la vivienda. Todos los derechos que ustedes se imaginen vulnerados."* (TS3, Trabajadora Social)

*"Siempre fui solidaria, siempre fui como que me interesaba mucho la vida de las personas y demás, no desde lo psicológico sino como, esto de las falencias, las necesidades, y bueno, por eso fue el lado más vocacional. Con este afán de nosotros de ayudar, o de ponerse en el lugar del otro."* (TS3, Trabajadora Social)

*"En un tiempo habíamos hecho en el Elizalde un roperito, acá estamos armando algunas cosas en el fondo en el placar. Y a lo mejor se la damos a la gente que necesita."* (TS3, Trabajadora Social)

Asumir una posición ético-política supone ubicarse ideológicamente en un campo en tensión en el que convergen diversas perspectivas. Al respecto, puede verse que si bien una de las profesionales menciona la garantía de derechos como una de sus finalidades, en otros extractos de entrevistas, se enuncia una posición asociada a la idea de ayuda y solidaridad, cercana a las posiciones previas a la profesionalización del Trabajo Social, vinculado a la caritativo y asistencial. Queda entonces expuesto que en la reflexión de los/as profesionales respecto a su quehacer cotidiano, emerge esta tensión entre posicionarse en el lugar del que "ayuda" y el que garantiza derechos, y esta posición no es definida con claridad. Sin embargo, en algunos casos estas lógicas se ponen en contacto no necesariamente como opuestas, cuando se trata de la intervención desde la lógica del cuidado total del sujeto y se reconoce que la restitución de derechos en muchos casos requiere acciones directas y materiales, vinculadas al proteger.

### **Cierre de capítulo**

El capítulo final de este trabajo da cuenta de las principales tensiones en torno a la construcción del espacio socio-ocupacional del Trabajo Social en la guardia. En función de lo analizado a lo largo de este capítulo, se evidencia que el interjuego a partir del que el Trabajo Social se desarrolla se construye con aspectos que inhiben el potencial interventivo de la profesión. Entre estos, se pueden mencionar: la lógica central del

dispositivo de urgencias, fragmentada y ligada a la resolución inmediata; la lógica hegemónica del Equipo de Salud Mental, ligado a lo intrapsíquico; cierto reduccionismo en torno a “lo social” como el campo de acción del Trabajo Social, ligado al recurso, a la articulación y a la búsqueda de información; y desde el interior de la disciplina, la escasa formación específica en urgencias y en salud mental.

Ante este escenario, el Trabajo Social tiene tres alternativas de posicionamiento: la adhesión acrítica a lo asignado, el rechazo a éste, o la reciprocidad en la construcción de la demanda, en términos de negociación con los demás profesionales (BRUNI, 2013). Esta tercera vía es aquella que tiene mayor potencial, e implica entender que las tareas asignadas en términos de la reproducción social de los sujetos de intervención es parte de la intervención en salud desde la multidimensionalidad. Esta opción implica también asumir un determinado posicionamiento teórico y ético-político. Asimismo, la disputa en torno a integrar estos aspectos a la intervención propia de la salud y la salud mental, es parte de disputar el significado y las dimensiones de éstas.

La fortaleza de la intervención del Trabajo Social emerge principalmente en torno a tres ejes: la dimensión material (relacionado con la lógica del cuidado total), la dimensión vincular (en función de las redes y la organización del cuidado), y la dimensión subjetiva (entendiendo el aporte en torno a la contención, acompañamiento y al abordaje de lo singular). Estos tres ejes permiten historizar al sujeto e incluir esta historia en los procesos sociales que suponen la reproducción subjetiva del padecimiento. Sin embargo, requiere que la intervención del Trabajo Social no se produzca desde una demanda y diagnósticos ya elaborados, sino que debe ser parte de dicho proceso, a partir de la participación en una primera escucha y acompañando la construcción de las estrategias.

## **Conclusiones finales**

El trabajo que aquí finaliza partió de interrogantes en torno a **las configuraciones de la construcción del espacio socio-ocupacional del Trabajo Social en la guardia hospitalaria**. Se propuso realizar un análisis y ayudar a la comprensión de las diversas dimensiones con las que puede describirse lo que implica estar en y de guardia para el Trabajo Social.

Según se ha expuesto, la guardia hospitalaria se evidencia como un espacio social y laboral con características muy particulares. Se trata de un dispositivo especialmente centrado en el modelo biomédico, en función del cual los principales ejes son: la eficacia, la velocidad y la fragmentación. Los sujetos/usuarios se caracterizan por amplias trayectorias de derechos vulnerados, y que en muchos casos, eligen la guardia como lugar de protección y atención ante las barreras de accesibilidad de otros dispositivos e instituciones. Se trata de un espacio caracterizado por jornadas laborales de 24 horas, en un ritmo acelerado, de presente constante, y de enfrentamiento a situaciones de crisis y vulnerabilidad extrema, y posibles situaciones de violencia con escasa protección para los/as profesionales. La guardia se presenta como un espacio particularmente convulsionado, en el que circulan imágenes, sonidos y escenas extremas. Se configura entonces un lugar con una importante carga de afectación subjetiva, y en el que prima la lógica biomédica de atención del síntoma urgente.

Tal como fue mencionado en el trabajo de investigación, hace apenas 10 años, ingresa el Trabajo Social efectivamente al ámbito por excelencia de la urgencia. Se entiende a la urgencia en función a tres ejes: lo intempestivo, lo que requiere atención inminente, y la conmoción subjetiva producto del cambio en la vida de sujetos. En las urgencias puede, por lo tanto, manifestarse lo social como inminente, siendo este el campo particular del Trabajo Social. Así, aunque desde esos ejes para el Trabajo Social pueden presentarse urgencias en otros espacios de intervención, la guardia se encuentra especialmente orientado a ésta.

El Trabajo Social se encuentra en este espacio desafiado a la construcción de intervenciones en situaciones agudas, tensionando las modalidades propias de la disciplina, que comúnmente se anclan en una lógica de procesos. La construcción de la práctica profesional se tensiona en la lógica de otra temporalidad, caracterizada por la

toma de decisiones con escasa información y recursos, ante la constante presencia de la incertidumbre.

Ante estas características, se ha indagado respecto a la forma de construcción de las incumbencias profesionales, delimitadas en torno al movimiento entre aquello que el dispositivo presenta como lo posible y lo deseable, lo que las demás disciplinas construyen respecto al Trabajo Social, y aquello que los/as trabajadores/as sociales asumen como tareas y objetivos propios. En este movimiento, el Trabajo Social es esencialmente entendido como orientado a “lo social” y “lo humano”, construida como una disciplina subsidiaria desde la lógica de la fragmentación de los sujetos de intervención.

Ante esta situación, los/as profesionales del Trabajo Social tensionan las funciones asignadas, produciendo un diálogo tanto con el campo de la medicina como con el campo psi. Este conflicto desafía a los/as profesionales en torno a dos ejes de la disciplina: las bases teóricas y la dimensión de lo ético-político. Respecto al primero de los dos ejes, es necesario reiterar que se ha evidenciado un área de vacancia en lo temático. Probablemente esta resistencia tenga que ver con la asociación al trabajo en urgencia con la inmediaticidad y el espontaneismo. Asimismo, se ha evidenciado falta de formación específica no sólo en la urgencia sino también respecto a la Salud Mental. La escasa base teórica específica de los profesionales, es una dimensión de mucha importancia, ya que implica el riesgo de entender a la Salud Mental como procesos químicos e intrapsíquicos, y no como multidimensional con dimensiones sociales, implicando por ende la posibilidad de reproducción de la disciplina como subsidiaria de las demás.

Ante la diversidad de situaciones que implican el ejercicio profesional en la guardia, se apela a una estrategia central: el trabajo interdisciplinario, o con otros. La conformación de los Equipos de Salud Mental en las guardias hospitalarias, implicó la posibilidad de construir junto con otras disciplinas nuevas modalidades de abordaje. Frente a la posibilidad de adhesión a protocolos, al espontaneismo y a la inmediaticidad, emerge lo artesanal como forma de entender lo novedoso de lo singular.

El Equipo de Salud Mental se instala en la guardia como una ruptura. Incorpora a nuevos sujetos que ahora son alojados con un equipo específico, supone otras lógicas

temporales, y la apreciación de nuevas dimensiones de la urgencia y de los padecimientos de los sujetos.

El Trabajo Social se ve desafiado a construir sus incumbencias, en un espacio novedoso y frente a la superación de las funciones asignadas que lo ligan a las dimensiones sociales de los sujetos de la intervención desde el recurso y como un aspecto residual.

Desde la dimensión de lo ético-político, se afronta otro desafío. La posibilidad del pensamiento crítico, recuperando a la realidad como lo que se expresa en lo fenoménico pero que evidencia las estructuras, implica necesariamente la intervención sobre las mediaciones. Requiere asimismo, de la delimitación de los objetivos últimos del ejercicio. Posicionarse desde la emancipación y autodeterminación de los sujetos de intervención, implica disputar la lógica de las acciones conservadoras que colocan al Trabajo Social como el elemento de la expulsión de los sujetos no deseados del modelo médico. La guardia parece enmarcarse constantemente en lo fenoménico, pero el desafío es su superación y la recuperación de las mediaciones o de las conexiones socio-económicas en las vidas de los sujetos/usuarios.

La incorporación del Trabajo Social a la guardia hospitalaria supone la oportunidad de disputar significados en torno tanto a la salud como a la salud mental. Sin embargo, el trabajo con otras disciplinas implica necesariamente la consolidación de la propia, que requiere de un fortalecimiento teórico, y de espacios de encuentro y discusión en torno a los diversos desafíos que supone el ejercicio en la urgencia.

## Bibliografía

- Alayón, Norberto (1988) “Perspectivas del Trabajo Social”. Editorial Hvmánitas. Buenos Aires, Argentina.
- Aresca, V. y otros (2011). “Pollitos en fuga. Reflexiones acerca de los/as pacientes que son retirados sin alta hospitalaria”. En: Revista Margen, N° 63, diciembre/2011, pág.1-9, CABA, Argentina.
- Bersten, Marta (2012) “Poder e interdisciplina”. Ponencia en el XII Congreso Metropolitano de Psicología.
- Bruni, M. (2012). “La parte social. Sobre la cosificación del registro del Trabajo Social en la guardia hospitalaria”. En: Revista Margen, N° 66, setiembre/2012, pág. 1-5, CABA, Argentina.
- Bruni, Martín (2013) “El Trabajo Social descentrado de los recursos”. V Jornadas de Salud Mental y Trabajo Social. Hospital Braulio Moyano. CABA, Argentina.
- Carballeda, A. (2008). “La Intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social”. En: Revista Margen, N° 48, verano/2008, pág. 1-5, CABA, Argentina.  
[<http://margen.org/suscri/margen48/carbal.html>]
- Cohen Arazi, F y Piediferri, R (2014) “No sólo es contar con una guía de recursos. La función del Trabajo Social ante la presentación de la urgencia”. En: ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos. Editorial Laura Bonaparte, CABA, Argentina.
- Comes, Y. (2006). “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”. En: Anuario de Investigaciones. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología, UBA, Vol. XIV - Año 2006, pág. 201-209, CABA, Argentina.  
[[http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/comes\\_\\_accesibilidad.Accesibilidad.v14a19.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/comes__accesibilidad.Accesibilidad.v14a19.pdf)]
- Deschamps Perdomo y otros (2011): “Influencia de los turnos de trabajo y guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras”, España.
- Dillon, C. y otros (2012). “Abordaje interdisciplinario en salud mental en el servicio de guardia de un hospital general”. En: Revista Psicosocial y Emergencias, 9/enero/2012, Huesca, España.  
[<http://psicosocialyemergencias.com/2012/abordaje-interdisciplinario-en-salud-mental-en-el-servicio-de-guardia-de-un-hospital-general/#.U9qhmON5PSE>]
- Faraone, S. (2013). “Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones.” Salud Mental y Comunidad-UNLa, 3. 29-40. Buenos Aires. Argentina.

- Ferioli, D. (2015). “Cadáver exquisito. Urgencias en salud mental. Entrevista a Rey, Ferioli y Perugino”. En: Clepios - Revista de profesionales en formación de salud mental, N° 66, CABA, Argentina.
- Fernández, A. y otros (2015). “Intervención artesanal en la urgencia. Interdisciplina y salud mental.” Trabajo presentado en el VII Congreso Internacional de Trabajo Social, La Habana, Cuba, 25 a 30 de mayo 2015 (mimeo).
- Fernandez Soto, S. (2001). “La Intervencion del Estado en los noventa. Un análisis de la implementación del Plan Vida en la ciudad de Tandil (Provincia de Buenos Aires). 5to Congreso Nacional de Estudio del Trabajo. FCH-UNICEN, Tandil, Argentina.
- Fuentes, M. P. y otros (2014). “Lo interdisciplinar. Discusiones e implicancias de un imperativo de época para el Trabajo Social”. En: Fuentes, M. P. y otros, *lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social*. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, pág. 39-55, La Plata, Argentina.
- Galende, E. (1983). “La crisis del modelo medico en psiquiatría”. Cuadernos Médicos Sociales N 23. Buenos Aires. Argentina.
- García Salord, Susana (1991): “Especificidad y Rol en Trabajo Social. Curriculum-saber-formación”. Buenos Aires. Hvmánitas.
- Hernández Sampieri, Roberto y otros (2006) “Metodología de la investigación”. MC Graw-Hill Interamericana. México.
- Iamamoto, Marilda (2002); “Intervención profesional frente a la actual cuestión social” en: Severini, Sonia (coord.) “Trabajo Social y Mundialización. Etiquetar desechables o promover la inclusión. VIII Jornadas de Servicio Social”. , Buenos Aires, Ed. Espacio
- Laurell, A. C. (1986), “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”. Cuadernos Médico Sociales N° 37. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario.
- Ley N° 448, Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (2000). CABA, Argentina.
- Ley N° 26.657, Ley Nacional de Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010). Argentina.
- Ley N° 27.072, Ley Federal de Trabajo Social (2014). Argentina.
- Ley N° 1883, Ley Sistema de Atención Medica de Emergencia (SAME) (2010). Argentina.
- Madeira, S. y otros (2011). “El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el Hospital Piñero”. En: Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Año 1- N°2, Pág. 21-28, CABA, Argentina.
- Menéndez, E. (1988), “Modelo Medico Hegemónico y Atención Primaria”. Buenos Aires.

- Montaña, C. (2000) “La naturaleza del Servicio Social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción”. Ed. San Pablo. Cortez
- Najmanovich, D. (2005) “Transdisciplina. Artes y riesgo del arte dialógico”. EN: Biblioteca virtual de la comunidad de pensamiento complejo, pág 1-8, CABA, Argentina.
- Retamal, P. (2014) “Salud mental: aportes para pensar la inclusión social a partir de las prácticas profesionales en guardia hospitalaria”. En: Trabajos seleccionados: V encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Pág. 334-361, CABA, Argentina.
- Rozas Pagaza, M. (2001), “La intervención profesional en relación a la cuestión social”. Buenos Aires. Ed. Espacio. UNLaM. Marzo 2010.
- Sotelo, María Inés (2012) “Hospital, dispositivos, urgencias”, en [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/109\\_clinica\\_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf)
- Spinelli, Hugo (2010) “Las dimensiones del Campo de la Salud en Argentina “Revista SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, Argentina.
- Stolkiner, Alicia (2005) “interdisciplina y Salud Mental”, en: XI Jornadas Nacionales de Salud Mental. Misiones. Argentina.
- Villalibre Calderón, Cristina (2013). *Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre. Revisión histórica y bibliográfica*. Trabajo final del Máster en Análisis y Gestión de Emergencia y Desastre, Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo, junio/2013, Oviedo, España.
- Zerbino, Mario Carlos (2012): Intervenciones en situaciones de alta complejidad. Publicado en el Portal Por la Inclusión: un espacio para reflexionar, dialogar e intercambiar experiencias. Proyecto Ministerio de Educación Nación – O.E.A. En <http://www.porlainclusion.educ.ar>

## **Anexo N° 2: Declaración de Originalidad**

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Trabajo Social

### **DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD**

Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Por la presente afirmo con carácter de DECLARACIÓN JURADA que soy/ somos autor/es de la tesina hoy presentada, la cual es por ende original en su formulación conceptual, procedimientos de investigación, desarrollo del aparato demostrativo, análisis de los resultados y conclusiones, a excepción de referencias a conceptos, procedimientos, datos o afirmaciones provenientes de otros trabajos, en cuyo caso han sido explícitamente citados en forma textual o no textual según el caso.**

**Este trabajo no ha sido previamente presentado en ninguna otra institución educativa, organización o medio público y/o privado, ni lo será sin hacer expresa mención a su condición de tesina presentada a esta institución.**

**Firma:\_\_\_\_\_ DNI:\_\_\_\_\_ Aclaración:\_\_\_\_\_**

**Firma:\_\_\_\_\_ DNI:\_\_\_\_\_ Aclaración:\_\_\_\_\_**

**Firma:\_\_\_\_\_ DNI:\_\_\_\_\_ Aclaración:\_\_\_\_\_**