



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Lo social y lo político : construcción de estrategias profesionales superadoras en la intervención en salud mental

Autores (en el caso de tesis y directores):

Consuelo Álvarez Livio

Corina Comas, dir

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2022

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

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



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





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

**LO SOCIAL Y LO POLÍTICO: CONSTRUCCIÓN DE
ESTRATEGIAS PROFESIONALES SUPERADORAS EN LA
INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL.**

Trabajo de Investigación Final

Autora: Alvarez Livio, Consuelo (DNI: 38601801)

Mail: consuelo.alvarez.livio@gmail.com

Directora temática: Comas, Corina.

Mail: corinacomas@gmail.com

Seminario TIF: 2021

Fecha de presentación: 3 de Noviembre de 2022

Resumen

El presente trabajo se inscribe en el campo de la salud mental y específicamente explora, desde la perspectiva cualitativa, los múltiples factores que inciden en que algunos pacientes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte transiten internaciones más allá de la fase aguda de su padecimiento mental, y las características que adoptan las intervenciones de los equipos profesionales ante estas situaciones de extrema vulnerabilidad. Para ello se plantea como objetivo general analizar cómo se configuran esas internaciones en salud mental para determinados pacientes vulnerables, describiendo el papel que juegan las intervenciones de los profesionales del Hospital, haciendo énfasis en el papel de las y los trabajadores sociales. A tal fin se realizaron siete entrevistas semi-estructuradas a distintos profesionales del Hospital, pertenecientes a diversas disciplinas (Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría y Medicina General) y distintos dispositivos del Hospital, y revisión sistemática de bibliografía pertinente al tema. De acuerdo a lo recabado se observa que los factores principales que inciden en la extensión de las internaciones son el enfoque de abordaje tanto institucional como profesional y la concordancia entre éstos, la falta de políticas públicas relacionadas al acceso a la vivienda protegida y la falta de dispositivos o redes que organicen y sostengan la continuidad de los cuidados.

Título: Lo social y lo político: construcción de estrategias profesionales superadoras en la intervención en salud mental.

Autora: Consuelo Álvarez Livio

Mail: consuelo.alvarez.livio@gmail.com

Fecha de presentación: 3/11/2022

Palabras claves: salud mental, internaciones, intervención profesional, redes.

Índice

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1: CONCEPTOS Y DEFINICIONES DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.....	6
• 1.1: La salud mental.....	6
• 1.2: Paradigmas en la atención de la salud, la salud mental y el consumo problemático de sustancias.....	8
◦ 1.2.1: Paradigmas sobre la salud en general.....	8
▪ Modelo Médico Hegemónico o MMH.....	8
▪ Medicina Social y Salud Colectiva Comunitaria.....	10
◦ 1.2.2: Modelos de atención en Salud Mental.....	11
▪ Asilar o manicomial.....	11
▪ Salud Mental Comunitaria.....	13
◦ 1.2.3: Modelos de atención en Consumo Problemático de Sustancias.....	15
▪ Prohibicionismo o abstencionismo.....	15
▪ Modelo de Reducción de riesgos y daños.....	16
• 1.3: Marco Normativo en Salud Mental.....	18
• 1.4: Historia de la Institución.....	23
CAPÍTULO 2: LAS INTERVENCIONES PROFESIONALES.....	26
• 2.1: El Trabajo Social como disciplina específica.....	26
• 2.2: El trabajo Interdisciplinario.....	29
• 2.3: Ética del trabajo.....	32
• 2.4: Impronta institucional.....	34
CAPÍTULO 3: INTERNACIONES EN EL HOSPITAL BONAPARTE.....	38
• 3.1: Las internaciones en la Política Social e Institucional	38
• 3.2: Dispositivos de asistencia intrahospitalaria.....	42
• 3.3: Los Dispositivos de Internación del Hospital Bonaparte.....	43
• 3.4: El impacto de la emergencia sanitaria.....	52
CONCLUSIONES.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	59
ANEXO.....	65

Introducción

El siguiente es un Trabajo de Investigación Final que culmina el proceso de aprendizaje de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. El tema elegido se relaciona al campo de la salud mental, específicamente a las internaciones que exceden la situación aguda en tratamientos por padecimientos mentales. El interés por este tema surge del seguimiento y observación de casos relacionados a esta problemática durante el último nivel de las prácticas pre-profesionales de la carrera, cursado en el Hospital Nacional en Red Licenciada Laura Bonaparte durante el año 2019, aunque el trabajo de investigación en sí fue llevado a cabo entre los años 2021 y 2022. Se comprende que es importante una mirada más profunda hacia estas situaciones particulares al pararse como profesionales de un Trabajo Social que se centre en la justicia social y en la restitución de derechos, que promueva el cambio, desarrollo y cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas y que aborde los distintos emergentes de la cuestión social y sus múltiples intersecciones. La participación en los equipos de trabajo interdisciplinario (como los presentes en el Hospital Bonaparte) requiere que el Trabajo Social aporte su mirada particular a fin de proponer estrategias de intervención que resuelvan o traten de resolver esas situaciones y así poder brindar a las personas con padecimientos mentales la mejor calidad de vida posible. Cabe destacar que dichas intervenciones profesionales no suceden en un vacío sino que se construyen en relación con los pacientes y en un determinado contexto social e institucional con el cual articular.

La pregunta-problema que guió el trabajo fue “¿Cuáles son los múltiples factores que inciden en que algunos pacientes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte transiten internaciones más allá de la fase aguda de su padecimiento mental, y qué características adoptan las intervenciones de los equipos profesionales ante situaciones de extrema vulnerabilidad?”. Como objetivo general se planteó analizar cómo se configuran esas internaciones en salud mental para determinados pacientes vulnerables, describiendo el papel que juegan las intervenciones de los profesionales del Hospital Laura Bonaparte, haciendo énfasis en el papel de las y los trabajadores sociales. Se apuntó a conocer qué lógicas y prácticas atraviesan la construcción de estas internaciones y la realidad y subjetividad de los equipos profesionales del área de internación del Hospital. Como recorte contextual se tomó el período desde el año 2019 hasta el presente 2022. Mediante los objetivos específicos planteados se buscó caracterizar las internaciones relacionadas padecimientos de salud mental poniendo atención a qué mecanismos institucionales definen sus lógicas en cuanto a duración y tipos de tratamiento; conocer qué discursos y lógicas están presentes

en el quehacer cotidiano de los equipos profesionales; indagar en particular las intervenciones del Trabajo Social en el Hospital Bonaparte relacionadas al tratamiento de los pacientes con internaciones que exceden el tiempo de resolución del cuadro agudo, y qué direccionalidad socio-política reflejan; y por último describir las relaciones interinstitucionales que pueden (o no) dar lugar a la construcción de redes de cuidado.

El trabajo es de carácter exploratorio y descriptivo y se basó un enfoque cualitativo, el cual hace énfasis en la profundidad por sobre la extensión, y es útil para construir conocimiento acerca de la dinámica de los procesos sociales, su contexto, su complejidad y la interpretación de las experiencias de las personas y como éstas interpretan sus propios mundos, entendiendo así a la investigación como un proceso reflexivo e interactivo entre esas personas y el investigador. Esto es precisamente lo que se pretendió para este trabajo: retomar las voces de quienes trabajan con los pacientes y que además contribuyen a construir su paso por la institución, para tratar de conocer las posibles causas de las internaciones más allá de su fase aguda.

En las Ciencias Sociales se trabaja con sujetos y contextos que constantemente están en proceso de cambio, y la investigación realizada se enmarcó no sólo en un campo complejo como el de la Salud Mental, sino además en un período socio-histórico enrarecido por la pandemia del COVID-19 y las secuelas tanto sanitarias como económicas, sociales y culturales que dejó (y sigue dejando) tal fenómeno mundial, del cual nuestro país no quedó exento. El enfoque cualitativo permitió dar flexibilidad al diseño de investigación, ya que hubo cambios tanto en la fundamentación, la pregunta-problema y los objetivos. Todos estos factores repercutieron a la hora de planificar y realizar el trabajo, y la flexibilidad que permite la investigación cualitativa se constituyó como una clave para llevar adelante este proceso.

Para recabar información se elaboró una guía de preguntas y se hicieron siete entrevistas semi-estructuradas a distintos profesionales del Hospital, pertenecientes a distintas disciplinas (Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría y Medicina General) y dispositivos del Hospital. Dichas entrevistas fueron realizadas de manera presencial en los espacios del Hospital a excepción de una que debió hacerse de manera virtual y remota. En conjunto con estas fuentes primarias se utilizaron notas de campo propias redactadas durante el trayecto de prácticas pre-profesionales. Como fuentes secundarias se utilizaron documentos oficiales y diversas investigaciones/artículos relacionados a la temática expuesta. Para el análisis de datos se tomó como referencia la propuesta de la Teoría Fundamentada, la cual hace uso de las comparaciones constantes y el muestreo teórico para generar teoría enraizada en los datos sistemáticamente recogidos. La codificación de esos datos se hizo utilizando el software de análisis ATLAS.ti.

Como es usual en las investigaciones de cualquier índole, surgieron algunos obstáculos al momento de comenzar la recolección de información en la institución. El permiso por parte del área de Investigación del Hospital demoró unos seis meses, durante los cuales el diseño tuvo que ser modificado reiteradas veces para que la investigación fuera aprobada y el trabajo de campo pudiera comenzar. La institución se adjudicó la tarea de señalar a quiénes era pertinente entrevistar, de esta manera las siete entrevistas no fueron sólo a profesionales de los dispositivos de Internación como se había planteado en el diseño de investigación, sino también a profesionales de otros dispositivos como Guardia, Atención a la Demanda Espontánea, y de los departamentos de Formación y Redes. Si bien esto permitió recabar más información relacionada al funcionamiento Institucional del Hospital, a la articulación interna entre los dispositivos asistenciales, y obtener un panorama más general, también produjo una cierta dispersión en cuanto a la especificidad temática de los datos relacionados a las internaciones. Esto puede estar relacionado a las varias modificaciones que se sucedieron en la estructura del Hospital debido a los cambios de gestión desde el momento en que la investigadora terminó sus prácticas a finales del 2019. Junto con el cambio de Gobierno Nacional cambió la gestión interventora del Hospital y su perfil institucional, y se reactivaron algunos dispositivos anteriormente vaciados, los equipos interdisciplinarios tratantes de los dispositivos asistenciales tuvieron recambios de personal y nuevos nombramientos. Una vez otorgado el permiso no hubo problemas en cuanto a la concertación de las entrevistas, habiendo buena predisposición a la participación de parte de los profesionales, quienes dieron su consentimiento para ser entrevistados y formar parte de la investigación.

Tomando en cuenta la coyuntura particular del momento, el tiempo evidentemente requerido para la tramitación de permisos y el alcance realista de un trabajo de investigación llevado adelante por una sola estudiante, no fue posible acceder a los pacientes o a sus historias clínicas, con lo cual el retrato esbozado de los mismos deviene de los relatos de los entrevistados, de fuentes secundarias y de la propia observación.

Capítulo 1: Conceptos y definiciones del campo de salud mental.

Para situar al lector en la temática, se comenzará definiendo los aspectos teóricos más generales que sirven como marco para entender el panorama general del campo en que se inscribe este trabajo. En primer lugar se hará una breve presentación del campo de la salud mental y su definición como concepto. Luego, se detallarán los distintos paradigmas en juego en la atención de la salud en general y los modelos de atención y abordaje tanto de la salud mental como del consumo problemático de sustancias. Se continuará exponiendo de manera resumida el marco normativo vigente en nuestro territorio. Por último, se hará un breve resumen de la historia de la institución en la cual se llevó a cabo el trabajo de investigación.

1.1: La salud mental

El campo de la salud mental es uno indudablemente complejo, en el cual entran en relación múltiples actores y fuerzas sociales, cada cual con sus lógicas, significaciones y objetivos, las cuales participan en tensiones, consensos y antagonismos. Desde las ciencias sociales se plantea una comprensión que recupere los aspectos histórico-sociales de los temas que hacen al campo, y que “permita avanzar en un doble registro analítico, tanto macrohistórico, relacionando la salud mental con procesos de largo alcance como el liberalismo o el capitalismo, y microhistórico, para comprender aspectos como el sufrimiento psíquico de los sujetos con un padecimiento mental y el lugar que se les designa social y culturalmente” (Bianchi, 2019: 14). Lo particularmente interesante de este campo es que, como expresan Stolkiner y Ardila (2012: 58), “se ha configurado como el espacio paradigmático del límite a la concepción biologista-individual de la enfermedad y se ha diferenciado como tal por mantener formas institucionales específicas que develan, más claramente que en el campo de la Salud en general, la imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas.” Esto adelanta la idea de que mucho de lo que concierne a la salud y el padecimiento mental tienen que ver con fenómenos sociales y culturales, con sus sistemas de valores, y con sus formas de poder y dominación. Todo esto moldea las formas de vida y los vínculos sociales, y estos a su vez condicionan la subjetividad y los sufrimientos.

Es pertinente comenzar definiendo qué se entiende por salud mental, pero no es tarea fácil. Ha habido a lo largo de la historia diversas concepciones sobre el concepto, como ejemplifica Alvaro en su trabajo sobre el bienestar social: “La primera consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda interpretaría la enfermedad como desviación

social; la tercera la consideraría como enfermedad física y, finalmente, la concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos.” (Alvaro, 1992: 1) Es decir que el concepto no es unívoco y de hecho ha mutado a lo largo de la historia, conforme a los sistemas de valores predominantes, los avances de las ciencias y los distintos paradigmas, por lo tanto sus múltiples definiciones responden a distintos enfoques. Lo que es considerado como sano o enfermo es algo que varía según representaciones sociales construidas en determinados contextos socio-históricos. Dicho esto, se presentan a continuación algunas definiciones consideradas pertinentes a los fines de este trabajo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución se refiere a la salud en general como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Al referirse a la salud mental la OMS la considera un componente integral de esa salud, no sólo como la ausencia de trastornos, discapacidades o padecimientos mentales específicos. Más específicamente la define como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.”¹ Es interesante como esta mirada amplia da cuenta de la importancia no sólo subjetiva sino social del concepto, dando cuenta de que sus determinantes exceden lo puramente biológico o genético, sino que también se incluyen múltiples factores psicológicos y sociales. En el documento citado la OMS hace referencia a las presiones socioeconómicas persistentes, la pobreza, el nivel educativo, los cambios sociales vertiginosos, la discriminación de cualquier tipo, la exclusión social, las condiciones de trabajo estresantes, los riesgos de violencia y las violaciones a los derechos humanos como determinantes sociales que inciden directamente en la salud mental.

Siguiendo esta línea, en la vigente Ley Nacional de Salud Mental nro. 26.657, la misma es definida como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (artículo 3). Definir de esta manera a la salud mental en un documento que sirve como marco legal para todas las intervenciones estatales deja entrever un posicionamiento de carácter progresista que se vincula con un enfoque que prioriza la restitución de derechos y comprende la condición humana de manera compleja.

1 “Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta.” Documento de prensa publicado por la Organización Mundial de la Salud el 17 de Junio de 2022.

1.2: Paradigmas en la atención de la salud, la salud mental y el consumo problemático de sustancias

El tratamiento de la salud ha ido tomando distintas formas a través de la historia, expresándose en distintos modelos de atención o intervención. Éstos son entramados complejos con determinadas bases teóricas, metodologías, objetivos, técnicas, actividades, estructuras institucionales, formas de organización y financiamiento de la asistencia, y formas de construir y atender la demanda de atención que configuran enfoques de abordaje diferentes (Galende, 1988). Pero aunque surjan y sean más o menos predominantes en distintos momentos de la historia o en tal o cual lugar, en general los modelos existen de manera simultánea y se disputan los significados y las prácticas que hacen a la atención de la salud (de hecho esto es lo que sucede en la actualidad en nuestro país). En un mismo establecimiento, práctica o discurso pueden aflorar lógicas u acciones que responden simultáneamente a diversos modelos. Debe tenerse en mente que, en especial en ciencias sociales, los modelos no tienen una traducción o emergencia “pura” en la realidad, sino que sus definiciones son conceptuales y sirven como herramientas o marcos de referencia para analizar esa realidad empírica, compleja y diversa.

En primer lugar se exponen los dos modelos más abarcativos de la salud en general, para luego detallar los cuatro siguientes, que son más específicos al trabajo con la salud mental y el consumo problemático de sustancias.

1.2.1: Paradigmas sobre la salud en general

Modelo médico hegemónico o MMH

El Modelo Médico Hegemónico es descrito como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.” (Menéndez, 1988: 1). Según este mismo autor, el modelo tiene como rasgos estructurales el biologicismo, una mirada ahistórica e individualista, y una concepción teórica evolucionista-positivista. Esta forma de atención de la salud nace y se instituye en los países capitalistas centrales en el momento en que la clase burguesa logra la hegemonía, de tal manera que existe mayormente en función de las clases sociales urbanas, más específicamente para hacer frente a los padecimientos que tienen los trabajadores y como una forma eficaz de curar y controlar determinadas enfermedades, focos transmisibles y “desviaciones”, asegurando así mayor productividad del

modelo económico. Es decir, su finalidad es curar la enfermedad lo más rápido y eficazmente posible para que la persona vuelva a trabajar, a ser productiva y a percibir un salario. En el MMH la salud es mercantilizada (al punto de convertirse en industria del sistema capitalista) y se instaura una relación de poder asimétrica entre los médicos poseedores de ese saber específico, y los pacientes consumidores subordinados y pasivos en cuanto a las acciones que se toman sobre su propia salud, quienes son dejados por fuera de ese saber. En cuanto a los sistemas alternativos o subalternos, más que excluirllos lo que hace es estigmatizarlos, cooptar los saberes que le sean útiles y transformarlos en “complementarios” a sí mismo, constituyéndose así como el único tipo de conocimiento médico legítimo u objetivo. Legitimidad que logra a partir de su identificación ideológica con la racionalidad científica y con un proceso de profesionalización avalado por el Estado. Las medicinas subalternas o “tradicionales” son así deslegitimizadas y no es extraño que paulatinamente incorporen elementos ideológicos o prácticos del MMH.

La práctica médica que surge de este modelo es una práctica reparativa, que reduce su nivel de análisis al individuo biológico o como mucho a la suma de individuos, y que no puede referir radicalmente sus políticas de salud a los factores económicos, políticos e ideológicos determinantes de la enfermedad, porque ello supondría poner en evidencia y afectar al proceso dominante. El aspecto social es relegado a un plano secundario u oculto: “(...) constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer en un nivel manifiesto, pero que no aplica a sí misma. La propia formación médica, así como la investigación médica aparece saturada de procesos sociales que no asume en cuanto a sus implicancias ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realiza no conscientemente del sistema social en el que opera” (Menéndez, 1988: 4). Justamente esos aspectos sociales relegados se evidencian en sus contradicciones: si bien es cierto que existen enormes avances científicos y tecnológicos que permitirían curar y/o tratar la mayoría de las enfermedades existentes, estos se aplican de manera limitada y condicionada al acceso geográfico y mercantilizado, el cual a su vez se traduce en un acceso de carácter diferencial asociado a la edad, el sexo y la clase, estrato o sector ocupacional, aún cuando la medicina sea socializada, y su enfoque curativo lo hace altamente costoso. Pero también es cierto que el MMH es eficaz en sentido simbólico y real, y que ha contribuido en la historia al descenso de las tasas de mortalidad en muchos países (principalmente en los principios de su aplicación), a la disminución de la letalidad de males que hoy son considerados nimios o fácilmente tratables mediante antibióticos o vacunas, y también al manejo y control de algunos estados de malestar crónicos.

Desde la década de los 60 este modelo ha sufrido críticas que permitieron develar “a la medicina como un aparato no sólo ideológico, sino político de estado. Como una compleja

Institución donde el control se integra a la legitimación, y donde la normalización de conductas exige inclusive el "invento" de nuevas categorías nosológicas.” (Menéndez, 1988: 6) Su forma de atención de la salud no sólo facilita el control social planteando una relación asimétrica de poder entre el médico y el paciente, sino que también contribuye a la reproducción ampliada del capital a través de la industria, la mercantilización de la salud y el acceso estratificado a la misma de acuerdo con el poder adquisitivo. En cuanto al abordaje de la salud mental plantea prácticas que medicalizan los padecimientos y reproducen las lógicas de los manicomios en diversas instituciones. Pese a haber sido cuestionado, el MMH sigue muy vigente en el sentido común y el ámbito de la salud. Que un paradigma entre en crisis no quiere decir que deje de existir como tal ni que su prácticas se agoten.

Medicina Social y Salud Colectiva Comunitaria

El MMH empieza a ver cuestionada su eficacia en la década de los 60. Pese a las promesas desarrollistas de que el crecimiento económico se traduciría en el mejoramiento de la Salud Pública, Latinoamérica fue testigo del deterioro de la salud colectiva y de una diferenciación entre las formas de vivir, enfermar y morir en las distintas clases sociales. Al mismo tiempo toman impulso movimientos sociales de diversa índole con demandas asociadas a la resolución de problemas de las clases populares.

Es entonces cuando surgen corrientes médicas críticas que, de la mano de las ciencias sociales, cuestionan el carácter puramente biológico e individual de la salud, la enfermedad y su tratamiento dominante, y proponen analizar el proceso de salud, enfermedad y atención como un hecho social e históricamente determinado, incluyendo las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos respecto de los mismos (Menéndez, 1994). Esta mirada ve a “la salud” como un cruce de relaciones sociales situadas en un tiempo y espacio determinados que construyen su significado y su abordaje. Del mismo modo Laurell enfatiza su carácter social al argumentar que “la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos (...) las sociedades que se distinguen en su grado de desarrollo y de organización social deben exhibir una patología colectiva diferente (...) dentro de una misma sociedad las clases que la componen mostrarán condiciones de salud distintas.”(Laurell, 1981: 9)

En consonancia con estas ideas surge en América Latina la corriente de la Medicina Social o Salud Comunitaria, que estudia el proceso salud-enfermedad de las comunidades no sólo como algo puramente biológico e individual sino también como expresión de sus procesos sociales específicos, tales como el contexto económico, ideológico y político. La salud-enfermedad colectiva es

conceptualizada entonces como un proceso dialéctico de producción tanto biológica como social, y su objeto de estudio es “la forma histórica específica del proceso biológico humano tal como se da en los grupos sociales en un momento dado” (Laurell, 1986: 5). Es decir que la intensidad, alcance y frecuencia de las patologías y los padecimientos, indicadores tales como morbilidad y mortalidad, las formas de vivir, enfermar y morir varían según el grupo humano del que se trate, de dónde y cuándo se estudien, y a qué clase social pertenezcan.

La medicina social propone el corrimiento de la hegemonía del saber puramente biológico detentado por la figura del médico para dar paso a la interdisciplina, poniendo especial énfasis a la articulación con las ciencias sociales, que proveen las bases teórico-metodológicas para el análisis de la salud desde una perspectiva social e histórica. Gracias a estos aportes, la medicina social “define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina. En este sentido, las principales categorías analíticas son la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras” (Iriart y otros, 2002: 130). En América Latina este paradigma puso un especial énfasis en la relación de la salud con la desigualdad de clases, los movimientos sociales y políticos relacionados al trabajo, los esfuerzos organizativos, las mujeres trabajadoras, la violencia y los traumas psíquicos relacionados con el terrorismo de Estado, la pobreza y los tráficos ilegales.

1.2.2: Modelos de atención en Salud Mental

Asilar o manicomial

El modelo asilar responde al paradigma del MMH y a las ideas positivistas. En este modelo los desequilibrios en la salud mental son considerados trastornos biológicos individuales descontextualizados, que hacen del paciente “loco” una persona irresponsable y/o peligrosa, por lo tanto factible de ser segregada y encerrada a la fuerza, fuera de la vista de la sociedad considerada sana y normal. Al estar enmarcado dentro del MMH, el conocimiento válido asociado a la ciencia racional es la medicina psiquiátrica, y por consiguiente los problemas de salud mental son altamente medicalizados. Como expresa Galende (1988), este es un modelo que reproduce dentro de la institución asilar las asimetrías de poder sociales, económicas, culturales y de clase social. De este modo el dispositivo psiquiátrico es funcional a los marginalización social. El asistido es una figura pasiva que se somete al conocimiento del médico especialista que lo trata, y a su manipulación: se lo interna de manera forzosa o bien porque carece de capacidades mentales o físicas para expresar

su oposición, o porque a priori es considerado insano o demente, por lo tanto si se niega se debe decidir por él o ella. La institución que caracteriza al modelo asilar es manicomio u hospital psiquiátrico como institución total. Según el trabajo “Internados” de Goffman en 1961, las instituciones totales se definen como aquellas en las que un gran número de personas en situaciones más o menos iguales residen y trabajan en un mismo espacio físico, aislados del resto de la sociedad por un período considerable de tiempo. Las personas son separadas de sus hogares, sus rutinas, sus trabajos y sus familias para pasar la totalidad de la vida cotidiana dentro de los muros de la institución, con escaso o nulo contacto con el mundo exterior. En su encierro estas personas comparten una vida diaria que es administrada de manera formal y burocrática, bajo una sola autoridad; las actividades son en conjunto con los demás reclusos y son programadas estrictamente u obligatorias; y durante todo el tiempo son supervisados por personal empleado por la institución cuya principal función es la vigilancia. En el caso de los manicomios, las personas con padecimientos mentales son depositadas y confinadas en ellos por ser consideradas incapaces de cuidarse a si mismas y/o una amenaza involuntaria para la sociedad. El trato entre el personal y los llamados “internos” es distante, casi no hay flujo de información en lo que refiere a la toma de decisiones sobre el destino de los internados, por ejemplo en cuanto a diagnóstico, plan de tratamiento o tiempo aproximado de internación. Las características físicas de los hospitales psiquiátricos (altos muros, celdas, pabellones) evocan un aislamiento de los enfermos no sólo del mundo exterior, sino también entre ellos mismos. Esto sumado a la vigilancia constante, a la pérdida de posesiones personales, de la intimidad y la privacidad, a los malos tratos de parte del personal y los psiquiatras y a las prácticas médicas violentas (electroshock, lobotomía, contención mecánica, aislamiento solitario, sobremedicación) producen tal erosión de la subjetividad que lejos de resolver el problema del padecimiento inicial, lo reproducen y exacerban, perpetuando el encierro.

Fue dentro de este modelo en el que se encuadraron al momento de su fundación los actuales hospitales psiquiátricos Borda (establecido en 1865) y Moyano (fundado en 1854), y las primeras colonias psiquiátricas con la introducción de principios de la psiquiatría europea y anglosajona, y figuras como José Ingenieros, Lucio Meléndez y Antonio Cabred, entre otros. Pero ya para 1929 la Liga Argentina de Higiene Mental formula las primeras críticas al hacinamiento y el maltrato que sufrían los pacientes de los manicomios (Stolkiner, 2016).

Salud Mental Comunitaria

Este modelo o corriente surgió en Europa de la Posguerra y llegó a nuestro país a fines de la década del 50 como respuesta crítica a la psiquiatría clásica o asilar, que plantea la separación del paciente de las vicisitudes de la vida en común bajo la forma del encierro. Éste era el modelo de atención psiquiátrica hegemónico en ese momento y bajo el cual se regían las llamadas Colonias de Rehabilitación, ubicadas en las zonas rurales de algunas provincias, y los Hospitales Psiquiátricos de la Ciudad de Buenos Aires. En el año 1957 se crea en Argentina el Instituto Nacional de Salud Mental y a partir de entonces distintos sectores de la psiquiatría y la psicología comienzan a juntarse y a debatir una nueva forma de encarar los padecimientos mentales. Este proceso se vio paralizado durante la última dictadura militar, pero con el retorno de la democracia los sectores profesionales vinculados a la salud mental, junto con grupos intelectuales, académicos, políticos, culturales y de protección de los derechos humanos, volvieron a poner en marcha el debate y el trabajo hacia la reforma, con la creación de Direcciones de Salud Mental tanto nacional Nacional como Provinciales y la implementación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, poniendo en marcha programas de externación de pacientes en los Hospitales Psiquiátricos y Colonias existentes.

La Salud Mental Comunitaria “postula como eje central de la atención y la rehabilitación preservar o recuperar en el sufriente mental su capacidad en relación con los otros de su comunidad, la vida en común con sus semejantes, en la sociedad que le toca habitar” (Ardila y Galende, 2011: 46). Se hace énfasis en la importancia de que la persona con un padecimiento mental, sea éste una adicción o un trastorno psicótico o afectivo severo, mantenga y refuerce todo lo posible sus lazos comunitarios, familiares y sociales, ya que considera que toda estrategia de rehabilitación debe orientarse a la integración social del sujeto afectado. La razón, como explican los autores, es sensata: “la mayor parte de los trastornos mentales afectan en el sujeto su capacidad social, condiciones subjetivas para vivir con los otros, soportar los conflictos de la vida en común, desarrollar habilidades para generar vínculos satisfactorios” (Ardila y Galende, 2011: 46). La salud comunitaria plantea construir una modalidad de atención psiquiátrica basada en tres dimensiones. La primera es pasar de la atención asilar a servicios cercanos a la comunidad y el territorio donde vive el paciente, como por ejemplo la atención primaria de la salud y los hospitales generales. Requiere generar y poner en marcha dispositivos nuevos que tengan como finalidad “rehabilitar, integrar a la sociedad y sostener en la comunidad a quienes han permanecido por largos períodos internados en hospitales psiquiátricos o Colonias” (Galende, 2011: 11).

La segunda dimensión consiste en balancear esa relación de poder asimétrica que existe entre el profesional de la salud y el paciente, tomando a este último como un sujeto complejo, que debe ser tratado como un semejante, con dignidad y respetando sus derechos. Como expresa el

autor mencionado, “de nada serviría contar con nuevos servicios comunitarios si no lográramos modificar las prácticas de atención, ya que el objetivo último de la reforma ... es construir una nueva relación entre pacientes y profesionales” (Galende, 2011: 11) que contribuya al sostenimiento del nuevo modo de atención.

Por último, la tercera dimensión consiste en brindar el ambiente y las herramientas necesarias para que el paciente sea un sujeto activo y participe en su propio tratamiento, tratando de incluir en el proceso de atención a su familia y a sus lazos afectivos y comunitarios más significativos. Este punto de integración social y comunitaria es clave para que los procesos de desinstitucionalización sean exitosos. Por la naturaleza de sus planteamientos, el enfoque requiere la participación conjunta y articulada de distintos sectores del Estado además de los de Salud Mental, tales como Trabajo, Vivienda, Justicia, Desarrollo Social y Educación.

Antes de pasar a la próxima sección es pertinente mencionar lo que se conoce como Des/manicomialización. Este es un movimiento nutrido de la corriente de la salud comunitaria que tuvo origen en Italia, también en la década de los 60. El mismo cuestiona la eficacia de la institución psiquiátrica de encierro o total (el manicomio) argumentando que no genera mejoras para los pacientes, que son depositados y olvidados, alejados de la vida social, volviendo crónicos sus padecimientos y dejándolos vulnerables ante las violaciones a los derechos humanos que puedan pasar dentro de sus muros; ni tampoco es útil para la medicina y la psiquiatría como ciencias, porque el estancamiento y la angustia profesional no generan ningún nuevo conocimiento ni mejoría en las prácticas (Galende, 1994). El movimiento de des/institucionalización propone dejar atrás las instituciones totales de encierro para pasar paulatinamente a formas comunitarias de atención de la salud mental. Propone el desmantelamiento de la institución asilar o manicomio, pero no por eso propone dejar a la deriva a los pacientes. Del mismo modo, se intenta que estos nuevos dispositivos no caigan en las antiguas lógicas manicomializantes del paradigma tutelar que reproduce el estigma de los padecientes mentales como locos peligrosos, factibles de ser medicalizados y encerrados. Implica una reorganización de estructuras, dispositivos y ejes disciplinarios, “otorgando la primacía a las estrategias que menos restrinjan la libertad de los sujetos con padecimiento psíquico y ubicando a las internaciones sólo como tratamiento orientado a la recuperación y egreso en el marco del resguardo por la integridad psíquica y física de las personas, su dignidad y su libertad” (Valero y Faraone, 2013: 3) y requiere la construcción de nuevas políticas públicas que den respuesta a las complejidades que surgen en el paso de un paradigma a otro.

1.2.3: Modelos de atención en Consumo Problemático de Sustancias

Prohibicionismo o abstencionismo

Las drogas o sustancias psicoactivas han estado presentes desde el comienzo de la historia de la humanidad y en distintos contextos se les han adscrito distintos significados. En la modernidad, y en Argentina en específico cerca de la década del '20, surge la droga como problema cuando el consumo de las mismas se traduce en comportamientos considerados antisociales o disruptivos de las normas dominantes. El discurso positivista de esos tiempos, expresado en corrientes como el higienismo, la medicina social y la defensa social, definió a quienes consumían drogas como “delincuentes-enfermos” (Corda, Galante y Rossi, 2014). La principal intervención estatal desde esta lógica es la repuesta penal, avalada por legislación que fue modificándose y ampliándose a lo largo de décadas.

Bajo este modelo, tanto los usuarios como quienes distribuyen las sustancias comparten la misma responsabilidad: el usuario y el traficante ilegal se complementan de manera simbiótica, por lo cual corresponde que el Estado persiga a ambos. En el año 1968, una reforma del Código Civil asoció la entonces llamada toxicomanía a la demencia, afianzando la idea de que quienes consumían drogas ilegales eran incapaces que podían volverse violentos, lo que podía requerir su encierro compulsivo en una institución o dispositivo. Más tarde esta idea se amplió al agregar que los usuarios de drogas no sólo eran traficantes en potencia sino que presentaban un peligro para sí mismos, para quienes los rodeaban y para la sociedad en general por las supuestas actividades delictivas que los adictos podrían llevar a cabo para procurarse la sustancia. Paulatinamente las conductas consideradas criminales y sus respectivas penas fueron ampliándose, castigándose con años de prisión no sólo el tráfico y el consumo de sustancias sino también la tenencia para uso personal. Con la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, documento firmado en 1988, la ONU ratificó de manera internacional en su preámbulo “los vínculos que existen entre el tráfico ilícito y otras actividades delictivas organizadas relacionadas con él, que socavan las economías lícitas y amenazan la estabilidad, la seguridad y la soberanía de los Estados”, acentuando de esta forma los aspectos penales relacionados a la temática. Al año siguiente en nuestro país se crea la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y el Narcotráfico (SEDRONAR), la cual opera bajo la matriz prohibicionista-abstencionista.

Los tratamientos curativos dentro de este modelo significan el corte abrupto del consumo y la abstención indefinida como requerimiento para avanzar con el tratamiento. De manera resumida,

el punto es que quienes nunca hayan consumido no empiecen a hacerlo, y que quienes ya lo hacen o planean continuar haciéndolo desistan completamente.

El mayor problema de este modelo es que quienes fueron perseguidos y afectados por la respuesta penal fueron en mayor medida los usuarios, no los traficantes ilegales. Aun cuando no terminen detenidos en la cárcel, el contacto con el sistema penal impacta sobre las personas ya que pueden sufrir abusos por parte de las fuerzas de seguridad o ser estigmatizados por tener una causa penal abierta a la hora de buscar empleo o hacer otros trámites.

La faceta abstencionista también tuvo otro tipo de consecuencias, entre ellas la tardía respuesta del sector de salud pública a la expansión de la pandemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a mediados de la década de los 80. Ésta afectó de manera particularmente grave a los usuarios de drogas intravenosas y a sus redes sociales cercanas, quienes tuvieron que recurrir a la autogestión tanto en la difusión de información como en las prácticas de cuidado para hacer frente a la alta mortalidad del virus. A las representaciones ya existentes de viciosos, delincuentes y enfermos, se le agregó el estigma ser considerados peligrosos transmisores de una enfermedad mortal, lo cual se construye como un obstáculo más en el acceso a la salud.

En cuanto a la eficacia de sus métodos algunos autores la ponen en duda y cuestionan la importancia que la sustancia tiene por encima del sujeto: “La abstención y prohibición pura y simple se demuestran precarias clínicamente, incrementan el miedo y la inseguridad, sea en lo que se refiere a la libertad como a la salud. En general, se ha comprobado que cuando se da de alta a un paciente que ha tenido un tratamiento con una estrategia abstencionista, las recaídas son mayores. La noción misma de «recaída» está vinculada con una concepción abstencionista. El acento está en la sustancia, enérgicamente prohibida; y la recaída es una especie de falla o transgresión.” (Benedetti, 2015: 36)

La idea del adicto como delincuente-enfermo sigue muy vigente tanto en el sentido común como en el ámbito de la Salud, y la inseguridad que provoca es uno de los principales obstáculos para el desarrollo de dispositivos públicos de tratamiento más comunitarios, desligados del ámbito penal y de las lógicas custodiales.

Modelo de Reducción de riesgos y daños

Como se vio anteriormente, la perspectiva abstencionista falló en manejar la vertiginosa expansión del VIH/SIDA en la década de los 90, en particular entre los usuarios de drogas intravenosas, y fue así que surgió “la reducción de daños como una forma de atención alternativa que propone la disminución de la gravedad de los problemas que se asocian al consumo de drogas”

(Galante y otros, 2009: 2). La misma consiste en prácticas flexibles y adaptadas a las particularidades de cada persona y comunidad en la que se implementan, incrementando la información de los propios usuarios sobre los usos y consumos de sustancias y proponiendo una intervención comunitaria con objetivos intermedios, alcanzables a corto y mediano plazo, con un tratamiento que sea accesible y que tenga la mirada puesta en una modificación sustancial y positiva de las conductas hacia otras menos riesgosas. Los riesgos a los que se hace referencia pueden estar relacionados tanto a la salud, como la transmisión de enfermedades o el deterioro de las capacidades; a lo social, como la estigmatización o la pérdida de lazos afectivos o laborales; o bien a lo legal, como la penalización por tenencia o consumo. Desde la clínica se plantea lo que se llama un umbral mínimo de exigencia o requerimientos: la abstinencia no es principal objetivo ni el primer requerimiento para comenzar un tratamiento, y el consumo en sí no es motivo para su suspensión. El punto no es dejar de consumir totalmente, sino dejar de hacerlo de modo problemático. En todo caso se trabajará con regulaciones a ese consumo (Benedetti, 2015).

Tomando el caso concreto de las drogas intravenosas, un ejemplo de reducción de daños puede consistir en comenzar por no compartir los materiales inyectables, reemplazar la sustancia por otra menos letal, cambiar la inyección por otra forma de consumo, e ir reduciendo el mismo paulatinamente para finalmente poder interrumpirlo.

Lo que caracterizó la intervención comunitaria de este enfoque es que se incorporó a los propios usuarios de drogas como una suerte de promotores del modelo que contactaban a otros usuarios, a sus familias y amigos en situación de vulnerabilidad, para acompañarlos en su acercamiento a los servicios sanitarios y sociales ya existentes. (Galante y otros, 2009). Hoy en día, aún cuando han cambiado los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, estas metodologías de cuidado del usuario y sus redes de consumo han sido incorporadas por diversas instituciones tanto estatales como no gubernamentales y son dirigidas a la población usuaria de drogas en general y también a la comunidad en conjunto como una estrategia tanto de asistencia como de prevención. Se parte del supuesto que el uso de drogas no es una práctica irracional (Touzé y otros, 1999), es decir que su significado varía de persona a persona, según el grupo social y según el contexto socio-histórico en el cual se realiza. Por otro lado se entiende que quien las consume está en su derecho de decidir sobre el cuidado de su salud, por lo tanto se le debe proporcionar toda la información disponible para que tome esas decisiones.

Pensando en el estigma de criminalidad y peligro que recayó y recae sobre los usuarios de sustancias de los sectores más vulnerables, la relación entre éstos y los especialistas o profesionales bajo este enfoque debe ser un vínculo de diálogo y confianza para construir en conjunto estrategias específicas y eficaces que respeten sus derechos y que, comprendiendo su subjetividad, eviten lo

más posible las consecuencias negativas del consumo. La reducción de riesgos y daños también se propone la construcción de un saber más horizontal y participativo: “superando la separación entre conocimiento científico y saber popular, ... se sostiene que el uso de drogas es una práctica compleja cuyo conocimiento requiere de la integración de saberes provenientes de distintas disciplinas, (el trabajo social, la enfermería, la antropología, la psicología, la medicina, la economía, la educación popular, el derecho, la ciencia política, entre otras) y de la experiencia y saberes de los usuarios de drogas” (Galante y otros, 2009: 8). Esto se relaciona también con la importancia que se le da desde este enfoque a las redes de consumo de los usuarios, las cuales son vistas como instancias estratégicas que sirven como puente para llevar la prevención, la asistencia, la comunicación y la inclusión a la mayor cantidad posible de consumidores. Construir vínculos de confianza con los usuarios puede facilitar el acercamiento a otros en el mismo contexto de consumo, el cual muchas veces sucede en espacios públicos (con toda la complejidad que ello conlleva). Por otro lado, el trabajo en la calle mostrando la inclusión de los mismos usuarios como agentes promotores de la prevención y el cuidado también contribuye a que el conjunto de la comunidad se cuestione esas representaciones negativas y estigmatizantes mencionadas anteriormente: se trata de visibilizar que estas personas pueden no sólo cuidar de sí mismas, sino también de otros. El enfoque de reducción de riesgos y daños intenta no sólo un cambio en la forma en que se consumen las sustancias y sus consecuencias, sino que en un ámbito más social también se trabaja para que haya integración de los usuarios con diversas instituciones de cuidado y con la comunidad en general.

1.3: Marco Normativo en Salud Mental

A continuación se explicitan las leyes, decretos y convenios cuya vigencia sirve como marco regulador de la atención de la salud mental en nuestro país y más específicamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, área en la que se encuentra el Hospital Bonaparte.

- Ley básica de Salud 153 CABA: Sancionada en 1999, tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin. Conceptualiza a la salud de manera integral, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. En cuanto a la especificidad en Salud mental, contempla los siguientes lineamientos: 1) El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas; 2) Evitar modalidades terapéuticas

segregacionistas o masificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios; 3) La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de las infraestructuras existentes. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.

- Ley Marco de las Políticas para la Plena Participación e Integración de las Personas con Necesidades Especiales 447 (CABA): Sancionada en el año 2000, establece un régimen básico e integral para la prevención, rehabilitación, equiparación de posibilidades y oportunidades y para la participación e integración plena en la sociedad de las personas con necesidades especiales, siendo éstas aquellas que padezcan alteración, parcial o total, y/o limitación funcional, permanente o transitoria, física, mental o sensorial, que en relación a su edad y medio social impliquen desventajas considerables en su desarrollo. De acuerdo a la normativa, la Ciudad de Buenos Aires debe adoptar e implementar medidas para que la sociedad tome conciencia de los derechos, necesidades, posibilidades y participación de las personas con necesidades especiales, garantizando que las autoridades competentes inicien y apoyen campañas informativas referentes a ellas y a las políticas que desarrolla en materia de necesidades especiales. Reafirma los derechos y obligaciones de las personas con necesidades especiales, justificando así las medidas encaminadas a eliminar todos los obstáculos que se opongan a su pleno desarrollo y participación. A tal fin conforma la Comisión para la Plena Participación e Integración de las Personas con Necesidades Especiales encargada de planificar y coordinar, supervisar, asesorar, capacitar y difundir todo lo necesario para el efectivo cumplimiento de toda norma referida a las personas con necesidades especiales, interactuando con las distintas áreas del Estado, de la Ciudad, Nacional y provinciales responsables de su aplicación y ejecución.
- Ley de Salud Mental 448 (CABA): Sancionada también en el año 2000, 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. Su desarrollo debe estar enfocado a

la formación de redes y a la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria, y la articulación efectiva de los recursos de los tres subsectores; el desarrollo del Sistema de Salud Mental debe ser intersectorial e interdisciplinario, articulando operativamente con instituciones, organizaciones no gubernamentales, familias y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario. La internación se toma como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios, y quienes al momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serían albergados en establecimientos dispuestos por el área de Promoción Social. Adicionalmente, la internación de personas con padecimientos mentales, en establecimientos destinados a tal efecto, se debe ajustar a principios éticos, sociales, científicos y legales, así como a criterios contemplados en la Ley N° 153. Para ello se debe establecer la coordinación entre las autoridades sanitarias, judiciales y administrativas. Sólo puede recurrirse a la internación de un paciente, cuando el tratamiento no pueda efectuarse en forma ambulatoria o domiciliaria, y previo dictamen de los profesionales del equipo de salud mental u orden de autoridad judicial para los casos previstos. Se clasifican en voluntarias, involuntarias y por orden judicial. El periodo máximo renovable es de 30 días. Puede verse por su progresivo contenido que esta normativa fue un antecedente importante para la vigente Ley Nacional de Salud Mental.

- Ley Nacional de Salud Mental 26.657: Sancionada en 2010, su objetivo es 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 que se encuentran en el territorio nacional. Reconoce 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 los derechos humanos y sociales de toda persona, por lo cual parte de la presunción de capacidad de todas las personas, dejando atrás prejuicios de peligro o incapacidad. Establece modos de abordaje interdisciplinarios e intersectoriales, rigiendo el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, inclusive el abordaje a las adicciones, a las cuales toma como parte integrante de la salud mental. Nutriéndose de aportes de las corrientes de Medicina Social y Salud Mental Comunitaria, promueve el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas

debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente, por lo tanto establece que los tratamientos deben realizarse preferentemente fuera del ámbito de la internación hospitalaria o psiquiátrica. En cuanto a la internación, la misma es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Establece que debe ser lo más breve posible (máximo 60 días corridos) en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes. En rigor las internaciones deben ser voluntarias, con lo cual pueden abandonarse si la persona lo decide. En cuanto a la internación involuntaria, debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. La misma debe ser notificada y autorizada por un juez del organismo de revisión pertinente.

Es decir, la Ley Nacional de Salud Mental reconoce a las personas con padecimiento mental (incluidas las adicciones) como sujetos de derecho con capacidad de tomar decisiones relacionadas con su tratamiento y a recibir la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus libertades. De esta manera reordena de manera profunda la relación represiva y discriminatoria del enfermo mental con el sistema judicial del Estado: el mero hecho de recibir un tratamiento no está atado a sanciones penales y la injerencia de la Justicia se limita a las internaciones involuntarias. Fuera de esos casos (y de irregularidades tales como trato indigno, inhumano o injusto) las internaciones, salidas, abandonos o altas médicas no están mediadas por el sistema Judicial o penal. Esta Ley, bajo una perspectiva de derechos humanos y de ciudadanía, impone la obligación del Estado de atender a quienes padecen de trastorno mental al mismo tiempo que reconoce y protege sus derechos mediante tratamientos racionales que cuidan la dignidad de los pacientes. Propone un cambio en el paradigma de abordaje vigente hasta el momento, con el fin de superar el modelo asilar y pasar a otro de enfoque más comunitario y de protección de derechos. Para esto prohíbe la creación de nuevos manicomios u hospitales psiquiátricos monovalentes ya sean públicos o privados. En cuanto a los ya existentes deben ser readaptados a los objetivos de la ley hasta ser sustituidos por los dispositivos alternativos. De esta manera se dispone que las internaciones deberán hacerse en hospitales generales.

- Ley Nacional de los Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado 26.529: Sancionada en 2012, establece el ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica. Protege los derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector del que se trate, a saber: a la asistencia; al trato digno y respetuoso con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad; a la intimidad; a la confidencialidad; a la autonomía de la voluntad, es decir que el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad; a la información sanitaria; a la interconsulta médica; y al consentimiento informado, es decir la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente o por sus representantes legales emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud, el procedimiento propuesto, etc. por parte del profesional interviniente. Tal consentimiento puede ser revocado por el paciente.

Completan este marco normativo las diversas convenciones y declaraciones de rango constitucional como la Declaración de Caracas para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud sancionada en 1990, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y numerosos tratados internacionales de Derechos Humanos. Puede verse entonces que, desde este marco, el abordaje de la salud mental intenta volverse más integral e interdisciplinario, incorporando una mirada de derechos humanos y tratando de dejar atrás el arrasamiento subjetivo que el manicomio genera en los internados.

Pero en el mientras tanto de este paso de un paradigma a otro se encuentran personas de carne y hueso que quedan en situaciones ambiguas, pasando de internación en internación. Por supuesto esto también se relaciona con un contexto global que sigue rigiéndose por viejas maneras de pensar la salud mental, en el cual el imaginario social construye al “loco” como carga o como peligroso, expulsando a la gente con padecimientos mentales de los espacios de sociabilidad y encerrándolos, reproduciendo los manicomios hacia adentro de otras instituciones. En palabras de Vicente Galli, quien fue Director de la Dirección Nacional de Salud Mental de 1984 a 1989: “no se puede cambiar el funcionamiento de un hospital psiquiátrico si no cambia toda la estructura de concepción y de organización de la red de salud mental en conjunto” (Chiavertti, 2008: 4).

1.4. Historia de la Institución

El edificio donde actualmente funciona el Hospital fue originalmente concebido como Hospital Militar, siendo inaugurado en 1889 durante la presidencia de Juárez Celman. Tal fue su denominación hasta el año 1940, donde durante la presidencia de Ortiz se transforma en Hospital Nacional Central para Enfermos Tuberculosos. Entre 1968 y 1969 albergó la estructura administrativa de la Encuesta Nacional de Salud, luego de lo cual el edificio quedó abandonado. En el año 1973 y salvándose de la demolición vuelve a transformarse, esta vez siendo convertido en sede central del Centro Nacional de Re-educación Social (CENARESO). Esta fue la primera institución nacional, gratuita, residencial, monovalente y especializada de manera interdisciplinaria en las adicciones y el consumo de sustancias (en ese momento denominadas “toxicomanías”) bajo un enfoque mayormente prohibicionista-abstencionista. Con la irrupción de la epidemia de VIH a mediados de los 80 y el consecuente llamado de atención a la salud de manera amplia e integral, el CENARESO amplía su área médica y se incorporan paulatinamente prestaciones de clínica médica, farmacia, laboratorio de análisis y odontología.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010 introduce y ratifica en el país una nueva manera de afrontar los tratamientos de manera integral, interdisciplinaria e intersectorial, respetando los derechos, la dignidad y la autonomía de los pacientes. En ese contexto, desde el 2012 el CENARESO pasa por un período de reordenamiento institucional que implica un giro hacia la reducción de riesgos y daños y un énfasis puesto en el sujeto, su contexto y la relación que tiene con la sustancia. En el 2014 se presentó un proyecto de ley para cambiar el nombre de la institución al actual (proceso que culminó con su aprobación en el año 2016) y con el peso simbólico que eso conlleva, se buscó cambiar de sentido. Parte de este cambio fue también la intención de posicionar al Hospital como referente nacional en cuanto a formación, investigación, prevención y asistencia de la salud mental y las adicciones, con lo cual se llevó adelante un largo proceso de formación continua de profesionales tanto internos como externos. Esto incluye capacitaciones, jornadas, cursos, una área de investigación dedicada a la producción de conocimiento específico aplicable y la creación de un sello editorial propio. Bajo la idea de que el Hospital debe tener alcance amplio también se incorporaron tecnologías virtuales para facilitar la comunicación, formación y articulación con distintos puntos geográficos nacionales e internacionales en la materia que les compete. Asimismo en el Hospital funciona la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM) en donde los estudiantes de posgrado de varias disciplinas desarrollan su trabajo de formación.

Durante el período 2016-2019, Argentina adoptó, bajo la Presidencia de Mauricio Macri, medidas económicas y sociales de tipo neoliberal. Esto afectó financieramente a todos los sectores de gestión pública, lo cual implicó un retroceso en lo que respecta a la conquista de derechos humanos y civiles. De hecho, el Ministerio de Salud fue degradado a una Secretaría y por lo tanto se le asignó menos presupuesto, lo cual repercutió no sólo en la infraestructura y recursos de las instituciones, sino también en la calidad, contenido y oferta de las políticas públicas. En el Hospital ese período fue atravesado por dos intervenciones: la primera de tinte biologicista donde la centralidad pasaba por el saber médico hegemónico ostentado por la psiquiatría; y la segunda más cercana al abstencionismo de las comunidades terapéuticas. Las internaciones en este período se fueron haciendo más prolongadas, con el foco corrido de los sujetos y más puesto en el consumo de las sustancias, a la vez que hubo una creciente medicalización de los tratamientos. Como consecuencia del bajo presupuesto asignado, hubo disminución de recursos humanos, del horario de funcionamiento de ciertos dispositivos y de la calidad de la atención en general. Varias propuestas comunitarias perdieron su espacio territorial y así el Hospital sufrió una especie de replegamiento sobre sí mismo que implicó una cierta reproducción de prácticas manicomiales, en el sentido de que gran parte del tiempo de los pacientes en tratamientos de internación o ambulatorios se pasaba dentro de las paredes de la institución, muchas veces sin una finalidad concreta. En cuanto a los programas específicos del Hospital que servían para evitar las internaciones prolongadas, la estrategia de externación “Vuelta a casa” fue desfinanciada, pasando a ser sólo una ayuda económica mínima cuyo monto no servía para hacer frente a la salida del tratamiento. En la misma línea, la Casa de Medio Camino fue cerrada en 2018 producto del abandono y el fallecimiento de una paciente. Las personas que allí residían quedaron a su suerte. La Casa Amigable, un lugar pensado para personas en situación de calle ubicada en el barrio Zavaleta, en donde podían resguardarse, asearse, comer, dormir y recibir tratamiento también fue cerrada y posteriormente reabierta pero como un centro cultural sin condiciones para recibir a estas personas, perdiendo su finalidad original.

Al momento de realizar esta investigación el Hospital cuenta con una nueva intervención que retoma las ideas de la reducción de daños, la importancia de la atención comunitaria y la observación y respeto de la Ley Nacional de Salud Mental.

En este capítulo se definió a la salud mental y se expusieron los distintos paradigmas desde los cuales puede ser entendida la salud en general: el Modelo Médico Hegemónico y la Medicina Social Comunitaria. Asimismo, se describieron los modelos o enfoques de abordaje referidos específicamente a la salud mental: el asilar o manicomial y la salud mental comunitaria; y al

abordaje del consumo problemático de sustancias: el prohibicionismo o abstencionismo y el enfoque de reducción de riesgos y daños. Se esbozó resumidamente el marco legal y normativo que encuadra la intervención en la Argentina y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por último se hizo un breve recorrido histórico del Hospital Nacional Bonaparte, caracterizando sus cambios en cuanto a objetivos y direccionalidades a lo largo de los años, y se incluyeron algunos testimonios de los entrevistados al respecto. En el capítulo siguiente estas voces se ampliarán para ilustrar con más detalle sus quehaceres profesionales.

Capítulo 2: Las Intervenciones profesionales

El siguiente capítulo apunta a describir el quehacer en general de los profesionales y su desarrollo dentro de el marco del Hospital. Para ello primero se hará foco en el Trabajo Social como disciplina específica para luego describir cómo las relaciones, cruces y tensiones entre esta disciplina y las otras presentes en el Hospital dan forma a las intervenciones con los pacientes y a su camino por la institución. En relación a esto último se dará cuenta tanto de la importancia de los discursos y la ideología de los profesionales, como de la impronta institucional, ya que no solo forman parte de esa puesta en práctica del trabajo sino que resultan decisivos para que ese desarrollo se dé en forma fluida y satisfactoria (o no).

2.1: El Trabajo Social como disciplina específica

Como en cualquier hospital moderno, en las distintas áreas del Bonaparte conviven y trabajan en conjunto diversas disciplinas. En la llamada Área Asistencial trabajan médicos clínicos y especialistas, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, enfermeros y terapeutas ocupacionales. A los fines de este trabajo se pondrá énfasis en primer lugar en el lugar que ocupa el Trabajo Social. El mismo puede entenderse como una disciplina en la cual se interviene de manera práctica en ese campo híbrido entre lo público y lo privado, en un espacio social asistencial en el que ciertos sectores sufren la insatisfacción de sus necesidades sociales y violaciones a sus derechos. La posición del trabajador social es incómoda, ya que se trabaja con sectores sociales vulnerables, pero a su vez como asalariados en relación de dependencia de otros sectores que suelen pretender que los profesionales ejerzan una cierta cuota de control social (Cazzaniga, 2001).

La intervención profesional es definida como “la puesta en ‘acto’ de un trabajo o acciones a partir de una demanda social (solicitud de intervención) en el marco de una especificidad profesional (...) es el modo en que podemos superar la división conocimiento y acción, en otras palabras dar un salto cualitativo (...). Es un proceso complejo determinado por el contexto, un ejercicio de tensión, de re-traducción permanente entre categorías teóricas y empiria” (Cazzaniga, 2001: 1-2) es decir que pone en juego la matriz teórica de la formación y las prácticas que se llevan a cabo. Podría decirse entonces que es una construcción situada en un espacio y tiempo determinados, en donde entran en relación diferentes actores que pueden resumirse en a) quien/es hacen una demanda de intervención y b) el/los profesionales que responden a ella. La intervención en sí es la interpretación de esa demanda y la subsiguiente puesta en acción que buscará transformar la situación que se presenta como problema.

“En general ahí la intervención es pesquisar algo de lo que la persona trae que no siempre está tan manifestado. Imaginá que la mayoría de las personas vienen y dicen “hola, me quiero internar” “hola, yo consumo”, entonces también es marcar que lo que está pasando es otra cosa, Dentro de lo que se pueda y también tomando en cuenta que es lo que la persona está dispuesta a escuchar en ese momento. Pero el fin es ese, trabajar la construcción de la demanda de tratamiento con la persona” (Entrevista a N, Psicóloga)

Siguiendo con el análisis de la intervención profesional, la misma autora agrega que: “presenta un aspecto necesario de destacar: su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social. Esto es, la construcción histórico-social que de esa profesión se ha realizado: funciones, características, práctica, resultados esperados, etc.” (Cazzaniga, 2001: 1). Es decir que además de lo que circula por los espacios puramente profesionales o formativos, o las ideas que los profesionales puedan tener sobre sí mismos, existe siempre una imagen presente en el sentido común que es alimentada tanto por el desarrollo histórico de la disciplina como de las propias prácticas que le aportan significado y que refuerzan o rompen con ese imaginario social. Este aspecto es central en la demanda, ya que ésta siempre se hace en base a esa imagen social de la profesión.

Uno de los aportes destacados por los entrevistados en cuanto al Trabajo Social es la importancia dada al trato humano y a la escucha atenta de quienes llegan al Hospital. En la actualidad, por una diversa gama de razones, no es raro escuchar que las personas a veces se sientan destratadas en los ámbitos de la atención a la salud en general, y más en un contexto de elevada vulnerabilidad emocional y subjetiva como lo es la atención a la salud mental (en el peor de los casos ni siquiera son atendidos). Por eso la atención al respeto de los derechos humanos, del paciente y el énfasis en el cuidado no sólo de la psiquis sino del aspecto social o comunitario de los usuarios son parte de la demanda al Trabajo Social en este contexto:

“Estamos viendo en el último tiempo muchos pacientes que te dicen que no quieren ir a atenderse a su efector porque no los escuchan o no les dan bola. En los territorios hay poco trabajo con los referentes...” (Entrevista a L, Trabajadora social).

Si bien es cierto que lo asistencial y la atención a las necesidades humanas son parte central del Trabajo Social como disciplina debido a sus orígenes vinculados a la caridad y la filantropía, y por lo tanto tienen prominencia en ese imaginario social mencionado anteriormente, su reducción a

esas visiones más tradicionales o asistencialistas también son moneda corriente en los ámbitos hospitalarios. No es de extrañar entonces que los propios usuarios puedan llegar a esperar este papel de parte de los “asistentes sociales” y, como en toda relación social construida dialécticamente, tampoco es raro que los profesionales respondan de alguna manera a esas expectativas. Pero que los trabajadores sociales apelen de vez en cuando a ese rol tradicional no necesariamente quiere decir que se mantengan estáticos en él o que lo sigan a la perfección, sino que ciertos aspectos pueden seleccionarse y apropiarse estratégicamente para transformar la realidad.

Al respecto, es interesante el aporte de Silvina Pantanalli cuando propone que la propia actividad profesional del trabajo social es estratégica, y que allí radica su potencial transformador. Esto se debe a las contradicciones presentes tanto en las relaciones sociales como en la misma existencia de la profesión, en el sentido de que se trata de trabajadores asalariados insertos en un mercado de trabajo capitalista, utilizando sus saberes para responder a las múltiples exclusiones que ese mismo modo de acumulación genera. El trabajo social puede ser comprendido como una mediación entre clases sociales antagónicas, y justamente allí reside su dimensión política y su potencialidad transformadora, en tanto puede responder a los intereses de una clase o la otra. Esto, según la autora, “requiere entonces indagar sobre las posibilidades y límites puestos por la realidad, a partir del análisis de las situaciones concretas, en pos de ampliar los márgenes de autonomía para imprimir a los procesos de intervención la direccionalidad socio-política buscada por el profesional” (Pantanalli, 2015: 5). La falta de recetas o pautas a priori de intervención independientes de un objeto es lo que justamente deja un espacio de autonomía profesional relativa para construir estrategias de intervención, es decir acciones que tomen en cuenta esa matriz teórica y política propia de cada profesional y las relaciones de fuerzas presentes en el escenario en el cual se actúa al construir y encarar una determinada situación problemática, para llegar a un cambio en la realidad.

El objeto de intervención del Trabajo Social en el ámbito de la salud no está dado de antemano, sino que es algo que se va construyendo y problematizando a partir de una demanda de intervención particular, situada en tiempo y espacio. Durante el paso de la autora de este trabajo final por el Hospital, fue un interrogante constante “¿qué hace de específico un trabajador social acá?”. La respuesta solía no ser clara, quizá en parte a la importancia que los profesionales daban en trabajar en equipos interdisciplinarios siempre que fuera posible: tanto las entrevistas con los pacientes como la toma de decisiones sobre los tratamientos siempre se hicieron en conjunto. Había una cierta superposición, al menos en la práctica, entre psicólogos y trabajadores sociales. Pero sí puede destacarse que las demandas más específicas al menos de parte de los pacientes solían estar relacionadas a la gestión de acciones que garantizaran tanto el acceso a derechos (sacar o renovar el DNI, acceder al Certificado Único de Discapacidad, a prestaciones monetarias como la Asignación

Universal por Hijo o a la Ciudadanía Porteña, entre otras) como las posibilidades de externación (mediante el contacto con la familia, la organización del acceso a un hogar o a un alquiler o pensión). Las trabajadoras sociales entrevistadas también corroboran un poco esta mirada:

“Puede ser pensar en un dispositivo intermedio hasta que se pueda gestionar un lugar en donde esa persona pueda estar mejor y pueda generar otro tipo de vínculos.” (entrevista a S, Trabajadora social)

“Creo que el trabajo social lo que aporta es justamente esa mirada comunitaria y de planificación.” (Entrevista a L, Trabajadora social)

Este tipo de intervenciones fragmentadas puede tener varias causas: una determinada impronta institucional, la posibilidad o no de tender lazos entre instituciones que faciliten trabajos más complejos, la propia existencia u oferta de políticas públicas integradoras y de calidad, y también con el estado de extrema vulnerabilidad y urgencia relacionado a la situación socio-económica y a la fragilidad de los soportes vinculares o sociales que presentan quienes acuden al Hospital en busca de un tratamiento:

“Hay mucha situación de calle y es complejo, porque son muchas cuestiones a trabajar y la salud mental depende de un montón de factores, como el acceso a la vivienda. No tienen plata para vivir, para comer, para viajar, no tienen dónde dormir, no tienen familia...” (Entrevista a N, Psicóloga)

2.2: El trabajo Interdisciplinario

Una situación observada desde distintos puntos de vista permite una mayor y más rica recopilación de información, que permitirá la reconstrucción en pos de una intervención más compleja y eficaz, pero que además fortalecerá el sentido de pertenencia de quienes participan de ese proceso. Tanto el proceso salud-enfermedad-atención como el campo de la salud mental son altamente complejos, por lo tanto no es posible una verdadera comprensión de las diferentes dimensiones de los padecimientos subjetivos desde una sola disciplina específica.

La interdisciplina surge “como una búsqueda de nuevas formas de dialogar e interactuar entre los diferentes campos del conocimiento. En esta propuesta, la cooperación entre disciplinas promovería un intercambio real entre ellas, y esta reciprocidad es la clave que mediará los cambios

en cada área específica. En esta relación interdisciplinar, cada parte involucrada, al entrar en contacto con otros conocimientos (y consecuentemente con otros supuestos), encuentra la posibilidad de profundizar y cuestionar su propio conocimiento, camino imprescindible en todo proceso de deconstrucción y renovación” (Aguiar Gonçalves y Paim de Figueiredo Braitenbach, 2010: 46). Es decir que esta práctica no sólo da lugar a intervenciones en la realidad más completas y eficaces, sino que también enriquece al campo científico en general. Lo que se plantea es un diálogo entre saberes para hacer frente a una misma situación problemática. Pero esto no significa tender hacia un discurso totalizador o único de ideas o disciplinas, sino más bien hacia “constelaciones de diferencias” que incluyan diversos puntos de vista y que den lugar a la hibridización de las disciplinas, en el sentido de que al tocarse y relacionarse conceptualmente reconstruyen su identidad volviéndola doble: conteniendo tanto los saberes iniciales como los nuevos que surgen a partir de ese contacto. Al mismo tiempo, no sería correcto hablar de la interdisciplina como algo que puede existir a priori de los procesos de intervención o aplicación de las ciencias, sino que la misma siempre es resultado de movimientos y trabajos de interconexión. (Follari, 2014).

“No es que nos metemos en la tarea del otro sino que acompañamos y ampliamos las miradas.” (Entrevista a C, Médico generalista)

Su aplicación requiere tanto de trabajo grupal, sostenido y constante, como de asumir una actitud abierta a la cooperación. No es sólo una teoría sino más bien un posicionamiento: “Obliga básicamente a reconocer la incompletitud de las herramientas de cada disciplina. Legitima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento ... atravesando distintos saberes disciplinarios. La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello” (Stolkiner, 2005: 5). El aspecto cooperativo es central y es tal vez el más crítico cuando se entiende que existimos en una sociedad altamente fragmentada, dentro y fuera de las instituciones. Las políticas neoliberales que han estado presentes en nuestro país de manera intermitente desde la última dictadura cívico-militar (y que en los últimos años se han profundizado) se han sentido siempre con fuerza en el ámbito de la salud. El constante desfinanciamiento del sector y sus consecuentes condiciones de empleo inestables y el cambio de significado o el cierre de dispositivos, son algunos de los factores que no permiten un trabajo en equipo sostenido en el tiempo por parte de sus miembros. Esto sin olvidar las malas relaciones interpersonales o la lógica de competitividad de mercado que pueden existir entre profesionales.

“Las instituciones están fragmentadas. Vivimos ese efecto medio esquizofrénico de prácticas en las que nunca nada se termina, queda todo inconcluso, se corta abruptamente y empieza otro tratamiento, o profesionales que se van y dejan tratamientos medio a la deriva porque se van a trabajar a otro lugar o se toman licencia o se van de vacaciones, y esos efectos están.” (Entrevista a A, Psicólogo)

A pesar de ello, la Ley Nacional de Salud Mental que sirve de marco para todas las intervenciones en el Hospital reconoce la importancia de la interdisciplinariedad, estableciendo en su noveno artículo que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud.”. Prácticamente todos los dispositivos del Hospital están formados por profesionales de distintas disciplinas, y en el caso de las Internaciones en la actual gestión:

“Los equipos interdisciplinarios están conformados por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermero/as, terapeutas ocupacionales cuando hay porque casi no hay, sólo tenemos de residentes, hay arte/musicoterapeuta que a veces se incluye, medicina general, siempre hay algún médico o médica generalista... Pensar equipos ampliados y tratamientos más integrales.” (Entrevista a A, Psicólogo)

Pero la interdisciplina va más allá de la mera presencia de distintos saberes. Requiere un análisis conjunto para que las respuestas o intervenciones particulares puedan integrar esos distintos saberes de maneras complementarias y verdaderamente eficaces. En la práctica esto resulta ser algo complejo:

“Los equipos tienden, por más que se formen interdisciplinariamente, a tener fragmentaciones porque la interdisciplina tiene que ver con una práctica entre varios que va a depender mucho de la capacidad interdisciplinaria que tengan las cabezas que lo conforman. A veces en un tratamiento hay muchas disciplinas y no hay un diálogo común, una puesta en común de algo sino bueno, cada uno por su parte.” (Entrevista a A, Psicólogo)

Es probable que se le dé prioridad a uno u otro saber en función de las necesidades particulares de cada sujeto en un contexto determinado, pero todos deben estar presentes en la discusión de los problemas, en el diseño y toma de decisiones:

“Es muy difícil... el trabajo interdisciplinario es como muy difícil de implementar. Porque bueno, no todos trabajan desde la misma perspectiva, pero en aquellos equipos en los que sí se puede hacer o armar un buen equipo interdisciplinario funciona muy bien. Se piensan estrategias conjuntas, se dividen... A ver, no siempre es el mismo profesional el que dirige el tratamiento: de alguna manera siempre se evalúa cuál es la necesidad y la mayor presencia del profesional que se necesite para cada tratamiento, y después se piensa la lógica de para qué un plan de medicación, qué cosas en puntuales trabajar desde la psicoterapia y acompañar desde lo social para realizar una continuidad en el tratamiento.” (Entrevista a L, Trabajadora social)

En el Hospital Bonaparte hay tres grandes Departamentos: el Administrativo, el de Formación y el Asistencial donde se dan los tratamientos ambulatorios y de guardia e internaciones. El hecho de que no haya una separación en la forma de Departamentos específicos a cada disciplina contribuye a evitar su fragmentación administrativa y a fomentar la horizontalidad hacia adentro de los dispositivos y los equipos. Pero aún así pueden aparecer obstáculos:

“Los equipos se tienden a cerrar bastante sobre si mismos para definir un saber hacer y porque frente a la angustia de este tipo de trabajo pasa mucho lo de resguardarse en el propio equipo. Es como una parte inevitable, y hay que tratar de que los equipos se encuentren para construir consenso, formas y miradas comunes.” (Entrevista a G, Psiquiatra)

2.3: Ética del trabajo

Así como se dijo anteriormente que el Trabajo Social es una mediación entre distintas clases sociales, todo conocimiento científico (a excepción de aquellas áreas puramente abstractas) es una mediación entre la teoría y la realidad empírica. Esa aplicación de las ciencias a la realidad conlleva siempre una serie de toma de decisiones, las cuales se constituyen en un posicionamiento ético-político implícito y/o explícito. Al hablar de clínica e ideología ciertos discursos suelen ubicar a ambos conceptos como opuestos excluyentes descontextualizados, pero un análisis más complejo y profundo permite entrever que existen distintas modalidades clínicas que difieren en sus presupuestos y metas, categorías, desarrollos y límites, a veces hasta oponiéndose entre ellas;

también múltiples ideologías convergentes y divergentes, algunas favoreciendo la producción de conocimientos mientras que otras imposibilitan dicha tarea. (Karsz, 2012) Todo en el espacio social está empapado de ideología(s) situadas en un espacio-tiempo que suponen diversos compromisos, orientaciones y apoyo o rechazo a determinadas ideas, que en el campo de la salud se traducen en determinadas prácticas clínicas. Y más que la ideología a la que se dice adherir, lo que realmente importa es la que se realiza objetivamente en la modalidad que se pone en marcha.

Si bien los profesionales entrevistados forman parte de distintos dispositivos y disciplinas, gracias a las entrevistas fue posible dilucidar una postura ética más o menos común en todos ellos. Como se mencionó en el capítulo anterior, existen varios enfoques desde los cuales se puede orientar las intervenciones en materia de salud mental. Los entrevistados parecen acordar con una frase Karsz (2012: 10) que dice lo siguiente: “Que la palabra del sujeto tiene siempre sentido, valor, significación, que este sujeto vive situaciones que son síntomas a descifrar antes que anomalías a erradicar, representa una postura ética ideológicamente sobreterminada.”. En efecto, casi todos expresaron que, al trabajar con personas con consumo problemático, mucho de la intervención se trata de correr a la sustancia del eje central y re-enfocar el trabajo en la subjetividad de la persona que tiene un padecimiento psíquico por el cual busca ayuda:

“Mirar un poco más atrás, de que el consumo es lo visible pero algo pasa en esa persona que va a buscar el consumo.” (Entrevista a N, Psicóloga)

Esto se relaciona con una postura enfocada en la reducción de riesgos y daños, que pone en cuestión las ideas más relacionadas al abstencionismo, impronta que tuvo la última intervención de la gestión macrista y con la que los entrevistados no parecían haber estado de acuerdo.

“Digo corrernos de la omnipresencia del consumo... Sacar a una persona de un contexto, porque el consumo siempre tiene que ser pensado en un contexto, y poner a esa persona en un lugar de cierta abstinencia, porque no hay consumo acá adentro (sí hay consumo de psicofármacos, drogas legales, medicación) y después hacer una externación volviendo al mismo contexto de antes sin que haya mucha propuesta diferente hace que todo recaiga sobre esa persona, que todo dependa de su voluntad, de su esfuerzo, de su capacidad...” (Entrevista a A, Psicólogo)

Las entrevistas también dejaron entrever que aún sigue habiendo tensiones entre enfoques dentro y afuera del Hospital, y que se dan diariamente disputas para definir los cursos de acción y el significado de ciertas prácticas, en especial las relacionadas a la internación y el encierro:

“En cada dispositivo nosotros trabajamos muy bien con algunos equipos y con otros hay diferencias ideológicas o conceptuales en relación a cómo proceder frente a algunas cuestiones. Al interior de un mismo dispositivo también hay diferencias de criterios. Pero por otro lado en la Salud Mental es muy complejo pensar protocolos.” (Entrevista a C, Médico generalista)

“Muchas veces sucede que al trabajar con los equipos se espera o se plantea algo que no tiene que ver con algo que se pueda lograr desde una internación. Entonces el trabajo es más con otros profesionales sobre una idea errónea que se pueda tener sobre una internación. Es decir, en una internación difícilmente se pueda trabajar sobre lazos sociales en el afuera, digamos. Si uno quiere trabajar realmente eso bueno, pensemos como hacemos, pero no lo podemos hacer desde la internación” (Entrevista a S, Trabajadora social)

Desde este trabajo se considera que justamente esa cercanía a la vida cotidiana de las personas con padecimientos psíquicos y la atención puesta en la minuciosidad y complejidad de lo que emerge en los sujetos son aspectos privilegiados por su potencial transformador aún en épocas de fragmentación, vaciamiento y achicamiento de las instituciones ya que, en conjunción con la impronta ideológica propia de cada profesional, podrán construir estrategias que realmente respondan a las necesidades concretas y a la ampliación o restitución de derechos. En palabras de Cazzaniga (2002) “La cuestión pasa, en todo caso, por ser propositivos, recuperando la voluntad política que subyace en la profesión”.

2.4: Impronta institucional

Así como cada profesional tiene sus propias ideas y compromisos éticos que se cristalizan en su prácticas, las Instituciones también tienen un determinado conjunto de ideales o metas que responden al proyecto político que buscan realizar, manteniendo o transformando la realidad. Esto da lugar a tensiones: si se entiende que están conformadas por sujetos diversos relacionándose, no es de extrañar que dentro de una misma Institución estén presentes diversas miradas o modos de pensar que se disputan continuamente el poder. Dependiendo de la cercanía ideológica, algunos cursos de acción serán más viables que otros de acuerdo a las herramientas y recursos que la Institución esté dispuesta a poner a disposición de sus integrantes.

Como se vio anteriormente, el Hospital Bonaparte cambió varias veces su finalidad y en consecuencia su impronta. Esto tiene que ver con el hecho de que es un establecimiento público de

alcance nacional y como tal debe adecuarse a las directivas impuestas por el Estado (más específicamente el Ministerio de Salud). Durante la gestión 2016-2019 las dos intervenciones mostraron un enfoque primero más ligado al saber psiquiátrico hegemónico, y más tarde uno similar al abstencionismo que caracteriza a las comunidades terapéuticas. Si bien los profesionales entrevistados expresaron no estar del todo de acuerdo con estas ideas, explicaron que a veces se hace difícil trabajar en contra de la perspectiva institucional oficial, no sólo por el peso que ello pueda tener en sus empleos, sino por el hecho de que el funcionamiento y significado de los dispositivos y sus contenidos también depende de esa bajada de línea institucional:

“Fue una mirada planteada de hospital comunitario, una lectura asentada más en los consumos problemáticos y con una orientación más a la comunidad terapéutica. Referentes pares, grupos, y mucho centrado en la temática del consumo problemático. No quiere decir que todos, todas los que estábamos trabajando acá tuviéramos esa perspectiva, esa línea, pero la línea institucional siempre marca... porque bueno, los dispositivos son pensados dentro de una institución.” (Entrevista a A, Psicólogo)

La adhesión a tal o cual enfoque determina la fluidez del trabajo hacia adentro del Hospital en el sentido de que pueden tejerse alianzas o bien encontrarse obstáculos para trabajar entre equipos. Sin embargo se remarca que el perfil institucional condiciona las prácticas en mayor o menor medida:

“Me parece que tiene que ver con algunos profesionales, pero cuando hay una línea clara desde lo institucional, desde dónde se interviene me parece que esa claridad se transmite, que fue algo más a repensar. Pero sí, me parece que hay claridad institucional sobre qué línea se está trabajando.” (Entrevista a S, Trabajadora social)

Los cambios en la nueva gestión a partir del 2020 dejan entrever una ruptura con esos discursos más ligados al abstencionismo y la adopción del enfoque de reducción de riesgos y daños. De la mano de ello se dieron cambios hacia adentro de los dispositivos, con nuevos nombres, metas y contenidos y con la adhesión del sector de Enfermería como parte integrante de los equipos interdisciplinarios. En particular parece haber énfasis en una mayor articulación entre los dispositivos intrahospitalarios de Guardia, Internación y Atención a la Demanda Espontánea. Los entrevistados, al mayormente adherir a las ideas de la reducción de riesgos y daños se mostraron en general conformes con la actual impronta institucional, más allá de críticas puntuales.

El advenimiento de la pandemia de Covid-19 a principios del año 2020, cuando recién asumía la nueva gestión también obligó a repensar y adecuar las estrategias institucionales. En concreto se notó la necesidad de que el Hospital tuviera más presencia como efector de salud en general, no sólo ligado a la salud mental. Esto se relaciona a la importancia dada al trabajo dentro del marco de la Ley Nacional de Salud Mental y a un interés institucional por separarse de la imagen de un hospital monovalente. A esos fines se creó por ejemplo el Departamento de Redes, dedicado a tejer esos lazos con la comunidad y con otras instituciones pertinentes, y se abrió el espacio de Salud Integral a la comunidad en general, sin necesidad de que exista una admisión previa por un padecimiento psíquico:

“[La actual interventora] tiene mucha experiencia territorial, ella trabajaba en la I-11-14. Por eso está poniendo el foco ahí para jerarquizar el servicio y darle la importancia que requiere dentro de un Hospital Nacional que es referente en la aplicación de la Ley de Salud Mental, siendo que la misma pone el foco en el abordaje territorial como una de las principales estrategias.(...) La idea del nuevo departamento es también, en el marco de la ley de salud mental, abrir las puertas del hospital a la comunidad para cualquier otra cosa que no tenga que ver con cuestiones de salud mental. Entonces en Salud Integral también se ofrecen distintas prestaciones como controles generales de salud, de salud sexual y reproductiva, tenemos un espacio de interrupción voluntaria del embarazo, de métodos anticonceptivos, tenemos papanicolau, un espacio de salud integral para población LGBT...”(Entrevista a C, Médico generalista)

Sin embargo, otros profesionales expresaron que aún hay un cierto anquilosamiento del Hospital en cuanto a su contacto con la comunidad más allá de la inmediatez del barrio en donde se encuentra emplazado.

“Yo te diría que directamente no hay redes. Es uno de nuestros principales problemas hoy, nada se puede solucionar solo, es con otros o no es. Sobre todo con las problemáticas sociales que hay (...) Hoy por hoy lo que hay es una presencia del hospital en determinados barrios, pero no hay mucho con qué responder. Uno va y genera toda una demanda en las personas y después es difícil porque no hay un equipo interdisciplinario, no hay un laburo con las demás organizaciones del territorio.” (Entrevista a N, Psicóloga)

Aún así, los entrevistados concuerdan en que el esfuerzo existe y se están poniendo en marcha ciertas acciones que dejan evidencian el interés en fortalecer la presencia territorial del Hospital en la comunidad, en especial en aquellos lugares de donde los pacientes son provenientes.

En este capítulo se profundizó en los testimonios de los profesionales de Trabajo Social para intentar una caracterización de sus prácticas tanto en lo teórico-metodológico como en el aspecto ético y político de las decisiones que alimentan sus intervenciones. Asimismo se describieron las vicisitudes del trabajo interdisciplinario y se trató de esbozar mediante las voces de los distintos profesionales un perfil o impronta institucional, que para bien o para mal se termina constituyendo como el marco en el cual deben desarrollar su trabajo y al cual deben responder. El siguiente y último capítulo entrará en detalle en una de esas tantas intervenciones: las internaciones.

Capítulo 3: Internaciones en Salud Mental en el Hospital Bonaparte

Vistos ya los aspectos más generales del campo estudiado y de las intervenciones de los profesionales, el siguiente capítulo se enfoca en describir las internaciones en el Hospital, cómo los profesionales construyen estas intervenciones y qué características tienen estas estadías. Para ello primero se hará referencia a las políticas públicas relacionadas al tema con las cuales trabaja el Hospital, más tarde se detallará cómo está integrada el área asistencial del mismo, para luego entrar en detalle en los dos dispositivos de Internación del Hospital. Por último se hará referencia a cómo la emergencia sanitaria de la pandemia de Covid-19 afectó el funcionamiento de estos dispositivos, el trabajo de los profesionales y la atención a los usuarios en general.

3.1: Las internaciones en la Política Social e Institucional

Si se entiende a las políticas públicas como a toda aquella intervención mediante una acción u omisión de parte del Estado frente a determinados temas o problemáticas, siguiendo a Danani (2009), las políticas sociales son aquellas acciones o intervenciones estatales específicas y sectorializadas que buscan actuar sobre las condiciones de vida y la reproducción social de la población, siendo a la vez portadoras y resultado de definiciones sobre lo que se considera como una necesidad social en determinado contexto socio-histórico. El contenido y el objeto de las políticas sociales informan sobre aquellos problemas que el Estado considera como temas de interés, evidenciando su direccionalidad política.

Dentro de un amplio campo de acción se inscriben aquellas destinadas a la atención de la salud mental, como las mencionadas en el marco normativo en el capítulo uno. La adopción de leyes y convenciones internacionales que proponen una mirada humana, compleja e interdisciplinar sobre los padecimientos mentales constituyen en sí una impronta política particular. La sanción y adopción de la Ley 26.657 constituye entonces una política pública con un direccionamiento hacia esos ideales, en donde la salud mental es entendida como parte de la atención integral de la salud, y por lo tanto su abordaje debe tender a lo ambulatorio en todos los niveles de salud pública, predominantemente en la Atención Primaria dada su mayor accesibilidad. En el caso de ser necesaria una internación, la misma deberá efectuarse en un hospital general, no uno monovalente.

La internación en Salud Mental bajo esta perspectiva es entendida como un tipo de estrategia terapéutica ante una crisis subjetiva relacionada al padecimiento mental. En la vigente Ley de Salud Mental, estas estrategias se describen como “un recurso terapéutico, de carácter restrictivo, que debe desarrollarse en períodos lo más breve posibles, que se llevará a cabo cuando

reporte beneficios mayores que el resto de las intervenciones, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios” (art. 14). Las internaciones pueden ser de carácter voluntario mediando un consentimiento informado, o involuntario sólo cuando exista riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Desde la Ley entonces, tal recurso no debería ser indicado o prolongado para resolver problemáticas sociales o de vivienda, sino que es el Estado quien debería proveer esos recursos mediante las políticas públicas correspondientes.

Ahora bien, ¿existen esos recursos? Si bien en la Ciudad de Buenos Aires se cuenta oficialmente con treinta hogares y paradores, algunos de gestión municipal y otros de gestión asociada con grupos religiosos, sólo dos de ellos están destinados a personas con discapacidades mentales, y ninguno de ellos está pensado explícitamente para la continuidad del tratamiento en salud mental. Al enfocarnos en la situación de calle, la cual es un obstáculo para la internación y la continuidad de los cuidados, tanto profesionales como usuarios refieren que los hogares no dan abasto y tienen lista de espera, y que los paradores están en tales condiciones y se manejan de tal manera que las propias personas en situación de calle evitan ir a ellos. ¿Entonces? Muchas personas que acuden a la salud pública para atender sus padecimientos mentales o su consumo problemático transitan la situación de calle, y qué hacer una vez que los tratamientos o las internaciones llegan a su fin es un dilema que debe enfrentarse en algún momento. Al preguntarles al respecto, los trabajadores del Hospital Bonaparte refirieron que no sólo tienen pocas instituciones a las cuales referir a los usuarios, sino que otras, reproduciendo lógicas manicomiales, se comunican con el Hospital pidiendo que internen sujetos por razones habitacionales:

“Creo que los que nos pasa mucho es que el resto de las instituciones nos ven, en términos generales, como un lugar de referencia y que resuelve situaciones de mucha complejidad, entonces los que yo veo es que cuando nos piden articulación o derivar un paciente es medio como que se lo están sacando de encima porque ya no saben qué hacer. Y muchas veces chocamos con estas articulaciones porque no vemos el criterio de internación y la persona no quiere internarse. ‘Ah pero no tiene dónde vivir’ bueno, pero nosotros no somos un complejo habitacional. La solución habitacional tiene que ir por otro lado, trabajando con el Ministerio de la Mujer o con el de Salud o el de Desarrollo Social, empezando a buscar soluciones habitacionales, la posibilidad de un acompañante terapéutico si es necesario, estrategias que tengan que ver con la Ley de Salud Mental y no con el encierro” (Entrevista a C, Médico generalista)

Una de las pocas Instituciones con las que el Hospital trabaja desde hace tiempo el tema de la vivienda y que varios profesionales mencionaron es el Hogar de Cristo.

“Hay mucha articulación con el Hogar de Cristo, pero la verdad que no es un paradigma con el cual nosotros nos sentimos identificados como institución. Pero bueno, la realidad es que cuando el Estado no está las demás organizaciones ocupan esos espacios, y en los barrios están los curas.” (Entrevista a N, Psicóloga)

Durante el último período de gobierno neoliberal del 2015 al 2019 hubo un vaciamiento tanto de sentido como de recursos de las políticas de salud en general, destinado a socavar la calidad de la atención en el sector público para favorecer los negocios con las prestadoras privadas. Sin olvidar cómo las medidas de retracción neoliberal en lo social repercutieron en todos los sectores de la vida social. Ya fue mencionado que la dirección del Hospital Bonaparte durante esa gestión se inclinó por abordajes más cercanos al prohibicionismo y a prácticas que reproducían la manicomialización hacia adentro del Hospital. En contraste, la dirección actual está poniendo su esfuerzo en re-enmarcar a la Institución como una de referencia a nivel nacional en cuanto al abordaje en la atención de la salud mental, tomando como encuadre el trabajo con la vigente ley y corriendo al consumo problemático como el foco de sus intervenciones. Para ello el Hospital pone en marcha un proceso constante de capacitación tanto para los profesionales como para la comunidad en general:

“Esos cursos de formación que se ofrecen para todos los trabajadores del hospital tienen que ver también con responder a un perfil de profesional orientado a lo que la institución piensa y las distintas leyes que atraviesan la intervención, la ley nacional [de salud mental], la ley de derechos del paciente, las de género... Prácticas orientadas a eso y me parece que ese día de formación apunta a eso, a generar profesionales que trabajen, o sea como trabajadores estatales está la responsabilidad de trabajar dentro de una línea determinada.” (Entrevista a S, Trabajadora social)

Tratando de generar alternativas a la internación y de expandir sus vínculos con el territorio y la comunidad, el Hospital también cuenta con un Departamento de Redes y un dispositivo de Abordaje Territorial que se encargan de fortalecer esas relaciones extra-hospitalarias. El Hospital cuenta con dos Casas de Salud Comunitaria en Zavaleta y en Isla Maciel, a las cuales acuden diariamente equipos interdisciplinarios para prestar atención individual y tratar de tejer redes con otras organizaciones barriales. También responden a convocatorias periódicas del Hospital de Cristo en distintos barrios en donde esa institución trabaja, tanto en CABA como en Provincia de Buenos

Aires, y jornadas u operativos sanitarios de mayor magnitud organizados desde el Hospital en barrios o en conjunto con algunas organizaciones civiles. Si bien la intención de salir al territorio está, los entrevistados concuerdan en que por ahora las articulaciones son tenues o informales, y que a veces se ven obstaculizadas por cuestiones de política partidaria:

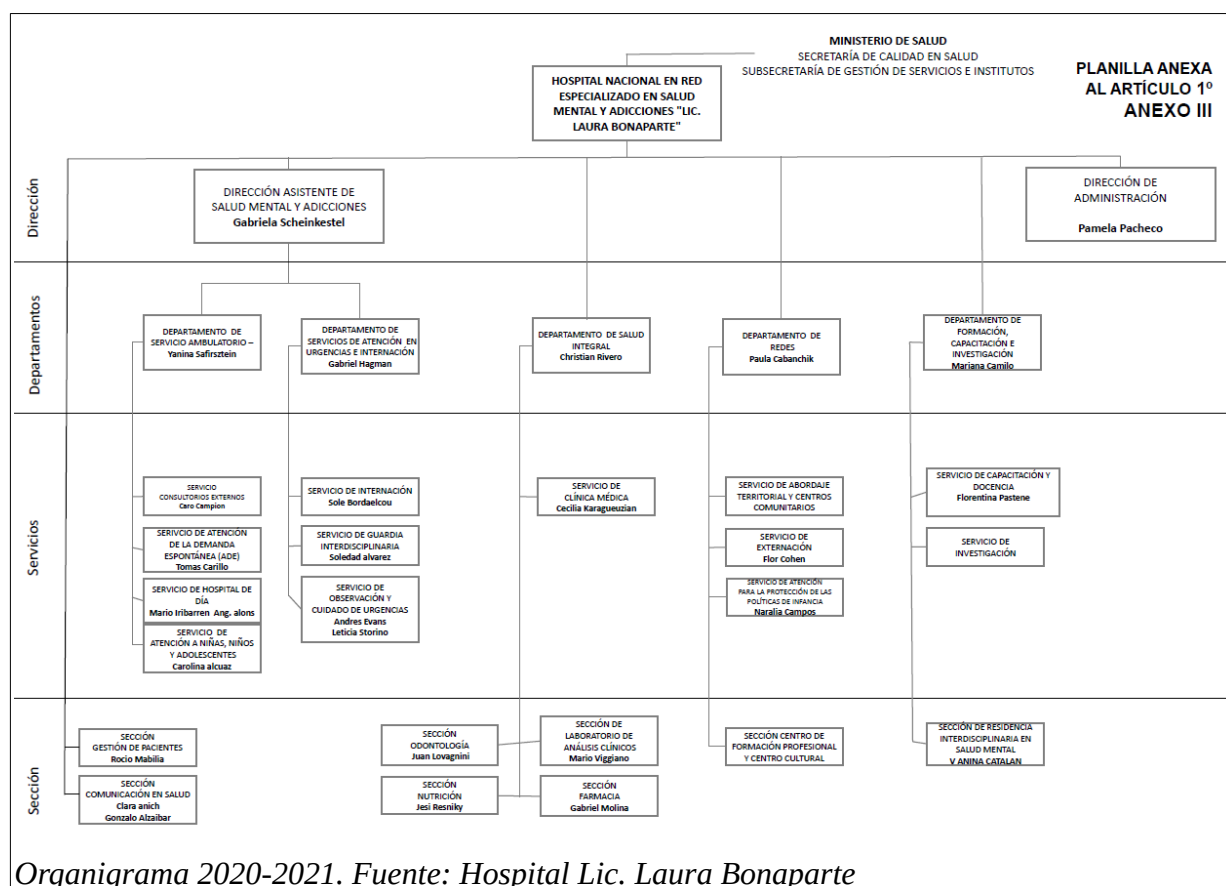
“Eso es un trabajo que está siendo bastante artesanal. Porque nosotros no tenemos área programática y recibimos pacientes de distintos lugares... hasta te diría que es un trabajo más político que otra cosa.” (Entrevista a L, Trabajadora social)

“Nosotros somos un hospital nacional y estamos en CABA, entonces es muy dificultoso articular con hospitales y centros de salud de ciudad, asique esa parte está medio obstruida por las voluntades o mejor dicho no-voluntades políticas de ambos lados. (...) Nosotros vamos más por el lado de generar convenios, acuerdos, reuniones en donde se hagan acuerdos escritos o convenios firmados o con resolución o lo que fuera pero que quede bien asentado en una articulación formal, porque la mayoría de las articulaciones que se hacen son informales.” (Entrevista a C, Médico generalista)

Recuperando esta idea de trabajo artesanal, es pertinente introducir el concepto de Redes en la atención de la Salud. Rovere (1999) las define como una forma organizacional en la cual múltiples nodos se articulan, pero también como el “lenguaje de los vínculos” que las personas formamos en los múltiples espacios de nuestra vida cotidiana, que requiere de un ir y venir solidario y que configura un soporte en términos de cómo nos constituimos como sujetos. En tiempos contemporáneos en los cuales la realidad se fragmenta y es difícil el ordenamiento, las redes presuponen la heterogeneidad y permiten imaginar una multitud de heterogeneidades organizadas. “En el trabajo en red, es fundamental reconocer los límites de una institución o programa para brindar asistencia en forma integral a la totalidad de los problemas que se presenten. Sin embargo, una institución o programa pueden ser capaces de facilitar la incorporación de los usuarios (...) en una red de prestación de cuidados.” (Galante y otros, 2009: 8) Esto se relaciona con esas estrategias que los profesionales despliegan como parte de los tratamientos, articulando distintos momentos de la intervención con diferentes instituciones por fuera del Hospital Bonaparte.

3.2: Dispositivos de asistencia intrahospitalaria

El Hospital Bonaparte está dividido en tres grandes áreas que a su vez se subdividen en departamentos: un área Asistencial, formada por los Departamentos de Servicio Ambulatorio y de Atención en Urgencias e Internación; un área Administrativa, y una tercer área conformada por los departamentos de Redes, Salud Integral y Formación, Capacitación e Investigación. A continuación se presenta un organigrama del Hospital cedido por la propia institución para ilustrar con mayor detalle.



Organigrama 2020-2021. Fuente: Hospital Lic. Laura Bonaparte

Como puede verse, la Internación Salud Mental tiene un Departamento dedicado a su abordaje que cuenta con tres Servicios o dispositivos específicos: la Internación, la Guardia Interdisciplinaria y la Observación y Cuidado de Urgencias. Más allá de los aspectos formales, cuando se trata de internaciones como estrategia terapéutica la mayoría de los servicios de área Asistencial se ponen en juego a la hora de intervenir. Por ejemplo: una persona puede acercarse al Hospital por su área Ambulatoria debido a un padecimiento y, dependiendo de las especificidades del caso, los profesionales de alguno de esos dispositivos pueden considerar que es necesaria una internación, dando intervención al dispositivo correspondiente, el cual evaluará si tal estrategia tiene fundamentos o no. Durante la estadía en el Hospital se le harán distintos chequeos de salud con

cierta regularidad y de acuerdo a las necesidades que emerjan, y eventualmente se trabajará con el dispositivo de Externación o de Abordaje Territorial para diseñar una estrategia de continuidad de los cuidados por fuera del Hospital una vez que la internación deba finalizar. Esto deja entrever que hay un trabajo constante entre Servicios, pero así como puede dar lugar a abordajes integrales que se condicen con la complejidad de los casos, también puede ser un obstáculo a la hora de que cada dispositivo arribe a sus propios objetivos.

“Este hospital tiene una particularidad que es que los pacientes en general rotan mucho por los dispositivos, en ese aspecto es muy dinámico todo... Y en esa rotación constante se pierde un poco, porque por ahí un equipo está pensando una estrategia de tratamiento determinada y en el tiempo que el paciente se interna no se comunican, entonces no se continúa, o la guardia no se entera, ahí nos cuesta mucho. Quizás es más fácil a lo interno de cada dispositivo, pero después en la articulación se vuelve complejo y la verdad los que terminan perjudicados son los pacientes.”
(Entrevista a N, Psicóloga)

La mayoría de los entrevistados opinaron que la articulación interna entre dispositivos, si bien es constante, no está exenta de tensiones. Su dificultad puede deberse tanto a un direccionamiento político que no la prioriza, como a las vicisitudes propias de las instituciones de ciertas dimensiones espaciales y humanas. Pero también puede deberse a la complejidad propia de la intervención en salud mental, en la cual no hay recetas ni instrucciones a priori para tratar con sujetos muy vulnerables, y en la cual se ponen en juego diversos enfoques teórico-metodológicos. Por tal razón, como mencionó un entrevistado anteriormente, puede suceder que los equipos tratantes se cierren sobre sí mismos. Llevar adelante una verdadera articulación también forma parte del esfuerzo profesional.

3.3: Los Dispositivos de Internación del Hospital Bonaparte

El Hospital Bonaparte cuenta con dos dispositivos que se ocupan de las internaciones en salud mental: por un lado se encuentra el Servicio de Internación y por otro el Servicio de Observación y Cuidado de Urgencias, ambos englobados bajo el Departamento de Servicios de Atención en Urgencias e Internación. Si bien la distinción en el nombre indica diferentes tipos de intervenciones, algunos profesionales opinan que no hay tantas diferencias entre un dispositivo y otro:

“Es algo que estamos discutiendo todavía. En un principio se había pensado como algo bastante diferenciado, la articulación de cuidados en la urgencia más con la guardia, con un perfil de paciente que viniera con una descompensación más aguda, y después en la práctica medio que se empezó a desdibujar eso, viendo que los dos dispositivos cuentan con profesionales con capacidad para dar respuesta a las mismas situaciones, entonces medio que se empezó a desdibujar y a pensar en una sola internación. Por lo pronto estamos con dos nombres, y por una cuestión también de cantidad de profesionales creo seguimos estando en dos edificios distintos, pero digamos la lógica y las intervenciones son las mismas, y trabajamos entre las coordinaciones articuladamente” (Entrevista a S, Trabajadora social)

Los profesionales recuerdan que los dispositivos fueron cambiando de nombre a lo largo de los años y las distintas intervenciones, y junto con ellos cambiaba la lógica que regía el trabajo:

“Antes, cuando era el ex CENARESO, lo que eran internaciones se llamaban una Internación en Crisis, la otra se llamaba Residencia. Cuando el dispositivo se empezó a llamar Agudos, (de nuevo había una mirada mas centrada en lo clínico, lo médico, de ahí viene esa idea) el otro dispositivo de internación algunos profesionales le decían Crónicos. Agudos y crónicos.” (Entrevista a A, Psicólogo)

Esta última frase parece indicar que originalmente un dispositivo fue pensado para intervenciones más intensivas y de menor duración en el tiempo (urgencias-crisis-agudos), mientras que el otro respondía más a una lógica un tanto manicomial de estadías mas duraderas (crónicos-residencia). Volviendo a esa rotación mencionada, también puede suceder que una misma persona pase por ambas internaciones dependiendo de su estado en el tratamiento.

Ya sea en un hospital general o uno especializado como el Bonaparte, se conoce como “evento o episodio agudo” al que determina que una persona sea internada en una sala de dicha institución, esto se denomina “internación aguda”. Pasado tal episodio la persona puede requerir distintos tipos de asistencia o cuidados en su recuperación para desarrollar su vida cotidiana, dependiendo de su grado de autonomía y de si el episodio agudo dejó o no secuelas (y si las dejó, en qué grado). Las internaciones en salud mental pueden exceder el tiempo de resolución del cuadro agudo de dos maneras: pueden ser estadías largas de muchos días corridos, o bien ser intermitentes en las cuales el paciente deja y vuelve a retomar el tratamiento reiteradas veces en un lapso corto de tiempo. Este fenómeno de períodos ambulatorios breves a los que les sigue una nueva

descompensación seguida de un nuevo ingreso se conoce como “puerta giratoria” (Balseiro y otros 2020).

Durante el paso de la autora de esta investigación por el Hospital en el contexto de prácticas pre-profesionales en el año 2019, tal trabajo se llevó a cabo en el dispositivo de Internación “a secas”. Allí, un buen número de hombres y mujeres pasaban el tiempo de su tratamiento dentro del Hospital entre entrevistas con los profesionales y varias actividades en forma de talleres educativos, recreativos o productivos que se llevaban a cabo de forma cuasi regular (dependiendo de la asistencia o no de los talleristas a cargo), respondiendo al enfoque cercano a la comunidad terapéutica propuesto por la dirección del Hospital de ese entonces. Al menos durante ese año no era inusual que las internaciones duraran varias semanas o incluso meses; tampoco lo era que una persona volviera a tener reiterados ingresos en un período corto de tiempo, lo cual ponía en duda la eficacia del tratamiento (aunque debe recordarse que bajo la Ley Nacional de Salud Mental cualquier persona internada de manera voluntaria puede elegir dejar el tratamiento cuando quiera y por cualquier razón).

“Sí, tenemos pacientes con varias internaciones, como ‘el que ya conocemos’” (entrevista a L, Trabajadora social)

Qué determina el comienzo de una internación es algo que varía caso a caso y que se discute entre y dentro de los equipos. La internación como estrategia terapéutica se indica en personas cuyo padecimiento mental no puede, en un momento determinado de su historia, ser abordado de manera ambulatoria porque requiere de mayores cuidados y de una continua presencia profesional, ya sea por desorganizaciones conductuales, descompensaciones psicóticas o porque se evalúa que existe riesgo inminente para sí o para terceros. En líneas generales a partir de la gestión del 2020 se trabaja para que la internación no sea la primera respuesta en un tratamiento, sino que sea una estrategia pensada y planificada, y que desde el primer momento tenga en perspectiva la externación y cómo llegar a ella de manera satisfactoria. Varios profesionales hicieron hincapié en la importancia de que lo primero que se piense sean los objetivos: establecer claramente qué se *quiere* lograr y qué se *puede* lograr sirve para ordenar el trabajo, para construir estrategias viables y en el caso de ser necesario, para dar lugar a otras alternativas fuera del propio dispositivo que eviten una internación muy extendida en el tiempo:

“Me parece que cuando los equipos que internan tienen la claridad de lo que pasa en las internaciones también disminuye [la cantidad], porque a veces es lo que te decía, es la idea

errónea de que en la internación van a pasar un montón de cosas que no pasan. Entonces quizá cuando hablan con los equipos, cuando vemos que este u otro objetivo no se va a poder trabajar, que este objetivo es para trabajar en un tratamiento ambulatorio, va para largo, algunas cuestiones si otras no, como que eso me parece que se transforma en un ordenador.” (Entrevista a S, Trabajadora social)

Fue mencionado anteriormente que tanto el modelo asilar como el prohibicionismo/abstencionismo siguen vigentes en no sólo dentro de las instituciones, sino en el imaginario social común, el cual opera en la subjetividad de los propios usuarios.

“Muchas veces lo que sucede no es que las personas se quieren internar, sino que es lo que circula en el discurso social, que para el consumo problemático el tratamiento es la internación. (...) Hay mucho del que se interne para parar de drogarse, entonces el hospital es una parada o un stop and go” (entrevista a G, Psiquiatra)

El siguiente extracto ilustra la preponderancia del paradigma asilar o manicomial en cuanto a la internación (o el encierro) como respuesta universal a los padecimientos mentales:

“A veces ante situaciones muy complejas lo primero que se piensa es una internación, ¿no? La primera respuesta es una internación, cosa que es al contrario de lo que plantea la ley de salud mental, que dice que la internación es de las ultimas estrategias y que debe ser con objetivos claros para una situación puntual. (...) Muchas veces los referentes lo que piden es mas internación porque es el recurso que nadie tiene, o que nadie quiere dar.” (Entrevista a A, Psicólogo)

La externación de los pacientes está supeditada, la mayoría de la veces, a la posibilidad o no de organizar su cuidado y alojamiento a largo plazo. En un estudio realizado entre los años 2017 y 2019, Brovelli y Lardiés notaron que la mayoría de las personas que ven extendidas sus internaciones requiere cuidados de manera intensiva y continuada: “aquí reside uno de los “nudos” que atan estas situaciones, puesto que construir una alternativa de alojamiento y cuidados acorde a los requerimientos de los sujetos en cuestión se presenta muchas veces como un proceso dificultoso que excede por mucho los tiempos de resolución del “evento agudo” de enfermedad que determinó la hospitalización” (Brovelli y Lardiés, 2019: 3).

En el caso estudiado aparecen varios factores que entorpecen la externación de pacientes que ya salieron de ese episodio agudo o para los cuales la internación ya no es una estrategia necesaria

en su recuperación. Falta de recursos socioeconómicos, en especial lo relacionado con la situación de calle; falta de oferta o baja calidad de los efectores en sus áreas de residencia en el Conurbano; alta demora en circuitos de gestión para derivación a otros efectores o instituciones.

A raíz de las observaciones hechas durante las prácticas en el Hospital se evidenció que no era extraño que algunos (o muchos) pacientes permanecieran internados en dispositivos del Hospital por períodos extendidos de tiempo no tanto por cuestiones clínicas, sino más bien por su falta de recursos socioeconómicos, en especial en lo relacionado con la vivienda. También sucede que frente a la extrema vulnerabilidad de los usuarios y a la dificultad de llevar adelante un tratamiento que requiera cierta regularidad, la internación se vuelve a la vez una medida de cuidado y una medida de control:

“A veces se piden internaciones que no tienen que ver con el cuidado en la urgencia, a veces hay urgencias habitacionales, otras veces se pide internación porque no se sabe qué hacer porque la persona no viene a los turnos, falta, viene totalmente alcoholizado/a, viene mal...”
(Entrevista a L, Trabajadora Social)

Esto puede deberse a que en general en el sector de la salud pública, y en especial en la salud mental, se trabaja con lo que se conoce como pacientes sociales, es decir “aquellos sujetos que al ingresar al hospital presentan motivos de interconsulta para el Trabajo Social, como ser: provenir de estar en situación de calle, hacer uso problemático de sustancias psicoactivas, ausencia de vivienda donde regresar al momento del alta, presentar una débil red social o su inexistencia.” (Troiani, 2012: 3) La misma autora sostiene que “dicha situación tiene que ver con diversas cuestiones, principalmente la escasez de políticas públicas que den respuesta a las necesidades de los mencionados sujetos, y que a su vez desarrollen mecanismos de promoción, protección y prevención que eviten situaciones de tan extrema vulnerabilidad” (Troiani, 2011: 3-4). Sumadas a estas características están las complicaciones que conlleva un padecimiento mental severo y si la persona es considerada dependiente, semidependiente o autónoma para desarrollar sus actividades de la vida cotidiana, aspectos que repercuten en la inserción socio-laboral.

La continuidad de los cuidados es otra de las dificultades al tener en cuenta a la hora de la externación. A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, la cual tiene una clara dirección desmanicomializante, se produce un desmantelamiento y una re-composición de las instituciones totales en las cuales los pacientes eran depositados y olvidados, pasando encerrados allí el resto de sus vidas. El paso deseado es a una nueva modalidad de atención en hospitales generales y en efectores públicos anclados en la comunidad, para que quiénes busquen un

tratamiento de salud mental puedan hacerlo sin que ello signifique encierro, aislamiento y desaparición de sus lazos sociales. Al respecto, Leite Ribeiro Valeiro y Caldas de Menezes dicen: “articular las redes de cuidado presupone disponibilidad para reconocer los límites internos individuales, profesionales y principalmente institucionales, para que se pueda recurrir a una acción extramuros y una mejor atención de las necesidades del público asistido” (2010: 1). Para ello es necesaria la capacitación de viejos y nuevos profesionales y la creación y sostenimiento de esos nuevos efectores o instituciones asistenciales. En un estudio español referido al tema, varios autores acuerdan que “los mejores o peores resultados están en directa relación con el grado de desarrollo e implantación de recursos de salud mental comunitarios y con el hecho de que estos servicios dispongan de tiempo, programas y personal suficientemente dedicado y cualificado para desarrollar los programas intensivos de continuidad de cuidados que los usuarios precisan.” (Azón y otros, 2017: 28) Aquí reside la dificultad: en nuestro país se puso en marcha la desmanicomialización en cuanto a la re-significación de las instituciones totales, pero a más de 10 años de la sanción de la Ley todavía no hay cambios significativos en lo que respecta al sostenimiento de la atención comunitaria fuera de los hospitales, en los territorios cercanos a los sujetos. Es decir la atención sigue estando centrada en los hospitales. Este tipo de establecimiento puede disponer de un dispositivo de atención ambulatoria o de hospital de día, pero no es realista pretender que una persona recién externada, pero que aún requiere cuidados y que quizás vive lejos del hospital en el que se atiende pueda sostener esa continuidad, y tanto más si se trata de alguien en situación de calle o con un padecimiento severo que afecte su autonomía o su movilidad. Esta continuidad, si sucede, termina siendo llevada adelante por el esfuerzo personal de los usuarios que se siguen acercando a los hospitales o por sus familias (si las hay).

“Uno va a cualquier hospital pero el hospital no va a tu casa. Eso es el intento buenísimo de los CESACs, que uno no tenga que ir al tercer nivel, pero las políticas públicas de salud mental en general son muy hospitalocéntricas.” (Entrevista a N, Psicóloga)

Frente a esta falta de una verdadera red de cuidados comunitarios en salud mental, los profesionales consideran que es clave que la internación no signifique cortar el vínculo que la persona tenga con el afuera y con sus lazos sociales o afectivos. Siguiendo esta lógica mientras más se extienda una internación, y mientras más se debiliten esos lazos, más difícil se hará luego la continuidad del tratamiento. El fortalecimiento de las redes vinculares y de cuidado es clave para poder lograr la externación de quienes tienen un padecimiento mental o un consumo problemático: “es posible pensar que los usuarios de drogas más empobrecidos se encuentran desconectados de

muchas de las redes sociales, lo que implica dificultades para moverse y por ende, para obtener recursos. En este sentido, el trabajo en red se constituye en un eje importante de las estrategias destinadas a la inclusión social.” (Galante y otros 2009: 8)

“Si algo tiene que ser corto tiene que tener una respuesta contundente. Y después la continuidad... Es un corte, pero tiene que ser un corte para trabajar el afuera, ese corte tiene que ser lo menos desconectado con el afuera posible, porque eso es la continuidad.” (Entrevista a S, Trabajadora social)

Retomando la cuestión quiénes son los internados, en el año 2019, la entonces Secretaría de de Gobierno de Salud realizó el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. Según este estudio, si bien las privadas representan un 75% de las instituciones, el 52% de la totalidad de la población censada se encontraba internada en el sector público, con lo cual es posible teorizar que existe una sobredemanda de atención en este sector. En cuanto a contar o no con DNI, el cual es un documento necesario en nuestro país para realizar cualquier tipo de trámite, el 92% de las personas refirió tenerlo, pero de esa porción casi el 88% no lo tenían en su poder al momento del censo. Haciendo referencia a ingresos económicos, sólo el 69% de los censados indicó que percibía un ingreso, y de esa porción cerca del 72% no los administraba o disponía de ellos libremente. Cabe aclarar que según este estudio, la edad promedio de los usuarios internados es de 50 años. Ahora bien, al referirse a los motivos de la continuidad de la internación, el 36% eran por presentar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, mientras que el 37% eran por problemas sociales o relacionados a la vivienda, lo cual evidencia como la problemática habitacional incide en la extensión de la duración de las internaciones de manera importante. Esto es algo lógico: si la internación se plantea como una estrategia de cuidado en una situación de extrema vulnerabilidad, no es de extrañar que se trate de hacer todo lo posible para evitar que esa persona vuelva a una situación insalubre o directamente peligrosa. Pero estas buenas intenciones pueden superponerse aún sin querer con prácticas de encierro y control cuando no hay políticas públicas disponibles que den una respuesta a la problemática habitacional, y todo se complica cuando son los mismos usuarios quienes prefieren ser internados con tal de no volver a contextos socioambientales hostiles.

“Ahí entra esta tensión entre la vulnerabilidad y la fragmentación que hay afuera en muchas personas para que puedan sostener algo, y lo que a veces tilda al hospital como un lugar en el cual estar alojado. A veces uno ve personas y dice esto que está haciendo acá lo podría hacer

en un hogar. Quizá hoy no puede o no está consciente de vivir solo, necesita un hogar, necesita más acompañamiento, pero esos hogares son muy pobres, o son lugares hostiles, o no están. Entonces ahí entra toda esa tensión con esa persona que te dice yo estoy mejor en el hospital, me quiero quedar acá.” (entrevista a A, Psicólogo)

“Porque también uno vive en una sociedad que está atravesada por un montón de problemáticas sociales que obviamente hay que tener en cuenta. El tema es que no hay que olvidarse que estamos en un hospital de salud mental y que si empezamos a internar por problemas habitacionales no nos va a alcanzar toda la ciudad de buenos aires.” (Entrevista a N, Psicóloga)

Aunque también la impronta de la institución, de un determinado enfoque de abordaje o de lo que ciertos profesionales consideran como satisfactorio y seguro son aspectos que se ponen en juego en esa extensión:

“Pasaba que hasta que el paciente no tuviera casa, pareja y/o trabajo, como una vida armada de alguna manera, no podía retirarse de la internación o externarse. Y la vida pasa afuera... Se daban esas dos cosas: o expulsivas o prolongación hasta que se resolviera alguna cuestión o expectativa de una vida normal entre comillas” (Entrevista con L, Trabajadora social)

La extensión de la internación, por darse en un ámbito en donde los sujetos están en constante relación con otros, también hace que la vida cotidiana pase dentro de la institución, dando lugar a conflictos relacionales o problemáticas que no suman al tratamiento y que en definitiva no tienen que ver con el mismo, pero que tienen que ser abordados por los profesionales de igual modo.

“Se empiezan a jugar cuestiones convivenciales, cosas que lejos de colaborar con el tratamiento dan un retroceso, un malestar...” (Entrevista a S, Trabajadora social)

Los entrevistados indicaron que en su paso personal por la institución recordaban casos de personas que estuvieron internadas durante mucho tiempo, a veces años, pero que la actual gestión puso énfasis en revertir esa situación y disminuir la duración de la internación hacia sólo lo justo y necesario:

“Hasta que no empezamos a trabajar con esta nueva gestión, hubo internaciones de 2, 3 o 4 años. Ahora máximo 3 meses la internación, difícilmente se justifique que alguien esté más de ese tiempo por el tipo de intervención que podemos hacer acá, en general el que se extienda tiene más que ver con una clínica que no responde a la necesidad de la internación... No sé si hay menos [pacientes internados] desde un punto estadístico, pero a simple vista diría que sí, o que no es que hay menos, por ahí hay más, pero es mucho más dinámico el flujo de gente, y hay mayor articulación hacia tratamientos ambulatorios. Esa internación que recibimos cuando arrancamos, en donde había como doce pacientes desde hacía más de un año está lejos del funcionamiento actual.” (entrevista a G, Psiquiatra)

“Ahora las internaciones [en Urgencias] pueden durar 24, 48 hs.” (entrevista a A, Psicólogo)

Asimismo, la reactivación de dispositivos que habían quedado olvidados/vaciados, la existencia de alternativas y la predisposición a trabajar con ellas hacen disminuir la cantidad y la duración de las internaciones. Esto responde también a un cambio de enfoque pero también a decisiones políticas:

“También hubo incorporaciones de profesionales, entonces eso hace que también que en lo ambulatorio sea mas fácil pensar un tratamiento más intensivo antes que una internación, por la cantidad de trabajadores. Que no sea pasar de venir una vez a la semana a la internación. Me parece que antes de pasar de un dispositivo de externos a una internación hay todo un abanico amplísimo de estrategias que se pueden ir pensando.” (entrevista a S, Trabajadora social)

La internación hecha en tiempo, forma y de manera rigurosa es un recurso terapéutico útil que no sólo sirve como parte del tratamiento desde una óptica puramente clínica, sino que también puede ser una instancia de cuidado, abrigo y acompañamiento para aquellos pacientes sociales, esos que además de sufrir un padecimiento mental están atravesados por múltiples exclusiones que exacerban su situación de vulnerabilidad y fragilidad tanto psíquica como social:

“No quiere decir que la internación no sea necesaria, al contrario: me parece que con lo que más nos encontramos hoy es una época de mucha fracturación, de mucha vulnerabilidad, de mucho desamparo y que algo que pasa es que la internación termina, y esto es muy fuerte, termina dando algo que afuera no hay. Cosas básicas, como un otro. Pensando en la internación como

prácticas de cuidado y en garantizar derechos, acá tienen una habitación individual o un baño privado cuando afuera están en situación de calle y es muy fuerte ese contraste que se produce.”
(Entrevista a A, Psicólogo)

3.4: El impacto de la emergencia sanitaria

El advenimiento de la pandemia del virus Covid-19 a principios del año 2020 trastocó todos los ámbitos de la sociedad no solo en Argentina, sino en el mundo entero. Su rápida expansión y su alto nivel de contagio, los síntomas que iban de leves en algunas personas a fatales en otras, combinados con el desconocimiento y la falta de vacunas (al menos en un principio) generaron por un lado un clima de miedo y angustia generalizada, y por el otro una recarga extrema en el sector de la salud, tanto público como privado. Desde los gobiernos de muchos países incluida la Argentina se impusieron distintos períodos de cuarentena para tratar de parar la expansión del virus y hacer frente a la demanda excesiva en los hospitales mientras las vacunas eran desarrolladas en tiempo récord por la comunidad global sanitaria. De esta manera, la atención en todos los efectores de salud debió modificarse para acomodar a la enorme cantidad de casos diarios y al mismo tiempo reducir lo más posible los contagios intrahospitalarios.

Debido a su baja complejidad clínica, el Hospital Bonaparte siguió funcionando de acuerdo a su especialización, pero eso no quiere decir que no haya habido modificaciones en la atención y los tratamientos. Al tener que evitar aglomeraciones de gente, la admisión a las internaciones durante ese periodo se restringió considerablemente. Ese período de merma de admisiones significó una especie de *impasse* en el cual tanto los profesionales como la institución y su nueva dirección se permitieron repensar como encararían la atención en ese contexto incierto.

“Nos permitió parar un poco la pelota para pensar para dónde salir.” (Entrevista a C, Médico generalista)

Desde el lado del trabajo, este no cesó: se siguió atendiendo todos los días, todo el día. Como trabajadores de la salud, todos los profesionales entrevistados continuaron asistiendo a sus puestos de trabajo tomando todos los recaudos y cuidados posibles y trabajando en las llamadas “burbujas” para minimizar el contacto entre equipos, pero garantizando que siempre hubiera alguien disponible para llevar adelante el tratamiento. Esto se vio como algo positivo porque sirvió para evitar la angustia que provocó en gran parte de la población el desarme de lo cotidiano. Pero por otro lado se sintió el retraimiento o desaparición de determinadas redes de atención:

“Lejos de frenar nuestras intervenciones, porque además cerraban todos los efectores de provincia o hubo instituciones que dejaron de dar respuesta, asique nosotros tuvimos una sobredemanda de gente que quedaba sin tratamiento” (Entrevista a S, Trabajadora social)

Algo muy positivo que rescatan los profesionales de manera entusiasmada es que la situación de aislamiento de la comunidad obligó al Hospital a salir afuera, al encuentro con los usuarios en su territorio ya sea por externación o siguiendo su cuidado:

“En general íbamos a las casas de aquellos pacientes que eran grupo de riesgo o que sus referentes lo eran, y nosotros íbamos a hacer entrevistas a los domicilios desde la internación. Lo cual es algo novedoso, que la internación salga al afuera.” (Entrevista a L, Trabajadora social)

“Tenemos 4 o 5 móviles, una ambulancia de baja complejidad, una camioneta grande, una chica. Entonces frente al aislamiento poder empezar a sacar equipos y que tengamos más presencia en hogares o domicilios, eso generó otra dinámica que estuvo buena, la del hospital saliendo.” (Entrevista a G, Psiquiatra)

“Estuvo buenísimo, se nos ocurrían cada estrategia para no internar a alguien porque no podíamos, y funcionaban. Ahí te das cuenta de que no es la internación, el punto es poner el cuerpo y tener ideas. Eso estuvo bueno en la pandemia, y te da ánimo para hacerlo y que no necesariamente tenga que ser por un virus.” (Entrevista a N, Psicóloga)

En cuanto a la población usuaria del Hospital pudo verse cómo la pandemia repercutió sobre sus condiciones de vida. La cuarentena, el aislamiento y los constantes contagios fueron dimensiones que afectaron al poder adquisitivo de casi todos los sectores económicos, pero recayeron con mayor fuerza en los trabajadores informales o precarizados.

“El que tenía algo económico, social o subjetivo ya no tiene nada, es tremendo. La pandemia acentuó cosas que ya existían. La verdad que después de los 4 años de macrismo empezar con una pandemia... Ya peor no nos podía ir y la verdad es que la gente está pendiendo de un hilo.” (Entrevista a N, Psicóloga)

Los tratamientos en las internaciones, si bien no se pausaron, debieron atenerse en lo posible a las medidas de cuidado, aislamiento y distanciamiento. Esto repercutió en especial en el aspecto vincular dentro los dispositivos, donde el diálogo con otros y el poder compartir espacios son aspectos importantes a la hora de hacer frente a un tratamiento, más cuando se trata de personas cuyo estado mental se encuentra fragilizado:

“Nuestros pacientes no tienen muchos recursos para pensar a veces en otro dispositivo en el que puedan hacer el aislamiento, asique en aquellos casos en los que tienen que permanecer acá se buscan las medidas de cuidado para ellos y para el resto, dentro de la internación. Con las dificultades de un paciente de salud mental haciendo un aislamiento: el mate era súper importante, el compartir con otros...” (Entrevista a S, Trabajadora social)

Después de esos primeros meses de impasse en la demanda, las secuelas a nivel social y mental comenzaron a sentirse de golpe y con intensidad. Sumadas a las dificultades económicas y sanitarias de la población usuaria, afloraron nuevos padecimientos y/o se agravaron los ya existentes. El retraimiento de las instituciones y las redes vinculares afectaron especialmente a quienes más dependían de ellas:

“Pero todo lo de la psicosis fue muy cansador y ahora se nota mucho la complejidad, porque hubo mucha gente que dejó los tratamientos, o ves como los afecta subjetivamente. Yo diría que ahora es más complejo, porque ahora se ven las secuelas. La gente está viniendo muy arrasada.” (Entrevista a N, Psicóloga)

El propio Hospital, una vez superada la parte más cruda de la pandemia, se volvió a retraerse en relación a esa salida y expansión territorial comentada por los entrevistados. Aún así, ciertas prácticas novedosas se instalaron de manera permanente, como la atención remota o telefónica, la articulación mediante la web con efectores de otras provincias y la salida del Hospital hacia los lugares en donde transcurre la cotidianeidad de los usuarios (pero de manera más esporádica que antes). Los profesionales presienten que una vez superado el aspecto epidemiológico de la pandemia, aflorarán muchas cuestiones aún más complejas relacionadas a los padecimientos mentales pre-existentes y a los que surjan como consecuencia del aislamiento y el enrarecimiento de los vínculos y la atención sanitaria, todo lo cual requerirá de una respuesta por parte del Estado que esté a la altura de las circunstancias.

En este último capítulo se profundizó en la estrategia de abordaje de salud mental y consumo problemático de sustancias más característica en el imaginario social y también una de las más polémicas: la internación. En primer lugar se expuso como funciona la internación como política social e institucional, y si es factible o no la articulación extrahospitalaria y la creación de redes sanitarias de cuidados. Luego se presentaron los distintos departamentos y dispositivos del Hospital que entran en juego en este tipo de intervención, para luego explorar en detalle las dos internaciones, que lógicas se ponen en juego al construir estas estrategias de cuidado, con qué tipo de sujetos suele trabajarse y que alternativas existen o se construyen para evitar la extensión de la internación sin criterios clínicos. Por último se expuso cómo el estallido de la pandemia de Covid-19 repercutió sobre la atención del Hospital en general, sobre los profesionales, los usuarios y los modos de intervenir adentro y afuera de los muros, en particular en las internaciones.

Conclusiones

La pregunta que guió este trabajo de investigación fue “cuáles son los múltiples factores que inciden en que algunos pacientes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte transiten internaciones más allá de la fase aguda de su padecimiento mental, y qué características adoptan las intervenciones de los equipos profesionales ante situaciones de extrema vulnerabilidad”. Lo que se apuntó a conocer fue cómo se configuran estas internaciones en salud mental para determinados pacientes vulnerables, describiendo el papel de las intervenciones profesionales, y qué lógicas y prácticas atraviesan tanto la construcción de estas internaciones como la realidad y subjetividad de los equipos profesionales del área de internación del Hospital en el período que va desde el año 2019 hasta el presente 2021.

A lo largo del desarrollo de la investigación pudieron conocerse los diferentes enfoques de abordaje referidos a la salud mental presentes tanto en la diferentes gestiones del Hospital como en las diversas intervenciones planteadas por los profesionales, cada cual desde su disciplina específica. Estas tomas de posición suponen todo un bagaje tanto metodológico como ético que se traducen en prácticas características, entre ellas la construcción de estrategias de tratamiento que pueden incluir las internaciones como medida de cuidado.

Al momento de las prácticas pre-profesionales en el año 2019 la impronta institucional del Hospital respondía a un enfoque que centraba su abordaje en el consumo problemático de sustancias. Desde la dirección del Hospital se planteaban estrategias más cercanas a las utilizadas en comunidades terapéuticas, de carácter más abstencionista, en donde el tiempo que se estiraba dentro de la internación se llenaba con actividades en talleres dentro de la Institución. Sin embargo los profesionales intervinientes en los dispositivos de Internación tensionaban estas directrices construyendo estrategias que respondían a un enfoque más centrado en el sujeto y su padecimiento. Pero a veces las limitaciones institucionales y estructurales referidas al complicado contexto socioeconómico no permitían visibilizar alternativas a la internación como medida de cuidado.

Esta fue la situación que dio lugar a la curiosidad por el tema y a la consiguiente formulación de los interrogantes.

Entre este momento y el comienzo de la investigación sucedieron dos acontecimientos muy significativos y cercanos en el tiempo: el cambio de gobierno y el estallido de la pandemia. El primero significó un recambio en la dirección del Hospital Bonaparte y con él un cambio en el paradigma desde el cual se propone el abordaje de la salud mental. El segundo fue una emergencia

sanitaria de alcance mundial que pudo controlarse rápidamente, pero que dejó secuelas importantes en todas las esferas de la vida social, en especial en la salud mental y su atención.

Por lo tanto al efectuarse las entrevistas a los profesionales, después de varios meses de retrasos burocráticos, el panorama y el clima en el Hospital eran otros completamente.

A partir de lo expuesto en el trabajo puede verse que los profesionales entrevistados acuerdan ética y metodológicamente con la dirección actual del Hospital, lo cual facilita llevar a cabo ciertas prácticas y evita tener que recaer en otras. Hay una clara impronta de parte de la institución de alejarse de la internación como respuesta universal tanto a los padecimientos mentales como a los consumos problemáticos, y en el caso de que se considere necesaria la misma no deberá extenderse por períodos prolongados. Si bien el panorama fuera del Hospital en tanto a oferta de dispositivos de vivienda o de continuidad de cuidados de acuerdo a las ideas de desmanicomialización de la Ley Nacional de Salud Mental no ha cambiado, los profesionales sienten que pueden proponer alternativas a la internación que pueden llevarse a cabo gracias a la articulación interna de los dispositivos del propio Hospital. El hecho de que la Dirección y el Área Asistencial compartan una direccionalidad metodológica facilita estas estrategias. Por otro lado la articulación interna y la mayor cantidad de profesionales intervinientes permiten aceptar las limitaciones tanto de los propios equipos como de lo que la institución puede proveer.

En este punto el aislamiento característico de la pandemia puede haber jugado un papel positivo en dos sentidos: por un lado, restringió el número de admisiones a las internaciones, y por otro obligó al hospital a ir hacia los usuarios, a salir hacia afuera, sacando a los profesionales de los muros de la institución y haciendo que fueran ellos mismos al encuentro de los sujetos en sus territorios, situación óptima para comenzar a tender redes comunitarias de cuidado sanitario. Esas mismas redes que podrían servir para organizar intervenciones que no necesiten de la estadía dentro la institución.

Esas mismas redes que son tan necesarias en un contexto como el actual, donde todavía uno de los mayores obstáculos para la externación en tiempo y forma y para la continuidad de los cuidados es la falta de acceso a una vivienda digna. Como se mencionó a lo largo del trabajo, gran parte de la población usuaria del Hospital está en situación de calle y por lo tanto en un estado de vulnerabilidad constante en el cual se entrecruzan diversos vectores de exclusión. No hay tratamiento que alcance si al terminarlo la persona debe volver una vez más a la calle o al mismo contexto que le provocó su padecimiento porque no hay alternativas disponibles. Obviamente esto excede a los profesionales. Con lo cual allí radica uno de los mayores desafíos para el Trabajo Social, disciplina que trabaja con poblaciones vulnerables en pos de satisfacer sus necesidades sociales, restituir sus derechos y lograr para esas personas la mejor calidad de vida posible.

Debido a los tiempos y al alcance planteado para esta investigación no fue posible ahondar en lo que los propios usuarios piensan acerca de su paso por las internaciones. Sería interesante retomarlo en una futura investigación para recuperar sus voces. El interrogante más importante que deja este proceso es ¿qué hacer en el abordaje de la salud mental cuando no se vislumbran al corto o mediano plazo políticas públicas que den respuesta al acuciante problema del acceso a la vivienda en nuestro país, problema que sin duda es vértice muchos otros?

Bibliografía

- **Aguiar Gonçalves, PR. y Paim de Figueiredo Braitenbach, D. “Ao consultório da rua interdisciplinar: olhares ampliados”.** En: VV.AA . Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2010.
- **Alvaro, J.L. "salud mental"** en: Reyes, R. Diccionario crítico de ciencias sociales. Universidad complutense de Madrid. Madrid, 1992.
- **Arias, R. y Comas, C. “La clínica de lo Social”** en: Revista MARGEN de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Cooperativa de Trabajo Margen, número 25, 2002. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen25/arias.html>
- **Ardila, S. y Galende, E. “El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria.”** en: Revista Salud Mental y Comunidad, Galende, E. (Dir.), Ediciones de la UNLa, Remedios de Escalada, número 1, 2011. pp 39-50.
- **Azón Belarre, S; Azón Belarre, JC; Berges Usán, P; Pellicer García, B; Abadía Labena, S; Murillo García, E. “Continuidad de Cuidados, ¿un paso definitivo hacia la autonomía y mejora de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Mental Grave?”** en: Revista Norte de Salud Mental, OME-AEN, número 56, volumen 14, 2017. pp 26-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6381239>
- **Balseiro, M; Bueno, N; Nopitsch, R; y Moreira, A. “Análisis de la población ingresada con internación prolongada en Hospital Vilardebó en vistas al cierre nosocomial planteado en la nueva Ley de Salud Mental.”** en: Revista de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Volumen 84(2), 2020. pp: 83-92. Disponible en: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2021/01/01_TO01.pdf
- **Bartolini, S. Metodología de la Investigación Política.** En: VV.AA. Manual de Ciencia Política, capítulo 3: Las estrategias de investigación. Madrid, Alianza, 2005.
- **Benedetti, E. Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención.** Serie Papeles de Trabajo. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. CABA, 2015.
- **Bianchi, E. “Ciencias sociales, salud mental y control social. Notas para una contribución a la investigación.”** en: Revista Salud Mental y Comunidad, Galende, E. y

- Bottinelli, M (Dir.), Ediciones de la UNLa, Remedios de Escalada, número 7, 2019. pp: 12-28. Disponible en:
<http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/documentos/saludmentalycomunidad7.pdf>
- **Brovelli, K. y Lardiés, N. Internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires: un desanclaje entre recursos de bienestar y necesidades de cuidado.** XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019. Disponible en: <https://cdsa.aacademica.org/000-023/517>
 - **Cazzaniga, S. “Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud.”** en: Revista MARGEN de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Cooperativa de Trabajo Margen, número 27, 2002. Disponible en <https://margen.org/suscri/margen27/jorna.html>
 - **Chiarvetti, S. “La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental.”** en: Revista Argentina de Clínica Psicológica, número 17, volumen 2, 2008, pp. 173-182. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780012>
 - **Corda, A. Galante, A. Rossi, D. Personas que usan estupefacientes en Argentina. De delincuentes-enfermos a sujetos de derecho.** Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. 2014.
 - **Danani, C. La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización** en: VV.AA. Gestión de la Política Social: Conceptos y herramientas. Buenos Aires, Universidad de General Sarmiento y Prometeo Libros, 2009.
 - **Follari, R. (2014) “Interdisciplina, hibridación y diferencia. Algunos rubros de su discusión actual en América Latina.”** en: De Raíz Diversa Revista Especializada en Estudios Latinoamericanos. Programa de Posgrado en Estudios Latinoamericanos, Universidad Nacional Autónoma de México, número 1, volumen 1, 2014, pp: 67–82. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/ppela.24487988e.2014.1.58207>
 - **Galante A., Rossi D., Goltzman P., Pawlowicz M.P. “Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva.”** en: Revista Escenarios, Escuela Superior de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, número 14, 2009, pp:113-121. Disponible en <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/73>
 - **Galende, E. Modernidad y Modelos de Asistencia en Salud Mental en Argentina. II Jornadas de Atención Primaria de la Salud,** Universidad Nacional de Lanús, 1988. Disponible en <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a26.pdf>
 - **Galende, E. Los movimientos de psiquiatría institucional.** En Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Paidós, Buenos Aires, 1994.

- **Galende, E. Editorial.** Revista Salud Mental y Comunidad, Galende, E. (Dir.), Ediciones de la UNLa, Remedios de Escalada, número 1, 2011. pp: 6-12.
- **Goffman, E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.** Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1998.
- **Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación.** Ediciones McGraw Hill, México, 1991.
- **Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Alfredo Estrada, A. y Emerson Elías, M. “Medicina Social Latinoamericana: Aportes y Desafíos.”** en: Revista Panamericana de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, volumen 12, número 2, 2002.
- **Karsz, S. La clínica, un desafío ideológico contemporáneo.** Clase 21, FLACSO, 2012.
- **Laurell, A.C. “La salud-enfermedad como proceso social.”** en: Revista Latinoamericana de Salud, volumen 2, número 1, 1981, pp: 7-25
- **Laurell, A.C. “El estudio social del proceso-salud enfermedad como proceso social en America Latina.”** en: Revista Cuadernos médico sociales, Colegio Médico de Chile, volumen 37, 1986. Disponible en:
https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_enfermedad_en_america_latina__autora__asa_crsitina_laurell.pdf
- **Leite Ribeiro Valério, A. y Caldas de Menezes, AC. “A rede de atenção ao usuário de spa em contexto de rua”.** En: VV.AA . Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2010.
- **Mendizábal, N. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa.** En VV.AA. Estrategias de Investigación Cualitativa. Editorial Gedisa, Barcelona, 2007.
- **Menéndez, E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.** Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, 1988. Disponible en:
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- **Menéndez, E. Modelo medico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales.** En VV.AA. La antropología médica en México. Universidad Autónoma Metropolitana. México DF, 1992. Disponible en:
http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_486-495.pdf
- **Menéndez, E. “La enfermedad y la curación. ¿Que es medicina tradicional?”** En: Revista Alteridades, Universidad Autónoma Metropolitana de Iztapalapa, volumen 4, número 7, 1994, pp: 71-83.

- **Pantanalli, S. Estrategias profesionales: vías de construcción del proyecto ético-político del Trabajo Social en Argentina.** Cátedra Libre: Marxismo y Trabajo Social. Serie Debates Actuales en Trabajo Social. La Plata, Ediciones Dynamis, 2015. Disponible en: <https://catedralibrets.files.wordpress.com/2015/04/pantanali-s.pdf>
- **Rovere, M. Redes En Salud: Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.** Editorial Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, Rosario, 1999.
- **Soneira, A.J. La “Teoría fundamentada en los datos” (Grounded Theory) de Glaser y Strauss.** En VV.AA. Estrategias de Investigación Cualitativa. Editorial Gedisa, Barcelona, 2007.
- **Souza Minayo, M.C. Ciencia, técnica y arte: el desafío de la investigación social.** En VV.AA. Investigación social: teoría, método y creatividad. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2007.
- **Stolkiner, A. Interdisciplina y Salud Mental.** IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Misiones, 2005.
- **Stolkiner, A y Ardila Gómez, S. “Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas.”** en: Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría, Editorial Polemos, número 101, volumen XXIII, 2012: pp. 57 – 67.
- **Stolkiner, A. Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental.** Dossier de Salud Mental para Revista Soberanía Sanitaria, 2016. Disponible en: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental>
- **Touzé, G; Rossi, D; Cymerman, P; Ereñu, N; Faraone, S; Goltzman, P; Rojas, E; Vázquez, S. Prevención del VIH-sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención.** Intercambios Asociación Civil, Buenos Aires, 1999.
- **Troiani, M.J. “La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias”** en: Revista MARGEN de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Cooperativa de Trabajo Margen, número 63, 2011. Disponible en <https://www.margen.org/suscri/margen63/troiani.pdf>
- **Valero, A. S. y Faraone, S. Lo punitivo y lo terapéutico. El proceso de desinstitucionalización del Corralito.** En: VV.AA. Dilemas en Salud Mental: Sustitución de las lógicas manicomiales. Ediciones Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires, 2013.

- **Vasilachis de Gialdino, I. La Investigación Cualitativa.** En VV.AA. Estrategias de Investigación Cualitativa. Editorial Gedisa, Barcelona, 2007.
- **Yuni, J. y Urbano, C. Mapas y Herramientas para Conocer la Escuela. Investigación Etnográfica e Investigación-Acción.** Editorial Brujas, Córdoba, 2005.

Leyes y Documentos oficiales consultados

- **Ley 153 Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.** Disponible en:
https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_basica_de_salud__153.pdf
- **Ley 447 Marco de las Políticas para la Plena Participación e Integración de las Personas con Necesidades Especiales de la Ciudad de Buenos Aires.** Disponible en:
https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_447_copidis.pdf
- **Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.** Disponible en:
https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_448-00.pdf
- **Ley Nacional 26.657 de Salud Mental.** Disponible en:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- **Ley Nacional 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.** Disponible en:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/actualizacion>
- **Ley 27072 Federal de Trabajo Social.** Disponible en:
<https://catspba.org.ar/ley-federal-de-trabajo-social-n-27072/>
- **Convención sobre los Derechos del Niño.** Disponible en:
<https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>
- **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** Disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/texto_completo_convencion_sobre_los_derechos_de_las_personas_con_discapacidad_-_ley_26378.pdf
- **CONICET RD 2857-2006. Lineamientos para el comportamiento ético en las ciencias sociales y humanidades (CSyH).** Disponible en:
<https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/RD-20061211-2857.pdf>
- **Declaración de Caracas para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.** Disponible en:
<https://www.mpba.gov.ar/files/documents/declaracion-caracas-1990.pdf>

- **Plan Estratégico 2020 – 2023. Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.**
Ministerio de Salud Argentina.
- **Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. 2019.**
Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Gobierno de Salud,
Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- **Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.**
Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Fecha de consulta 23/8/2022.
- **Organización de las Naciones Unidas. Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas.** Disponible en:
https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf. Fecha de consulta 23/8/2022.

ANEXO

Guía de Entrevista semi-estructurada a profesionales

Datos básicos

- Nombre.
- Edad.
- Profesión.
- Lugar de residencia.
- Otros trabajos además de éste si los hubiera.

Formación

¿Dónde estudiaste tu carrera de grado? ¿Dónde hiciste tus residencias?

¿Por qué quisiste estudiar (su profesión)?

¿Alguna corriente de pensamiento en particular a la que adhieras?

Institucional

¿Cómo caracterizarías el trabajo en el hospital?

¿Reconocés algunas tensiones o contradicciones entre áreas?

¿Qué discursos circulan en el hospital en torno a la salud mental y el consumo problemático de sustancias?

¿Hace cuanto tiempo que trabajás en el Hospital?

¿Considerás que tu trabajo está bien valorado?

¿Qué ves como lo más positivo y lo más negativo del hospital?

Intervención

Describí un día cualquiera en tu trabajo.

¿Cómo es el trabajo planteado con los pacientes en general?

¿Cómo es el trabajo interdisciplinario en el dispositivo de internación?

¿Participás de las actividades propuestas a los pacientes?

¿Qué creés que distingue tu intervención de otras disciplinas en el ámbito del hospital, que es lo específico?

¿Cuáles son a tu parecer los criterios que fundamentan una internación? ¿Cuáles terminan contando en la realidad?

¿Cual es la diferencia entre una internación aguda y una no aguda?

¿Creés que hay pacientes internados sin criterio clínico? Si es así, ¿podrías contarme de algún caso en especial?

¿Creés que debería haber menos internaciones?

¿Ves una utilidad terapéutica en la internación?

Redes y articulación institucional

¿Considerás que hay una buena articulación entre áreas hacia adentro del hospital? ¿Y hacia afuera?

¿Qué otras instituciones articulan con el hospital y de qué manera lo hacen?

¿Cómo son esas relaciones entre instituciones?

¿Creés que estas redes podrían fortalecerse? De ser así, de qué manera?

¿Considerás que hay despliegue territorial/comunitario?

Contexto de pandemia

¿Cómo atravesaste personalmente el año de la pandemia?

¿Cómo atravesaste la cuarentena?

¿Cómo repercutió la pandemia a nivel institucional?

¿Cómo creés que repercutió en los pacientes desde tu mirada profesional? ¿Algún caso en particular que destaque de los otros?

¿Cómo se modificó tu trabajo luego de la emergencia sanitaria del COVID-19?

¿Cómo se encararon las internaciones durante la cuarentena? ¿Y en este momento?

¿Cómo creés que se navegará esta situación en el futuro?

Desgrabación de entrevista a Licenciada en Trabajo Social

Edad: 42 años

Entrevistadora: Conseguí tu contacto por medio de (psicólogo) a quien ya le hice una entrevista, tengo entendido que trabajan en la misma área.

Trabajadora Social: Si, trabajamos en el dispositivo de Cuidados en la Urgencia.

E: Y vos sos la trabajadora social de ahí.

TS: En este momento con él estamos coordinando el dispositivo, pero desde que ingresé en el hospital en 2013 siempre trabajé en el mismo lugar. Pasó por diferentes nombres: cuando yo ingresé se llamaba Internación Breve, después se llamaba [Internación] en Crisis, después Agudos y ahora se llama Cuidados en la Urgencia.

E: ¿Tenés algún otro trabajo además de este?

TS: En este momento solo este. Por una elección de vida casi te diría, jajaja.

E: ¿Por qué?

TS: Porque trabajé muchísimos años siempre en dos lugares, y nada, estoy cansada y con ganas de hacer otras cosas que por ahora, teniendo edad y cabeza funcionando, quiero hacer. Trabajé 13 años en el Patronato de Liberados de la provincia de Buenos Aires y en el 2019 me acogí al retiro voluntario y me salió en diciembre de 2019, asique ya en el 2020 sólo me quedé con el trabajo en el Hospital, espero mantenerme así.

E: ¿Hace cuánto que estás en el Bonaparte?

TS: Desde agosto de 2013.

E: Primero unas preguntas sobre tu formación. ¿Dónde hiciste la carrera? ¿Hiciste residencias?

TS: Estudié en la Universidad X, y no hice ninguna residencia por Licenciatura, pero sí hice mis prácticas profesionales los 3 años en el Hospital Y de acá de X, en diferentes programas del servicio social. Y después quedé un poco ligada al servicio y estuve participando de talleres de educación sexual en colegios industriales de acá de la zona.

E: ¿Cómo caracterizarías tu trabajo en el hospital o un día en tu trabajo?

TS: Ahora como coordinación lo que estamos haciendo es acompañar a los equipos tratantes en distintas estrategias terapéuticas, tratar de hacer vínculos institucionales con otros efectores de salud o con direcciones de otros municipios, podemos organizar reuniones para discusiones clínicas con otros equipos o dispositivos armamos supervisiones de casos, y después más cuestiones de agenda cotidiana como organizar acompañamientos en móviles, pedidos administrativos que haya que hacer de equipos de protección o pedidos de farmacia, de suministros... Pero puede ser todo en un

mismo día como puede ser que haya días más tranquilos, depende de lo emergente de cada día. Más allá de que podés organizarte una agenda que después llegás al inicio de la jornada laboral y se trastocó todo, pero tratamos que haya algunas cuestiones que se organicen diariamente.

E: ¿Qué discursos sobre la salud mental ves que circulan en el Hospital?

TS: Hay bastantes variados. Hay algunos discursos más ligados a la Ley de Salud mental y a la perspectiva de derechos del usuario/paciente. Y después hay que pensar que la internación se da en el momento de más vulneración de la persona y que tendría que durar lo menos posible, desde un lugar de acompañamientos y cuidados. Y después hay otros discursos más desde el control social, sobre establecer ciertos estándares de conducta y de intervenciones mas estandarizados y de tratar de encajar ciertos comportamientos o padecimientos en una estructura tipo DSM, es decir encasillar a alguien si hace esto, eso y ello en determinado diagnóstico y nos quedamos tranquilos que para tal diagnóstico medicamos de una manera... Por eso ahí es donde nosotros tenemos que tener un rol más activo, tratar de poner la discusión sobre la clínica. Pero hay bastantes discursos que todavía siguen arraigados en algunas prácticas del hospital.

E: Y entre áreas o profesiones dentro de una misma área, ¿hay contradicciones entre estos discursos?

TS: Sí, hay contradicciones pero bastantes polarizadas. Por eso es importante el encuentro, donde uno pueda trabajar esas diferencias y con la responsabilidad de los coordinadores de pensar siempre en lo mejor para el paciente, ¿no? Elaborar una línea de trabajo implica después llevarla adelante, pero cuando uno está pensando también en la estrategia mejor para esa persona. La verdad que hay bastantes diferencias, te puedo citar algún caso. Me acuerdo un paciente muy chiquito, tendría entre 19 y 21 años, un adolescente básicamente. No tenía un proyecto de un trabajo formal, registrado, y con un proyecto de tener una familia... (la verdad que si a uno le cuesta pensar en un trabajo formal a quién no, menos en una perspectiva en donde la verdad como sociedad no estamos ofreciendo mucho para los jóvenes). Era un paciente de consultorios externos que se interna de manera involuntaria porque en una de las entrevistas el pibe había dicho algo como “me quiero matar” pero no con... No es porque si lo dice no hay que prestarle atención, pero en ese discurso no tenía una planificación ni cierta carga afectiva, sino que fue más bien un comentario del orden de “la estoy pasando mal, me peleé con mi vieja, ahora tengo que volver a mi casa y me quiero matar”, una cosa así. Y fue internado involuntario y el pibe estaba dentro de la internación y decía “no sé qué hago acá, estoy perdiendo el tiempo, la verdad que estar acá me hace mal” y tuvimos una reunión porque bueno, nosotros lo íbamos a externalar después de que habían pasado 2 días. El psiquiatra de consultorios externos puso como cierto freno a esta intervención, como que él no iba a firmar o que iba a mandar un informe al juzgado diciendo que él no se iba a hacer cargo de la tutela de ese

paciente, usando esas palabras. Y entonces uno dice en qué año nos quedamos. No estamos escuchando lo que dice el pibe. ¿Cómo lo acompañamos sin necesidad de dirigir hasta sus discursos? Estamos diciendo qué es lo mejor para él sin saber qué es lo que piensa él que es lo mejor para si mismo. Ese profesional sigue trabajando en el hospital y sigue interviniendo desde esa perspectiva.

E: Una posición más de tutelaje.

TS: Claro, si. Y nosotros estamos pensando más desde el cuidado de las personas, un cuidado continuo de la persona. Después otra paciente que ingresó, la primera vez que se acercaba al hospital, la acompaña su familia a Guardia en un momento de desorganización y descompensación. Llega la chica, también jovencita, veintipico de años (parezco una abuela hablando) pero no tenía 30 años. Y así como llega, ante la descompensación y la falta de espacio en la sala de Guardia, se la ingresa directamente a la Internación o sea que ya directamente es separada de su familia en un lugar desconocido. Esto fue un sábado a la noche. Cuando la encontramos el lunes había pasado todo el fin de semana sin comer, no quería ver a nadie, estaba encerrada en su habitación. Entonces qué hacemos. No vio nunca más a nadie, vino con la familia... Bueno, hagamos venir a la familia, que venga la familia. Y se montó un sistema de cuidado acompañando a la familia donde el padre y la madre se turnaban para quedarse a dormir en el Hospital. Entonces estamos todo el tiempo pensando qué sería lo mejor para las personas desde una perspectiva de cuidados. No con todos hacemos lo mismo porque no todos necesitan lo mismo.

E: ¿Cómo es en general el trabajo con los pacientes en tu área?

TS: Lo que nosotros planteamos como laburo es estar siempre disponibles para los pacientes las 6 horas que estamos en el dispositivo. Estar presentes en los lugares donde ellos comparten, estar disponibles para cualquier cosa que necesiten. Cómo prevenimos una urgencia en este sentido es estando presentes. Quizá con entrevistas individuales, familiares, con referentes también, si vienen desde otros dispositivos locales estar en contacto con esos equipos, tratar de organizar la continuidad del tratamiento ya que la internación es un momento puntual, no es todo el tratamiento. Y eso es trabajable con las familias y con otros equipos de salud. Sí, la verdad que estamos bastante... a ver, no todos los profesionales del equipos trabajan igual, pero las 6 horas estamos como a full.

E: ¿Cómo ves el trabajo interdisciplinario dentro de tu dispositivo?

TS: Es muy difícil... el trabajo interdisciplinario es como muy difícil de implementar. Porque bueno, no todos trabajan desde la misma perspectiva, pero en aquellos equipos en los que sí se puede hacer o armar un buen equipo interdisciplinario funciona muy bien. Se piensan estrategias conjuntas, se dividen... A ver, no siempre es el mismo profesional el que dirige el tratamiento: de

alguna manera siempre se evalúa cuál es la necesidad y la mayor presencia del profesional que se necesite para cada tratamiento, y después se piensa la lógica de para qué un plan de medicación, qué cosas en puntual trabajar desde la psicoterapia y acompañar desde lo social para realizar una continuidad en el tratamiento.

E: ¿Es un equipo por paciente?

TS: Sí, es un equipo por paciente. También estamos incluyendo a los profesionales de enfermería en los equipos, tratamos que en todos los equipos haya alguien de la disciplina de enfermería para ser parte del equipo; y no tenemos terapeutas ocupacionales propios del plantel de profesionales, pero tenemos residentes que rotan por el dispositivo, también los incluimos, tenemos una musicoterapeuta que pedimos prestada de otro dispositivo, y una arteterapeuta que pedimos prestada de la otra Internación. Todo depende de lo que necesite cada paciente, no es un espacio para ocupar, sino que es un profesional para incluirse en la estrategia terapéutica.

E: Parándote desde el Trabajo Social, ¿qué es lo que ves como específico de la disciplina dentro del hospital?

TS: Estamos viendo en el último tiempo muchos pacientes que te dicen que no quieren ir a atenderse a su efector porque no los escuchan o no les dan bola. En los territorios hay poco trabajo con los referentes... Creo que el trabajo social lo que aporta es justamente esa mirada comunitaria y de planificación, al menos en mi formación hubo mucho de planificación. Entonces como que no hay algo que pueda sistematizarse posteriormente. Y creo que eso aporta el TS. Y hay algo de la gestión que también aporta a los tratamientos, y la verdad que esto que te decía, que últimamente más allá de que uno articule con un efector local para la continuidad del tratamiento, nos pasa que muchos pacientes no quieren concurrir a esos lugares. Pero de alguna manera tenemos que trabajar para que así sea porque el Hospital es chico y no puede absorber absolutamente todo. Ahora estamos trabajando derivaciones de Florencio Varela, de Solano, de Alejandro Korn, la verdad que no se puede absorber y al paciente lo vamos a terminar perdiendo porque en algún momento le va a costar llegar. Esto de que no quieran ir a efectores locales es algo que estamos planteando últimamente en las reuniones de trabajo, hasta qué punto la hospitalidad que uno brinda termina creando una realidad falsa que no es encontrable en otros efectores. ¿Qué hacer, ser más restrictivo? Eso nos preguntamos últimamente.

E: Igual también puede ser por la calidad de la atención que se brinda, ¿no?

TS: Es que es una realidad, a veces hay municipios en los que hay 2 psiquiatras para 4 mil pacientes, la verdad que el recurso también hace lo que puede. Pero bueno, es también trabajable, porque ¿qué pretendemos de un tratamiento de salud mental? ¿Que el paciente sólo vea al psiquiatra y eso es todo su tratamiento? Es algo para trabajar mucho, con las familias, con los efectores. Ahora

tenemos una mamá por ejemplo que nunca participó, su hija está en un tratamiento ambulatorio, en su momento tuvo una descompensación psicótica, y ella quiere que la evalúe un psiquiatra. ¿Y qué es una evaluación de un psiquiatra? Porque todas las veces que tiene una entrevista con nosotros la chica es atendida por un psiquiatra. Pero para la mamá “la evaluación psiquiátrica” se refiere a que le modifiquen la medicación. Y una de las devoluciones que le dio la psiquiatra justamente fue “¿por qué voy a mover algo de la medicación si el plan está bien y le hace bien a su hija? No hay ninguna alteración”. Ahí también tenés las expectativas de los que acompañan los tratamientos, sobre qué logran los mismos. Me fui de tema.

E: ¿Cuando vos decís referentes a quiénes te referís?

TS: Pueden ser familiares, amigos, referentes de alguna institución que acompañe, como algo territorial o una iglesia. En este caso era una mamá, pero podría ser cualquiera que acompañe en lo cotidiano a una persona.

E: En cuanto a las internaciones en tu dispositivo, ¿cuáles te parecen que son los criterios que la justifican y cuáles terminan siendo en realidad?

TS: Yo creo que desorganizaciones conductuales, o descompensación psicótica... Ayer justamente evaluábamos el ingreso de un paciente que quizá no estaba en el momento de una descompensación franca sino que era algo más de larga data, pero que a la vez tenía una desorganización social que no le permitía mantener algún tipo de tratamiento ambulatorio, entonces estábamos discutiendo si se internaba para organizar algo un poco más elaborado y sostenible, y si trabajábamos con la familia o no, de ser necesario. Hay muchas cuestiones... Hace poco tuvimos una paciente internada porque se cayó de arriba de un paredón y se fisuró una vertebra, lo cual impedía que se desarrolle normalmente su vida cotidiana, no tenía donde ir a vivir ni autonomía para moverse sola, pero a la vez no tenía ninguna descompensación de salud mental. Entonces los criterios pueden ser variados pero sí tiene que haber alguna desorganización del orden de la salud mental o una descompensación psicótica.

E: ¿Notás que hay pacientes que vuelven al tratamiento reiteradas veces, por ejemplo varias veces en 6 meses?

TS: Sí, no estamos teniendo en este momento esa... Me hiciste pensar. Sí, tenemos pacientes con varias internaciones, como “el que ya conocemos”. Ha pasado pero capaz que lo podría pensar en algún periodo de tiempo... En los últimos 6 meses no hubo una re-internación, ponele. Pero ahora tenemos un paciente internado que se externó en 2020.

E: En lo que va de la nueva gestión ¿no hubo casos de personas que estuvieran internadas y salieran y volvieran reiteradas veces?

TS: No, eso no. Pero en 2020 era otra la gestión. Como que también el tema del aislamiento por el covid nos dio a pensar porque se restringieron mucho las internaciones a principio de la pandemia, pero por una cuestión epidemiológica. Entonces se empezaron a pensar mejor los criterios de internación. Así que yo creo que hoy en día no hay esa cantidad de re-internaciones porque se piensan otras alternativas previas, creo que eso se pudo mejorar un poco. En otro momento, al tener la disponibilidad de la cama de internación en el mismo hospital donde quizá el paciente estaba haciendo ambulatorio quizás era más sencillo resolver de esa manera. Y ahora se están pensando otras alternativas anteriores.

E: ¿En tu paso por el hospital vos viste que sucedía esto de la re-internación?

TS: Sí, en otros momentos pasaba más. Pasaba que hasta que el paciente no tuviera casa, pareja y/o trabajo, como una vida armada de alguna manera, no podía retirarse de la internación o externarse. Y la vida pasa afuera. Incluso pacientes con permiso para salir a estudiar al secundario, o para ir a trabajar se les prolongaban las internaciones. Se daban esas dos cosas: o expulsivas o prolongación hasta que se resolviera alguna cuestión o expectativa de una vida “normal”.

E: Siguiendo en tu paso por el Hospital, ¿alguna vez viste algún paciente que vos pensaras que estaba internado sin demasiado criterio?

TS: Sí, totalmente. Hace 10 días tuvimos a alguien así acá. Es que a veces se dificultan las externaciones. El criterio por el cual fue internada una persona quizá ya se resolvió, pero hay cuestiones del afuera que no se organizan, como por ejemplo tener un lugar donde vivir. Tampoco es cuestión de que llamemos al BAP y que vaya a un parador. Hay cuestiones que más allá del criterio de salud mental se deben resolver para después obtener un tratamiento. Pero últimamente también se está resolviendo un poco más eso, como que ahora hay un recurso más directo para resolver. O no se, quizás hay mas permeabilidad de los referentes para recibir a los pacientes... La verdad no sé qué está pasando pero yo veo que se pueden resolver mejor las cosas. Pero bueno, ya te digo, esta chica con la vertebra fisurada no tenía un criterio para estar en Internación. Pero tampoco podía ir ni siquiera a un hotel, porque no tenía como costearlo ni como autovalerse.

E: ¿Cuánto suelen durar las internaciones en el dispositivo de Cuidados en la Urgencia?

TS: Entre 15 días y un mes, dependiendo de cada paciente. Hay excepciones, por ejemplo hay un paciente internado desde noviembre, pero en general entre una cosa y otra es un mes. Es promedio, porque hay algunos que quizá estén 5 días.

E: ¿Pensás que debería haber menos internaciones?

TS: Nosotros manejamos un promedio de entre 5 y 10 pacientes. No es un número muy grande pero porque está pensado así el dispositivo, como algo más ligado a la guardia y en un momento muy particular. Si un paciente está en observación de guardia y ya pasaron 12 horas por ejemplo, y ya

hay que empezar a pensar en organizar algo de un tratamiento, ya estaría en condiciones de ingresar a nuestro dispositivo. Que un equipo dirija y arme esa continuidad, no que cada 12 horas un equipo distinto vaya evaluando, sino que ya se resuelva con un equipo determinado. Entonces son internaciones que pueden durar poco como pueden durar un mes.

E: Yo estuve haciendo la prácticas ahí (en el Hospital) en el 2019 y lo que yo veía era una mentalidad más del orden de la comunidad terapéutica y el foco puesto en el consumo problemático de sustancias. ¿Cómo lo ves vos ahora?

TS: Eso cambió bastante. Por ejemplo, no tener talleres para ocupar el espacio o el tiempo del día de un paciente sino que esté pensado dentro de una estrategia, que ese profesional se incluya dentro de la estrategia terapéutica de ese tratamiento. Algo más terapéutico y no un mero taller disponible sin lógica u objetivo. Eso por un lado, y el consumo problemático no es un determinante para una internación. Sí lo es si está asociado a un momento disruptivo de la cotidianeidad de un paciente, que haga que esté desorganizado o descompensado o que requiera un cuidado más intensivo.

E: Esto te lo pregunto a vos porque no tengo acceso a hablar con los pacientes: Un paciente que está internado en el dispositivo de Guardia y Urgencia, ¿cómo pasa su día, qué se le propone que haga?

TS: Tiene las entrevistas con los equipos, y alguna intervención que tenga de salud integral o de odontología... No se le ofrece mucho para hacer. Se entiende que dentro de una descompensación no es que pueda hacer algo sino que lo acompañemos para organizar mejor su día, su vida. Porque se supone que no está “entre nosotros”, no está en condiciones de llevar adelante un taller, por ejemplo.

E: ¿Considerás que hay una buena articulación entre áreas o dispositivos?

TS: Hay diálogos que se dan mejor que con otros. El Hospital está dividido en tres grandes departamentos: uno administrativo, uno de formación y otro asistencial que es donde se dan los tratamientos ambulatorios y de guardia e internaciones. Nosotros como parte del departamento de internaciones y guardia tenemos reuniones semanales de trabajo entre coordinadores. Entonces tenemos más aceptada la dinámica de trabajo dentro del departamento. Por eso te decía que ayer nos juntamos para ver armar la internación de un paciente que está por guardia, pero que a la vez no tiene un criterio de urgencia en salud mental, pero necesita cierto acompañamiento para organizar un tratamiento. Bueno, eso lo hablamos en la reunión del departamento con las coordinaciones de guardia e internación. En general cuando se da una internación tratamos de hacer eso, pensar conjuntamente cual sería el motivo y el objetivo para tener en claro cuanto deberá durar esa internación. Porque una vez que vos empezás a conocer al paciente y el mismo se empieza a sentir alojado, empiezan a surgir otras cosas que no tienen nada que ver con el motivo de internación, y

ahí es donde el límite de tiempo se vuelve difuso. Hay dispositivos con los que tenemos mucho mejor diálogo que con otros.

E: ¿Qué otras instituciones articulan con el hospital?

TS: Eso es un trabajo que está siendo bastante artesanal. Porque nosotros no tenemos área programática y recibimos pacientes de distintos lugares. Hay algunos sectores con los que trabajamos más, como con organizaciones barriales o el Hogar de Cristo, y como son relaciones más habituales se los puede tener de referentes, pero después hay otros con los que hay que construir desde 0 y hasta te diría que es un trabajo más político que otra cosa. Ahora se va a fortalecer el departamento de Redes, porque había quedado sin equipo de trabajo. Y ellos son quienes se van a encargar de hacer esas articulaciones con municipios de la provincia. Pero hay muchas cosas que son artesanales, como conseguir el teléfono de algún colega que si trabaja en provincia pregunte por tal cosa, etcétera.

E: ¿Considerás que desde el Hospital hay un despliegue territorial o comunitario?

TS: Ahora a partir de esta gestión se retomó toda esa cuestión. Se volvieron a poner en funcionamiento los *trailers* sanitarios con los que contaba el hospital, equipos territoriales que trabajan semanalmente en La Carcova, en Villa Palito, en Isla Maciel, en la 21... Y después hay operativos puntuales una vez por mes donde se articulan salud integral, salud mental y la abogada del hospital, y van a distintos lugares como a acercar el Hospital a los barrios (por ejemplo, el mes pasado fueron a Villa Fiorito).

E: Personalmente y en el trabajo ¿cómo atravesaste la cuarentena y la pandemia?

TS: En el trabajo fue justamente cuando nos pidieron que asumamos la tarea de la coordinación, asique fue todo junto. Pensar en armar burbujas, objetivos del dispositivo, ver cómo se externaban los pacientes internados en el contexto del aislamiento, cómo armar la continuidad de los tratamientos. En general íbamos a las casas de aquellos pacientes que eran grupo de riesgo o que sus referentes lo eran, y nosotros íbamos a hacer entrevistas a los domicilios desde la internación. Lo cual es algo novedoso, que la internación salga al afuera. El 2020 fue un año de muchísimo trabajo que después se fue normalizando con la aparición de las vacunas. A nivel personal no sé, tuvo sus pro y sus contra. Si bien viajaba en colectivo básicamente sola y no tenía que pelear con nadie por tener un espacio dentro del coche, también fue traumática toda la ingeniería que había que hacer para entrar a la propia casa, por el desconocimiento de ese momento.

E: Más allá del cambio de gestión, ¿cómo ves que repercutió todo eso a nivel institucional?

TS: Fue todo junto. La dirección no cambió al mismo tiempo que la administración Nacional. Estuvimos 2 meses sin dirección y al llegar la nueva a los pocos días fue la situación de aislamiento asique fue como toda una revolución, un reaprendizaje y supongo que también por parte de la

gestión tuvieron que reorganizar los objetivos que tenían. Yo creo que algunas cosas se pudieron organizar como la asistencia a distancia. Hay algunas cuestiones que creo que van a quedar como las entrevistas a distancia, ya sea por teléfono o por videollamada. También se puso una línea telefónica para orientación y escucha, que eso también quedó instalado de forma permanente. Lo que son los equipos asistenciales en un momento se organizaron por burbujas, también estaba este decreto por el cual se reducía el horario laboral de aquellos trabajadores con hijos en edad escolar, eso también hizo que se reorganizaran las agendas porque no disponemos de muchos profesionales. Pensar alternativas anteriores a la internación es algo que también quedó. Si bien hay un protocolo de ingreso para las internaciones, no se está pensando como primer alternativa el sólo disponer de una cama en Internación, sino que se están pensando criterios para la misma, eso creo que quedó como ejercicio de los equipos.

E: Además de que ahora estás en la coordinación, ¿cómo se modificó tu trabajo después de todo esto?

TS: Nosotros mantuvimos tratamientos ambulatorios, porque si bien nos proponen la tarea de coordinación, nosotros ya teníamos pacientes que seguíamos de manera ambulatoria, asique eso lo continuamos haciendo hasta que se pudo hacer derivación o disponer de un turno en consultorios externos. Con todo el equipo de protección nosotros entrevistábamos pacientes, íbamos a domicilios también...

E: ¿Ahora esas cosas se siguen haciendo? Como lo de ir a los domicilios o lo del equipo protector.

TS: Sí, eso se sigue haciendo depende de a dónde vayamos. Si bien nosotros coordinamos un horario de visitas, antes de salir preguntamos si en el lugar hay alguien con síntomas, se reprograma o no, pero el cuidado en los móviles es el mismo.

E: ¿Y ahora se está volviendo a como era antes en las internaciones de cuidados de urgencia?

TS: No, porque más allá del aislamiento lo que cambió fue la lógica del dispositivo. No sé a qué volveríamos, porque aun sin aislamiento de por medio ya estábamos proponiendo una nueva forma de trabajar: pensar más la clínica, poner bien claros los objetivos de internación, entender la intensidad de la internación las 6 horas que estamos ahí, pensarla como una estrategia lo menos restrictiva posible, y brindando el mayor cuidado posible en ese momento de tal vulnerabilidad de la persona.

E: Siguiendo esa línea, vos dijiste que estabas cuando el dispositivo se llamaba Internación de Agudos. ¿En ese momento cómo se encaraban?

TS: Antes el paciente ingresaba, el equipo lo iba conociendo, no había una tarea interdisciplinaria desde el momento del ingreso. La intervención era más del psiquiatra y a medida que el paciente se

iba compensando se iban incorporando las otras disciplinas en función de lo que quizás surgía ya adentro de la Internación. Ahora se considera a la Internación como una parte más del tratamiento, por ende desde el minuto 1 se está pensando cómo va a ser la externación y cómo va a continuar el tratamiento. Las disciplinas trabajan en conjunto desde el inicio y durante el tiempo que el paciente esté en el dispositivo, ya sea convocando a los referentes para que estén presentes durante la internación, ya sea trabajando alguna cuestión puntual desde la psicoterapia para llegar a lo propuesto por el equipo que interna. Antes se iba conociendo al paciente e iban apareciendo los objetivos del tratamiento dentro de la misma internación. Y en realidad el tratamiento es más amplio y la internación es sólo una parte, es una estrategia dentro de un tratamiento.

E: ¿Repercutió en los pacientes la situación de pandemia y aislamiento?

TS: La verdad que eso no te lo podría decir. Porque si bien hay pacientes que tienen la vacunación completa hay pacientes que no accedieron a eso (como no acceden a otras cosas en general) por el nivel de precariedad en el que viven. En los pacientes con los que hay más trabajo ambulatorio hay ciertas medidas de cuidado que están mas presentes, pero... Hay algún caso en el cual el aislamiento afectó bastante, por ejemplo una chica no salió de su habitación durante todo el aislamiento mientras estuvo internada con nosotros, pero no sé si hubo un efecto directo del covid en la población, al menos como criterio o en el dispositivo. Sí aparecieron en las consultas telefónicas, pero el criterio por el que un paciente entra al dispositivo sigue siendo el mismo.

E: ¿Cómo creés que se va a desarrollar esta situación en el futuro?

TS: Espero que prontamente pase a ser una enfermedad de circulación por la cual quizá tengamos que vacunarnos todos los años pero que ojalá ya no haya tanta letalidad en las infecciones. Para poder volver a desarrollar una vida un poco (bueno igual ya hay gente que hace cualquier cosa) con menos miedo, con menos temor de contraerlo porque habría menos letalidad.

E: Muchas gracias por tu tiempo y por participar de la entrevista.

TS: Gracias a vos.