



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: La construcción de intervenciones en salud mental y consumo problemático de sustancias en el marco de las transformaciones institucionales del hospital nacional en Red, lic. Laura bonaparte

Autores (en el caso de tesistas y directores):

Kargieman, Ana

Comas, Corina, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2018

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

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



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





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

**LA CONSTRUCCIÓN DE INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL Y CONSUMO
PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS EN EL MARCO DE LAS
TRANSFORMACIONES INSTITUCIONALES DEL HOSPITAL NACIONAL EN
RED, LIC. LAURA BONAPARTE**

Trabajo de Investigación Final

Autora: Kargieman, Ana (DNI: 37.905.883)

E- mail: kargieman.a@live.com.ar

Tutora Temática: Comas, Corina

E- mail: corinacomas@gmail.com

Taller IV: Año 2016

Docente: Murdocca, Liliana

Fecha de presentación: 1 de marzo de 2018

RESUMEN

El presente trabajo explora desde una perspectiva cualitativa de qué manera las transformaciones institucionales y el entrecruzamiento de distintos modelos de atención de la salud mental y el consumo problemático de sustancias que atraviesan al Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte, operan en la configuración de las intervenciones de los profesionales del Dispositivo de Internación. Para abordar la investigación, a partir de los aportes teóricos de Schlemenson y Rotondi, se entenderá a las organizaciones como productos históricos, culturales y sociales, atravesadas por distintas miradas y ejercicios de poder. Asimismo, siguiendo a Carballada, se comprenderá a la intervención como un dispositivo que se conforma a partir de una trama de relaciones que se pueden establecer entre diversos componentes, lógicas y actores institucionales. Se llevaron a cabo seis entrevistas semi estructuradas a profesionales del Dispositivo de Internación y a su vez, se realizó una indagación sistemática de documentos institucionales. De acuerdo a los datos recabados, se observa que las transformaciones organizacionales, que corresponden a distintos modelos conceptuales, generaron diversos obstáculos, oportunidades y/o desafíos que atraviesan profundamente la configuración de las intervenciones de los profesionales, interpelándolos en su posicionamiento teórico-metodológico y ético-político.

Título: “La construcción de intervenciones en salud mental y consumo problemático de sustancias en el marco de las transformaciones institucionales del Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte”

Autora: Ana Kargieman

E-mail: kargieman.a@live.com.ar

Fecha de presentación: 1 de marzo de 2018

Palabras claves: Transformaciones institucionales- Modelos de atención -Salud mental y consumo problemático de sustancias- Intervenciones

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: TRANSFORMACIONES INSTITUCIONALES Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO.....	5
1.1. Orígenes de la Institución: la conformación del Centro Nacional de Reeducción Social.....	5
1.2. Transformaciones en el proyecto organizacional: del CENARESO al Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte.....	10
1.3. Nuevas transformaciones en el proyecto organizacional: cambio de gestión institucional a principios del año 2016.....	15
1.4. Cambios acontecidos en el Dispositivo de Internación.....	20
CAPÍTULO II: LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS.....	29
2.1. Modelo Asilar.....	29
2.2. Modelo Comunitario de atención en salud mental.....	31
2.3. Modelo Prohibicionista-Abstencionista.....	33
2.4. Modelo de Reducción de Riesgos y Daños.....	35
2.5. Paradigmas que atraviesan los modelos de atención en salud mental y consumo problemático de sustancias: Modelo Médico-Hegemónico y Salud Colectiva....	37
CAPÍTULO III: LA CONSTRUCCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	41
3.1. La intervención en lo social.....	41
3.2. Los sujetos de la intervención.....	42
3.3. El escenario institucional.....	43
3.4. El posicionamiento profesional.....	46
3.5. Surgimiento de estrategias de resistencia y acciones colectivas.....	50
CONSIDERACIONES FINALES.....	53
ANEXO.....	55
BIBLIOGRAFÍA.....	81

INTRODUCCIÓN

El presente documento expone los resultados del trabajo de investigación final realizado en el marco de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. El mismo se ha desarrollado entre los meses de marzo del 2017 y febrero del 2018.

Se ha planteado como problema objeto de investigación explorar de qué manera las transformaciones en los proyectos organizacionales que atraviesan al Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte, sucedidas en el período 2012-2017, operan en la configuración de la intervención de los profesionales del Dispositivo de Internación, con el objetivo de analizar cómo se entrecruzan en dicha intervención, los diferentes modelos de atención de la salud mental y el consumo problemático de sustancias que sostienen a los distintos proyectos organizacionales.

En relación con ello, mediante los objetivos específicos planteados, se han caracterizado dichas transformaciones (a partir de la intervención del 2012 y luego de asumir las nuevas autoridades en diciembre del 2015) estableciendo los cambios acontecidos en el dispositivo de internación. Luego, se identificaron los modelos conceptuales que sostienen a los distintos proyectos organizacionales y, a partir de allí, se indagó de qué manera se entrecruzan en la intervención de los profesionales.

Consistió en un estudio de tipo exploratorio-descriptivo y se basó en un diseño de investigación cualitativo, abierto y flexible. El método utilizado fue la tradición de estudio de caso, que permitió realizar una exploración profunda de los fenómenos abordados, buscando comprender las fuerzas sociales e históricas que le dieron forma. Se realizaron observaciones sistemáticas de documentos institucionales (leyes, decretos, reglamentaciones, planes estratégicos, informes institucionales) y seis entrevistas semi estructuradas a profesionales de distintas disciplinas (Trabajo Social, Psicología, Psicopedagogía y Psiquiatría) que forman parte del Dispositivo de Internación. La selección de los entrevistados se realizó siguiendo el criterio de tiempo de trabajo que llevan en la institución, por lo que se incluyeron profesionales que trabajan en el dispositivo desde la década del noventa y otros que se incorporaron a partir de la intervención del año 2012.

Estos procedimientos se complementaron a su vez con información proveniente de fuentes secundarias como registros de campo realizados durante la práctica pre-profesional correspondiente a Taller IV, investigaciones realizadas en el marco del Hospital Nacional en Red y exposiciones en congresos y jornadas.

El presente trabajo consta de tres capítulos. En el primero de ellos, se realizó una caracterización de las transformaciones en los proyectos organizacionales que atraviesan al Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte, trazando un recorrido histórico que permitió analizar aquellas transformaciones en relación al marco legislativo y el contexto sociopolítico en el cual se situaron. Por otro lado, luego de esta caracterización se establecieron los cambios acontecidos en el Dispositivo de Internación del Hospital, en relación a su estructura y su dinámica organizativa.

En el segundo capítulo, se profundizó en la identificación y descripción de los modelos conceptuales que sostienen a esos distintos proyectos organizacionales y que se entrecruzan de forma compleja en la vida institucional del Hospital.

Para finalizar, en el tercer capítulo se expuso cómo se configura la intervención de los profesionales del Dispositivo de Internación, en el entrecruzamiento de sus propias lógicas, las representaciones de los sujetos que se encuentran internados y los discursos que circulan desde el marco institucional. Para poder dar cuenta, finalmente, de cómo los profesionales se posicionan con respecto a las transformaciones institucionales.

CAPÍTULO I: TRANSFORMACIONES INSTITUCIONALES Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO.

El presente capítulo tiene por objeto realizar una caracterización de las transformaciones en los proyectos organizacionales que atraviesan al Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte, puntualizando en dos momentos: en el año 2012 a partir de la intervención del Centro Nacional de Reeducción Social y en el año 2016 a partir de la asunción de una nueva gestión institucional. A su vez, se realizará un recorrido histórico que permitirá analizar aquellas transformaciones en relación al marco legislativo y el contexto sociopolítico en el cual se situaron.

Por otro lado, luego de esta caracterización se establecerán los cambios acontecidos en el Dispositivo de Internación del Hospital, en relación a su estructura y su dinámica organizativa.

Para llevar a cabo este análisis, se tomarán como insumos las entrevistas realizadas a los profesionales del dispositivo de internación, los documentos institucionales y las leyes, decretos y resoluciones que conforman el marco normativo de la institución¹.

1.1 Orígenes de la Institución: la conformación del Centro Nacional de Reeducción Social

Para poder dimensionar las transformaciones en los proyectos organizacionales implicados en el Hospital Nacional en Red, a partir de la intervención general del Centro Nacional de Reeducción Social en el año 2012 y con el posterior cambio de gestión institucional a principios del año 2016, es necesario en primer término situar las características principales del proyecto organizacional del entonces denominado Centro Nacional de Reeducción Social, señalando su estrecha relación con el marco legislativo y el contexto sociopolítico.

En este trabajo se entiende a las instituciones como productos históricos, culturales y sociales que asumen diferentes contenidos según sea el contexto específico en el que se singularizan, por lo cual resulta primordial destacar los procesos sociales, políticos y culturales que las originan y cómo estos procesos se ponen en juego en cada institución (Moniec; González,

¹ En el anexo se puede consultar un cuadro con los documentos institucionales analizados y una entrevista completa.

2014). A su vez, de acuerdo con Schlemenson se entiende a una institución como una organización conformada por: *“un sistema socio-técnico integrado, deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población o audiencia externa que le otorga sentido”* (Schlemenson, 1987: 1). Para el análisis de lo institucional, el autor propone una serie de dimensiones, entre las cuales, en este trabajo se toma la de proyecto organizacional que sirvió como insumo fundamental para abordar las características que asumieron las transformaciones institucionales del Hospital Nacional en Red. De dicha categoría se desprenden los siguientes elementos: la idea que fundamenta la existencia del proyecto, el modelo de organización (los mandatos y objetivos institucionales, reglamentos, organización social del uso de los recursos) y las políticas y programas que surgen del proyecto organizacional.

El Centro Nacional de Reeducción Social (en adelante CENARESO) se configuró como una institución profundamente condicionada por las coordenadas sociales, políticas y culturales que le dieron origen y que a lo largo de los años produjeron marcados cambios institucionales. El edificio en el cual se sitúa fue construido a finales del siglo XIX, inaugurado finalmente como Hospital Militar en 1889 durante la presidencia de Juárez Celman. Ya entrado el siglo XX, en 1940, con Roberto Ortiz como presidente de la Nación, el proyecto organizacional se transformó y el Hospital Militar se convirtió en el Hospital Nacional Central para Enfermos Tuberculosos. Luego, en 1968, tras albergar la estructura administrativa de la Encuesta Nacional de Salud, el edificio quedó abandonado durante un tiempo y casi al límite de su demolición, fue recuperado para convertirse en el escenario del CENARESO.

El CENARESO dependiente en aquel entonces del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, se creó con la sanción de la Ley N° 20.333 el 30 de abril del año 1973. Dicha ley establecía que la institución tenía por objeto *“la asistencia integral de personas adictas a sustancias estupefacientes o psicotrópicas causantes de dependencias psíquicas o físicas, y el desarrollo de tareas de investigación biomédicas, psicológicas y sociales, como asimismo de capacitación en servicio para personal especializado”* (Artículo 2).

Si bien en sus inicios la modalidad de atención fue exclusivamente ambulatoria, al poco tiempo se comenzó con internaciones de grupos de pacientes, consolidándose así como la primera institución especializada, residencial y monovalente para el tratamiento por uso de estupefacientes. Esto se dio en el marco de un momento histórico en donde en la Argentina las

políticas públicas vinculadas a este tema estaban basadas en una matriz prohibicionista-abstencionista² (Corda, Galante, Rossi, 2014), que operó de forma determinante en la configuración inicial del proyecto organizacional del CENARESO.

Dichas políticas públicas se fueron conformando desde principios del siglo XX a medida que se desarrolló una legislación que fue regulando y sancionando progresivamente la comercialización y la tenencia para consumo personal de estupefacientes. Así se fueron creando diversas leyes y decretos que en un principio comenzaron solamente regulando el expendio e importación de estas sustancias, involucrando solamente a quienes las comercializaban, hasta llegar –luego del desarrollo de diferentes leyes, decretos y fallos judiciales que fueron modificando el Código Penal– a la sanción de la tenencia para el consumo personal. A su vez, en la medida en que se iba creando este marco legal, influenciado a partir de la década de 1960 por la legislación internacional, en el año 1968 surgió la Ley N° 17.771 que reformó el Código Civil, introduciendo la posibilidad de internar compulsivamente a los que denominaba como “toxicómanos”. Esto se evidencia en el Art. 482 del Código Civil en donde se estableció que: “*Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos, pudieran dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública*” (Corda, Galante, Rossi, 2014: 13).

Con esta legislación, el consumo problemático de sustancias nombrada en ese momento como toxicomanía: “*se asoció a la demencia, y con ello se afianzó una concepción sobre las personas que usaban drogas de uso ilícito como sujetos incapaces que podían tornarse peligrosos y cuyo tratamiento podría requerir la utilización de dispositivos de encierro*” (Corda, Galante, Rossi, 2014: 13). Esto da cuenta de la direccionalidad política, ideológica y teórica que marcaba el discurso de época en relación al uso de sustancias psicoactivas y que tuvo por objeto la creación de diversas instituciones, entre ellas, el CENARESO.

A su vez, la creación del CENARESO como institución dependiente del Ministerio de Bienestar Social se enmarcó en un momento histórico en el que se comenzaba a producir la

²El análisis de la matriz prohibicionista-abstencionista será retomado en el segundo capítulo en donde se reflexionará sobre los modelos conceptuales acerca de la atención de la salud mental y el consumo problemático de sustancias que atraviesan a la institución. En este capítulo simplemente se lo menciona para poder dar cuenta de los procesos sociales, políticos y culturales que dieron origen al CENARESO.

sinistra arquitectura política que fue destruyendo las bases institucionales, y que desembocó en la instauración de la Dictadura Cívico Militar que asoló al país entre los años 1976 y 1983.

El entonces ministro del área, José López Rega, fundador de la Alianza Anticomunista Argentina (Triple A), fue un actor principal en el armado de esa arquitectura política. Un ministro que se encontraba en la misma línea discursiva de figuras públicas (como el presidente de Estados Unidos Richard Nixon) que promovieron la llamada “guerra contra las drogas”, como una forma de combatir a las organizaciones guerrilleras (Larraquy, 2007 en Corda; Galante, Rossi, 2014). En este marco, José López Rega fue quien presentó el primer proyecto de ley especializada en estupefacientes, en donde volvían a aparecer las representaciones del usuario de drogas como un sujeto entregado a su vicio, pudiendo dañar a quienes lo rodearan, volviéndose necesaria la respuesta custodial para proteger a la sociedad de su peligrosidad.

Todavía en los tiempos oscuros de la Dictadura Cívico Militar, a principios del año 1983 se sancionó la Ley Nacional N° 22.914³ que regulaba las internaciones en establecimientos de salud mental, tanto para los “*afectados de enfermedades mentales*” como para los “*alcohólicos crónicos o toxicómanos*”. En ella, volvió a aparecer la lógica custodial y punitiva: las internaciones podrían ser dispuestas por orden judicial y por disposición de la autoridad policial.

Ya avanzada la década de 1980 con el retorno de la democracia, este marco legislativo punitivo y custodial se terminó de consolidar con la sanción de la Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes N° 23.737 en el año 1989, que sigue vigente hasta la actualidad. Dicha ley volvió a ampliar las penas para los delitos de tráfico y tenencia para consumo personal, en donde a su vez, se estableció la posibilidad de derivar el proceso hacia una medida de seguridad curativa. El Artículo N° 16 habla de ello al expresar que: “*Cuando el condenado por cualquier delito dependiera física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen*”. De esta forma, con esta ley se terminó de afianzar la representación de los usuarios de estupefacientes como delincuentes-enfermos,

³ Dicha ley estuvo vigente hasta la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el año 2010.

condicionando las políticas públicas que, como se ha señalado, se basaron en medidas punitivas o en internaciones y derivaciones compulsivas a tratamientos obligatorios (Corda; Galante, Rossi, 2014).

Recién en 1996, luego de varios años en los que el CENARESO dependió del Ministerio de Bienestar Social, se aprobó la estructura organizativa de la institución mediante la Decisión Administrativa N° 433 y pasó a depender como organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación. Con este cambio, el CENARESO se constituyó y se consolidó como una institución situada dentro del sector de la salud pública a nivel nacional. A partir de esto, su proyecto organizacional se articuló en tres ejes: brindar asistencia integral, desarrollar actividades de prevención y reinserción social y actividades de investigación y capacitación (Auditoría General de la Nación, 2008).

De esta manera, la institución se organizó formalmente en distintos departamentos: el departamento de Asistencia Integral, el de Prevención y el de Acción Comunitaria. Cada uno contaba con distintos programas y servicios. El departamento de Asistencia Integral contaba con el Servicio de Asistencia Ambulatoria y Admisión que realizaba los estudios necesarios para la admisión de pacientes, pudiéndolos derivar a los siguientes dispositivos del departamento: Centro de Día, Internación en Crisis, Residencia o Guardia. El departamento de Prevención contaba con el Servicio de Reinserción Social que tendía a la *“integración e incorporación eficaz y efectiva del paciente al medio social”* y la Coordinación de Talleres que desarrollaba programas internos y comunitarios que se orientaban a la reinserción laboral (Auditoría General de la Nación, 2008).

La institución también contaba con un Departamento de Capacitación e Investigación encargado de organizar, coordinar y supervisar planes, programas y proyectos concernientes a las áreas de investigación científica, capacitación y desarrollo de recursos humanos así como la promoción de la documentación e información sobre el tema objeto de la institución.

En el recorrido realizado, es posible observar que la conformación del proyecto organizacional que dio origen al CENARESO se desarrolló en estrecha relación con el contexto sociopolítico, marcado por los tiempos de la Triple A y el inicio de la Dictadura Cívico-Militar. Asimismo, su creación estuvo atravesada por el marco legislativo vigente en ese momento, en donde se denominaba a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas como *“toxicomanía”* y

se visualizaba a los usuarios como delincuentes-enfermos que constituían un peligro para la sociedad, lo que permitió justificar las respuestas de tipo custodial.

Si bien durante la década de 1990 se produjo una reconfiguración institucional importante, pasando el CENARESO a depender del Ministerio de Salud, a partir de lo cual se crea y consolida su estructura organizativa que estuvo vigente hasta su intervención en el año 2012, el contexto legislativo basado en una matriz abstencionista-prohibicionista siguió presente condicionando las respuestas en materia de drogas, lo cual hizo que el proyecto organizacional no se transformara en profundidad. A su vez, en la década de 1990 se inició un período que consolidó las políticas neoliberales iniciadas durante la Dictadura Cívico-Militar, en el que se produjo una reforma del Estado, transfiriendo varias de sus funciones al ámbito privado y desarrollándose procesos de descentralización, lo que implicó el traspaso de la gestión de la red asistencial pública del Estado Nacional a las provincias y municipios.

En este contexto, que desembocó en la crisis del año 2001, el Estado como institución garante de los derechos humanos se debilitó y la salud pública se transformó en una mercancía. Recién en el año 2003, al asumir un nuevo gobierno, se produjo un giro en la direccionalidad política a nivel nacional, evidenciado en la implementación de políticas públicas que contribuyeron a la restitución de los derechos que habían sido perdidos en décadas de medidas neoliberales. Proyecto político a partir del cual, se impulsó una reforma legislativa y la Intervención General del CENARESO en el año 2012.

1.2. Transformaciones en el proyecto organizacional: del CENARESO al Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte.

Como fue expuesto en el apartado anterior, lo que al momento de esta investigación se constituye como el Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte, tiene una larga historia previa de transformaciones y reconfiguraciones institucionales, que lejos de ser algo estático, conforman procesos dinámicos. Sería ingenuo y poco riguroso afirmar que las transformaciones en el proyecto organizacional sólo se dieron con la intervención de la institución en el año 2012 y luego con el cambio de gestión a principios del año 2016, pero en el marco de esta investigación se sostiene que aquellas dos etapas institucionales, sobre todo la que comienza en el año 2012, son momentos de profundas transformaciones estrechamente

relacionadas con las reformas acontecidas en el marco legislativo y las reconfiguraciones en la direccionalidad político-ideológica de los gobiernos nacionales.

Luego de que el CENARESO estuviera más de veinte años bajo una misma gestión institucional y en el marco de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.567, a fines del año 2012 se ordenó la intervención general de la institución con el objetivo de proveer el reordenamiento del CENARESO: *“tanto en sus aspectos de funcionamiento institucional como en los científico-técnicos, a los efectos de optimizar la eficacia y eficiencia de las funciones de dicho organismo, con el fin de incorporarlo a la red asistencial como Centro de Referencia Nacional en lo atinente a la salud mental, resultando impostergable dinamizar el desenvolvimiento del Centro Nacional a fin de adecuarlo a los paradigmas en políticas de salud mental”* (Decreto Nacional 782/2013).

Dicha intervención se dio en un contexto sociopolítico nacional, en el que el Estado volvió a cobrar centralidad en los espacios que por varias décadas de políticas neoliberales habían quedado relegados a la órbita del mercado. En este marco: *“las políticas de salud se reconfiguran como políticas de inclusión social en donde se proponen horizontes reparadores, estratégicos y fundamentalmente integradores, ligadas a paradigmas centrados en la defensa de los Derechos Humanos y la Inclusión Social”* (Carballeda, 2014: 8).

En tal sentido, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010 significó un avance fundamental en relación a la restitución de los derechos humanos de las personas con padecimientos psíquicos y con consumo problemático de sustancias, históricamente aisladas, criminalizadas y encerradas. Promovió un cambio de paradigma para la atención de las problemáticas citadas, instalando modalidades de atención alternativas al modelo manicomial y custodial que por años fue impulsado por el marco legislativo previo a la sanción de dicha ley. Se consolidó de esta forma, un largo proceso de debates y discusiones que venían desarrollando diversos sectores compuestos por organizaciones sociales, movimientos de desinstitucionalización, colectivos de profesionales, grupos de usuarios, académicos y organismos de derechos humanos.

Este marco jurídico que exigió fuertes cambios en la organización del sistema de salud, resulta de gran relevancia ya que operó de forma decisiva en la transformación institucional del entonces CENARESO y la conformación del proyecto organizacional del Hospital Nacional

en Red especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte. Estos cambios implicaron un proceso de profunda reconfiguración, pasando de ser un centro especializado específicamente en el tratamiento de las “toxicomanías” marcado por la legislación punitiva conformada a principios del siglo XX, a ser intervenido y transformado en un Hospital especializado en Salud Mental y Adicciones, en donde se buscó implementar el paradigma de derechos humanos propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental, la Ley de Derechos del Paciente y la posterior Ley de Consumos Problemáticos (sancionada en el año 2015).

Uno de los cambios fundamentales propuestos por la Ley Nacional de Salud Mental es que: *“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”* (Artículo 4). De esta forma, el abordaje del consumo problemático de sustancias quedó situado como asunto de las políticas de salud mental y derechos humanos (no como históricamente se hizo desde el terreno de lo penal), favoreciendo el acceso a la atención y al sistema de salud a las personas con uso problemáticos de sustancias. No se habla de “toxicómanos” ni de “dependencias” a las drogas, sino que se hace referencia a un consumo que se presenta como problemático; concibiendo a los usuarios de drogas como sujetos de derechos.

En el marco de estas resignificaciones, el reordenamiento del CENARESO para adecuarlo a los nuevos paradigmas en materia de salud mental y consumos problemático de sustancias, implicó convertir lo que era un Centro de Reeducción Social en un Hospital, con una direccionalidad política epistémica completamente distinta del proyecto organizacional original. De esta forma, se produjo una reconfiguración de las concepciones acerca de lo público y lo estatal, evidenciado en las palabras de la Interventora General: *“El centro de nuestro proyecto es que el Estado debe garantizar el acceso a la salud. Es una restitución de un derecho (...) Se necesita hablar de Hospital para situar ahí los dispositivos clínicos y no un centro y no de reeducación. Hablar de Hospital es hablar de tratamiento de la salud”* (Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte, 2013b).

En línea con esta voluntad de cambio, desde la Intervención General surgió la iniciativa de cambiar el nombre de la institución proponiendo que se denomine: Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte, en honor a una Madre de Plaza de Mayo, psicóloga. El nombrar a la institución como un Centro de Reeducción Social

se relacionaba con un enfoque que piensa al sujeto por fuera de la norma, concebido desde la lógica de lo criminal y lo punitivo. En cambio, la propuesta de incluir este nombre propio en el Hospital expresaba: *“la recuperación de un modo de comprender las prácticas institucionales, políticas y epistémicas basada en el respeto por los derechos humanos”* (Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte, 2015: 1). Esta propuesta fue presentada como proyecto de ley por la diputada Ramona Pucheta, aliada al Frente para la Victoria. Si bien la sanción de la Ley N° 27.267 que hizo efectivo el cambio de nombre sucedió en el año 2016, con bastantes resistencias por parte de las nuevas autoridades del Hospital y del nuevo gobierno nacional asumido a finales del año 2015, la propuesta surgió en este proyecto organizacional, con una clara intencionalidad de acompañar los cambios que se venían produciendo.

Todas estas transformaciones en la direccionalidad política-epistémica del proyecto organizacional implicaron a su vez una reconfiguración en el modelo de organización institucional, en donde se produjo un reordenamiento del uso de los recursos físicos y humanos. En tal sentido, se emprendió una reforma edilicia que se propuso reparar y adecuar los espacios físicos institucionales que presentaban un profundo deterioro y una gran falta de mantenimiento (Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte, 2013a). Asimismo, en esta reasignación y reorganización de los recursos se produjo una incorporación de nuevos profesionales con el objetivo de fortalecer los procesos impulsados. En este sentido, uno de los profesionales entrevistados que ingresó a partir de esta intervención expresó:

Médico Psiquiatra N° 1: *“...Lo que encontré fue eso, había una voluntad de cambio, de trabajar de otra manera (...) cuando me dijeron si quería pasar a la internación, era un poco también para afianzar esa voluntad de cambio...”*

La transformación en el proyecto organizacional implicó a su vez una reconfiguración de los programas y dispositivos que la institución venía desarrollando, para poder adecuarlos a los nuevos lineamientos institucionales y garantizar de esta manera el acceso a la atención de todos los sujetos que se acercaran a la institución a solicitar tratamiento. Con respecto a estas transformaciones, una de las profesionales que trabaja en la institución desde el año 1994 expresó:

Lic. en Psicología N° 2: *“Fue un cambio abismal, radical, de 180 grados te diría... Yo siempre decía que esto era un Centro Nacional de Reeducción Social y que se reservaba el derecho de admisión. ¿Por qué? Porque no teníamos instalado un hospital como hay ahora, desde lo edilicio y desde los equipos (...) Entonces claro, venía un paciente, por ejemplo, desestabilizado psíquicamente con un brote psicótico productivo o con alguna cuestión de excitación, y en ese caso no se lo podía recibir acá, se lo tenía que derivar al hospital neuropsiquiátrico. Y recién después de que el paciente estuviera estabilizado psíquicamente se podía aceptar que lo deriven del hospital neuropsiquiátrico acá. (...) Para desintoxicarse nunca se los iba a ingresar acá, no teníamos cómo desintoxicarlo acá. Ahora sí, ingresan y se quedan adelante en este sector de las camas de observación de Consultorios Externos, sería de la Guardia (...) Esto del derecho de admisión era algo que todo el tiempo estaba presente y vigente, porque no ingresaba cualquier paciente así porque sí. Ahora, todos los pacientes son recibidos y todos son atendidos.”*

De esta manera, para poder garantizar el acceso a la atención de todos los sujetos que solicitaran tratamiento, se reconfiguraron dispositivos que ya existían como la Guardia, que se conformó como una Guardia Interdisciplinaria que comenzó a funcionar las 24 horas todos los días. Por otra parte, el Hospital de Día, Consultorios Externos y los servicios de Internación, también se reconfiguraron profundamente, incorporando nuevos profesionales, mejorando las condiciones edilicias de los espacios, sumando actividades y readecuándolos a los postulados que exige la Ley Nacional de Salud Mental.

A su vez, se creó el Dispositivo de Atención a la Demanda Espontánea, que funcionaba de lunes a viernes de 8 a 20 horas, atendiendo a todos aquellos que concurrían al Hospital solicitando atención sin turno previo. Otra línea de acción que incorporó el Hospital, fue abrirse a la comunidad con la implementación de diversas estrategias y dispositivos para atender a quienes más lo necesitaran desde el enfoque de reducción de riesgos y daños y desde la atención primaria de la salud. De esta manera, se abrieron Casas Amigables, Casas de Medio Camino y Consultorios Móviles.

Por último, para cumplir con el objetivo de que el Hospital se convirtiera en referente nacional en capacitación y formación en las temáticas vinculadas a la salud mental y el consumo problemático, se creó una plataforma virtual donde se desarrollaron cursos, supervisiones y

teleconferencias, un área de investigación y la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISAM).

A partir de lo expuesto en este apartado, es posible observar que con la intervención de la institución en el año 2012, se produjo una profunda transformación y reconfiguración del proyecto organizacional del Hospital en estrecha relación con un contexto sociopolítico inclusivo que habilitó a una reforma en materia legislativa, posibilitando de esta manera la restitución de los derechos de las personas con padecimiento psíquico y consumo problemático de sustancias.

Sin embargo, a pesar de todos los avances que se produjeron a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, siguió existiendo una fuerte tensión con respecto a la Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes N° 23.737 aún vigente, que penaliza la tenencia de drogas para consumo personal y establece el tratamiento como una obligación, promoviendo un paradigma tutelar y custodial con esquemas muy distintos a los que la otra ley propone. En tal sentido, queda aún pendiente, para profundizar las transformaciones acontecidas, la imperiosa necesidad de reforma de dicha ley (Gorbacz, 2011). Esta cuestión, a partir del cambio de gobierno nacional a fines del año 2015, se dificultó debido al impulso de varios decretos y proyectos que se encuentran en las antípodas de lo que la Ley Nacional de Salud Mental establece, evidenciándose una clara tendencia a retroceder a paradigmas asilares y custodiales. En este contexto sucedió el cambio de gestión institucional a principios del año 2016, produciéndose nuevas transformaciones en el proyecto organizacional del Hospital.

1.3. Nuevas transformaciones en el proyecto organizacional: cambio de gestión institucional a principios del año 2016

Luego de que se sucedieran las profundas reconfiguraciones en el proyecto organizacional del CENARESO, a partir de su intervención a fines del año 2012 en estrecha relación con un contexto sociopolítico a nivel nacional que, como fue indicado en el apartado anterior, posibilitó la implementación de políticas públicas desde una perspectiva de derechos humanos e inclusión social, en la segunda mitad del año 2015 se producen las elecciones presidenciales y asume la Alianza Cambiemos el gobierno. A partir de este cambio de gestión a nivel nacional, la entonces Interventora General del Hospital presenta su renuncia, y a principios del año 2016 se designa un nuevo interventor con una direccionalidad política-epistémica distinta.

Esta nueva intervención del Hospital –actualmente vigente– se produjo en el marco de un gobierno que desde que asumió impulsó políticas neoliberales que promovieron una reestructuración de la economía, con una fuerte redistribución del ingreso del conjunto de la sociedad a un pequeño grupo de empresarios vinculados a los sectores más concentrados de la economía. A su vez, en este contexto se generó una reconfiguración de lo público con medidas restrictivas de derechos, evidenciándose profundos retrocesos en materia de políticas públicas y legislación en salud mental y consumo problemático de sustancias, con la aparición de diversas resoluciones y proyectos que demuestran una tendencia a retroceder hacia el paradigma médico hegemónico y/o manicomial en salud mental y a formas del paradigma punitivo y tutelar en relación a los usuarios de drogas.

Estos retrocesos dejan entrever una direccionalidad política del mencionado gobierno nacional, que se posiciona de manera resistencial a los procesos de reforma que la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, y otras leyes como la Ley de Consumos Problemáticos y la de Derechos del Paciente habían iniciado. Se dio un proceso en el cual, al mismo tiempo que se afirmaba formalmente cumplir con la ley, se iban invalidando los instrumentos e instancias que la misma creaba. Acompañado esto por *“un discurso difuso que, sin demasiados fundamentos teóricos o epistémicos, pregona un giro hacia las neurociencias que termina siendo funcional a un armado ideológico cercano al discurso del mérito individual, la ubicación de grupos “deficitarios”, la objetivación y segregación de distintas poblaciones – por ejemplo, los usuarios de drogas ilegales”* (Página/12, 2017c: 2).

De esta manera, con el cambio de gobierno se produjo el desmantelamiento de programas y organismos relacionados a la atención de la salud mental y el consumo problemático de sustancias, a partir de despidos en el Ministerio Nacional de Salud y en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, la reducción de partidas presupuestarias, la designación de autoridades con criterios contrarios a la Ley Nacional de Salud Mental y la desarticulación y el cierre de dispositivos territoriales y comunitarios, uno de los aspectos más importantes que promueve la ley (Observatorio de Jóvenes y Adolescentes, 2016).

A su vez, en julio del año 2016 se dictó la resolución N° 1003/2016 por parte del Ministerio Nacional de Salud derogando la Resolución N° 1484 del año 2015 que fijaba las normas mínimas para la habilitación de los establecimientos de salud mental; normas que debían aplicarse con un plazo máximo fijado para el 10 de septiembre de 2016 con el objeto de

“asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos” (Resolución N° 1484/2015). Específicamente, indicaba que para esa fecha debía fijarse el límite máximo de camas con la finalidad de reducir las internaciones en los hospitales monovalentes y psiquiátricos públicos y privados en el marco de la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Sumado a todo lo expuesto, en los últimos meses de 2017 se dio a conocer un proyecto de reforma por decreto reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental impulsado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, el cual fue presentado sin un proceso democrático que involucrara a los profesionales, organizaciones sociales y usuarios afectados. Dicho proyecto atenta contra el espíritu de la ley reinstalando la lógica de la manicomialización, reafirmando la perspectiva biologicista y limitando el enfoque interdisciplinario. A su vez, estos retrocesos en materia de políticas públicas y esta tendencia a volver a paradigmas restrictivos de los derechos humanos, se evidencia también en la existencia de varios anteproyectos presentados por diversos bloques del Congreso Nacional que apuntan a derogar el Artículo N° 4 de la Ley Nacional de Salud Mental, el cual incluye al tratamiento de los consumos problemáticos de sustancias desde el campo de la salud.

A partir de lo expuesto, se observa que los avances en materia legislativa producidos desde una perspectiva de derechos humanos durante el gobierno nacional anterior, se comienzan a resquebrajar con el impulso de estas resoluciones y anteproyectos que vuelven a instalar fuertemente una lógica asilar, punitiva y custodial en consonancia con la Ley de Tenencia y Tráfico de Estupeficientes y la antigua Ley de Internaciones promulgada durante la Dictadura Cívico Militar; reforzado a su vez por el impulso de la llamada “guerra contra el narcotráfico”, publicitada desde el Estado Nacional sin demasiados fundamentos pero con un fuerte discurso de criminalización de los usuarios de drogas. (*Página/12*, 2017b).

Este escenario de reestructuración de lo público y retrocesos en materia de políticas públicas, influyó de manera determinante en la reconfiguración de la direccionalidad política-epistémica del proyecto organizacional del Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte, lo que se evidencia en varios aspectos. A nivel institucional se produjo un cambio con respecto a los contenidos de los cursos, las capacitaciones y las conferencias correspondientes al Área de Formación y Capacitación del Hospital, evidenciándose una tendencia a retroceder al

paradigma médico hegemónico, reinstalando discursos asociados a una perspectiva biologicista. Dando cuenta de esto, una de las profesionales entrevistadas expresó:

Lic. en Trabajo Social N° 1: *“Los espacios de formación, por ejemplo, empezaron a estar auspiciados por laboratorios, esto sí tiene que ver con un cambio de las prácticas. Se empezó a hablar de neurociencias, todo lo que es lo biológico o los efectos del consumo... ¿Pero si el consumo en sí y la sustancia no importa, por qué ahora venimos a hablar tanto de los efectos que tiene en la cabeza, en el cerebro, en las hormonas?”*

Otro de los aspectos en los que se evidenció el cambio en la direccionalidad político-epistémica del proyecto organizacional es el intento fallido de no garantizar el nuevo nombre institucional votado por el Congreso Nacional, para renombrar al CENARESO como Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte.

En este marco, se produjo una modificación en el modelo de organización, que implicó una revisión de la gestión de los recursos y la modalidad de trabajo. Si bien en cuanto a la gestión de los recursos físicos, se siguió con las reformas edilicias que se habían impulsado y desarrollado con la gestión anterior, en cuanto a los recursos humanos se produjo una merma de profesionales que se fueron con el último cambio de autoridades, sin que se produjeran nuevos nombramientos. Esto derivó en una falta de profesionales en varios de los servicios del Hospital. A su vez, si bien no se produjeron despidos (aunque hubo un intento de despedir a trabajadores del sector de limpieza, se evitó por el accionar de los gremio) por el contexto nacional de fuerte ajuste y la difundida campaña de “modernización del Estado” se generó un clima institucional de mucha incertidumbre y malestar. Dando cuenta de esto, dos de los profesionales entrevistados manifestaron:

Lic. en Trabajo Social N° 1: *“...En el 2015, con todo lo que implicaba el cambio de gestión, la importancia que había tenido la gestión anterior en el cambio de las prácticas, sobre todo, y con la inclusión de la ley, obviamente, lo que pasa en el 2015 es el miedo de no saber qué iba a pasar y si iba a haber una modificación. Primero, volvemos a lo que implicaba a nivel subjetivo de los trabajadores ver si iba a haber un recorte, más allá de las intervenciones que podíamos llegar a hacer, qué pasaba con nuestras vidas, si nosotros íbamos a seguir trabajando o no. Ese fue como un momento de quiebre, me parece, para muchos.”*

Médico Psiquiatra N° 2: *“Todavía hay mucha presión, hay mucha presión administrativa, está todo el tema de la modernización, la reforma del estado que te amenaza casi constantemente”*.

En este marco institucional siguieron funcionando sin cambios demasiado visibles en cuanto a la estructura de cada uno, las políticas, los programas y los dispositivos que se habían creado y/o transformado con la intervención del año 2012. Tal el caso de los dispositivos territoriales como los Consultorios Móviles y las Casas Amigables. En cuanto a los servicios asistenciales del Hospital, también continuaron la Guardia Interdisciplinaria, los Consultorios Externos, los Grupos de Espera y los servicios de Atención a la Demanda Espontánea e Internación. A su vez, se reestructuraron programas como “Vuelta a Casa” y se implementaron nuevos como “El Hospital llega a la Escuela” que trabaja en acciones preventivas con todos los niveles educativos y el Programa “Trabajadores Saludables” como estrategia de promoción de la salud en el ámbito laboral.

Sin embargo, aunque a nivel oficial no se hubieran producido grandes transformaciones a partir del cambio de gestión en cuanto a los programas y dispositivos implementados, las reconfiguraciones en la direccionalidad político-epistémica del proyecto organizacional, generaron un escenario contradictorio que impactó en el interior de los servicios, modificando su dinámica de funcionamiento. Ya que si bien a nivel oficial no se explicitaron modificaciones, éstas quedan evidenciadas en los aspectos antes mencionados. Lo que se traduce en la falta de un rumbo institucional claro que atraviesa de manera contradictoria a los servicios y dispositivos del Hospital. En tal sentido, uno de los profesionales entrevistados refirió:

Médico Psiquiatra N° 1: *“Antes había una voluntad política, no sólo en la institución, en general, ¿no? De ir hacia un lado con lo que tiene que ver con el paradigma de intervención, y ahora no es que se va en contra de eso, pero es como que está todo más plano en ese sentido. No es que ahora dijeron, bueno, ahora hacemos abstencionismo, no, pero tampoco hay un rumbo claro institucional, entonces todo termina recayendo más hacia los servicios, hacia los profesionales”*.

A partir del recorrido realizado en este apartado, es posible observar que con el último cambio de gestión institucional se comenzaron a evidenciar claras modificaciones en la direccionalidad político-epistémica del proyecto organizacional del Hospital en estrecha relación con las reconfiguraciones sucedidas en el contexto sociopolítico. A pesar de que es complejo percibir

los efectos de estas transformaciones –porque están actualmente en curso–, evidencian una clara tendencia a retroceder a paradigmas restrictivos de los derechos humanos, lo cual, como se ha visto, impacta en el modelo de organización y en las políticas y dispositivos que la institución instrumenta.

1.4. Cambios acontecidos en el Dispositivo de Internación

Situado dentro del Hospital, el actual Dispositivo de Internación se encuentra profundamente atravesado por estas transformaciones institucionales que produjeron grandes cambios en su configuración.

En este trabajo se entiende por “dispositivo” a un espacio en donde se conjugan la disposición de los tiempos, los lugares, los recursos y las personas en pos de un objetivo, dando lugar a prácticas-políticas, discursos y hábitos en su interior (Lourau, 1975). El mismo, supone una serie de normas y medidas administrativas que operan como marco: son reglas y medidas que disponen, ordenan e imprimen cierto modo de relación entre los participantes. Se encuentra atravesado por factores intra-institucionales y extra-institucionales que inciden en su funcionamiento. A su vez, profundizando la noción de dispositivo, siguiendo los desarrollos de Foucault, se entiende al mismo como *“un conjunto heterogéneo conformado por discursos, instituciones, leyes, enunciados escritos, decisiones reglamentarias, medidas administrativas, disposiciones arquitectónicas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no dicho”* (Hellemeier, 2012: 145). Estos elementos se articulan en una compleja red de relaciones, originando una formación que tendrá una función estratégica en un momento histórico determinado.

De estas definiciones, se desprenden dos dimensiones principales que guiaron el presente análisis: Por un lado, la estructura del dispositivo, la cual incluye todo lo referido a la reglamentación, objetivos y recursos que le dan existencia; y por el otro, la dinámica organizativa, que incluye la conjugación de tiempos, espacios, prácticas y discursos. En la realidad, estas dos dimensiones se entrelazan de forma dialéctica; la separación es sólo a fines analíticos.

En tal sentido, el actual Dispositivo de Internación del Hospital, en el cual se conjugan los elementos mencionados, se caracteriza por ser un servicio fluctuante y en continuo

movimiento, ya que las prácticas, los discursos y los hábitos en su interior se encuentran profundamente atravesados por factores extra institucionales e intra institucionales, como lo son el marco normativo, el contexto y los cambios en el modelo de gestión institucional.

Mientras el CENARESO estuvo en funcionamiento, el servicio de internación se organizó en dos dispositivos: el servicio de Internación en Crisis y el Servicio de Residencia. Este trabajo se centra en los cambios acontecidos en el Servicio de Residencia, que a partir de la Intervención General del Hospital en el año 2012, se reestructuró y se conformó como el Dispositivo de Internación que actualmente sigue en funcionamiento.

Como fue mencionado en los apartados anteriores, las transformaciones en los proyectos organizacionales del Hospital, estuvieron estrechamente ligadas con el contexto sociopolítico y el marco legislativo de cada momento histórico. En tal sentido, los cambios acontecidos en el Servicio de Residencia, como consecuencia de las reconfiguraciones institucionales a partir de la Intervención General del año 2012, se relacionan profundamente con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y la Ley de Derechos del Paciente. Estas leyes que vertebraron el nuevo proyecto organizacional del Hospital implicaron repensar el sentido y los objetivos del dispositivo, lo que generó profundos cambios en cuanto a su estructura y su dinámica organizativa.

Antes de la intervención del CENARESO, las internaciones en el Servicio de Residencia se caracterizaban por ser muy prolongadas. Podían durar hasta uno o dos años sin que hubiera un marco legislativo que velara por los derechos de los sujetos internados, como mencionó una de las profesionales entrevistadas:

Lic. en Psicología N° 2: *“Antes era otra cosa, esto funcionaba más como... ¿cómo te puedo decir? Si se llamaba internación residencia, la internación donde yo estoy ahora, imaginate cómo funcionaba, como una residencia. Los pacientes eran como que vivían acá, estaban un año, dos años algunos (...) era como una convivencia importante de pacientes que vivían acá, que dormían en habitaciones grandes con muchas camas...”*

El entonces Servicio de Residencia se encontraba enmarcado por la Ley de Internaciones sancionada durante la última dictadura cívico militar y la Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes que, como fue señalado en los apartados anteriores, habilitaba a las autoridades

policiales y judiciales a determinar la internación de un sujeto, prevaleciendo una mirada punitiva y criminalizante, lo que implicaba un avasallamiento de sus derechos. De esta manera, en el servicio recibían compulsivamente sujetos que por decisión de un juez debían internarse, la mayoría de las veces, contra su voluntad, sin que los equipos profesionales tuvieran la potestad de esa decisión. En este sentido, una de las profesionales entrevistadas expresó:

Lic. en Psicopedagogía N° 1: “Nosotros recibíamos pacientes por juez. Venían con la policía, con esposas, en una internación compulsiva que a lo mejor la persona ni quería, ni se interesaba, ni era el momento para pensar en una internación”.

En contraposición, a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y su posterior reglamentación, esto cambia profundamente. La internación como tratamiento en salud mental y consumo problemático de sustancias se considera un recurso terapéutico de carácter restrictivo de la libertad ambulatoria de los sujetos. Por lo tanto, se establece que sólo debe llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social del sujeto, creando distintas instancias como el Órgano de Revisión, que debe velar por los derechos de los sujetos internados.

A su vez, otro cambio sustancial fue que a partir de la sanción de dicha ley dejó de ser el juez quien podía decidir una internación, pasando a los equipos interdisciplinarios del Hospital la potestad de hacer la evaluación del caso y, en función de ella, decidir cuál sería la mejor opción para el sujeto.

En función de este marco legislativo, a partir de la Intervención General de la institución se impulsaron una serie de transformaciones para adecuar el servicio de internación a los principios establecidos por dicha ley. En tal sentido, desde el nuevo proyecto organizacional se pensó a la internación con un sentido distinto al que regía en el Servicio de Residencia, para que la misma, en el marco de un tratamiento interdisciplinario y respetuoso de los derechos humanos: *“sea por el menor tiempo posible, pero el necesario para que se instaure una diferencia que habilite la continuidad del tratamiento de forma ambulatoria”* (Leegstra; Said, 2015: 242).

Otro cambio acontecido refiere a las normas y medidas administrativas que operan como marco regulatorio del dispositivo. Así, antes de la intervención del CENARESO, las normas y reglas

del Servicio de Residencia tenían un carácter fundamentalmente restrictivo que refería en su mayoría a pautas de convivencia que los sujetos internados debían mantener para permanecer en el establecimiento, sin que en ningún momento se hiciera referencia a los derechos de los mismos. Ejemplo de esto es lo que en ese entonces se denominaba el “Contrato de Internación” que los sujetos debían firmar para recibir tratamiento. En dicho contrato, se establecían una serie de cuestiones normativas que en su mayoría hacían referencia a *“las buenas costumbres”* que los sujetos internados debían mantener, considerándose *“falta grave la comisión de hechos reñidos con la moral”*. (Artículo 8). Estas reglas del servicio establecían un cierto orden y modo de relación entre los directivos de la institución, los equipos profesionales y los pacientes, que resultaba muy normativo y verticalista. De esta forma, a los profesionales no les quedaba mucho margen para resignificar dichas normas y los sujetos se convertían en objetos de tutela y control sin tener la posibilidad de tomar decisiones con respecto a su propio tratamiento.

En referencia a este marco normativo, una de las profesionales entrevistadas relató:

Lic. en Psicología N° 2: *“Antes eran reglas más rígidas, donde si un paciente, por ejemplo, había consumido aquí adentro, quedaba afuera al instante. No había mucho tiempo para discutir, pensar y opinar los equipos; al instante quedaba afuera. (...) También antes las revisiones eran mucho más profundas, por decirlo de alguna manera.”*

En contraposición a esto, a partir de la Intervención General de la institución, las normativas del dispositivo de internación se resignificaron en función de los principios de la Ley Nacional de Salud Mental. De esta forma, dejó de existir el “Contrato de Internación” y se pasó a instrumentar el Consentimiento Informado, tal como lo indica la ley, donde se detallan los derechos que les corresponden a los sujetos internados en relación a su tratamiento. De esta forma se definió que: *“la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación”*. (Ley Nacional de Salud Mental, Artículo 18). Por otra parte, se determinó que la internación involuntaria de una persona debía concebirse como recurso terapéutico excepcional, pudiéndose realizar sólo cuando a criterio de la evaluación del equipo interdisciplinario mediare una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, estableciéndose todos los derechos y garantías que amparan a dicho procedimiento de internación. (Ley Nacional de Salud Mental, Artículo 20)

Estos cambios conformaron un nuevo escenario en el dispositivo, en el que prevalece una perspectiva de derechos humanos por sobre lo custodial, reconfigurándose así, la relación entre las instancias directivas de la institución, los profesionales del dispositivo y los sujetos internados. De esta manera se habilita un espacio para que prevalezca la voz de los profesionales en función de los derechos y necesidades de cada sujeto particular.

Dando cuenta de este cambio en la relación entre los distintos actores del dispositivo, una profesional entrevistada expresó:

Lic. en Psicología N° 2: *“...Prácticamente la decisión verticalista la tenían las autoridades. Había reuniones de equipo pero eran discursos de las jefaturas que dirigían la reunión de equipo. Opinaban todos, pero decidía la autoridad. Eso era así. En cambio ahora no; se escucha más a los equipos y se toma en cuenta lo que dicen los profesionales de cada equipo. Hay mucho, mucho más intercambio entre las autoridades y los profesionales del equipo”.*

A su vez, acompañando estas transformaciones en las reglamentaciones y en los objetivos que sustentan la existencia del Dispositivo de Internación, se desarrolló la reforma edilicia del servicio para generar condiciones dignas de internación. Antes de la Intervención General, el servicio de internación se ubicaba en pabellones grandes, donde los sujetos internados se encontraban en condiciones deplorables. Las habitaciones tenían de ocho a diez camas, pasillo y un baño al fondo en mal estado. Luego de las reformas edilicias impulsadas, la internación pasó a ubicarse en dos edificios que cuentan con habitaciones para una, dos y cuatro personas con baño privado.⁴ En referencia a esto, una de las profesionales entrevistadas relató lo que significó este cambio en la estructura edilicia:

Lic. en Psicopedagogía N° 1: *“Ahora los pacientes tienen una habitación privada con baño privado. (...) Esto es un lujo, es otra estructura edilicia que no te expulsa, te convoca, tienen su lugar. No sé cómo decirte... se sienten a gusto. Es más inclusivo, no tienen que compartir con siete, ocho, nueve personas en común, un pabellón, como era antes.”*

A su vez, todas estas transformaciones en las reglamentaciones, objetivos y condiciones edilicias del dispositivo, implicaron que la dinámica organizativa del servicio se transformara profundamente, dando lugar a nuevos tiempos, prácticas-políticas y discursos en su interior.

⁴En el anexo se pueden ver las fotos que ilustran estas reformas edilicias en el dispositivo.

En tal sentido, los tiempos de internación se acortaron, se incorporaron nuevos profesionales al servicio y se dispuso la conformación de equipos interdisciplinarios. Si bien durante el funcionamiento del CENARESO, el Servicio de Residencia tenía profesionales de distintas disciplinas, la interdisciplinariedad no estaba impulsada a nivel institucional ni legal. Ahora por ley, los equipos deben estar conformados al menos por un trabajador social, un psicólogo y un psiquiatra, lo que hace a la integralidad del tratamiento. Dando cuenta de las transformaciones en la modalidad de trabajo, una de las profesionales entrevistadas expresó:

Lic. en Psicología N° 2: *“Eran cien personas, ahora son quinientas. Entonces, como Centro de Reeduación contábamos con un personal limitado, no se trabajaba tan interdisciplinariamente como se trabaja ahora. Si bien había trabajadores sociales y médicos psiquiatras y psicólogos, en la práctica no era tan notorio el trabajo interdisciplinario”.*

Otro de los aspectos que transformó la dinámica organizativa del servicio, fueron los cambios con respecto a los procesos de admisión de los pacientes al dispositivo y la articulación con los otros servicios de la institución. Antes, la admisión la realizaba el equipo de Consultorios Externos de la institución, sin que hubiera una articulación entre los distintos dispositivos y sin que los profesionales de internación tuvieran la posibilidad de opinar al respecto. A partir de la intervención del CENARESO, esto se transformó y se promovió un marco institucional que habilitó el diálogo y la articulación más fluida entre los profesionales de los distintos dispositivos. De esta manera, la admisión de los sujetos al dispositivo se empezó a realizar de forma conjunta entre Internación y los otros dispositivos del Hospital como Atención a la Demanda Espontánea, Guardia Interdisciplinaria, Hospital de Día y Consultorios Externos. Estos cambios en la articulación entre los distintos dispositivos que conforman el Hospital, se evidencia en las palabras de una de las profesionales entrevistadas:

Lic. en Psicología N° 2: *“Después había otras cuestiones que diferenciaban lo que es este Hospital de eso que era un centro, que tenía que ver también con la modalidad de trabajo. Era más verticalista, ahí eran más los servicios como compartimentos estancos (...) Si bien en la teoría se decía que estaba todo articulado, en la práctica cada servicio funcionaba como un compartimiento propio...”*

En cuanto a las actividades que funcionan dentro del dispositivo, a partir de la Intervención General del año 2012, el sentido de las mismas se transformó. Antes, en el Servicio de

Residencia, las actividades eran más rígidas, sin mucha posibilidad de que el sujeto pudiera elegir en función de sus propios intereses y de su tratamiento. Incluso, a veces desde la dirección del CENARESO se impulsaba que los sujetos internados cumplieran con tareas de refacción y mantenimiento sin que dichas actividades tuvieran un criterio terapéutico establecido y sin que los profesionales pudieran decidir al respecto. A partir de la Intervención General todas las actividades se reorientaron para que estuvieran en consonancia con el tratamiento de cada sujeto. De esta forma, se establecieron espacios de musicoterapia, arteterapia, grupos de reflexión, talleres como carpintería, huerta, manualidades y la posibilidad de cursar materias de la Escuela Primaria y Secundaria, con el objetivo de que dichas actividades tuvieran un sentido como parte del tratamiento y que la participación en ellas estuviera orientada por la singularidad de cada sujeto. En tal sentido, uno de los profesionales entrevistados expresó:

Médico Psiquiatra N° 1: *“No es que hay una planilla de cosas para hacer, y todo tiene un sentido terapéutico, ya sean las salidas, las visitas, lo que sea. El quedarse, a veces también. Hay pacientes que deciden revocar la internación, bueno, se trabaja eso y si tiene que revocar, revocará”*.

Así como a partir de la Intervención General de la institución en el año 2012 se sucedieron varios cambios en lo que era el Servicio de Residencia del entonces CENARESO; con el último cambio de gestión institucional a principios del año 2016, también se sucedieron algunas transformaciones que, sin ser demasiado visibles y estando actualmente en curso, implicaron una reestructuración del dispositivo. Si bien las reglamentaciones, los objetivos y las condiciones edilicias del dispositivo no se transformaron, hay otros factores tanto intra institucionales como extra institucionales que fueron generando un escenario de cambios en el mismo.

Como se ha expuesto en el apartado anterior, la transformación en la direccionalidad político-epistémica del proyecto organizacional del Hospital a partir del último cambio de gestión institucional, implicó que se fueran produciendo varias modificaciones (como los cambios en el contenido de las capacitaciones; la falta de profesionales, etc.) que, en el marco de un contexto sociopolítico que evidencia claros retrocesos en materia de políticas públicas y derechos humanos, generaron un clima institucional de incertidumbre, malestar y preocupación

en el cual quedó inmerso el dispositivo. Esto derivó en que a pesar de que no se transformara la estructura del dispositivo, la dinámica organizativa se fuera reconfigurando.

Este clima de malestar y preocupación, se evidenció en las entrevistas realizadas a los profesionales del dispositivo, quienes al momento de ser preguntados por el último cambio de gestión institucional, se mostraron con una cierta tensión e inseguridad para responder. Algunos lo expresaron explícitamente y en otros se percibió por la forma en que respondían las preguntas, sin explayarse demasiado y con una expresión corporal distinta a la del resto de la entrevista. Por ejemplo, una profesional entrevistada que no se explayó mucho en ese eje a pesar de que al inicio de la entrevista se le había explicado que era anónima, cuando se cortó la grabación se expresó pidiendo perdón porque no podía hablar de eso, diciendo: *“No te puedo hablar de lo político”* (Lic. en Psicopedagogía N° 1).

En este marco, un aspecto muy significativo que cambió en el dispositivo y que se relaciona directamente con el clima de malestar generado, son las supervisiones, que dejaron de ser interdisciplinarias para ser sólo del espacio de psicología; sin que en ningún momento las autoridades del Hospital comunicasen a los profesionales la razón por la cual se decidió esto.

A su vez, se comenzaron a producir una serie de medidas administrativas que fueron cambiando la dinámica organizativa del dispositivo; se establecieron normas un poco más rígidas con respecto al ingreso y a las salidas de los pacientes y a las revisiones de los mismos. Refiriéndose a esto, una de las profesionales entrevistadas relató:

Lic. en Psicología N° 2: *“Si bien se siguió respetando que el CENARESO se transformó en un Hospital en donde hay todo un cambio edilicio y una cantidad de profesionales que ingresaron que es mucho más grande, y un sistema de capacitación muy sólido, que incluso siguió creciendo; también hubo cambios muy notorios... Porque antes, por ejemplo, no había límites de pacientes (...) y realmente se trabajaba muchísimo y había permanentes ingresos y egresos. Se implementaba mucho esto de que si querían ir a consumir, que fueran y volvieran, entonces entraban y salían, entraban y salían... Estaba un poco más desorganizado, podríamos decir, el funcionamiento de la internación. Ahora bueno, algunas normas se empezaron a poner, no al estilo de antes tan rígidas, como por ejemplo las revisiones que nunca volvieron a ser esas revisiones que hacían...”*

A partir de lo expuesto en este capítulo, es posible observar que las reconfiguraciones en los proyectos organizacionales implicados en el Hospital, produjeron marcados cambios institucionales atravesando a todos los servicios, entre ellos el Dispositivo de Internación; e implicando el entrecruzamiento de distintos discursos, lo que genera un escenario complejo, contradictorio y lleno de tensiones. Como fue introducido, dichos discursos, que serán analizados en profundidad en el próximo capítulo, corresponden a distintos modelos de atención de la salud mental y el consumo problemático de sustancias.

CAPÍTULO II: LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

En el Capítulo I se han caracterizado las transformaciones en los proyectos organizacionales que atraviesan al Hospital y se han establecido los cambios acontecidos en el Dispositivo de Internación. Se ha visto que dichas transformaciones se encuentran estrechamente ligadas al contexto sociopolítico y al marco normativo de cada momento, en los cuales subyacen las miradas y los discursos de la época en relación a las problemáticas en cuestión. A partir de esto, en este capítulo se profundizará en la identificación y descripción de los modelos conceptuales que sostienen a esos distintos proyectos organizacionales y que se entrecruzan de forma compleja en la vida institucional del Hospital.

Su identificación permitirá dar cuenta de las distintas construcciones teóricas, ideológicas, metodológicas y prácticas que guiaron y sustentaron los distintos procesos acontecidos en la institución. En tal sentido, y dado que hasta la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental la política sanitaria separó el campo de la salud mental del campo del consumo problemático de sustancias, los modelos de atención que corresponden a cada uno se describirán por separado. Si bien son modelos que actualmente coexisten disputando el escenario de las políticas públicas, cada uno tuvo su momento de prevalencia histórica. Por ello, a los fines analíticos, se expondrán en orden cronológico: por un lado el modelo asilar y el modelo comunitario de atención en salud mental y, por el otro, el modelo prohibicionista-abstencionista y el enfoque de reducción de riesgos y daños. Asimismo, para complejizar la mirada sobre aquellos modelos, se establecerán los dos paradigmas del campo de la salud que los atraviesan: el modelo médico hegemónico y la salud colectiva. Para finalmente, repensar su articulación y actualización en la historia institucional y en la práctica cotidiana de los profesionales.

2.1. Modelo Asilar

En este trabajo se entiende que un modelo conceptual lleva implícitas las siguientes dimensiones: supuestos teóricos que lo sustentan; elementos metodológicos que mediatizan el sistema teórico (se relaciona con métodos de análisis y propuestas de intervención); supuestos ideológicos y elementos del contexto que le dan fundamento a su existencia, en tanto refieren a las condiciones en que se formula y desarrolla el modelo (explican su aplicación a una realidad determinada). (Mendoza Méndez, Reina, 2008). A su vez, tomando los aportes de

Galende, se define “modelo de atención” como una producción teórica, técnica e ideológica que implicará una forma de organización de la asistencia y su financiamiento, métodos y técnicas terapéuticas a emplear, un conjunto de actividades a realizarse y la conformación de instituciones encargadas de responder a través de sus especialistas a la forma en que la demanda de atención se expresa (Galende, 1988).

Para comenzar, se sitúa al modelo asilar históricamente constituido como paradigma hegemónico en la atención de la salud mental, que surgió durante el siglo XVIII, consolidándose en el siglo XIX con el nacimiento de la psiquiatría, bajo la influencia del positivismo. Época en la cual la “locura” se ubicó como objeto de conocimiento y la figura del médico se constituyó como la más efectiva para la búsqueda de la verdad.

En este marco, con el rótulo de “loco” que otorga el etiquetamiento psiquiátrico –que es poder y violencia (Foucault, 2007)–, el sujeto que padece es despojado de toda humanidad y reducido a su condición de enfermo convirtiéndose en peligroso para el resto de la sociedad. Se justifica de esta manera el aislamiento y el encierro del mismo, lo que configura la respuesta principal de este modelo.

En tal sentido, el modelo asilar se basa en la centralidad del hospital neuropsiquiátrico y el poder de la psiquiatría. De esta manera, el manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado para dar una respuesta científica a la presencia social de la locura. Donde como menciona Galende: “*se trata de practicar el ideal del orden por medio de la segregación de la marginalidad, el control y la disciplina*” (Galende, 1994: 68).

A su vez, el manicomio se presenta como una institución total (Goffman, 2012) en el que se desarrollan tendencias absorbentes o totalizadoras, simbolizadas por los obstáculos (puertas cerradas, celdas, pabellones, altos muros, etc.) que se oponen a la interacción y circulación de los internos con el medio social. Como sostiene Galende: “*Al individuo institucionalizado nada le es permitido conservar como propiedad: su circulación controlada; renuncia a la privacidad; intimidad impedida (el baño en común y sin puertas, las funciones corporales a la vista, las puertas sin su control, la habitación compartida, etc.) y la pérdida de su singularidad como individuo*” (Galende, 1994: 15).

De esta manera, con este modelo se perpetuaron las formas de encierro, en donde como parte del tratamiento prevalecían los choques biológicos e insulínicos, abscesos de fijación, la contención mecánica, las celdas de aislamiento, las lobotomías, las altas dosis de psicofármacos, el electrochoque y las punciones cisternales. Si bien estas prácticas se fueron transformando con los años, algunas prevalecieron y aún persisten en algunas instituciones. (Arnico, 2004).

El CENARESO, al consolidarse como una institución monovalente con internaciones prolongadas, basadas en el encierro y el aislamiento, reprodujo las características de una institución total como espacio cerrado, represivo e institucionalizador. Allí los sujetos tenían una movilidad restringida y se ejercía el control y el ocultamiento de la información, produciéndose altos niveles de degradación, aislamiento y objetivación. Años después, en la actualidad del Hospital, volvieron a aparecer discursos ligados a estas concepciones. Por eso, explicitar este modelo conceptual, resulta central para poder identificar los sentidos que actualmente se le asignan a las prácticas y así poder disputarlos.

2.2. Modelo Comunitario de atención en salud mental

Los cuestionamientos al modelo asilar y su modalidad de atención, se iniciaron con el siglo XX, encontrando su máxima expresión en el surgimiento de distintos movimientos en Europa y EE.UU y en la generación de nuevas prácticas fundadas en la crítica al orden manicomial en América Latina: *“Estos movimientos son producto de una profunda revisión, que se estructura en diversas propuestas y acciones que tienen como meta evitar los probados efectos iatrogénicos del encierro y la internación prolongada, y desarrollar estrategias de atención a los padecimientos en salud mental en el contexto social de la persona, resguardando sus derechos”* (Arnico, 2004: 3). Así es que en estos movimientos se proclamó el cierre definitivo de los manicomios; se postuló la necesidad de crear simultáneamente redes para la atención y la prevención en salud mental, promoviéndose estrategias de tratamiento y asistencia centradas en la comunidad.

De tal manera, y como alternativa al modelo asilar, surgió el modelo comunitario de atención en salud mental; integrado por diversas disciplinas como la psicología, la psiquiatría, el trabajo social, la terapia ocupacional y el saber de la comunidad; desterrando al poder único y hegemónico que ejercía la psiquiatría en el modelo asilar.

El modelo comunitario se basa en el trabajo interdisciplinario, intersectorial, participativo y territorial, desarrollando estrategias de intervención centradas en la atención primaria de la salud. El planteo central apunta a la superación de un modelo eminentemente asistencial y curativo y la adopción de otro, de tipo comunitario y preventivo. Con la aplicación de este modelo, la institución psiquiátrica sería progresivamente desplazada del eje de la atención, y la comunidad asumiría un rol central en el cuidado de las personas con padecimientos psíquicos (Faraone, Valero, 2013).

Se plantea entonces, pasar de: *“un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social”* (Arriagada y otros, 2013: 7). Así se concibe a la salud mental como una construcción social, que como se expresa en la Ley Nacional de Salud Mental, está: *“determinada por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales”* (Artículo 1).

En Argentina, si bien predominó históricamente el modelo asilar en la atención de la salud mental, existieron experiencias alternativas. Con el fin de la dictadura cívico militar en el año 1983 y el inicio del primer período democrático (1983-1989), se desarrolló una planificación sanitaria desde la política nacional que inició la reconstrucción de estrategias dirigidas a superar el modelo asilar. A pesar de que estos avances producidos en el campo de la salud mental tuvieron un límite con el desarrollo de políticas neoliberales durante la década de los noventa, se fueron produciendo distintos movimientos que a principios de siglo reinstalaron las discusiones y debates en torno a las prácticas en salud mental. De esta forma, surgieron diversas leyes provinciales de salud mental con un claro componente de transformación de las prácticas manicomiales, promoviendo intervenciones sustentadas en el modelo comunitario y de atención primaria de la salud, proceso que culminó con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. (Faraone; Valero, 2013).

En el devenir institucional del Hospital Nacional en Red, como se ha visto en el primer capítulo, este modelo comenzó fuertemente a introducirse en el espacio organizacional a partir de la Intervención General del año 2012, impulsado desde la dirección para adecuar las políticas y los servicios a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental. Como se expuso en el

Plan Estratégico 2013-2015: *“En función de la profundización de las políticas de transformación institucional y a fin de mejorar la calidad de atención de los pacientes, se ampliará la oferta de servicios integrados a la comunidad, como también se diversificará la población atendida. Esta iniciativa busca lograr un sistema sanitario equitativo, integrado y accesible, con una alta disponibilidad, con un rol activo de un Estado garante del bienestar de la población. Por ello, la propuesta es retomar y revitalizar las estrategias... dentro del primer nivel de atención”* (Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte, 2013a: 4). En tal sentido, partiendo de este modelo, se promovió la implementación de distintos programas que priorizaron la atención comunitaria.

2.3. Modelo Prohibicionista-Abstencionista

Como se ha mencionado en el capítulo anterior, el modelo prohibicionista-abstencionista influenciado por distintas expresiones del discurso positivista, se fue configurando en el mundo y en la Argentina desde comienzos del siglo XX, a partir del desarrollo de un marco legislativo que penalizó el consumo y criminalizó a los usuarios de drogas (Galante, Corda, Rossi, 2014).

Avanzado el siglo, este modelo tomó impulso como una política hegemónica a nivel mundial, liderado por Estados Unidos como promotor del paradigma geopolítico de la llamada “Guerra contra las drogas”, que vinculó al tema a las doctrinas de seguridad nacional⁵ desde un modelo legal punitivo en el que los consumidores de drogas serán tratados como enemigos públicos (Quevedo, 2015).

Desde este enfoque, la droga se concibe como el agente causal de desviaciones, delitos, inseguridad social y enfermedad, a la vez que se concibe al usuario como un sujeto pasivo, irracional, enfermo y delincuente. De este modo, se construye el estereotipo del “drogadicto” como emblema de descomposición social, en donde la “droga” y la “drogadicción” se sitúan como entidades autónomas causales de "adicción" y de desviación social, otorgándoles un poder demonizante (Quevedo, 2015).

⁵ La Doctrina de la Seguridad Nacional se construyó en el contexto de la Guerra Fría, en el que se dio una división geopolítica mundial en dos bloques: el de occidente capitalista y el de oriente comunista. En este contexto y desde esta doctrina se consideraba que América Latina tenía una mayor vulnerabilidad frente a la “amenaza comunista”. Por lo tanto, se sostenía que las Fuerzas Armadas de cada país debían asumir la conducción del Estado en defensa de los valores nacionales (Corda, Galante, Rossi, 2014).

A partir de estas representaciones sobre los usuarios de drogas, se crearon distintos tipos de dispositivos para atender el problema, basados en la internación compulsiva de los sujetos en instituciones de encierro como la cárcel o el hospital psiquiátrico, teniendo como objetivo principal sustraerlos del contacto con las drogas y lograr la abstinencia (Corda, Galante, Rossi, 2014). De esta manera, no se reconocieron otros caminos posibles a la supresión obligatoria de sustancias, como condición de inicio y despliegue de un tratamiento.

Desde esta perspectiva, cualquier consumo de sustancias se equipara a un consumo problemático o una adicción, no distinguiendo entre un uso simple de sustancias, un consumo abusivo o una dependencia. Por ello, sus dispositivos de tratamiento se organizan bajo criterios de umbral máximo de exigencia: son tratamientos por etapas, para todos por igual, regulados por preceptos y pautas prescriptivas. En tal sentido, se convierten en tratamientos homogeneizantes y uniformizantes, en los cuales no se sitúan las complejas relaciones que los individuos sostienen con las sustancias ni la función que ocupan en la subjetividad de cada uno.

A pesar de que este modelo de atención se haya constituido como hegemónico, y haya logrado instalar en el imaginario social representaciones negativas sobre las drogas y los usuarios –lo que genera estigmatizaciones y fuertes procesos de exclusión social–, las evidencias históricas demuestran que los enfoques prohibicionistas-abstencionistas tienen serias limitaciones para atender la magnitud y variedad de los problemas asociados al uso de drogas (Corda, Galante, Rossi, 2014). Estas evidencias se manifiestan en: *“los múltiples daños –jurídicos, sociales y sanitarios– infligidos a miles de jóvenes, pertenecientes a los sectores sociales subalternos, sometidos a procesos y reclusión carcelaria; aumento del número de consumidores; incremento de las intoxicaciones debido a las prácticas clandestinas de consumo de sustancias ilícitas; y desarrollo en progresión geométrica de las transacciones en el mercado clandestino de drogas o narcotráfico”* (Quevedo, 2015: 3).

Como se ha expuesto en el primer capítulo, estos discursos ligados a la abstinencia del consumo, la criminalización de los sujetos y el encierro como respuesta principal, configuraron los lineamientos teóricos, políticos y metodológicos que dieron origen al CENARESO. Si bien las prácticas de los profesionales no siempre coincidieron con este tipo de lógicas, se ha observado cómo desde la dirección institucional se fueron impulsando las normativas y los dispositivos

que llevaron implícita esta mirada. Son discursos que, aunque actualmente están fuertemente cuestionados por diversos sectores, circulan como parte del escenario organizacional.

2.4. Modelo de Reducción de Riesgos y Daños

Frente al fracaso de las políticas basadas en una matriz prohibicionista-abstencionista para atender los problemas vinculados al uso problemático de sustancias, el enfoque de reducción de riesgos y daños surgió como una modalidad de atención alternativa, proponiendo como uno de sus objetivos principales la disminución de la gravedad de los problemas asociados al consumo de drogas.

Este modelo nació en los países europeos, desarrollándose fuertemente a finales de los años ochenta, vinculado a la prevención de la epidemia del VIH/SIDA, que venía produciendo grandes daños entre la población de consumidores de drogas intravenosas (Galante y otros, 2009). Así es que a mediados de la década del ochenta comenzaron los primeros programas pioneros en Inglaterra, Holanda, y más tardíamente en Francia y Suiza, con experiencias comunitarias. (Quevedo, 2015).

En la Argentina, al igual que en los países europeos y por los mismos motivos, este enfoque comenzó a implementarse en los años noventa. Por ello, las primeras estrategias elaboradas desde este modelo se centraron en facilitar el acceso a la información sobre las distintas cuestiones involucradas en el uso de estas sustancias, para reducir los daños y riesgos asociados a su consumo, entre ellos, el VIH/SIDA (Galante y otros, 2009).

Desde este enfoque se conceptualiza al usuario de drogas como un sujeto de derechos, partiendo del supuesto de que el uso de drogas no es una práctica irracional (Touzé y otros, 1999). Por esto, comprender los significados que el sujeto le otorga al uso de sustancias se vuelve central para poder, a partir de allí, construir estrategias para que el consumo no se vuelva un factor de riesgo y exclusión.

Por otro lado, desde este paradigma se entiende que existen distintas formas de consumo de sustancias, no todas problemáticas. De esta forma, se diferencia lo que es el uso, el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas; considerando sólo a los dos últimos como consumos problemáticos (Damín, 2015). Asimismo, se comprende que: *“no existe una causa única a la*

que pueda responsabilizarse sino que son tres los ámbitos concurrentes, necesarios y 'obligatorios' para que pueda desarrollarse el consumo problemático: un contexto social, una persona con disposición y una o más sustancias” (Damín, 2015: 11).

A su vez, se establecen las diferencias entre lo que se denomina consumo ocasional, habitual y problemático de sustancias, sosteniendo que cualquiera de las diferentes formas posibles puede provocar daños a los sujetos, si se constituye en un uso problemático (Touzé, 2005). El consumo puede llegar a ser problemático cuando el mismo afecta negativamente, en forma ocasional o crónica, a una o más áreas de la persona: salud física o mental; relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio) o relaciones con la ley. Se comprende así, que el consumo problemático de sustancias presenta una multiplicidad de manifestaciones, que adquieren diversos grados de complejidad según el contexto histórico, político, económico y social en el cual se inscriben.

En tal sentido, las estrategias que se implementan desde este enfoque buscan reducir las consecuencias negativas del consumo de distintas sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta la diversidad de contextos y destinatarios de distintas edades y códigos socioculturales y de género, poniendo el énfasis en facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud.

A diferencia del modelo prohibicionista-abstencionista que parte de supuestos reduccionistas y propuestas homogéneas, este enfoque busca generar intervenciones que sean transversales, variadas, múltiples, flexibles, creativas y heterogéneas, para que los tratamientos sean singulares y se adecuen a las características de los usuarios y de la comunidad donde se implementan, siendo fundamental el concepto de “umbral mínimo de exigencia”, ya que el mismo refiere a no proponer como condición de inicio del tratamiento la prohibición del tóxico.

Si bien, como fue expuesto, el enfoque de reducción de riesgos y daños comenzó a desarrollarse en la Argentina en la década de los noventa; en el Hospital, a pesar de que ya habían comenzado a circular discursos relacionados con este paradigma, se comenzó a introducir fuertemente a partir de la intervención del CENARESO en el año 2012. Como mencionó una profesional:

Lic. en Psicología N° 1: *“Si bien no se hablaba de la reducción de daños en esa época, lo de la reducción de daños fue mucho antes de la nueva intervención. Ya se había empezado a hablar (...) antes de la nueva Ley de Salud Mental, pero en la práctica poco se implementaba.”*

En tal sentido y como fue expuesto en el capítulo anterior, recién en el año 2012 se comenzó a impulsar desde la dirección institucional el abordaje de las situaciones de consumo problemático de sustancias con dicho enfoque, incorporado en la Ley Nacional de Salud Mental. Esto se evidencia en los cursos, capacitaciones, y jornadas que se desarrollaron durante esa gestión para la formación de los profesionales en el mismo enfoque.

2.5. Paradigmas que atraviesan los modelos de atención en salud mental y consumo problemático de sustancias: Modelo Médico-Hegemónico y Salud Colectiva

A partir de la identificación de los distintos modelos de atención de la salud mental por un lado y el consumo problemático de sustancias por el otro, es posible observar que en las conceptualizaciones de cada uno sobre los sujetos, las problemáticas, las instituciones y las prácticas, subyacen distintos paradigmas del campo de la salud, que los atraviesan y los sustentan. En tal sentido, se considera que identificarlos permitirá complejizar la mirada sobre ellos.

Estos paradigmas que se entrecruzan en algunos de los modelos de atención identificados son, por un lado el modelo médico hegemónico y, por el otro, el enfoque de la salud colectiva⁶. Cada uno surgió en contextos históricos distintos y comprenden a los procesos de salud-enfermedad-atención de forma muy diferente.

El modelo médico-hegemónico se constituyó en los países centrales entre mediados del siglo XVIII y principios del siglo XIX durante el desarrollo de la primera Revolución Industrial, acompañando la constitución de la clase obrera y de la nueva ciudad industrial (Menéndez, 1986).

Las características dominantes de dicho modelo son: biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo e individualidad, que determinan una práctica reparativa que entiende a los procesos de salud-enfermedad como fenómenos biológicos del individuo. De esta manera, el modelo supone considerar la evolución pero no la historia de la enfermedad, por lo que los

⁶ Esta corriente de pensamiento también se denomina “Medicina Social Latinoamericana”.

procesos colectivos determinantes de la misma son muy secundariamente tomados en cuenta (Menéndez, 1986).

El modelo médico hegemónico fue creando distintos dispositivos y formas de intervenir, que se basan en la figura del médico como el dueño del saber –y por eso del poder–, deslegitimando al resto de las profesiones. De este modo, el tratamiento está dirigido a atenuar y controlar síntomas (considerados disfuncionales para la vida individual y social) a través de la medicación y/o la rehabilitación.

A partir de lo expuesto, se puede observar que la constitución del modelo asilar y con él la creación de la institución psiquiátrica, no puede ser entendido de manera separada de la lógica del Modelo Médico Hegemónico.

En la historia del Hospital, este modo de comprender los procesos de salud-enfermedad-atención, estuvo presente sobre todo en la consolidación del CENARESO como institución monovalente, en donde si bien había distintas disciplinas que integraban los servicios, el saber médico se impuso por sobre los demás. Como mencionó una de las profesionales entrevistadas:

Lic. en Psicopedagogía N° 1: *“Había un modelo médico hegemónico, en donde lo que decía el médico era casi como un lugar sagrado.”*

Estas concepciones que volvieron a entrar en escena en la actualidad del Hospital, se evidencian en el viraje de los contenidos del área de capacitación y formación a partir de la promoción de cursos y capacitaciones con la mirada centrada en lo biológico por sobre otras dimensiones. Como expresó otro profesional entrevistado, haciendo referencia al escenario institucional actual:

Médico Psiquiatra N° 2: *“Hay una preponderancia intencional de un abordaje médico y medicalizante de las cuestiones vinculadas a la salud mental y las adicciones (...) el sesgo científico con que se aborda la cuestión es médico conductual, lo que nos deja a los psicoanalistas y a las trabajadoras sociales un poco afuera de la cuestión...”*

Por otro lado, se encuentra la perspectiva de la Salud Colectiva, que atraviesa tanto al modelo comunitario de atención de la salud mental como al enfoque de reducción de riesgos y daños.

Dicha perspectiva surgió en América Latina hacia finales de la década de los sesenta. En esos años el paradigma de la medicina científica dominante, basado en el modelo médico hegemónico, comenzaba a entrar en crisis debido a un creciente deterioro de la salud colectiva, la desigualdad ante la enfermedad y la muerte entre las diferentes clases y la estratificación del sistema de salud. (Laurell, 1986). En tal sentido, se puso en evidencia: *“la insuficiencia del paradigma científico de la medicina dominante como modelo explicativo de la salud-enfermedad colectiva y la incapacidad de la práctica médica de transformar sensiblemente las condiciones de salud de la población”* (Laurell, 1986: 2).

La perspectiva de la salud colectiva entiende a los procesos de salud-enfermedad de la población como expresión de los procesos sociales y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos. De esta forma, postula la necesidad de analizarlos en relación al contexto económico, político e ideológico de la sociedad.

Este carácter histórico social de los procesos biológicos de los seres humanos, se expresa, por ejemplo, en la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos poblacionales, que se evidencian en el tipo de patologías y la frecuencia en la cual se presentan en unos y otros. De esta forma, estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social a otra.

Por su forma de comprender a estos procesos, en esta corriente de pensamiento las ciencias sociales cobran un papel central diferenciándose del modelo médico hegemónico en donde la figura del médico es la que detenta el saber y la verdad absoluta.

A partir de lo desarrollado hasta aquí, es posible observar cómo la perspectiva de la salud colectiva atraviesa al modelo comunitario de atención en salud mental, ya que el mismo incorpora sus aportes, comprendiendo a la salud mental como una construcción histórica y social, promoviendo abordajes interdisciplinarios y privilegiando lo comunitario.

Por su parte, el enfoque de reducción de riesgos y daños también incorpora esta perspectiva, para complejizar su análisis y comprender que los procesos de vulnerabilidad social a los que están expuestos muchos de los sujetos con consumo problemático, se interrelacionan de un modo complejo y dinámico con el uso de drogas. En tal sentido, se entiende que se produce una combinación de riesgos y daños que incluye, además de los factores asociados al consumo

en sí mismo, procesos de estigmatización y discriminación, violencia urbana y desvinculación de redes familiares, barriales y comunitarias (Galante y otros, 2009).

Como se ha visto hasta aquí, identificar y analizar las concepciones que subyacen a los modelos desarrollados, resulta fundamental para pensar las respuestas que se implementan, así como los discursos y los estereotipos que se construyen en la atención de la salud mental y el consumo problemático de sustancias. Como se ha visto, estos enfoques fueron creando diversos marcos normativos, conformando distintas instituciones, dispositivos y formas de intervenir, que resulta necesario repensar y problematizar continuamente, para generar prácticas que amparen los derechos de los sujetos y no los excluyan. En tal sentido, mientras que el modelo asilar y el modelo abstencionista-prohibicionista conciben a los sujetos con padecimientos psíquicos y a los usuarios de drogas como sujetos “peligrosos”, criminalizándolos y aislándolos; el modelo comunitario de atención a la salud mental y el enfoque de reducción de riesgos y daños exigen un profundo replanteo de aquellas concepciones, para pensarlos como sujetos de derechos y así promover estrategias centradas en el acceso a la salud.

De esta forma, a partir del recorrido realizado hasta aquí, se puede observar cómo estas distintas miradas se fueron entrecruzando de forma compleja en sucesivas etapas de la vida institucional del Hospital, dándose en consecuencia una superposición y convivencia de diferentes posturas ideológicas y científicas en continua disputa entre sí.

CAPÍTULO III: LA CONSTRUCCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

A partir de los desarrollos expuestos en los capítulos I y II, en donde se han caracterizados los cambios acontecidos en el Hospital y en el Dispositivo de Internación, identificando a su vez los modelos de atención en salud mental y consumo problemático de sustancias que los sustentan, en este capítulo la intención es dar cuenta de cómo se configura la intervención de los profesionales de dicho dispositivo, en el entrecruzamiento de sus propias lógicas, las representaciones y expectativas de los sujetos que se encuentran internados y los discursos que circulan desde el marco institucional. Para poder dar cuenta, finalmente, de cómo los profesionales se posicionan con respecto a las transformaciones institucionales.

3.1. La intervención en lo social

En este trabajo, siguiendo a Carballeda, se comprende a la intervención en lo social como un dispositivo, presentándose como: *“un instrumento de transformación no sólo de las circunstancias donde concretamente actúa, sino también como un dispositivo de integración y facilitación de diálogo entre diferentes lógicas que surgen, no sólo de los problemas sociales, sino de las instituciones en sí mismas”* (Carballeda, 2006: 4). En tal sentido, la intervención como dispositivo se conforma a partir de una trama de relaciones que se pueden establecer entre diversos componentes, lógicas y actores institucionales. En la misma, se entrecruzan las representaciones sociales dominantes, el contexto socio- histórico actual, las reglamentaciones y lineamientos institucionales, las conceptualizaciones que se sostienen sobre las problemáticas sociales, los sujetos que demandan una intervención y el posicionamiento de los profesionales.

De esta manera se entiende que ni el profesional que lleva a cabo una intervención ni el sujeto de esa intervención, son entes aislados del contexto institucional, histórico y político de la sociedad en la cual se encuentran situados, sino que, muy por el contrario, se sitúan en un escenario en el cual se manifiestan relaciones de poder que los atraviesan constitutivamente. Por lo tanto, se considera que desnaturalizar las situaciones que se presentan e interrogarse acerca de las posiciones y las relaciones que involucran tanto al profesional como a los sujetos que se encuentran en el dispositivo, es fundamental para poder abrir el camino a la construcción de una práctica que no reproduzca las desigualdades y exclusiones que se manifiestan en el orden sociopolítico actual.

3.2. Los sujetos de la intervención

Para comenzar a situar las relaciones y dimensiones que forman parte del escenario a partir del cual se configuran las prácticas que desarrollan los profesionales, resulta ineludible primero caracterizar a los sujetos que demandan la intervención.

Las características que presentan las personas que llegan al Dispositivo de Internación dan cuenta de situaciones muy complejas, en las cuales se evidencian trayectorias de profunda vulnerabilidad de derechos y exclusión social. Los padecimientos psíquicos y las problemáticas de consumo se entrelazan con otras dificultades que forman parte de ese padecer, como la falta de acceso a una vivienda, falta de recursos laborales, debilidad o ausencia de lazos sociales y familiares, entre otras. Constituyen situaciones que pueden ser nombradas como problemáticas sociales complejas: *“en tanto surgen en una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación”* (Carballeda, 2006: 2). Lo que sobresale es la heterogeneidad del padecimiento y su permanente metamorfosis. Como relató una de las profesionales entrevistadas:

Lic. en Psicología N° 2: *“El primer impacto es sujetos que quedan por fuera del sistema, en todo. O sea, esa es la primera impresión, sujetos que ya vienen desde hace muchos años no trabajando, no teniendo ninguna inserción escolar, sin mucho lazo social...”*

Debido a la complejidad de las problemáticas que presentan, son sujetos que se constituyen como “inesperados” (Carballeda, 2008) para las instituciones del Estado que debieran brindarles un espacio de inclusión; que por sus características fragmentarias, se convierten en agentes de rechazo y exclusión. Como expresó otra profesional:

Lic. en Trabajo Social N° 1: *“...nos encontramos, me parece, en este último tiempo, con poblaciones que vienen de un contexto muy complejo, con intentos autolíticos todo el tiempo, desde hace muchísimos años. Hemos tenido la última camada de chicos que se han criado prácticamente en institutos de menores, que se cortan todo el tiempo como manera de decir acá estoy. Es como que todo el tiempo están en la búsqueda de algo pero exponiendo su vida al límite (...), lo que está pasando es una vida de instituciones que lejos de ayudar a alguien, fomentaron estas situaciones de precariedad y de vulnerabilidad. Y no es que las instituciones,*

en la mayoría de los casos, ayudaron a la inclusión social. Lo único que hicieron es ponerle la carátula de chico institucionalizado, con todo lo que eso implica...”.

Estas trayectorias de vulnerabilidad y exclusión social evidenciadas en los sujetos que llegan al dispositivo producen que hasta la propia pregunta por la identidad, se desdibuje. En ellos recaen las representaciones sociales históricamente construidas que los etiquetan como “enfermos” o “adictos”; estigmas y discursos ajenos (de la sociedad, la familia y las diversas instituciones por las cuales pasaron) que muchas veces son asumidos por las propias personas que llegan al servicio.

3.3. El escenario institucional

La intervención profesional, en tanto se lleva a cabo en ámbitos institucionales, está fuertemente implicada por la propia dinámica que se desarrolla en las instituciones y el papel que éstas juegan en los diferentes contextos sociopolíticos. Por ello, reconocer las relaciones de fuerzas y los discursos que circulan desde lo institucional *“es sustantivo a la hora de pensar cómo estos escenarios pueden ofrecer u obturar posibilidades de mayor o menor autonomía profesional.”* (Moniec, González, 2014: 10).

De este modo, a la complejidad de la demanda que llega al Dispositivo de Internación, se le suma la complejidad de una estructura organizativa como la del Hospital, la cual, como se ha visto en los capítulos anteriores, se encuentra atravesada por las profundas transformaciones en los proyectos organizacionales, que producen un entrecruzamiento de distintos paradigmas que dan cuenta de distintas formas de concebir a los sujetos, a las problemáticas y a su abordaje.

En la historia del Hospital, las transformaciones organizacionales produjeron distintos contextos para el desarrollo de la intervención. Como se ha visto en el primer capítulo, durante la gestión del año 2012 al 2015, las reconfiguraciones sucedidas en el Dispositivo de Internación enmarcadas en la Ley Nacional de Salud Mental (a partir de la reformulación de las normativas, la duración de las internaciones, la implementación del consentimiento informado, la reforma edilicia, la incorporación de nuevos profesionales y la conformación de equipos interdisciplinarios, entre otras cuestiones) conformaron un escenario en donde se evidenció la posibilidad por parte de los profesionales de instaurar procesos instituyentes, y dar paso a la configuración de intervenciones basadas en los derechos humanos.

Si bien algunas de estas prácticas que se buscó instituir a partir de la intervención general del CENARESO ya se venían desarrollando desde antes del 2012 como opción ético-política de algunos profesionales y equipos, la sanción de la ley y la intervención de la institución generaron la producción de un escenario que reguló y avaló aquellas prácticas transformadoras que ya venían desarrollando ciertos profesionales, brindándoles un impulso mayor. Como expresó un profesional entrevistado:

Médico Psiquiatra N° 2: *“No obstante los lineamientos oficiales, nosotros teníamos nuestros propios sesgos terapéuticos y nuestras propias políticas en cuanto a los abordajes que nos damos para los pacientes (...) Porque auspiciosamente nuestro trabajo siempre tuvo la misma dirección y siempre estuvo signado por los mismos concernimientos y las mismas preocupaciones (...) Yo no necesitaba de la nueva Ley de Salud Mental para tener un criterio acorde a la nueva Ley de Salud Mental. Cambiaron orgánicamente, eso es interesante”.*

En contraposición a ese escenario instituyente, con el cambio de autoridades a fines del año 2015, en consonancia con la asunción de un nuevo proyecto político a nivel nacional, se comenzó a producir un escenario cuya dinámica constriñe y desafía a las prácticas de los profesionales en el dispositivo, implicando un clima de malestar y sufrimiento colectivo.

En tal sentido, desde la dirección del Hospital se fueron impulsando una serie de decisiones y acciones (como la quita de las supervisiones interdisciplinarias, la decisión de no incorporar nuevos profesionales frente al evidente faltante de los mismos, el cambio en el contenido de las capacitaciones; la persecución ideológica y agresión por parte de las autoridades a los trabajadores), afectando directamente a los profesionales, en la medida que generaron una serie de obstáculos concretos para el desarrollo de las intervenciones.

En un contexto como el descrito, la falta de profesionales constituye una gran dificultad para los equipos, que se ven desbordados por la cantidad de sujetos que ingresan y la complejidad que requiere su abordaje, lo que genera que no puedan abordar las situaciones de acuerdo con su criterio profesional. A su vez y a causa de la supresión de las supervisiones interdisciplinarias, a ello se suma la escasez y restricción de espacios institucionales para repensar sus prácticas.

Por otro lado, en relación con el contexto sociopolítico de ese momento que produjo un retroceso en materia de políticas públicas, surgieron otras dificultades que, como se ha visto en el primer capítulo, hicieron que los procesos iniciados con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, no pudieran avanzar. En tal sentido, la falta de dispositivos intermedios y políticas públicas que promuevan un sostén y una inclusión para los sujetos que salen de la internación, constituye una gran dificultad para los profesionales. Si bien esta situación ya se evidenciaba desde antes del 2015, a partir de ese año no hizo más que profundizarse.

Cuestión que, como expresó una profesional:

Lic. en Psicología N° 1: *“Es un gravísimo obstáculo que desgasta muchísimo a los equipos. Porque vos trabajás con todo lo mejor para que el paciente salga... pero bueno, cuando tenés esta realidad, no tenés dónde mandarlo y lo dejás acá meses y meses. No estamos sintiendo que hacemos lo que tenemos que hacer adecuadamente. Pero no tenemos otra oportunidad...”*

Todo esto, sumado a una serie de prácticas que desde la dirección del Hospital se fueron impulsando, demuestra una modalidad verticalista y autoritaria que tiende a instalar lógicas restrictivas tanto de los derechos de los pacientes como de la autonomía de los profesionales. Por ejemplo, mandar a revisar las pertenencias personales de los pacientes sin su autorización; maltrato verbal y descalificación continua de las exposiciones de los profesionales en los ateneos, decisión de involuntarizar⁷ a los pacientes sin considerar la opinión de los equipos. Como es el caso que relató una de las profesionales entrevistadas, en donde se decidió involuntarizar a una mujer embarazada sin que se diera un espacio de discusión en el que se escuchara a los profesionales:

Lic. en Trabajo Social N° 1: *“En este momento tenemos una paciente embarazada que iba y venía en la internación, con un embarazo bastante avanzado, y lo que se decide desde la dirección es involuntarizarla porque se considera que ese tercero que está en riesgo es el bebé. Me parece que eso sí tiene que ver con un cambio de prácticas, ¿no? A nivel ideológico, se ve lo religioso, lo jurídico y lo moral atravesando nuestras prácticas. Ante eso, yo, trabajadora social, y el psiquiatra, estábamos de vacaciones, con lo cual quedamos un poco fuera de esa decisión, de no poder pelearla en ese momento. La paciente ahora sigue involuntarizada (...).*

⁷Este término es utilizado por los equipos profesionales para aludir al cambio en la modalidad de internación, de voluntaria a involuntaria, conforme a la ley 26.657.

En eso sí se ven cambios, antes se hubiera dado un espacio de discusión (...). Se decide esto y no hubo lugar a nada”.

De esta manera, estas prácticas y decisiones impulsadas desde la dirección del Hospital, dan cuenta de modalidades regresivas que expropian la voluntad de los pacientes, a quienes consideran incapaces de tomar decisiones. Se evidencia una mirada tutelar y normativa sobre los sujetos, limitando a su vez los espacios para que los profesionales formen parte de las decisiones que se toman con respecto al tratamiento, reinstalando enfoques ligados a lo biologicista y a lo punitivo en profunda contradicción con lo que se establece en la Ley Nacional de Salud Mental.

Por todos estos hechos, un clima de malestar fue atravesando a todos los servicios del Hospital, entre ellos el Dispositivo de Internación. Muchos profesionales expresaron su preocupación con respecto a estas medidas, impulsadas desde la dirección, buscando desarrollar estrategias capaces de disputar los sentidos implicados en dichas medidas.

De este modo, se observa que el espacio organizacional donde los profesionales desarrollan su intervención, se constituyó como un campo de disputas y tensiones permanentes entre diversos actores atravesados por distintas y desiguales relaciones de poder (Rotondi, 2008).

3.4. El posicionamiento profesional

En este trabajo se entiende que el desarrollo de la intervención por parte de los profesionales, implica inevitablemente un posicionamiento técnico-instrumental, teórico-metodológico y ético-político (Iamamoto, 2002). En tal sentido en el contexto institucional expuesto y a partir del relato de los entrevistados y las observaciones realizadas en el dispositivo, se ha visto que dicho posicionamiento es diverso y depende mucho de la subjetividad de cada profesional, de su formación, de su trayectoria en la institución y de su sentimiento de pertenencia a ella. Estos factores hacen que exista una heterogeneidad de sentidos asignados a la intervención y una diversidad en las formas de trabajar.

De los profesionales entrevistados, se observa que el posicionamiento teórico en cuanto a la concepción de los sujetos, de las problemáticas y de su abordaje, se encuentra ligado a los enfoques consolidados en la Ley Nacional de Salud Mental. En sus discursos sobresale la

necesidad de concebir al sujeto en relación a su historia y su contexto, de intervenir en pos de sus derechos y de delinear planes de tratamiento que sean subjetivantes. Se concibe entonces, a los padecimientos psíquicos y a los consumos problemáticos desde enfoques integrales, donde la salud aparece como un derecho y una construcción social. A su vez, transmiten la necesidad de pensar a la internación como una instancia transitoria que permita alojar a los sujetos cuando los abordajes ambulatorios se encuentran obstaculizados, apoyándose en la necesidad de trabajar de forma articulada entre las distintas disciplinas, construyendo lazos y redes. Como expresó una de las profesionales entrevistadas:

Lic. en Trabajo Social N° 1: *“Es necesario poder ver a ese sujeto con sus padecimientos, con todos los problemas que tiene, con toda la coyuntura y desde ahí ver las intervenciones, pero como una totalidad. Entendiendo al sujeto inmerso en un momento histórico, con todos los atravesamientos de su historia, de sus padecimientos, para pensar en base a todo eso y no quedarnos en una lectura puramente crítica, viendo cuáles son las potencialidades que tiene la persona y qué podemos generar con lo que tenemos. Puede ser un sujeto arrasado por todos estos factores, pero un sujeto que puede pensar y que puede decidir, un sujeto autónomo. Siempre partiendo de la concepción de sujeto de derecho”.*

De esta manera, a partir del relato de los entrevistados, sobresale la idea de que la construcción del tratamiento es un trabajo de artesanía en función de la singularidad de cada paciente. Como expresó uno de los profesionales: *“La idea es tratar de crear con el paciente, el tratamiento”.* (Médico Psiquiatra N° 1).

Por otro lado, sobresale la necesidad de no tener una postura muy rígida con respecto a las situaciones problemáticas que se van presentando, siendo necesario ejercitar una apertura continua frente a las demandas que se van transformando. En esta línea, surgió la percepción de ellos como profesionales *“todo terreno”*:

Lic. en Psicopedagogía N° 1: *“Nosotros somos profesionales o deberíamos ser profesionales a todo terreno, no podemos pensar en la imagen del consultorio, la sillita y el escritorio, porque eso es más una representación de consultorio privado y de otro tipo, a estos pacientes hay que acompañarlos a todo terreno, entonces muchas veces nosotros salimos con ellos, los llevamos a resolver cosas administrativas, al banco, a pasear, a ir a tomar un helado o una*

pizza. Acompañarlo a lo que el paciente necesita, no podemos pensar en esa pureza del consultorio de cuatro paredes blancas.”

A su vez, en esta dinámica de construcción apareció otro aspecto que resulta de gran importancia para ellos, que es la conformación de los equipos y la búsqueda de espacios de encuentro y discusión:

Lic. en Psicopedagogía N° 1: *“A veces nosotros tenemos un paciente que está mal y por ahí lo entrevistamos no sé, cinco veces en la misma tarde. Distintas intervenciones, interviene el trabajador social, interviene el psicólogo, interviene el psiquiatra, intervengo yo como psicopedagoga, no sé, todos. Me parece que éste es un concepto importante, el trabajo en equipo. Son pacientes muy complejos, muchas veces la demanda es absoluta, no puede sostenerlo una sola persona (...) Entonces muchas veces sentimos que necesitamos armar como un micro equipo ampliado, para que intervengamos unos cuantos, porque si no es agotador, son muchas cosas.”*

De esta forma el trabajo en equipo se vuelve un factor central, en donde se conjugan las distintas miradas y la especificidad disciplinaria en la necesidad de abordar de forma integral una situación. En esta conjugación de miradas se da la posibilidad de disputar los sentidos asignados a la intervención, en donde no todos los profesionales están posicionados desde los mismos lugares.

Si bien en todas las entrevistas realizadas, predominaron aquellas miradas expuestas en los párrafos anteriores, vinculadas fuertemente con los enfoques establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental, sería reduccionista afirmar que todos los profesionales que integran el Dispositivo de Internación se posicionan desde estos lugares. En tal sentido, a partir de las observaciones realizadas en el dispositivo, se ha visto que en la construcción de las intervenciones se producen tensiones que evidencian el entrecruzamiento de distintos discursos por parte de los propios profesionales, que hacen que las prácticas pendulen entre enfoques heterogéneos y contrapuestos.

A su vez, se ha observado que trabajar en un dispositivo tan complejo como es la internación, en el marco institucional descrito, genera mucho desgaste. Como expresó una entrevistada: *“...la internación es un lugar que te absorbe mucho y empezás a ver que es esa la realidad*

nada más...” (Lic. en Psicología N° 1). Esto hace que a veces recaigan en ellos, sin que sean del todo conscientes, los mandatos y los discursos que circulan desde lo institucional, haciéndolos entrar en contradicción y tensión con sus propias miradas. En tal sentido, la posibilidad de lograr un cierto grado de autonomía relativa y no quedar capturado por las propias dinámicas institucionales, depende mucho de la subjetividad de cada profesional y de cómo se posicione.

También a partir del relato de los entrevistados, se observó que un factor que influye en el posicionamiento de los profesionales frente a ciertas miradas y discursos que circulan desde el marco institucional, se relaciona con su incorporación en diferentes momentos de la historia del Hospital, y con su suscripción a un determinado proyecto organizacional en diferenciación a otros. Esto se evidencia mucho en el discurso de los profesionales que se incorporaron con la intervención de la institución en el año 2012. En ellos se identifica un fuerte sentimiento de pertenencia con aquel proyecto al cual fueron convocados en su momento. Por otro lado, se ha visto que los profesionales que ya estaban desde antes de aquella reconfiguración institucional, mantienen una posición más distante y crítica frente a las distintas transformaciones organizacionales sucedidas, sin identificarse con ningún proyecto específico sino más bien con la propia impronta que le imprimen a su trabajo y la capacidad para disputar con lo que no están de acuerdo. Como expresó un profesional que se incorporó a trabajar en el año 1994: *“Algunos llevamos más años peleándonos con el entorno que otros... (Risas)... ¿se entiende, no? Tanto pelear con el entorno, uno se acostumbra a pelear.”* (Médico Psiquiatra N° 2).

A su vez, se observó que esta incorporación de los profesionales en distintos momentos de la historia institucional hizo que fuera muy diferente para cada uno el ingreso al dispositivo y el hecho de atravesar las transformaciones que se sucedieron en el Hospital. Como expresó una profesional entrevistada haciendo referencia a su experiencia:

Lic. en Psicología N° 1: *“Al principio fue difícil porque éramos muchos que estábamos entrando. Había un momento entre los viejos y los nuevos de bastante tensión, que para mí es propio de lo institucional, pero en general creo que todos los que entramos en los últimos años fuimos bien recibidos (...) Ellos también tuvieron que aprender a adaptarse a una cosa nueva, a una forma de trabajo diferente. Algunos la pasaron muy mal, otros se pudieron adaptar... hubo como distintas formas también de responder a eso”.*

A partir del recorrido realizado hasta aquí, se observó que las transformaciones en los proyectos organizacionales, generaron diversos obstáculos, posibilidades y/o desafíos para el desarrollo de las intervenciones de los profesionales. A su vez, se visualizó que cada intervención realizada, implica una construcción única en la cual se articulan las propias representaciones y expectativas del sujeto, la impronta de cada profesional y la posibilidad de articular las normativas institucionales, en un continuo ejercicio por disputar los sentidos que se les asignan a las intervenciones para que puedan orientarse hacia la reparación y reinscripción de los sujetos, desde un abordaje singular (Carballeda, 2006).

3.5.Surgimiento de estrategias de resistencia y acciones colectivas

A pesar de la adversidad en la que se inscriben los procesos de intervención --debido a la complejidad de la demanda que llega al dispositivo y las dificultades que genera el contexto institucional-- muchos de los profesionales del dispositivo se han posicionado desde un lugar de resistencia, asumiendo el desafío de generar apuestas colectivas y creativas frente a un escenario que tiende a constreñir las prácticas transformadoras.

En tal sentido, se observó que los profesionales del dispositivo de internación encontraron la posibilidad de desarrollar acciones colectivas en la construcción de diálogos y articulaciones, tanto hacia el adentro como hacia el afuera institucional.

Hacia el adentro institucional, las iniciativas generadas por parte de los profesionales, se sostienen en la profundización de lazos entre equipos de trabajo de los distintos dispositivos del Hospital, con los cuales compartir experiencias, discutir criterios y, fundamentalmente, generar condiciones y lineamientos de acción conjunta. Un ejemplo de esto es la organización de los trabajadores sociales del Hospital, que frente a la quita de las supervisiones interdisciplinarias decidieron conjuntamente no participar de esos espacios que quedaron reducidos al campo de la psicología, para generar sus propias instancias de encuentro y discusión.

A su vez, los mismos profesionales buscaron construir distintos espacios y estrategias de intervención que pudieran ser creativas y transformadoras en un escenario que muchas veces se vuelve hostil. De esta forma, a partir de los distintos talleres que se desarrollan en el

dispositivo (carpintería, huerta, manualidades, taller socio-productivo), las trabajadoras sociales implementaron un proyecto para que las producciones en dichos talleres puedan formar parte de una economía social, que permita generar espacios de inclusión social a los sujetos que están internados. Como mencionó la trabajadora social entrevistada:

Lic. en Trabajo Social N° 1: *“...Se trata de ir un poco más allá y ver si esto puede generar alguna alternativa más para futuro (...) Como, en un marco que a veces se transforma en muy hostil, crear estrategias de supervivencia, me parece que es lo que estamos intentando en estos talleres... Como buscar un espacio un poco más amigable, más saludable, donde no esté todo el tiempo o la muerte o la demanda o cosas que para lo cotidiano son a veces muy difíciles de sostener a nivel personal. Se trata de crear estos espacios donde los pacientes puedan generar algo más positivo, que también tiene que ver con lo terapéutico pero desde otro lugar, más de horizontalidad (...). En esos espacios uno comparte esta cotidianidad que es distinta y que tiene que ver con esto, con un lugar de mayor cercanía. Eso me parece que es el desafío, y las tres trabajadoras sociales estamos tirándonos para ese lugar que nos da un poco de alivio”*.

Por otro lado, hacia el afuera institucional, también se identificaron estrategias de los profesionales que apuntan al trabajo en red con otras instituciones, construyendo espacios de encuentro e intercambio, a pesar de no tener el apoyo del Hospital para formalizarlas. Como mencionó la trabajadora social:

Lic. en Trabajo Social N° 1: *“A ver, debería ser y seguimos peleando porque sea una red a nivel institucional y a nivel formal, pero eso sigue sin pasar. Entonces, todas las redes se dan desde lo informal. Lo que ha pasado, me parece, desde estos últimos años con la ausencia de políticas públicas, es que muchísimas instituciones se ven en la misma situación de tratar de generar redes con otros. Con lo cual, con distintas instituciones con las que nos juntamos, nos vemos con los mismos problemas, estamos todos un poco en la misma (...) Es una tarea interesante, porque implica no sólo pensar con lo que contamos acá, sino tratar de armar una red mucho más allá. Eso es un desafío y es algo que lo estamos armando.”*

A partir de lo desarrollado en este capítulo, se ha observado que las transformaciones organizacionales sucedidas en el Hospital atraviesan profundamente la configuración de las intervenciones de los profesionales y los interpela en su posicionamiento teórico-metodológico y ético-político. En tal sentido, se ha visto que el conflictivo y complejo escenario institucional

que muchas veces tiende a constreñir las prácticas, no imposibilitó a los profesionales en la creación de diversas estrategias colectivas que les permitieran disputar los mandatos institucionales.

Por ello, se entiende que los profesionales del dispositivo de internación son actores principales en el juego de negociaciones y luchas que se hacen presentes en el Hospital. En la medida que adhieran o no a los mandatos institucionales, podrán disputar los sentidos que se les asignan a las intervenciones (Moniec, González, 2014).

CONSIDERACIONES FINALES

La presente investigación ha planteado como problema objeto de investigación explorar de qué manera las transformaciones en los proyectos organizacionales que atraviesan al Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte, sucedidas en el período 2012-2017, operan en la configuración de la intervención de los profesionales del Dispositivo de Internación. Se ha emprendido esta tarea para analizar cómo se entrecruzan en dicha intervención, los diferentes modelos de atención de la salud mental y el consumo problemático de sustancias que sostienen a los distintos proyectos organizacionales y que circulan de forma compleja en la institución.

Para dar respuesta a esto, se realizó una caracterización de las transformaciones institucionales, puntualizando en dos momentos: en el año 2012 a partir de la intervención del Centro Nacional de Reeducción Social y en el año 2016 a partir de la asunción de una nueva gestión institucional. A su vez, se establecieron los cambios acontecidos en el Dispositivo de Internación en cuanto a su estructura y su dinámica organizativa.

Con el desarrollo del trabajo, se ha observado que dichas transformaciones se encuentran estrechamente ligadas al contexto sociopolítico y el marco normativo vigente en cada momento, en los cuales subyacen las diversas miradas y discursos correspondientes a distintos paradigmas acerca de la atención de la salud mental y el consumo problemático de sustancias.

En tal sentido, se identificaron y describieron los modelos de atención implicados en los diferentes proyectos organizacionales, lo que permitió dar cuenta de las distintas construcciones teóricas, ideológicas, metodológicas y prácticas que guiaron y sustentaron los procesos acontecidos en la institución. De esta forma, se describieron por un lado, el modelo asilar y el modelo comunitario de atención en salud mental y, por el otro, el modelo prohibicionista-abstencionista y el enfoque de reducción de riesgos y daños. Asimismo, para complejizar la mirada sobre aquellos modelos, se establecieron los dos paradigmas del campo de la salud que los atraviesan: el modelo médico hegemónico y el enfoque de salud colectiva.

De esta manera, se observó que mientras que el modelo asilar y el modelo abstencionista-prohibicionista conciben a los sujetos con padecimientos psíquicos y a los usuarios de drogas como sujetos “peligrosos”, criminalizándolos y aislándolos; el modelo comunitario de atención en salud mental y el enfoque de reducción de riesgos y daños exigen un profundo replanteo de

aquellas concepciones, para pensarlos como sujetos de derechos y así promover estrategias centradas en el acceso a la salud.

Su identificación se volvió fundamental para analizar las distintas miradas que se fueron entrecruzando de forma compleja en sucesivas etapas de la vida institucional del Hospital, dándose en consecuencia una superposición y convivencia de diferentes posturas ideológicas y científicas en continua disputa entre sí.

A su vez, a partir de estos desarrollos, se pudo observar que en la historia del Hospital, las reconfiguraciones organizacionales produjeron distintos contextos para la construcción de las intervenciones. De esta forma, se identificó que con las reformas que se produjeron a partir de la intervención de la institución a fines del año 2012 en estrecha vinculación con los principios que establece la Ley Nacional de Salud Mental, se conformó un escenario en donde se evidenció la posibilidad por parte de los profesionales, de instaurar procesos instituyentes y dar paso a la configuración de intervenciones basadas en los derechos humanos. Mientras que, muy por el contrario, con el cambio de autoridades a fines del año 2015, en consonancia con la asunción de un nuevo proyecto político a nivel nacional, se comenzó a producir un escenario cuya dinámica constriñó y desafió a las prácticas de los profesionales, implicando un clima de malestar y sufrimiento colectivo.

En tal sentido, a partir del relato de los entrevistados y las observaciones realizadas en el dispositivo, se ha visto que estas transformaciones en el escenario institucional generaron diversos obstáculos, oportunidades y/o desafíos que atraviesan profundamente la configuración de las intervenciones de los profesionales, interpelándolos en su posicionamiento teórico-metodológico y ético-político.

Por último, los resultados de esta investigación permitieron dar cuenta de que a pesar del complejo contexto institucional generado a partir del último cambio de autoridades en el Hospital, algunos de los profesionales lograron organizarse y construir diversas estrategias – tanto hacia el adentro como hacia el afuera institucional– disputando los mandatos organizacionales y los sentidos asignados a las intervenciones.

ANEXO

CAPÍTULO I: TRANSFORMACIONES INSTITUCIONALES Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO.

▪ Cuadro documentos institucionales

DOCUMENTOS INSTITUCIONALES				
N.º	Documento	Año de producción	Tipo de documento	Contenido del documento
1	Ley N.º 20.332	1973	Ley Nacional	Creación del CENARESO.
2	Decreto 1690/1992	1992	Decreto	Aprobación Estructura Administrativa del CENARESO.
3	Informe de Auditoría (Auditoría General de la Nación)	2008	Informe de Auditoría	Relevamiento del estado de situación del CENARESO.
4	Estudio Especial, Centro Nacional de Reeducción Social (Auditoría General de la Nación)	2013	Informe de Auditoría	Estudio especial sobre la situación del Centro Nacional de Reeducción Social.
5	Decreto N.º 782/2013	2013	Decreto	Ratificación de la Resolución 1809/12 del Ministerio de Salud de la Nación. Cambio de gestión institucional.
6	Plan Estratégico 2013-2015	2013	Documento Institucional	Planificación estratégica a seguir por el plazo de dos años con respecto a: el modelo de gestión, la política presupuestaria, el modelo de atención, la formación y los recursos humanos, la inserción en red, entre otros puntos.
7	Contrato de Internación	Previo a la intervención general del Hospital en el año 2012.	Documento Institucional.	Contrato que debían firmar los pacientes para recibir tratamiento. En este documento se establecían una serie de deberes y obligaciones que los sujetos internados debían cumplir para poder quedarse en la institución.
8	Consentimiento Informado	Posterior a la intervención general del	Documento Institucional	Consentimiento informado que firman los sujetos que reciben tratamiento en el Dispositivo de

		Hospital en el año 2012.		Internación. En este documento se detallan sus derechos acordes a los principios que establece la Ley Nacional de Salud Mental.
9	Ley N.º 27.267	2016	Ley Nacional	Cambio de nombre de la Institución: del CENARESO al Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte.
10	Política Presupuestaria del año 2016	2016	Documento Institucional	Descripción y justificación de la política presupuestaria institucional.
11	Balance de gestión abril 2016- abril 2017	2017	Documento Institucional	Balance de la gestión institucional.

- **Entrevista realizada a profesional que trabaja en la institución desde antes de la Intervención General del CENARESO a fines del año 2012.**

Profesión: Psicóloga

Identificación: Lic. en Psicología N.º 2

Lugar: Hospital Nacional en Red. Entrevista efectuada en el área de Consultorios Externos.

Duración: 57 minutos.

Lo primero que te voy a preguntar, es sobre de tu trayectoria profesional

E: ¿Cuál es tu profesión?

Lic. en Psicología N.º 2: Yo soy doctora en psicología.

E: ¿Hace cuánto tiempo trabajás en la institución?

Lic. en Psicología N.º 2: Ingresé en el año 92' como concurrente ad honorem. Hice cuatro años de concurrencia ad honorem, pero al cabo de los primeros dos años, logramos agruparnos una serie de concurrentes para armar una especie de asociación que funcionaba como cooperativa, pero que se llegó a formar como una sociedad de responsabilidad delimitada. Con esa agrupación, que éramos veinte socios, logramos que nos contraten como empresa para hacer guardias. Entonces, en el año 94' ya empecé a hacer una guardia rentada por semana. Y a partir de ahí, fue la época de Menem, viste que era todo tercerizado, fueron incrementándose las guardias, la empresa fue subcontratando otros profesionales y fuimos tomando un poco más de intervención en cuanto a más días y horarios de guardia rentada, pero siempre manteniendo la concurrencia ad honorem en los servicios, porque eran una de las condiciones que nos habían pedido. Más allá de que nos pagaran una guardia, dos por semana, las horas ad honorem que le brindábamos a la institución, teníamos que seguir manteniéndolas. Así que en el año 94' empecé con esa guardia, ya para el 96' hacía dos guardias por semana y no me acuerdo en que año, logré que me contraten directamente de lunes a viernes para un servicio. Ahí ya quedé como profesional contratado de planta.

E: ¿Y en el Dispositivo de Internación hace cuánto que trabajas?

Lic. en Psicología N.º 2: En el de internación no hace tanto en comparación con otros dispositivos. En el equipo de Guardia estuve a partir de esto que te conté, estuve como ocho años. Después, cuando logro que me contraten para un servicio, era para Hospital de Día. Al mismo tiempo, hice durante un tiempo, una guardia semanal de lunes a viernes en Hospital de Día; ahí estuve más de diez años. Y en un momento, me dijeron que tenía que optar, ahí la empresa perdió la licitación porque hubo todo un manejo político, y directamente logramos pelear para que nos reconozcan las contrataciones individuales y no por tercerización. Entonces, ahí me contratan en forma individual para Hospital de Día, y ya no hice más guardias porque tenía que optar o por un equipo de guardia o por el equipo de Hospital de Día.

Me quedé en Hospital de Día, ya te digo, más de diez años, no recuerdo... Después de ahí, yo quise hacer un cambio y me pasé a internación, entonces me pasé a la internación que estoy actualmente, que ya debe de hacer como siete u ocho años que estoy. Y después, en el medio de todo eso, al principio de todo cuando ingresé como concurrente ad honorem, ingresé a la internación de lo que ahora es agudos, que en ese momento se llamaba internación a corto plazo... no recuerdo ya el nombre que tenía, pero una era residencia... Ah no, internación en crisis se llamaba, que eran los pacientes que ingresaban así como necesitando una intervención rápida, breve y muy así, de poco tiempo. Y la otra internación, se caracterizaba porque era más prolongada, estaban más tiempo, que era en donde ahora estoy, que es internación, no tiene otro nombre.

Así que en realidad pasé por la Guardia, Hospital de Día, la Internación en Crisis, la cual ahora es aguda y la actual Internación en donde estoy, que antiguamente se llamaba Residencia y ahora es Internación.

E: ¿Y antes de trabajar en el Hospital trabajabas en otro lugar?

Lic. en Psicología N.º 2: No, ¿porque sabes cómo yo quedé acá? Cursando la última materia de la facultad. Era prácticas profesionales en instituciones forenses, era la cátedra de la Universidad de Buenos Aires. Y bueno, había tenido un muy buen resultado en esa práctica, entonces el mismo docente me ofreció, como estaban necesitando reforzar la internación que yo te dije que era crisis. Justo yo me recibía en diciembre y entraba el periodo de verano que muchos se tomaban vacaciones, entonces necesitaban reforzar con concurrentes. Así que directamente continué, no interrumpí. Así que me recibí estando acá.

Ahora quiero preguntarte un poco sobre el funcionamiento del Dispositivo de Internación.

E: ¿Cuántos pacientes tiene, en promedio, el dispositivo?

Lic. en Psicología N.º 2: Aproximadamente treinta pacientes. Ponemos también un tope, porque había más camas en el sector de mujeres, no en el sector de varones. Antiguamente estaban mezclados, pero ahora está el edificio de mujeres y el edificio de varones. Y hay camas, pero lo que pasa es que no llegamos a dar a vasto con el equipo que estamos, entonces pusimos como un tope ahí en treinta, aproximado. Y bueno, es más o menos lo que cada equipo puede absorber para que los pacientes estén bien atendidos.

E: ¿Cuántos profesionales son?

Lic. en Psicología N.º 2: Y... hay bastantes igual. Porque yo he tenido épocas en donde hemos tenido que apechugar mucho más. Éramos a lo mejor dos psicólogos a la tarde y teníamos hasta una población, llegamos a tener hasta cuarenta pacientes. Y a la mañana había más, siempre a la mañana había más profesionales, pero a la tarde mermaban.

Yo te puedo decir, más o menos, lo que tenemos a la tarde en este momento de psicólogos. De psicólogos, hay cinco a la tarde y algunos hacen mañana y tarde, entonces por ahí no todos los días hay cinco. Hay días que hay menos, hay días que hay más. Y después, a la mañana siempre hay más afluencia de profesionales y no sé si habrá siete u ocho psicólogos. Pero bueno, la idea es que cada profesional, más o menos, tenga cuatro o cinco pacientes. Si bien yo he tenido hasta ocho, más algunos que vienen por Consultorios Externos, que son los que se externan y en esa etapa intermedia entre la derivación a Consultorios externos y la externación propiamente dicha, hay un periodo en donde todavía no los terminan de absorber en Consultorios Externos porque no tienen horarios, entonces los profesionales que lo venían atendiendo desde internación, lo siguen atendiendo. Entonces, a veces tenés cuatro o cinco, pero después tenés por Consultorios Externos varios y ya te llenan las horas.

E: ¿Cómo se realiza la admisión de los pacientes al dispositivo? ¿Qué procedimientos conlleva?

Lic. en Psicología N.º 2: Bueno, a vos esto te sirve para historizar un poco... Hubo distintas modalidades, en un momento, por ejemplo, hacíamos como una admisión doble, si se le puede llamar admisión.

La admisión propiamente dicha, la hacía el equipo de admisión de Consultorios Externos, era quien tenía la voz cantante de a dónde va este paciente. Va a Agudos, va a la Internación, va a Hospital de Día ¿Qué hacemos? El equipo decidía y entraba sin ton ni sol, a menos que haya sido un paciente que ya había estado internado y por sus características, probablemente un paciente que es muy reincidente, que no dura mucho tiempo, que se va a ir, que a lo mejor es transgresor a las normas o que ha tenido alguna otra cuestión complicada de convivencia, en esos casos sí se consultaba un poco al equipo de internación, a ver que pensaban sobre ese caso. Pero si no, si es un paciente que no prestó ninguna dificultad o es nuevo, entraban directamente, decidiendo esto el equipo de admisión de Consultorios Externos.

Eso fue variando a lo largo de todos estos años. Cuando entró la nueva intervención, por ejemplo, que hubo esta transformación en el Hospital, había equipos interdisciplinarios que trabajaban siempre en conjunto: trabajador social, psiquiatra y psicólogo. Y todo el tiempo eran reuniones de interconsulta entre los equipos. Si el equipo de admisión había decidido o el equipo de Atención a la Demanda Espontánea había decidido que ese paciente iba a ir a Internación, se reunían los equipos con el equipo de Internación o los coordinadores de Internación y ahí, entonces, se pensaba si estaban de acuerdo para ingresar a ese paciente. Bueno, eso fue asentándose, después no hubo necesidad de consultar y decidir de a todo el equipo o lo decidía el equipo de Guardia muchas veces, porque el equipo de Guardia por ahí estaba interviniendo también con algún caso que venía de urgencia y tenían que internar, entonces decidía la Guardia... Bueno, actualmente lo que hacemos es que ya sea Atención a la Demanda Espontánea o Guardia o Consultorios Externos, cuando deciden que un paciente va a ir a la Internación, directamente los coordinadores de esos dispositivos se comunican con los coordinadores de Internación, y tienen la decisión los coordinadores. O sea, por supuesto se toma en cuenta lo que está decidiendo el equipo, pero después, queda definitivamente en manos de los coordinadores de ambos servicios y ahí deciden ellos.

E: En relación a esto: ¿Cómo se conforman los equipos de intervención en el Dispositivo de Internación? ¿Hay algún criterio?

Lic. en Psicología N.º 2: ¿Los equipos para un paciente?

E: Sí. El equipo tratante para un paciente.

Lic. en Psicología N.º 2: Nada, no hay un criterio, simplemente el coordinador es el que evalúa. Los coordinadores son los que evalúan el caso que ingresó y evalúan en función de qué cantidad de pacientes tiene cada profesional. Por ahí, si es un paciente que ya estuvo, por ejemplo, me pusieron un paciente a mi ayer, porque es un paciente que ya estuvo varias veces y lo atendía yo. Entonces, obviamente me lo vuelven a poner a mí porque ya lo conozco. Pero después, por lo general se guían de acuerdo a la lista y cuántos pacientes tiene cada uno. En lo posible, tratan de que los equipos estén juntos, si puede ser de la tarde, que estén todos los de la tarde, porque a veces si te toca el psicólogo de la mañana que no viene nunca a la tarde con el psiquiatra de la tarde, es un problema. En lo posible, tiene que ser equipos que se vean, que trabajen juntos. ¿No?

E: ¿Cómo es la dinámica de trabajo en el dispositivo? ¿Cómo se organiza el trabajo y las actividades dentro del mismo?

Lic. en Psicología N.º 2: Bueno, hay varias actividades, talleres o actividades terapéuticas que tienen diferentes horarios. Por lo general, a la mañana y a la tarde se hacen más grupos terapéuticos, hay un cronograma con actividades y horarios para que no se entrecruzan. Y por lo general, el criterio es que todos los pacientes deberían ingresar a todo el dispositivo completo, a todas las actividades. Pero esto es el ideal, en la práctica no ocurre porque los pacientes después empiezan que no, que no me gusta ir a la escuela, o que no me gusta ir a hacer carpintería, o que no me gusta el taller de arteterapia...

Hay taller de arteterapia, hay taller de carpintería, hay musicoterapia, hay una biblioteca, hacen lecturas... Después, hay un profesor que viene que hace manualidades, en diferentes materiales. No se llama de manualidades, pero es un taller para trabajar con materiales, artesanías, diferentes cosas... Después está la actividad física que hacen con el profesor que es del equipo de planta.

Entonces, si vos le das un poco a elegir, los pacientes por lo general eligen una actividad, fútbol, o alguno más activo elige ir al taller de huerta y nada más. Y claro, no lo podés obligar, lo ideal sería que puedan participar para que estén ocupados y que no estén todo el tiempo mirando la tele o tener que levantarlos de la siesta porque siguen hasta la noche durmiendo. Pero la realidad es que cuesta muchísimo, y cada vez que viene un docente, por ejemplo, de la escuela y los

quiere llevar para que refuercen el aprendizaje, los que no tienen ni el primario terminado, que son la gran mayoría, o los que quieren hacer algo de secundario para ir tomando práctica con alguna materia, van una o dos clases y después no quieren ir más. Entonces, esto a los profesores, el tener que ir buscarlos e insistirles, les produce un desgaste. Y bueno, terminan trabajando con los que van...

Entonces, la organización es un poco, en teoría, que todos tienen que ir a todo. En la práctica, es muy complicado. Hay que sostener la actividad y estar encima del paciente, tenés que ir, levantarlo de la siesta... Hay que estar todo el tiempo encima de ellos para que vayan.

E: ¿Tienen reuniones de equipo? ¿Supervisiones?

Lic. en Psicología N.º 2: Sí, reuniones de equipo siempre, fijas los lunes. Los días miércoles, cada quince días hay supervisiones con una supervisora que es externa del Hospital que viene cada quince días porque va a otros servicios, a internación viene miércoles por medio. De orientación psicoanalítica y las reuniones de equipo son mayormente entre los dos equipos: mañana y tarde, por lo tanto, se hacen en un horario que se entrecruzan los dos equipos. Si un equipo ingresa a las ocho hasta las catorce, y el otro ingresa a las catorce hasta las veinte, la reunión se hace a las trece como para que se entrecrucen dos horas en el mismo horario.

Ahora quiero preguntarte más específicamente sobre la intervención profesional.

E: ¿Desde qué enfoques o perspectivas te posicionas para desarrollar tu intervención en salud mental y consumo problemático de sustancias?

Lic. en Psicología N.º 2: Si bien siempre predomina en el Hospital la orientación psicoanalítica, que es una característica muy importante de este lugar porque históricamente se preservó y se trató de fomentar que la orientación sea psicoanalítica, siempre. Si bien esto está instalado en el Hospital, por supuesto que cada profesional le da su particular impronta o su característica o modalidad de trabajo. Porque qué sé yo, los que estudiamos en la UBA tenemos orientación psicoanalítica, pero después en la práctica y con esta particular población de pacientes que son muy, muy concretos, de un recontra bajo nivel simbólico y con una carencia cultural exacerbada que muchas veces se hace muy difícil trabajar como uno imagina que uno podría trabajar en una entrevista psicoanalítica, se hace muy difícil... Entonces, cada uno le va dando su forma, su particular manera de estar caso por caso, con una posición que no sea una posición muy rígida, muy teórica sino más bien tratar de encontrar el punto justo como para

que haya una transferencia con el paciente y al paciente pueda serle útil la entrevista. Más allá de todo eso, que es caso por caso, con algunos podés trabajar, tienen más nivel simbólico y podés trabajar un poco más relajado con la escucha psicoanalítica, en otros casos, por ahí, la entrevista es mucho más concreta y a veces solamente orientativa porque muchos pacientes vienen simplemente a tratar de recomponerse físicamente y no quieren abrir temas y por ahí, si abris algún tema se descompensa o se quiere ir. Hay que tener mucho tacto frente a ese caso. Y más allá de todo esto, de caso por caso según cómo uno se posiciona en el caso, mi particular posición teórica tiene más que ver con la línea psicoanalítica existencial no tanto con la línea psicoanalítica lacaniana que es la que vos vas a escuchar que predomina más en la mayoría de los profesionales. Pero bueno, yo me fui volcando, pase por distintas instancias en cuanto a mis inclinaciones teóricas hasta que me llegó la etapa en donde por una cuestión de interés, porque cursé el doctorado y porque empecé a investigar; hice un doctorado con una línea justamente psicoanalítica en otra universidad, que era la Universidad de Flores, y eso me fue conquistando, las lecturas de ciertos filósofos más de esa línea y bueno, me fui como volcando más a lo que es el sentido de la vida y tratar de trabajar desde ese lugar con el paciente. Responsabilizar al paciente, me gustó mucho trabajar desde esa forma, así que es eso lo que actualmente utilizo más desde mi posición. Pero bueno, una cosa es la escucha y otra cosa es la modalidad en la que uno interviene. Yo creo que la escucha es siempre psicoanalítica con todo el bagaje de conocimientos que uno trae, freudiano, lacaniano, existencial, lo que quieras. Pero el modo de intervenir, si querés llamarle alguna interpretación que uno puede llegar a hacer en el momento de la entrevista con el paciente, bueno, sería un poco eso... En el momento de intervenir la línea existencial sería mi forma de trabajo. Esto sí es muy personal.

E: En este marco. ¿Qué sentido le atribuí a la internación como modalidad de tratamiento en la atención de la salud mental y el consumo problemático de sustancias?

Lic. en Psicología N.º 2: Yo creo que es ultra necesario para la población que nosotros recibimos. ¿Para qué uno se interna? Para que el paciente tenga todos los días terapia y tenga un abordaje intensivo, como una especie de terapia intensiva donde tenga todos los días terapia, para eso se interna... Por eso, la idea es ver a los pacientes todos los días. Pero bueno, eso sería desde el punto de vista del ideal terapéutico. La realidad es que vienen tan deteriorados físicamente, tan deteriorados, que cuando se piensa en la internación también se piensa para que el paciente se recupere clínicamente. O sea, psíquica y físicamente.

Entonces, aunque tenga o no tenga todos los días un terapeuta que lo atienda desde la parte psicológica o el médico psiquiatra, así no tuviera eso, es también necesario porque su físico está absolutamente deteriorado y necesita que sus niveles de valores en sangre se estabilicen. Vienen muchas veces con enfermedades, vienen con desnutrición, vienen con muy bajo peso, entonces hay todo un equipo como las nutricionistas, los médicos clínicos, que abordan al paciente de forma integral.

Entonces, por un lado, desde la parte terapéutica me parece necesario que tenga una terapia intensiva, que todos los días tenga terapia hasta que, mientras se va desintoxicando, pueda empezar a pensar algo de su problemática y una vez que se externa, recién ahí comienza el tratamiento psicológico. Recién ahí, porque mientras están internados es mucha terapia, pero vienen con todo el tema de lo que han vivido afuera, con sus sentimientos de culpa muchos de ellos, con qué les parece que esto es el paraíso y van a salir maravillosamente bien... Pero cuando salen a la calle, vuelven a la rutina y empiezan ahí a encontrarse con los mismos contratiempos, ahí es donde hay que empezar a sostener al paciente verdaderamente desde el espacio terapéutico. La otra parte, que es la parte clínica, obviamente es muy importante también porque hay veces que hemos tenido caso que ya nos damos cuenta que el dispositivo no le está sirviendo, que terapéuticamente el paciente no está pudiendo trabajar, no se involucra con su problemática. Por ahí está simplemente aprovechando los beneficios de estar en un hospital, calentito, con la comida y la cama. Y decimos ¿qué hacemos? Si no está trabajando ni está involucrándose en lo que le sucede. Pero tampoco lo podemos dejar porque está absolutamente deteriorado físicamente. Entonces, en ese sentido el Hospital también es un hospital, no es un centro terapéutico; es un hospital que justamente está también para poder ayudarlo a estabilizarse clínicamente. Y bueno, son esos casos que esperamos que se estabilicen y cuando ya está mejor y está en condiciones de estar externado, se lo externa. Y muchas veces hay pacientes que recién después de externados empiezan a poder trabajar algo y a involucrarse en lo que le sucede, por Consultorios Externos.

Mientras están internados es como que están chochos, porque tienen todo ahí servido y se sienten bien, sienten que van engordando, que van mejorando y les parece que ya se curaron, digamos... Y después cuando salen, ahí se encuentran con los problemas, pero ahí empiezan a preguntarse algo de lo que les pasa realmente. Y ese es el momento de empezar a sostenerlo, que es la parte difícil.

E: ¿Cómo se organiza el tratamiento más específico con los pacientes?

Lic. en Psicología N.º 2: Lo ideal, porque a veces en la práctica se diluye o se deja pasar, es que cuando ingresa un paciente se haga un plan terapéutico interdisciplinario. En una vez, o a lo sumo dos veces que viste al paciente, ya tenes que tener claridad de para que lo vas a atender, cuál es el objetivo, cuanto estimativamente pensás que va a estar; es estimativo porque después eso por supuesto en la práctica se va modificando. Pero ya hay que tener claridad desde la primera o la segunda entrevista de hacia dónde voy con ese paciente. Para que la internación realmente tenga un sentido, el profesional y el equipo que lo va a abordar ya tiene que diseñar un plan estratégico.

Inclusive en un tiempo lo hacíamos por escrito; nos reuníamos, con suerte, cuando nos podíamos reunir los tres, si no lo charlábamos y alguno escribía el plan terapéutico en la historia clínica. Entonces cualquiera de los talleristas o de los de guardia o cualquiera que agarrara la historia, ya podía ver porque el paciente estaba en internación. Y poníamos objetivos terapéuticos, por ejemplo, que se empiece a revincular con la familia, que se establezca clínicamente porque viene con una cantidad de problemáticas o de enfermedades que necesita estar internado, que pueda retomar alguna capacitación que le permita después empezar a orientar la cuestión laboral o que pueda empezar a motivarse con algún objetivo, con algún proyecto personal. Poníamos uno, dos, tres, cuatro, cinco objetivos y ese era el plan que el equipo diseñaba. Lo hacíamos pero con el tiempo se fue perdiendo la costumbre, y eso estaba bueno, no habría que haberlo dejado, pero bueno, a veces en la vorágine de lo cotidiano nos vamos olvidando, no nos encontramos los equipos para sentarnos y amarlo. Pero bueno, lo charlamos y tenemos en cuenta que piensa el psiquiatra, que piensa el psicólogo, que piensa el trabajador social... Y muchas veces, los tiempos de la internación se pueden agrandar un poquito o acortar de acuerdo a lo que, a lo mejor, el trabajador social dice, por ejemplo, que le demos unos días más así pueden laburar con el paciente la búsqueda de trabajo. O que se yo, a veces yo pido más tiempo porque estoy revinculándolo con la familia, que me den un poquito más de tiempo para que se pueda insertar nuevamente en el ámbito familiar si es que está en situación de calle...

Eso requiere que el equipo pueda opinar, y constituyen estrategias de tratamiento que son para el caso por caso. Por eso está bueno poder evaluarlo y tener una imagen clara desde el primer momento sobre el paciente, para saber hacia dónde vamos con ese caso.

E: ¿Con qué posibilidades o desafíos te encontrás con respecto a la intervención profesional en el Dispositivo de Internación?

Lic. en Psicología N.º 2: Hay siempre bastantes obstáculos y bastantes desafíos. Esa es la parte interesante, lo que a mí me motiva en el trabajo, porque si fuera muy sencillo no estaría motivada y más después de tantos años. Los pacientes son muy graves, yo ya tengo sesenta años, imagínate, ingresé en el año 92', ya estaría para jubilarme, sin embargo, tengo ganas de seguir y yo vengo muy feliz al Hospital. Porque la motivación creo que está en los desafíos justamente y en los obstáculos que hacen que uno implemente los desafíos.

Uno de los obstáculos que realmente son a veces imposibles de superar, son las problemáticas sociales. Porque como te decía recién, por ahí al paciente lo logramos revincular con la familia, logramos que se componga físicamente, que se estabilice psíquicamente, que encuentre una motivación como para decir: bueno, voy a vender latitas de coca-cola o lo que sea para salir de la situación de calle o para dejar de robar... Pero después, la realidad social ya sabemos cuál es, y por ahí esa inquietud que tenía de volver a estar en el ámbito familiar, se le vuelve en contra cuando ve que nada de eso cambió y a lo mejor todas sus ilusiones se caen al segundo día que está en la casa, que vuelve a vivir las mismas dificultades de siempre, que sus grupos de pertenencia son muy fuertes, y a veces cuesta mucho alejarse de los grupos de consumo. Son sus pertenencias, son sus pares, y eso los atrae mucho. Al estar en un grupo de pertenencia donde circula el tóxico todo el tiempo, es muy difícil que se abstenga de no consumir. Y uno, una vez que arranca, depende de cada paciente y del tipo de consumo que tenga, pero una vez que arranca no para. No hay una regulación posible, por ejemplo, con la pasta base. Hemos intentado, pero la problemática requiere que uno oriente a que puedan regular el consumo, no hablamos de abstinencia nosotros. Porque sabemos que es imposible la abstinencia, pero lo que yo veo, y es mi opinión personal, es que, por ejemplo, con ciertos tóxicos como la pasta base, no hay posibilidad de regulación. La única forma sería dejar la pasta base, a lo mejor consumir otra droga no tan nociva.

Entonces lo que pasa es eso, cuando se externalizan vuelven a sus círculos de pertenencia y vuelven otra vez a consumir, y después sostenerlos por Consultorios Externos, donde hay un consumo diario, es muy difícil, porque vienen intoxicados, no puedes tener una entrevista donde el paciente esté lúcido. Eso es uno de los obstáculos que veo, la problemática social, cuando el paciente se externaliza.

Otro obstáculo es que muchas veces no logramos incluirlo en ningún ámbito, porque la familia ya no existe, o no le da más posibilidades y no hay lugares que lo puedan alojar. Porque hay hogares, y a veces estamos remando con algún paciente para que nos den una vacante en algún hogar, pero tienen un montón de requisitos y está bien, entiendo que tengan que tener esos requisitos, porque si tienen gente que está en situación de calle porque está sin trabajo y porque

le dan un lugar, convivir con pacientes que están consumiendo, debe ser un grave problema. Se le complica a la gente de los hogares, entonces ponen muchas condiciones. Y tenemos que deambular por diferentes hogares, deambular es una forma de decir porque hay trabajadoras sociales que se dedican a hacer estos contactos con los hogares, pero bueno, todos tenemos que estar intentando promover un poco esto para ver qué hacemos con el paciente a la hora de la externación cuando salió de una situación de calle y no tenemos donde mandarlo. Esto es un grave obstáculo para nuestro trabajo... Porque te puedo hablar de casos que hemos tenido hasta un año internados, es una locura total, y más para un hospital que ya tiene una nueva Ley de Salud Mental que lo atraviesa, donde las internaciones deben ser lo más breve posible. Pero hemos tenido casos y tenemos todavía pacientes que no hay forma, porque si los pones en la calle, es para la calle, para que vuelvan a todo lo que estaba... ¿Y para eso para que se internan? Estamos ahí, remando y remando, probando lugares y por ahí lo reciben en un hogar y a los tres días lo tenés de vuelta acá, porque no quiere ir más o porque el hogar lo expulsó porque estuvo consumiendo o por diferentes cuestiones.

Entonces eso también tiene que ver con la problemática social, es un gravísimo obstáculo que desgasta muchísimo a los equipos. Porque vos trabajás con todo lo mejor para que el paciente salga, pero bueno, cuando tenés esta realidad y no tenés donde mandarlo y lo dejás acá meses y meses, no estamos sintiendo que hacemos lo que tenemos que hacer adecuadamente. Pero no tenemos otra oportunidad, ¿no?

Y después, los desafíos son interesantes porque son casos a lo mejor muy graves que vienen de muchos años de robo o de estar en penales, y bueno, en algún momento sentís que tenés al paciente ahí y que hay una intención de dejar esa vida y de poder hacer algo nuevo, y uno pone todo lo mejor como para apostar a que algo se pueda hacer. Porque si te dejás llevar por lo que ves o por lo que nos pasa en las prácticas, que no encontramos donde insertarlo y que al paciente le cuesta mucho entrar en un sistema de consumo, porque vienen desde otro submundo. Si nos quedamos con eso te desmotiva, pero si enganchamos alguna lucecita que se encendió en el paciente, de algún recurso personal que podamos rescatar, alguna capacidad que veamos que pueda ayudarlo a manejarse en la vida, nos agarramos un poco de eso para reforzar esos aspectos positivos que podemos encontrar en el paciente y eso ya nos convoca a un nuevo desafío. Pero bueno, es un trabajo de artesanía, de tratar de ver de dónde lo puedo rescatar a ese paciente para reforzar alquilo de eso que tiene.

E: Ahora me interesaría conocer tu perspectiva sobre la intervención del Hospital en el año 2012.

¿Cambió la modalidad de tratamiento en el Hospital, a partir del año 2012? Me interesan, sobre todo, los cambios en el Dispositivo de Internación.

Lic. en Psicología N.º 2: Fue un cambio abismal, radical, de 180 grados te diría... Yo siempre decía que esto era un Centro Nacional de Reeducción Social y que se reservaba el derecho de admisión. A mucha gente no le gusta que diga esto, pero la realidad era esa. Y no estoy juzgando, se trabajaba de esa manera. ¿Por qué? Porque no teníamos instalado un hospital como hay ahora, desde lo edilicio y desde los equipos. Eran cien personas, ahora son quinientas. Entonces, como Centro de Reeducción contábamos con un personal limitado, no se trabajaba tan interdisciplinariamente como se trabaja ahora. Si bien había trabajadores sociales y médicos psiquiatras y psicólogos, en la práctica no era tan notorio el trabajo interdisciplinario. Entonces claro, venía un paciente, por ejemplo, desestabilizado psíquicamente con un brote psicótico productivo o con alguna cuestión de excitación, y en ese caso no se lo podía recibir acá, se lo tenía que derivar al hospital neuropsiquiátrico. Y recién después de que el paciente estuviera estabilizado psíquicamente se podía aceptar que lo deriven del hospital neuropsiquiátrico acá. Era real, no teníamos ni camas de contención como hay ahora, o salas de observación como hay ahora. O sea, no se podía.

E: Entonces: ¿las características que presentaban los pacientes que ingresaban al Hospital, referían sólo a cuestiones de consumo problemático, no a situaciones más específicas de salud mental?

Lic. en Psicología N.º 2: No, porque si bien venían pacientes psicóticos, que siempre hubo, venían pero compensados, nunca un paciente descompensado ingresaba. En esos casos, se lo derivaba y cuando estaba compensado, si era para este lugar se lo ingresaba, si no se lo volvía a derivar.

Lo mismo con cuestiones clínicas, cuestiones clínicas que por supuesto no requieran de una gravedad, que no fueran muy importantes. No cuestiones clínicas como algunas enfermedades que por ahí requerían que el paciente vaya al hospital general, o para desintoxicarse, por ejemplo. Para desintoxicarse nunca se los iba a ingresar acá, no teníamos cómo desintoxicarlo acá. Ahora sí, ingresan y se quedan adelante en este sector de las camas de observación de Consultorios Externos, sería de la Guardia.

Por otro lado, si se lo derivaba porque estaba intoxicado, en ese caso se esperaba que desde el hospital general nuevamente lo deriven acá y se lo ingresaba.

Pero esto del derecho de admisión era algo que todo el tiempo estaba presente y vigente, porque no ingresaba cualquier paciente así porque sí. Ahora, todos los pacientes son recibidos y todos son atendidos. Y salvo alguna excepción, porque el paciente ya estuvo en varias ocasiones internado acá y ya es como que se agotó el dispositivo porque no hay nada más para hacer, salvo casos así, muy excepcionales, la mayoría no hay problema, ingresan. Ya sea para desintoxicar o si tiene alguna enfermedad clínica, para eso están los médicos clínicos, se lo atiende desde acá, y si es algo contagioso, ahí sí se lo deriva y después vuelve a ingresar, se lo deriva al hospital para que resuelva este problema clínico y vuelve acá, pero se le guarda la cama. O sea, hay una red, un trabajo con diferentes instituciones que está todo el tiempo vigente.

Antes era otra cosa, esto funcionaba más como... ¿cómo te puedo decir? Si se llamaba internación residencia, la internación donde yo estoy ahora, imagínate cómo funcionaba, como una residencia. Los pacientes eran como que vivían acá, estaban un año, dos años algunos... No quiero nombrar la palabra comunidad terapéutica porque es una mala palabra para el Hospital, no era esa modalidad de trabajo porque nada que ver, pero la forma de la residencia muchas veces invitaba a eso, era como una convivencia importante de pacientes que vivían acá, que dormían en habitaciones grandes con muchas camas, que tenían actividades muy organizadas, tenían convivencias entre ellos, tenían todo bien armadito... Después, había una casa de reinserción social dentro del Hospital, dentro de lo que era el Cenareso, pasaban de la internación a la casita esa, algunos, no todos porque no había capacidad para todos y estaban a lo mejor uno o dos años más ahí. O sea, era un centro de reeducación, no sé si era con esa palabra, creo que no, pero más comunitario. Era una cuestión así, más de casa grande para los pacientes.

E: ¿Y cuál era el objetivo del tratamiento tan prolongado en el tiempo?

Lic. en Psicología N.º 2: Si bien no se hablaba de la reducción de daños en esa época, lo de la reducción de daños fue mucho antes de la nueva intervención, si ya se empezó a hablar de la reducción de daños antes de la nueva Ley de Salud Mental, pero en la práctica poco se implementaba. Porque más bien, si algún paciente se encontraba bajo consumo todo el tiempo, no duraba acá. ¿Por qué? ¿Qué hacen los pacientes cuando están bajo consumo? Intentan ingresar sustancias, por ahí consumen acá dentro, muchos hacen eso. Entonces, como que se preservaba mucho que se respetaran las reglas de convivencia. Y no se le decía al paciente que si quería consumir, se vaya afuera y después vuelva, como se hace ahora. En ese tiempo no, si

querías consumir, chau, perdiste la cama y acá no volvés. O sea, si bien no era la posición abstencionista, en la práctica un poco se daba eso. Porque si estaban consumiendo quería decir que no tenían ganas de hacer tratamiento.

Ahora es otra la óptica, ahora es tratar de que el daño sea menor, pero esto ya vino antes de la nueva intervención. Que el daño sea menor, que pueda regular el consumo y bueno, que dentro de lo posible no utilice drogas tan peligrosas y nocivas, como, por ejemplo, la pasta base.

Después había otras cuestiones que diferenciaban lo que es este Hospital a eso que era un centro, que tenía que ver también con la modalidad de trabajo. Era más verticalista, ahí eran más los servicios como compartimentos estancos. Yo vuelvo a decir, esto que digo, capaz a mucha gente no le guste, pero era lo que yo veía de cómo funcionaba.

E: ¿No había articulación?

Lic. en Psicología N.º 2: No. Si bien en la teoría se decía que estaba todo articulado, en la práctica cada servicio funcionaba como un compartimiento propio y prácticamente la decisión verticalista la tenían las autoridades. Había reuniones de equipo, pero eran discursos de las jefaturas que dirigían la reunión de equipo. Opinaban todos pero decidía la autoridad. Eso era así.

En cambio ahora no, se escucha más a los equipos y se toma en cuenta lo que dicen los profesionales de cada equipo. Hay mucho, mucho más intercambio entre las autoridades y los profesionales del equipo. Es otra cosa, totalmente distinta. Esto es un Hospital, aquello era un centro. No sé si era de reeducación, porque no sé si se reeducaba, pero era otra modalidad, totalmente diferente.

E: ¿Cambió mucho la situación edilicia?

Lic. en Psicología N.º 2: Sí, muchísimo... Sí, nada que ver...

Las habitaciones de la internación eran tres habitaciones, más no recuerdo. De ocho camas. Cambió tanto que yo ya ni recuerdo... La internación que era crisis, que después fue breve y que ahora es agudos, fue cambiando el nombre pero es lo mismo... Ahí estaban las mujeres, en una época estaban en internación de residencia, en otra época estuvieron en la internación breve y ahora están en un dispositivo de internación, pero en un edificio aparte. Pero durante mucho tiempo estaban en el mismo edificio mujeres y varones. Antiguamente no, en la época en que yo ingresé, la mayor cantidad de población era de varones y había alguna que otra mujer.

Que ni siquiera me acuerdo donde dormían las mujeres, pero estaban en el sector de residencia que es la internación ésta en la que yo estoy ahora. Pero eran muy poquitas, a lo mejor eran dos, tres, cuatro mujeres, contra veinticinco varones que se internaban.

Y eso era también una especie de derecho de admisión que se reservaba el centro nacional, porque si bien venían más mujeres para internarse, cada vez que se internaban mujeres era un lío porque los varones se las disputaban, entonces siempre había problemas... Que tenían relaciones con uno, con otro, que intercambiaban las camas a la noche... Y bueno, también es cierto que no se internaban tantas mujeres porque la mayoría de las mujeres, por lo general tienen hijos, son siempre menos que los varones. Pero en esa época, además de que eran menos, también se seleccionaba bastante a que mujer dejaban entrar.

E: ¿Eso desde la dirección general?

Lic. en Psicología N.º 2: Eso desde la dirección, la dirección implicaba las jefaturas y los jefes de los servicios. Porque era un problema cada vez que ingresaban mujeres, siempre había problemas de peleas, de consumo de drogas, de sexo... Era una gran diferencia. Ahora no, están en un edificio aparte y hay bastantes mujeres dentro de todo, pero nunca es la gran población como la de los varones.

E: Antes de la intervención del Hospital ¿se realizaban capacitaciones como se realizan ahora?

Lic. en Psicología N.º 2: Sí, sí, capacitaciones siempre hubo. De la misma manera diría yo, porque había días fijos, por ejemplo, los miércoles... Todos los miércoles había ateneos, seminarios, se traían profesionales de diferentes instituciones, y era fijo. Y después, profesionales mismos del Hospital, de lo que era el Centro Nacional, que también tenían actividad docente y daban dentro del Hospital cursos para la gente que venía de afuera. Lo que pasa es que ahora hay mucho más, hay muchísimo más... Si bien siempre hubo, era dentro de un centro que era mucho más chiquito. Ahora es un gran Hospital y bueno, las capacitaciones son muchísimas y permanentes, virtuales y presenciales. Hay de todo lo que quieras...

E: En cuanto a las normativas y reglamentaciones del Dispositivo de Internación: ¿Cambiaron mucho a partir de la intervención del Hospital?

Lic. en Psicología N.º 2: Y... muchísimo. Antes eran reglas más rígidas, donde si un paciente, por ejemplo, había consumido aquí adentro, quedaba afuera al instante. No había mucho tiempo para discutir, pensar y opinar los equipos, al instante quedaba afuera. Por eso te decía, que si bien en esa época no se hablaba del abstencionismo ni tampoco de la reducción de daños, si acá consumían, la regla era clara: consumís adentro, quedás afuera.

Yo estoy de acuerdo con eso, porque una cosa es que el paciente hable con el profesional y le diga: quiero ir a consumir... Yo misma he autorizado a pacientes para que salgan afuera a consumir y que después vuelvan, porque si no abandonaban el tratamiento. Entonces, ante la posibilidad de que abandone y que se vaya, prefiero que consuma y vuelva... Por supuesto tenía que desintoxicarse antes de entrar.

Pero a la larga también esto se hace como una rutina, quiero ir a consumir, salgo y vuelvo, y tampoco funciona. Uno va probando diferentes estrategias porque es necesario que el profesional no tenga una postura muy rígida, si no tratar de ser plástico y aggiornarse a las diferentes problemáticas que también se van modificando, las demandas que aparecen y los modos de intervención. Uno tiene que ir todo el tiempo modificando... Pero bueno, eso a mí no me resulto con los pacientes a los cuales les daba esa posibilidad. Tampoco creo que porque consumió acá dentro hay que dejarlo afuera, hay que ver caso por caso. Hay pacientes que han consumido adentro y se los dejó afuera, también hoy con esta intervención. Y hay otros que se los deja una vez, dos veces, consumió tres, consumió cuatro...

Y ahora, comparado con aquello, es otra cosa totalmente distinta, el consumo convive permanentemente con los pacientes, todo el tiempo... Todo el tiempo están ingresando algo, consumiendo algo... Por suerte todo controlado. A lo mejor le ponen pastillas al mate, que no se saben de donde las entraron...

También antes las revisiones eran mucho más profundas, por decirlo de alguna manera. Se los revisaba tipo radiografía y entonces era más difícil que puedan ingresar algo. Aparte, como la regla era tan clara, el paciente quedaba afuera y entonces se cuidaban más. No así nomás ingresaban algo, sabían que quedaban afuera. En cambio ahora, como no es así de rígido, cuando el paciente ingresa algo, pasa, consume adentro y se lo deja porque no tenemos posibilidad de derivarlo a ningún lugar y va a quedar en la calle y se va a matar... Entonces se lo deja y siguen ingresando, ingresando e ingresando... Comúnmente marihuana, te digo que prácticamente todos los días consumen aquí, si no es uno es otro. Algunas veces se van tomando medidas y si ya se lo perdonó una vez, dos veces, tres veces, se lo saca al paciente, pero al otro día nos enteramos que otro, de nuevo, ingresó marihuana. Siempre hay ingreso de sustancias, eso es imposible de evitar. Antiguamente no era tan así, muy de vez en cuando. Pero creo que

tiene que ver con esto de que el paciente quedaba afuera en el mismo momento. Se cuidaban más...

E: Con respecto al último cambio de autoridades que hubo en el Hospital en el año 2015: ¿Observás que repercutió de alguna manera en la intervención profesional que desarrollan en el dispositivo? ¿Se evidenciaron cambios?

Lic. en Psicología N.º 2: Sí, sí. Por supuesto que lo hubo, bastante también...

Si bien se siguió respetando que el Cenareso se transformó en un Hospital en donde hay todo un cambio edilicio y una cantidad de profesionales que ingresaron que es mucho más grande, y un sistema de capacitación muy sólido, que incluso siguió creciendo; también hubo cambios muy notorios, muy notorios... Porque antes, por ejemplo, no había límites de pacientes, era muy difícil que pudieran poner un límite en el ingreso a la internación y realmente se trabajaba muchísimo y había permanentes ingresos y egresos. Se implementaba mucho esto de que si querían ir a consumir, que vayan y vuelvan, entonces entraban y salían, entraban y salían... Estaba un poco más desorganizado, podríamos decir, el funcionamiento de la internación. Ahora bueno, algunas normas se empezaron a poner, no al estilo de antes tan rígidas, como por ejemplo las revisiones que nunca volvieron a ser esas revisiones que hacían... Se lo revisa más o menos, pero bueno, el paciente ingresa la droga donde quiera... Pero al haber menos población de pacientes internados, tenemos más equipos y podemos absorberlos bien. Ya hay un poco más de organización. Tampoco ingresan intoxicados, cosa que antes de esta última intervención del 2015 muchas veces ingresaban intoxicados porque la guardia estaba desbordada de pacientes y bueno, bueno lo entrábamos, total que termine de dormir adentro... Pero bueno, no era tan sencillo, por ahí no terminaba de dormir y empezaba a dar vueltas y se ponía un poco denso y eso altera bastante la convivencia de pacientes. En ese sentido ahora está más ordenado, hay menos pacientes y está más ordenado. En ese sentido, creo que fue bueno ese cambio.

Pero bueno, muchas otras cosas se van puliendo también día a día, mes a mes, porque también cambian los coordinadores entonces cada coordinador, a lo mejor viene con un estilo o con alguna propuesta diferente y del tiempo que vino la intervención del 2012 a hoy, hemos tenido cuatro cambios de coordinaciones, entonces también eso influye, porque se van escuchando las diferentes formas de pensar la organización de un servicio, y bueno, uno se va adaptando a la forma del coordinador también.

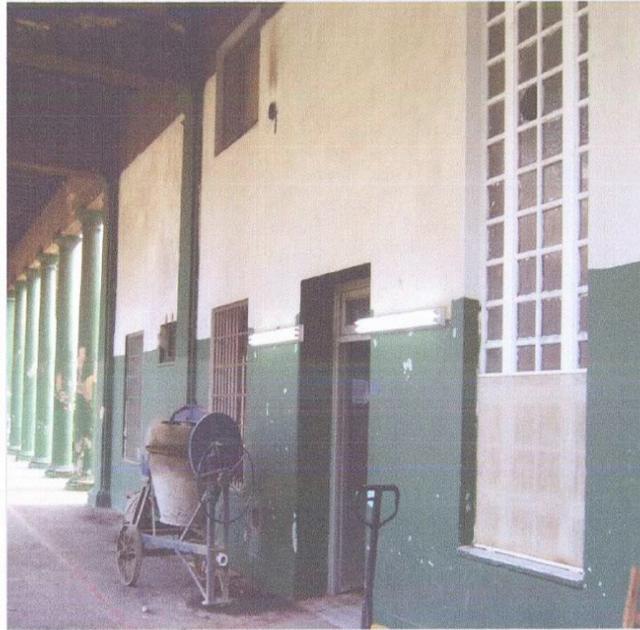
E: ¿Las coordinaciones siempre estuvieron a cargo de una misma profesión o fueron cambiando las disciplinas?

Lic. en Psicología N.º 2: No, por lo general eso fue variado, porque siempre, la mayoría de las veces fue de psicólogos y ahora por ejemplo tenemos dos coordinadores, un psicólogo y un psiquiatra. Pero espontáneamente fue de psicólogos porque había más psicólogos que psiquiatras. De hecho, este que yo te nombre que fue del departamento tantos años, es psicólogo y estuvo coordinando bastante tiempo antes de estos últimos coordinadores. Y la anterior era una psicóloga también. La anterior y la antigua de tantos años que yo ingresé, era médica psiquiatra, que estuvo hasta que vino la intervención de Edith en el 2012.

- Fotos que ilustran la reforma edilicia del Dispositivo de Internación⁸

Remodelación del Edificio de Internación

Antes

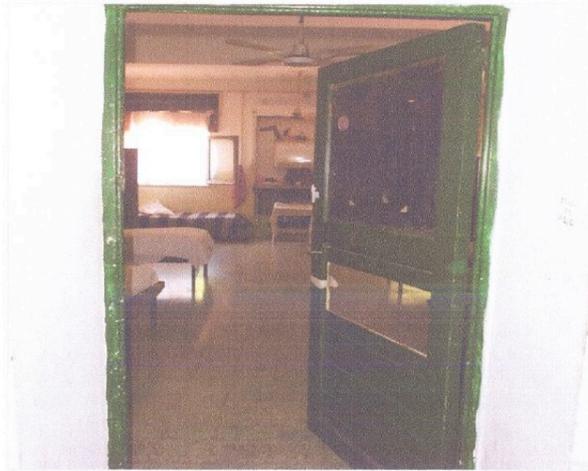


Antes

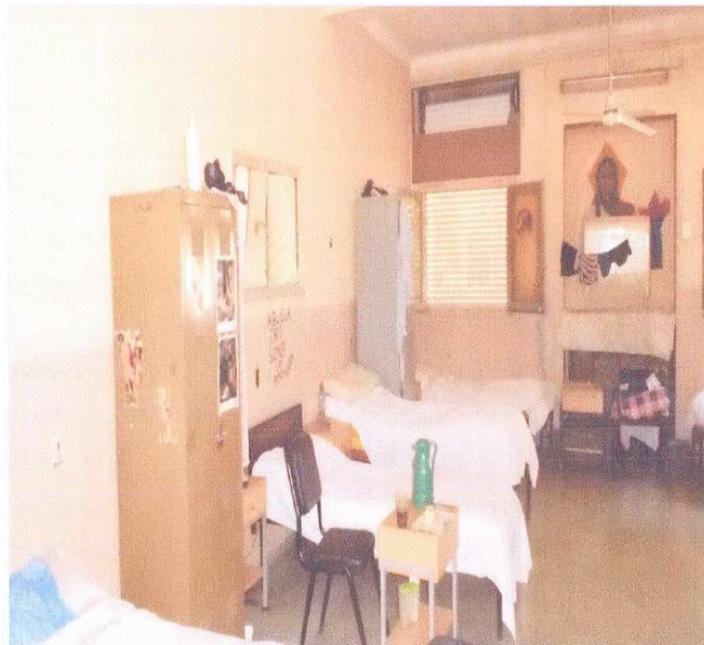


⁸ Las fotos son parte del informe de Estudio Especial, Centro Nacional de Reeducción Social, CENARESO de la Auditoría General de la Nación, 2013.

Antes



Antes



Antes



Ahora



Ahora



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación
Subsecretaría de Gestión de Servicios Ambulatorios

Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte
Especializado en salud mental y adicciones
EX-SEPARATA



Ahora



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación
Subsecretaría de Gestión de Servicios Ambulatorios

Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte
Especializado en salud mental y adicciones
EX-SEPARATA



Ahora



Ahora



Ahora



BIBLIOGRAFÍA

Libros y publicaciones científicas

- Amarante, P. Superar el Manicomio. Buenos Aires, Topia, 2009.
- Arnico, C. “Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental”. En: Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Edición Digital, Buenos Aires, n° 35, Año 12, 2004: pp. 2-26.
- Arriagada y otros. Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos. Buenos Aires, editado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, 2013.
- Basaglia, F. La institución negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico. Buenos Aires, Barral, 1972.
- Carballeda, A. “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas”. En: Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Edición digital, Buenos Aires, N.º 65, Año 20, 2012.
- Carballeda, A. La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas. Mimeo, 2006.
- Corda, A.; Galante, A.; Rossi, D. Personas que usan estupefacientes en Argentina: de delincuentes enfermos a sujetos de derechos. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2014.
- Damín, C. “Consumo de sustancias psicoactivas: cuándo es un problema” En: La Revista del Plan Fénix, n° 42, Año 6, 2015: pp. 11-19.

- Faraone, S; Valero, A. Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2013.
- Foucault, M. La vida de los hombres infames. Buenos Aires, Altamira, 1996.
- Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. I. Buenos Aires, Fondo de la Cultura Económica, 1990.
- Foucault, M. El poder psiquiátrico. Buenos Aires, Fondo de la Cultura Económica, 2007.
- Galante, A y otros. "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, n° 14, Año 5, 2009: pp.113-121.
- Galende, E. "Situación actual de la salud mental en Argentina". En: Revista Salud, problemas y debate de Buenos Aires, n° 17, Año 4, 1997: pp. 2-10.
- Galende, E. Psicoanálisis y salud mental. De un horizonte incierto. Buenos Aires, Paidós, 1997.
- Galende, E. Psicofármacos y Salud Mental. Buenos Aires, Lugar, 2008.
- Galende, E. Modernidad y Modelos de Asistencia en Salud Mental en Argentina. Texto seleccionado en las II Jornadas de Atención Primaria de la Salud de la Universidad Nacional de Lanús, mayo, 1988. En: <http://www.unla.edu.ar/index.php/cedops-fondos-y-colecciones-jornadas-de-atención-primaria> [consulta, Agosto de 2017].
- Goffman, E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu, 2012.

- Gorbacz, L. Ley de salud mental y el proyecto nacional. En: VV.AA. Panorámicas de salud mental. A un año de la Ley Nacional N.º 26.657. Colección de Incapaces a Sujetos de Derechos. Buenos Aires, Eudeba, 2011.
- Hellemeyer, A. Michel Foucault: Episteme, Dispositivo y Prácticas. Trabajo presentado en el IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, UBA, Facultad de Psicología, Buenos Aires, 2012. En: Portal Acta Académica <https://www.aacademica.org/000-072/36.pdf> [consulta, enero 2017].
- Iamamoto, M. Intervención profesional frente a la actual cuestión social. En: VV.AA. Trabajo Social y Mundialización. Etiquetar desechables o promover la inclusión, VIII jornadas de Servicio Social. Buenos Aires, Espacio, 2002.
- Laurell, A. (1986) “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”. En: Cuadernos Médico Sociales, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, n° 37, 1986.
- Leegstra, R; Said, A. (2015): La externación en el modelo de reducción de riesgos y daños. Reflexiones sobre el abordaje interdisciplinario. En: VV.AA. ¿Interdisciplina en la intervención clínica? Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos. Buenos Aires, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, 2015: pp. 235-243.
- Lourau, R. El análisis institucional. Buenos Aires, Amorrortu, 1970.
- Menéndez, Eduardo. “Modelo médico hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud.” En: Cuadernos Médico Sociales, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, n° 33, 1985.
- Mendoza, T; Méndez, Y; Reina, J. Comprensión crítica de concepciones y enfoques de desarrollo en Trabajo Social: Estudio documental. Trabajo Final de grado, Bogotá, Universidad de La Salle, Facultad de Trabajo Social, Carrera de Trabajo Social, 2008.

- Moniec, S; González, R. “Trabajo Social y Actuación Profesional: Las instituciones de las políticas sociales como ámbitos de intervención”. En: Revista Perspectivas, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones, n° 9, Año 14, 2014.
- Origone, P; Calotti, G. “Un cambio de paradigma para la salud mental”. En: Revista Argentina Salud, Ministerio de Salud de la Nación, n° 31, Año 4, 2015: pp.- 16-17.
- Pawlowicz, M. P. “Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas” En: La revista del Plan Fénix, n° 42, Año 6, 2015: pp. 20-27.
- Quevedo, S. Modelos de intervención preventivo asistenciales. Cuadernillo del Curso Virtual “Modelos de Intervención preventivo asistenciales”, Buenos Aires, Área de formación y Capacitación, Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte, 2014.
- Rojas Soriano, R. Capitalismo y Enfermedad. México, Folios Ediciones, 1984.
- Rotondi, G. (2008): “El Trabajo Social en instituciones educativas: respuestas de intervención y fundamentos teóricos/metodológicos”. En: Revista Perspectivas, Escuela de Trabajo Social, Universidad Nacional de Córdoba, N° 5, Año 5, 2008.
- Schlemenson, A. Análisis organizacional y Empresa unipersonal. Buenos Aires, Paidós, 1987.
- Svampa, M. La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Buenos Aires, Taurus, 2005.
- Touzé, G. Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires, Editado por Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas, 2006.

- Touzé, G. Prevención en Adicciones. Un enfoque educativo. Buenos Aires, Editorial Troquel, 2005.
- Touzé, G y otros. Prevención del VIH-sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención, Intercambios Asociación Civil, Buenos Aires, 1999.

Organismos, documentos e informes

- Auditoría General de la Nación. Informe de Auditoría CENARESO. Buenos Aires, 2008.
- Auditoría General de la Nación. Estudio Especial, Centro Nacional de Reeducción Social, CENARESO. Buenos Aires, 2013.
- Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte. Plan Estratégico 2013-2015. Buenos Aires, 2013a. Disponible en: <https://hospitalbonaparte.gob.ar/plan-2013-2015/> [Consulta, mayo de 2017].
- Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte. Acerca del Plan Estratégico del Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones. CENARESO. Estado y políticas sanitarias. Video de presentación, 1ras Jornadas de Salud Mental y Adicciones, Buenos Aires, 2013b. Disponible en: <https://hospitalbonaparte.gob.ar/primera-mesa-jornadas-2013/> [Consulta, mayo de 2017].
- Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte. Proyecto de Ley para el cambio de nombre del Hospital. Nota Institucional, Buenos Aires, 2015. Disponible en: <https://hospitalbonaparte.gob.ar/proyecto-de-ley-para-el-cambio-de-nombre-del-hospital/> [Consulta, mayo de 2017].
- Observatorio de Adolescentes y Jóvenes. La actualizad en salud mental y medicalización en 12 puntos. En: Boletín de Coyuntura, n° 2, Año 1, 2016.

<http://observatoriojovenesiigg sociales.uba.ar/files/2016/09/OAJ-Boletin-2-sept-SALUD-MENTAL.pdf> [consulta, septiembre 2017].

Notas periodísticas

- *Página/12* (2013). “Adiós a la lógica del castigo”, 11 de junio. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-222025-2013-06-11.html>. [consulta, septiembre de 2017].
- *Página/12* (2016). “Un nombre en reconocimiento a la lucha”, 17 de julio. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-304452-2016-07-17.htm> [consulta, septiembre de 2017].
- *Página/12* (2017a). “Un chaleco de fuerza para la ley”, 12 de noviembre. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/75512-un-chaleco-de-fuerza-para-la-ley> [consulta, noviembre de 2017].
- *Página/12* (2017b). “Consumos problemáticos o consumidores problemáticos”, 30 de noviembre. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/79325-consumos-problematicos-o-cconsumidores-problemáticos> [consulta, noviembre de 2017].
- *Página/12* (2017c). “El cambio es el retroceso”, 12 de enero. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/13718-el-cambio-es-el-retroceso> [consulta, enero de 2017].

Legislación consultada

- Ley N° 20.332 de creación del CENARESO.
- Decreto 1690/1992 - Aprobación Estructura Administrativa del CENARESO.
- Ley de Internaciones N.° 22.914.
- Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes N.° 23.737.
- Ley Nacional de Salud Mental N.° 26.657.
- Ley de Derechos del Paciente N.° 26.529.

- Decreto N.º 782/2013- Ratificación de la Resolución 1809/12 del Ministerio de Salud.
- Ley N.º 26.934- Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos.
- Ley N.º 27.267- Sustitución de la denominación del Centro Nacional de Reeducción Social -CENARESO-, por la de Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones "Licenciada Laura Bonaparte".
- Resolución N.º 1484/2015 - Habilitación de las instituciones de salud
- Resolución N.º 1003/2016 (Deroga la Resolución N.º 1484/2015).
- Proyecto Decreto de Reforma de la Ley Nacional de Salud Mental.

Sitios Web consultados

- Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones, Lic. Laura Bonaparte: <https://hospitalbonaparte.gob.ar/> [consulta, mayo de 2017].
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS): <https://www.cels.org.ar/web/> [Consulta, noviembre de 2017].
- Ministerio de Salud de la Nación: <https://www.argentina.gob.ar/salud> [Consulta, mayo de 2017].
- Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ): <http://www.saij.gob.ar/> [Consulta, mayo de 2017].