



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Mujeres, sexualidad y salud mental: una mirada desde la intervención profesional

Autores (en el caso de tesistas y directores):

Trinidad Córdoba

Alfonsina Soledad Ruiz

Eugenia Bianchi, dir.

Milagros Luján Oberti, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2022

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

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



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



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



Trabajo de Investigación Final

*MUJERES, SEXUALIDAD Y SALUD MENTAL: UNA MIRADA
DESDE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL.*

Autoras:

Córdoba, Trinidad, DNI: 38.933.220 (trinidadcordobawalsh@gmail.com)

Ruiz, Alfonsina Soledad, DNI: 40794680 (alfonsinasoledadruiz@gmail.com)

Tutoras temáticas:

Dra. Eugenia Bianchi

Lic. Oberti, Milagros Luján

Seminario TIF/Tesina: Año 2021

Fecha de presentación: 03/11/2022

Agradecimientos

A la Educación Pública, a la Universidad de Buenos Aires, a la Facultad de Ciencias Sociales por potenciar nuestro pensamiento crítico

A Néstor y a Cristina, por ser impulsores de nuestro compromiso con la realidad social

A los feminismos, por enseñarnos que las luchas son colectivas, y que los derechos se conquistan en las calles

A nuestras tutoras, Euge y Mili, por acompañarnos en este proceso, con paciencia y dedicación

A lxs profesionales del Hospital Alvear, por brindarnos su tiempo y espacio

A nuestras familias, que nos apoyaron con mucho amor durante todos estos años,

A nuestrxs amigxs, por el amor y la contención tan necesarios en este proceso

A todas las compañeras que encontramos en nuestro paso por Fsoc, por las discusiones, los debates y las luchas compartidas

A Jaz, por ser una persona especial para nosotras, y por el aguante de siempre

A nuestra amistad, que hizo que toda la carrera, y este proceso de investigación, sean mucho más hermosos ♥

Resumen

Título: Mujeres, Sexualidad y Salud Mental: una mirada desde la intervención profesional.

Autoras: Córdoba, Trinidad. trinidadcordobawalsh@gmail.com.

Ruiz, Alfonsina alfonsinasoledadruiz@gmail.com

Fecha de presentación: 03 de noviembre de 2022

Palabras claves: Salud Mental - Sexualidad – Autonomía - Estrategias de Intervención.

El presente trabajo de investigación final tiene por objeto analizar cómo repercuten las lógicas manicomiales y los procesos de normalización de los cuerpos en el ejercicio de los derechos sexuales de las mujeres internadas, y cómo se expresan en las estrategias de intervención llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario de la Sala de Mujeres. Considerando que se trata de una institución con condiciones propias de las instituciones de encierro, se identifica cuáles son los límites y posibilidades que tienen las mujeres internadas en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo, sobre su sexualidad y sobre su deseo, teniendo en cuenta qué aspectos se habilitan, o no, a partir de las intervenciones desarrolladas por lxs profesionales de la sala. Se trata de una investigación cualitativa, flexible, que aplica una estrategia de campo combinada para la obtención de datos empíricos, de fuentes primarias y secundarias. Para ello, se realizaron seis entrevistas semi-estructuradas a profesionales que integran el equipo interdisciplinario de la sala de mujeres, del hospital Torcuato de Alvear y notas de campo recabadas durante las prácticas preprofesionales.

A los fines de esta investigación, los principales aportes teóricos que utilizamos para el análisis de entrevista son Menéndez y Laurell para el análisis de los modelos de salud mental y Goffman y Foucault para pensar las instituciones de encierro. Se tomaron los aportes de Faraone, Bianchi y Basaglia acerca de la salud mental. Analizamos la relación entre salud mental y sexualidad a partir de Caponi, Azcarate, Checa y Azzerboni y Espindola Al momento de pensar en las estrategias de intervención utilizamos como marco conceptual los desarrollos teóricos de Carballeda, Iamamoto y Stolkiner.

Índice

Introducción.....	5
Metodología.....	7
Análisis de la información recolectada.....	8
Facilitadores y obstaculizadores.....	8
Resguardos éticos.....	9
Estructura de la tesis.....	9
Capítulo 1: Categorías claves para enmarcar el problema de investigación	11
1.1. La salud mental como campo de disputas	11
1.2. Género y sexualidad en el campo de la salud mental.....	14
1.2.1. Categorías claves sobre género y sexualidad	15
1.3. Intervención profesional.....	18
Capítulo 2: Presentación de la institución.....	21
2.1 Características generales del Hospital Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear	21
2.1.1. Sala de internación de mujeres	22
2.1.2. Equipo de salud sexual y reproductiva.....	25
2.2. Cotidianidad, temporalidad y control en la sala de mujeres	27
Capítulo 3: Derechos sexuales: límites y posibilidades de la intervención profesional.....	32
3.1 Posicionamiento ético político de lxs profesionales.....	32
3.2. La interdisciplinariedad en el equipo de la sala de mujeres	35
3.3 Modalidades de participación de las usuarias en el marco de la intervención profesional	36
3.3.1. Autonomía de las usuarias.....	39
3.3.1.1. Autonomía relativa: la voluntariedad como dimensión clave en el desarrollo de estrategias de intervención	41
3.4. Estrategias de intervención sobre los derechos sexuales de las usuarias.....	43
3.5. Intervención profesional del trabajo social.....	47
Capítulo 4: El impacto de la pandemia en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.....	51
4.1. Profundización del encierro manicomial.....	51
4.2. Limitaciones en el desarrollo de las estrategias de intervención profesional.....	54
Conclusiones	57
Bibliografía	61
Anexo	66

Introducción

El presente trabajo forma parte de un proceso de investigación, reflexión, aprendizaje y construcción de conocimiento, de un recorrido de indagación, debate y problematización desde nuestro rol como estudiante y futuras licenciadas en Trabajo Social. El mismo se da en el marco de la asignatura “Seminario de Investigación Final”, cátedra Clemente de la Carrera Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

La investigación tiene como antecedente a las prácticas pre-profesionales de Taller IV, realizada en el año 2021. Las mismas se llevaron a cabo en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, de ahora en adelante (HEPTA). Las mismas sirvieron como forma de aproximación al tema de estudio y contribuyeron a la formulación del problema de investigación.

En este marco, al formular el problema de investigación nos posicionamos desde un paradigma de derechos, teniendo como base lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, de ahora en adelante (LNSM). Consideramos que la legislación vigente ha resultado fundamental al momento de (re)configurar la intervención profesional de lxs trabajadores sociales al interior del campo de la salud mental. Sin embargo, entendemos que estos espacios se siguen presentando como campos de disputa del ejercicio del poder a partir del modelo médico hegemónico y que aún hoy en día continúan vulnerándose los derechos de lxs usuarixs, por lo que resulta necesario continuar investigando y profundizando los conocimientos al interior del campo de la salud mental en pos de visibilizar estos procesos.

Consideramos que la LNSM N° 26.657 promulgada en el año 2010 significó un cambio de paradigma en relación a las concepciones y a los derechos de las personas con padecimiento mental. Sin embargo, los cambios legislativos no siempre son acompañados por los cambios socio-culturales e institucionales necesarios. A una década de su promulgación los procesos de desinstitucionalización no han alcanzado a todas las instituciones de nuestro territorio, lo que implica que sigan realizándose prácticas que vulneran los derechos de lxs usuarixs.

Asimismo, nos encontramos en un contexto donde el movimiento feminista nos interpela y nos exige cuestionar y repensar el acceso y el ejercicio de los derechos

sexuales de las mujeres y de todo el colectivo LGBTQ+. Creemos que el hecho de que aún predominen ciertas lógicas manicomiales en las instituciones de salud mental, impide que las mujeres puedan apropiarse del propio cuerpo, de su sexualidad y de su deseo. En este sentido, entendemos que resulta necesario seguir repensando la intervención profesional al interior de este campo, considerando que el rol de los trabajadores sociales es de suma relevancia al momento de intervenir en materia de derechos de las personas con padecimiento mental, y en este caso, específicamente, en el derecho de las usuarias a decidir autónomamente sobre su sexualidad.

A partir de lo expuesto, la pregunta problema que guió nuestra investigación es: *¿Cómo son las estrategias de intervención que desarrolla el Equipo Interdisciplinario de la Sala de Mujeres del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear en relación a los derechos sexuales y cómo se relacionan con el grado de autonomía que tienen las mujeres internadas sobre el ejercicio de su sexualidad?*

Para esto, como objetivo general nos propusimos: *Analizar cómo repercuten las lógicas manicomiales y los procesos de normalización de los cuerpos en el ejercicio de los derechos sexuales de las mujeres con padecimiento mental y cómo se expresan en las estrategias de intervención llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario de la sala de mujeres del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.* Para el abordaje de la investigación, planteamos cuatro objetivos específicos: a) Caracterizar las estrategias de intervención que el equipo interdisciplinario reconoce llevar adelante en pos de los derechos sexuales de las usuarias internadas. b) Indagar cuál es el posicionamiento ético político que tienen lxs profesionales del equipo interdisciplinario en relación a la sexualidad de las mujeres con padecimiento mental. c) Identificar cuáles son los límites y posibilidades para el desarrollo de estrategias de intervención en relación a los derechos sexuales que tienen lxs profesionales frente a las normas institucionales. d) Indagar acerca de las modalidades de participación de las mujeres internadas en relación a la toma de decisiones sobre su propia sexualidad, a través del discurso de lxs profesionales.

Metodología

Para este trabajo de investigación final desarrollamos una investigación cualitativa con base empírica, entendiendo a dicho enfoque como aquel que:

Se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de lxs participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. (Hernández Sampieri, 1991, p 364).

La principal técnica de recolección de datos que utilizamos fueron las entrevistas semi-estructuradas. Considerando los aportes de Messina y Varela (2011) la entrevista es una técnica cualitativa de intervención en la realidad y de obtención de información relevante para la construcción de un objeto de investigación. Se caracteriza por su flexibilidad y su apertura a la información durante la interacción entre entrevistadx-entrevistadx, habilitando, a partir de la producción de discursos, la emergencia de aquello que no se encontraba pautado por lx investigadxr.

La unidad de análisis que consideramos para llevar a cabo nuestra investigación son lxs profesionales del equipo interdisciplinario de la sala de mujeres del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

Para la obtención de información, a partir de las prácticas pre-profesionales realizadas en la institución, contamos con el acceso para entrevistar a lxs profesionales que integran el equipo interdisciplinario de la sala de mujeres del HEPTA. Realizamos seis entrevistas semi-estructuradas a un médico psiquiatra, una psicóloga, una terapeuta ocupacional, una enfermera y dos trabajadoras sociales. Asimismo, se utilizaron como fuente la información y los datos recabados durante las prácticas pre-profesionales, a través de notas de campo.

Como ampliamos en la sección de obstáculos y facilitadores, el desarrollo del proceso de entrevistas se vio afectado por el contexto de pandemia COVID-19, ya que se presentaron dificultades para desarrollarlas de manera presencial, siendo la única posibilidad realizarlas de manera remota a través de plataformas virtuales. Las mismas se llevaron a cabo en el periodo octubre 2021 a marzo 2022, siendo este uno de los

momentos donde las medidas de ASPO/DISPO seguían siendo estrictas para los efectores de salud.

Análisis de la información recolectada

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó la técnica del análisis de discursos o contenido. Siguiendo los aportes de Schettini y Cortazzo (2015) la misma consiste en la interpretación y comprensión de registros orales, escritos, transcripciones de entrevistas y observaciones, entre otros; mediante el cual se analiza tanto lo dicho como lo latente en los discursos. Esta técnica considera el lenguaje verbal y no verbal (corporal, gestos, etc.) para lograr comprender los esquemas interpretativos y sentidos construidos intersubjetivamente. A su vez, este método implica pensar también en las relaciones sociales, de poder, y de tensión que atraviesan a los sujetos y se manifiestan tanto en sus discursos como en sus prácticas.

Una vez recolectados los datos a partir de las fuentes explicitadas, se definieron 8 dimensiones centrales como categorías de análisis en términos de Glaser y Strauss (1967). Las mismas son: sexualidad, género, participación, autonomía, estrategias de intervención, lógicas manicomiales. A partir de estos criterios de selección, se decodificó y agrupó la información, seleccionando apartados de las entrevistas y crónicas que se relacionan con cada categoría, para luego realizar una lectura, comparación y análisis de cada categoría en particular.

Facilitadores y obstaculizadores

El principal facilitador para el desarrollo de este TIF fue poder realizar nuestras prácticas pre-profesionales en la sala de mujeres del HEPTA, lo que nos permitió tener contacto con el equipo. Asimismo, la buena predisposición de los profesionales, quienes adecuaron su agenda para poder llevar a cabo las entrevistas, y en todos los casos pudimos coordinar con facilidad el espacio.

Podemos considerar también como facilitador haber cursado la materia “Problemática de la Salud Mental en Argentina” (Faraone) durante el segundo cuatrimestre del 2020. Esto nos permitió una primera aproximación al tema de investigación, y se convirtió también en el disparador inicial para la elección del centro

de prácticas, siendo estos factores claves que nutrieron nuestro interés en este campo de investigación. A su vez, nos brindó la posibilidad de conocer a la directora y co-directora de este TIF, quienes son docentes de la cátedra, y orientaron y acompañaron este proceso desde el inicio.

Al momento de pensar en los obstaculizadores que fueron parte del proceso de escritura de esta tesina, nos resulta inevitable pensar en la pandemia de Covid-19. Este contexto de emergencia sanitaria que nos atravesó desde comienzos del 2020 implicó no sólo dificultades para el acceso al campo, ya que nos encontrábamos realizando las prácticas preprofesionales de manera remota, sino que también dificultó el desarrollo de las entrevistas, siendo necesario realizarlas a través de plataformas virtuales. Asimismo, las reuniones con las directoras de este TIF debieron ser realizadas de manera remota. Finalmente, la flexibilización de las medidas de ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) nos brindaron la posibilidad de poder asistir al HEPTA, para poder tener un acercamiento al campo de investigación.

Resguardos éticos

Durante los procesos tanto de recolección de datos, como del análisis, se tuvieron en cuenta ciertos resguardos éticos. Al inicio de cada entrevista se informó la confidencialidad de la participación y se solicitó la aprobación de cada profesional para la grabación de sus relatos durante el encuentro. Se hará referencia a cada profesional especificando su disciplina de intervención, e iniciales construidas para distinguir a cada una, en pos de preservar su anonimato.

Utilizamos el lenguaje inclusivo diferenciándonos del lenguaje tradicional, por ser binario y sexista. La elección tiene como objetivo democratizar el lenguaje y hacer presente la diversidad de géneros existentes.

Estructura de la tesis

Para dar respuesta a los objetivos propuestos, este trabajo de investigación final se divide en cuatro capítulos, donde se exponen los resultados alcanzados.

En el Capítulo 1 se presenta el marco teórico conceptual que orienta nuestra investigación, organizado a través de dimensiones claves para el desarrollo de nuestro análisis. Se exponen allí los principales paradigmas que atraviesan el campo de la salud

mental salud mental, y los desarrollos teóricos en relación al género, la sexualidad, y la intervención profesional.

En el Capítulo 2 se relata brevemente la historia de la institución, se realiza una descripción del espacio general del HEPTA, y específicamente de la sala de internación de mujeres, considerando también la cotidianidad de las mujeres internadas en una institución de encierro.

En el Capítulo 3 se aborda la intervención profesional, poniendo el énfasis en el posicionamiento ético-político y la interdisciplinariedad de lxs profesionales al momento de planificar y desarrollar estrategias de intervención. Estas dimensiones se analizarán teniendo en cuenta tanto las diferentes modalidades de participación, como la autonomía de las mujeres internadas, específicamente en relación a sus derechos sexuales

En el Capítulo 4 el análisis se centra en uno de los emergentes que surgen de esta investigación, el impacto que implicó la pandemia Covid-19 al interior de los hospitales monovalentes, y cómo repercute esto en las estrategias de intervención profesional.

Capítulo 1: Categorías claves para enmarcar el problema de investigación

En el presente capítulo se realiza una aproximación a categorías teóricas y conceptuales en las que se enmarca nuestro problema de investigación. Como se mencionó anteriormente, los principales ejes que atraviesan nuestra investigación son la salud mental y la sexualidad. Comenzamos realizando una breve descripción de las tensiones existentes al interior del campo de la salud mental. Destacamos, en primer lugar, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, como el marco normativo desde el cual nos posicionamos ético-políticamente. Se aborda en el primer apartado las diferentes perspectivas que atraviesan de manera conflictiva este campo y que nos trajeron hasta aquí. En el segundo apartado se vincula el campo de la salud mental con los debates que giran en torno a la sexualidad. Para finalizar, en el tercer apartado se define la categoría de intervención profesional, comprendida en el marco de los dos ejes mencionados anteriormente.

1.1. La salud mental como campo de disputas

Para comenzar, retomamos a Bianchi (2019), quien propone que la complejidad que reviste el campo de la salud mental se encuentra anclada a la multiplicidad de actorxs y fuerzas sociales que están involucradxs, ya sea con estrategias parciales o fragmentadas, regidas por lógicas divergentes o contrapuestas y cimentadas simultáneamente en la funcionalidad y en la contradicción. Dicha complejidad se amplía a las diferentes instituciones, tecnologías, saberes, prácticas y dispositivos que la convocan, donde existen tensiones y conflictos que se encuentran muy lejos de ser saldados.

La autora plantea que, en las sociedades occidentales contemporáneas, que consideran la razón como baluarte fundamental, lo normal, lo anormal y la locura entendida como enfermedad cobran especial relevancia. Se desarrollan múltiples estrategias de normalización de los cuerpos, de esta manera, el poder y el saber se presentan como dos dimensiones articuladas que entienden al discurso médico como discurso de verdad, estableciendo históricamente las líneas de demarcación entre aquello que es socialmente aceptable y lo que no.

Estos procesos impactan al interior del campo de la salud mental, donde coexisten diferentes enfoques que se encuentran en permanente tensión. Uno de ellos es el modelo

médico hegemónico (MMH) definido por Menéndez como el “conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha sido legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”. (1992; p.110). Por su parte, Estrada y Ezdra (2020) reponen los aportes de este mismo autor y afirman que es posible observar que los rasgos principales de este modelo son la asociabilidad, la ahistoricidad, el aculturalismo y el individualismo. Esto implica quitar de contexto a lxs sujetxs con lxs que se interviene, sin contemplar las múltiples realidades que los atraviesan: sus subjetividades, sus saberes y sus vivencias. Se comprende a la salud desde una mirada segmentada, donde el objetivo está puesto en una eficacia pragmática que busca como finalidad única alcanzar la cura de un estado de enfermedad definida a partir de concepciones tanto biologicistas como evolucionistas. Se encuentra enmarcado en una mercantilización de la salud que reduce la atención de usuarixs a una relación de oferta y demanda. Los problemas desde esta perspectiva se medicalizan en términos de un incremento de las intervenciones médicas y tecnicismos, excluyendo los procesos sociales que la condicionan. Es decir, que la tendencia de este modelo es a la subordinación y exclusión de los procesos psicológicos, subjetivos, culturales, históricos y sociales presentes en los padecimientos, lo que conlleva a trabajar casi exclusivamente con la enfermedad y no con la salud.

Este modelo a su vez se encuentra entrelazado con el modelo asilar y manicomial. Siguiendo a Faraone (1993) históricamente, y también en la actualidad, la justificación de la existencia de los manicomios se encuentra enmarcada en el discurso de la rehabilitación de la persona que presenta algún cuadro diagnosticado como enfermedad mental. Sin embargo, se presenta también de forma subyacente la práctica institucional, cuyo objetivo constituye asilar a personas que representan algún tipo de problemática social. De esta manera, se pone en juego lo manifiesto y lo latente, lo que se dice y lo que se hace, poniendo en juego diversos roles tanto en el adentro como en el afuera de la institución. La vida del paciente dentro de ella pone de manifiesto que la función de rehabilitación se va desvaneciendo para dar paso a una función asilar de custodia.

Los aportes de Basaglia (2008), resultan útiles para pensar en estas lógicas manicomiales. El autor comprende a la cura como forma de control, señalando que lxs médicxs consideran al sujetx como objeto, ya que no existe posibilidad de expresión subjetiva. Se utiliza la ciencia para relegitimar las nuevas formas de manicomio, pero sea

como sea que se administre el manicomio siempre va a ser un medio de control, principalmente del “desvío” de la improductividad. Por lo tanto, entiende que la única forma de afrontar la “locura” es eliminando el manicomio, para que la persona tenga la posibilidad de ser y de expresarse de alguna manera, porque la institución le ha quitado esa posibilidad.

Como señala Laurell (1982), en América Latina, a mediados del siglo XX, comienza a gestarse un nuevo paradigma que se aleja de la vieja concepción de enfermedad que existía anteriormente. Se va a comprender el “proceso salud-padecimiento-atención” como proceso socio-histórico. Esta corriente busca insertar al binomio salud-enfermedad en un marco histórico-estructural, que necesariamente debe ser leído desde un modelo de organización social; ya que el mismo surge ligado a la relación capital-trabajo. Es decir, que se tiene en cuenta la interrelación dinámica entre lo social y lo biológico, entre las condiciones de vida y las relaciones de producción. Estas discusiones en el campo de la salud dieron lugar a que comience a pensarse a lxs sujetxs con padecimiento mental desde otra concepción, entendiéndolo como sujetx de derechos.

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 surge en el marco de estos debates, buscando garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas, y los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, a partir del pasaje del concepto de la “incapacidad” al de “capacidad jurídica”. Además, la LNSM busca romper con la lógica manicomial y el binomio locura-peligrosidad propio del modelo médico hegemónico, estableciendo la prioridad de que se realicen abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, incorporando a los equipos de trabajo a disciplinas como la psicología, el trabajo social, la enfermería, la terapia ocupacional, entre otras. Si bien se han logrado avances y modificaciones en la intervención con sujetxs con padecimiento mental, continúan perdurando posturas y visiones propias del modelo médico hegemónico y del modelo asilar, configurándose entonces un campo de disputas sobre el que es necesario seguir indagando y reflexionando.

Este primer apartado resulta útil para comprender cómo los diversos procesos históricos que giran en torno a la salud en general, y a la salud mental en particular, han ido configurando diversos paradigmas que aún conviven. A su vez, también nos permite vincular dimensiones como sexualidad y género en el marco de estas discusiones, que profundizaremos en el siguiente apartado.

1.2. Género y sexualidad en el campo de la salud mental

Al momento de ahondar en estas dos grandes dimensiones, salud mental y género, fue posible reconocer cierta vacancia en el ámbito académico donde se desarrollen ambas de manera articulada. Por esta razón, para el desarrollo de este Trabajo de Investigación Final, resultó clave poder acceder a las investigaciones desarrolladas por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) “La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero" (2017) y “Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio” (2015) que sientan un precedente en la indagación sobre el campo de la salud mental, los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias y los procesos de des/institucionalización a partir de la Ley de Salud Mental N° 26.657. En consonancia con estos estudios, destacamos el artículo de Yoma, S. Buhlman, S. y Burijovich, J. “Aun no estamos todas... algunas no nos ven. Las mujeres en los hospitales psiquiátricos” (2021).

También resulta relevante la ponencia realizada por Azcárate, L. Leone, C. y Miculitzki, T. “*Salud sexual y reproductiva: sentidos operantes en las prácticas de los equipos de los hospitales monovalentes de salud mental*” (2020), en el marco de las XIV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, donde reflexionan sobre los sentidos y afectos vinculados a la sexualidad que operan en las prácticas de los equipos de salud mental de tres hospitales monovalentes de la Provincia de Buenos Aires a partir de las representaciones y debates que surgieron en los encuentros organizados por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en instituciones de encierro. Adicionalmente, resultó de utilidad la clase abierta de la asignatura Problemática de Salud mental en Argentina, realizada en 2020, que se encuentra subida en Youtube y recupera las presentaciones de Constanza Leone y Luciana Azcárate: “Salud sexual y reproductiva: sentidos operantes en las practicas de los equipos de los hospitales monovalentes de salud mental”. Estefanía Martelli, Camila Méndez Santoria y Daniela Rugna: “La construcción de autonomía como responsabilidad colectiva. Un estudio de las maternidades adolescentes en la Escuela Media”. Pauline Ezdra y Alessandra Estrada Ponce: “(Re)pensando las intervenciones profesionales con mujeres con padecimiento mental”.

En esta misma clave, fueron relevante los recientes Trabajos de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social de la UBA, tales como: “Repensando las

intervenciones profesionales con mujeres con padecimiento mental” (Estrada y Ezdra, 2020), “Maternidad y Salud Mental: Mujeres madres de niñez y/o adolescentes con diagnóstico de Salud Mental” (Fiamberti y Seijas, 2019), “Maternidad(es) en contexto de internación psiquiátrica: análisis desde una perspectiva de género” (Villacorta, 2019), “Un análisis acerca de la (re)internación de mujeres con padecimiento mental en relación con sus redes de apoyo” (Genson-Houlli, 2019), “La internación neuropsiquiátrica, un camino hacia la tranquilidad” (Estevez y Millet, 2015) y “Maternidad y Salud Mental: re-pensando el rol materno” (Fernández y Roqué, 2015).

Todos estos materiales permitieron una revisión de temas, problemas, procesos y discusiones muy recientes y territorializadas del campo en el que interseccionan salud mental y género. En estas discusiones, además, se destaca el trabajo social como disciplina relevante.

1.2.1. Categorías claves sobre género y sexualidad

En este apartado, para abordar la noción de género, partimos de los aportes de Lagarde, quien lo comprende como:

Una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo. El género está presente en el mundo, en las sociedades, en los sujetos sociales, en sus relaciones, en la política y en la cultura. (Lagarde 2001, p. 201)

El género, entonces, es una construcción simbólica y contiene el conjunto de atributos que son asignados a las personas a partir del sexo, características biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, jurídicas, políticas y culturales.

Se profundiza este análisis a partir de los aportes de Velázquez (2003) quien afirma que los estereotipos establecidos de feminidad y masculinidad se originan en base a las diferentes representaciones culturales construidas. De este modo, la organización política y económica de la sociedad va a tener como eje central esta diferencia, que siempre se funda en la desigualdad y se encuentra atravesada por distintas determinaciones como la raza, la religión, y la clase social. Se establece, entonces, como elemento constitutivo de las relaciones sociales, como campo a través del cual se articula y se distribuye el poder.

Como señala Checa (2012) la regulación de la sexualidad y la reproducción se desarrollan como ejes centrales a través del Estado y de las ciencias biomédicas afectando

la hegemonía del poder religioso cristiano y sus preceptos regulatorios basados en la heterosexualidad, el matrimonio y la familia. La racionalidad del estado moderno pretende intervenir sobre el uso que las personas hacen de sus cuerpos, y su capacidad de procreación, sosteniendo el imaginario de lo público y de lo privado y los criterios de inclusión y exclusión de la ciudadanía. De esta manera, la regulación social de la sexualidad y la reproducción es un aspecto sustantivo para el estudio de la modernidad incorporando al debate político sobre el cuerpo, la reflexión sobre la diferencia sexual, la relación razón/cuerpo y cultura /naturaleza.

En este marco, es posible pensar que la sexualidad es un atributo no sólo biológico, sino que está profundamente atravesado en los tiempos culturales y sociales de cada época. En línea con Checa, quien retoma a Weeks:

no es un fenómeno primordialmente ‘natural’ sino como un producto de fuerzas históricas y sociales... lo que definimos como ‘sexualidad’ es una construcción histórica que reúne una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales- identidad genérica, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías que no necesariamente deben estar vinculadas, y que en otras culturas no lo han estado. (2012, p. 27).

Siguiendo los aportes de Caponi (2019) en “Las locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental” es posible comprender que históricamente se ha definido una forma privilegiada y “normal” de ser “mujer”. El saber psiquiátrico se constituyó como un campo que ayudó a cristalizar estas ideas normativas, multiplicando las patologías o las locuras femeninas a lo largo de la historia. De esta manera, es posible pensar el papel articulador que ha ocupado la sexualidad de la mujer y el control de las llamadas “perversiones sexuales” en la historia de la psiquiatría, como saber y como estrategia de gestión biopolítica de las poblaciones. Legitimando la construcción de un gran archivo de los placeres sexuales en clave médico psiquiátrica, un registro destinado a clasificar, pacientemente, la heterogeneidad sexual.

La mujer ocupó entonces un lugar privilegiado como objeto incansable de observación y análisis, configurándose un cuerpo atravesado y constituido por su sexualidad. Por esta razón, la autora destaca la importancia de comprender el uso político que en los más diversos ámbitos cotidianos y desde las diferentes instituciones se hace de la asociación entre mujer y locura, entendiendo a la locura como si fuera un atributo

femenino. Estos discursos se han ido legitimando a través del tiempo, llegando a naturalizarse y a transformarse en una evidencia que forma parte del saber psiquiátrico. En esta línea, a partir de lo planteado por Azzerboni y Espindola (2019), podemos entender que:

la psiquiatría a lo largo de la historia ha sido una fuente importante de ideología sexista, ya que a través de las diferencias anatómicas, fisiológicas y patológicas ha ubicado a la mujer como susceptible a la enfermedad mental por naturaleza, adjudicando la relación entre su aparato genital y su sexualidad con el sistema nervioso. (2019, p. 50)

De esta manera, siguiendo a las autoras (2019), ser mujer, con padecimiento mental y encontrarse internada en una institución de encierro, provoca vulneraciones que se invisibilizan y se justifican socialmente. Así como se coarta el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, a tener un espacio de intimidad, la sexualidad no se encuentra exenta de esta opresión, sino que es uno de los aspectos que más se controlan, anulan, y escapan de las líneas de acción profesional e institucional.

A partir de la ponencia de Azcárate, et al. (2020) es posible observar cómo se articulan estas representaciones y sentidos sobre la sexualidad con las mujeres con padecimiento mental que se encuentran internadas en instituciones monovalentes. Las autoras parten de la concepción de que hay ciertas creencias y sentidos nodales que orientan las prácticas de las personas. Estas creencias, lejos de ser motivo de una reflexión consciente permanente que guíe el actuar, están sedimentadas en el cuerpo y operan al modo de disposiciones duraderas que generan prácticas, representaciones y afectos, sin necesidad de pasar por la conciencia explícita. Al referirse a los sentidos sobre la sexualidad, tienen en cuenta no solo aquellos sentidos explícitos y conscientes, sino también, sobre todo, aquellos sentidos interiorizados, naturalizados, que no se ponen en cuestión por no haber sido objeto de una reflexión colectiva más ardua y compleja; aquellos sentidos que se anudan a afectos, y que requieren de un proceso de deconstrucción y de debate.

Al interior de los hospitales monovalentes el reconocimiento —o no— de los derechos sexuales de lxs pacientes se enmarca dentro de un campo particular de la salud, el de la salud mental, que cuenta con tensiones propias entre los horizontes de la

des/institucionalización y la persistencia del encierro, con el peso de los diagnósticos sobre las personas, con la medicalización muchas veces como bandera y hospitales que son no solo centros asistenciales, sino también lugares donde muchas personas pasan casi toda una vida, solo por nombrar algunas dimensiones de esta complejidad. Articulan estas nociones con lo prohibido y lo permitido en relación a la sexualidad de las pacientes, que emerge y forma parte de modos de hacer que se encuentran sedimentados en las prácticas que realizan los equipos de salud, que operan usualmente como reglas implícitas, como tabúes y como costumbres que no se ponen en cuestión.

Al referirnos a derechos sexuales los comprendemos como derechos humanos, considerando lo establecido en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, creado por la Ley Nacional N° 25.673, el cual reconoce que el derecho a la salud comprende la salud sexual y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no planificados. De esta manera, los derechos sexuales buscan garantizar que las personas puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva con libertad, confianza y seguridad, de acuerdo a su vivencia interna (asociada al cuerpo, la mente, la espiritualidad, las emociones y la salud) y externa (asociada al contexto social, histórico, político y cultural).

Los derechos sexuales se refieren a la libertad de las personas para ejercer su sexualidad de manera saludable, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación. La sexualidad comprende la actividad sexual, el erotismo, el placer y la intimidad. Se establece por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales y se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones.

1.3. Intervención profesional

El abordaje profesional en el campo de la salud mental es un factor clave para comprender cómo se configura la construcción - o la ausencia- de autonomía en relación a los derechos sexuales de las mujeres que se encuentran transitando internaciones prolongadas en hospitales monovalentes. Para comprender la inserción del trabajo social en el área de la salud mental es importante retomar las disputas que tuvieron lugar en este campo.

Desde la promulgación y reglamentación de la LNSM se da legitimidad a la intervención profesional del trabajo social en el campo de la salud mental a partir de la conformación de equipos interdisciplinarios para abordar las problemáticas desde una perspectiva intersectorial.

El modelo de intervención profesional, siguiendo a Imamoto (2003), puede ser pensado como una construcción que implica un posicionamiento ético-político, teórico metodológico y crítico operativo. Es decir, no sólo como una sumatoria de herramientas metodológicas, sino como un proyecto social y profesional inspirado en valores como la justicia social, la libertad, una perspectiva de derechos humanos, democracia ampliada y políticas sociales universales. Estas tres dimensiones habilitan a darle una dirección a nuestro trabajo, que supone conocimiento, y también una elección de valores.

Por otro lado, implica a su vez una elección de estrategias de acción, que requiere conocer las condiciones y las relaciones en el trabajo en que nos insertamos, para ser capaces de actuar y de responder a las demandas. Estos elementos deben pensarse de manera integrada y articuladamente ya que, si se encuentran aislados, quedan debilitados. Entre la demanda de la institución y la demanda de lxs sujetxs, contamos con una autonomía relativa, que puede permitirnos definir direcciones para nuestra acción, definir prioridades y formas de encaminarlas, siendo primordial establecer el límite entre esa práctica inmediateista, espontánea e intuitiva y aquella que tiene una clara distinción sociopolítica, así como también comprender los alcances y limitaciones que se presentan en las prácticas al interior de las instituciones.

De esta manera, tomando los aportes de Carballada (2008), podemos afirmar que la intervención “implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese ‘otro’ sobre el que se interviene.” (2008, p. 7). La intervención se presenta entonces como un espacio de construcción de creencias, hábitos, y modalidades de hacer, donde se configuran certezas e incertidumbres. En concordancia con lo planteado por Imamoto (2003), la intervención involucra siempre un compromiso ético, ya que se interviene no solo sobre los problemas sociales, sino en función del padecimiento que estos generan. Implica, a su vez, la necesidad de reflexión sobre los condicionantes de la intervención, a partir de las prácticas, representaciones sociales y construcciones discursivas que la preceden y que muchas veces direccionan el quehacer

profesional, como ocurre con los diferentes paradigmas que forman parte del campo de la salud mental.

En este marco, siguiendo los aportes de Cazzaniga (2009) comprendemos a las estrategias de intervención como las manifestaciones de la intervención profesional, que se encuentran ubicadas en un tiempo y espacio determinado y que se configuran a partir de las técnicas e instrumentos contruidos en base a un entramado teórico, ético y político-ideológico.

Consideramos, tal como afirma la LNSM (Art. 8 y 9), que toda intervención dentro del campo de la salud mental debe darse en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, y encontrarse a cargo de un equipo conformado por disciplinas como el trabajo social, la psicología, la psiquiatría, terapia ocupacional, etc.

A través de los aportes de Stolkiner (1999), comprendemos que un saber disciplinario es una forma de poder, y por ende las cuestiones de poder aparecerán necesariamente. La participación en un equipo interdisciplinario implica numerosas renunciias, una de ellas es renunciar a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema, reconocer su incompletitud. Se pone en juego la relación que cada sujeto establece con la disciplina y resulta necesario poder desafiarla.

Para concluir, consideramos que las categorías desarrolladas, las cuales están atravesadas por largos procesos de construcción, en los cuales se las ha impregnado de disímiles sentidos, nos permiten especificar los cimientos teóricos desde los cuales nos posicionamos para realizar el desarrollo de la presente investigación. En el próximo capítulo, avanzaremos con las características que presenta la institución, tanto en aspectos generales, como en las especificidades de la sala de mujeres.

Capítulo 2: Presentación de la institución

En el presente capítulo se abordan las características generales de la institución en la cual se enmarca nuestra TIF, para luego llevar a cabo un análisis específico de la sala de mujeres, teniendo en cuenta tanto a la población que se encuentra internada, el equipo interdisciplinario que interviene y a los aspectos edilicios que configuran el espacio que habitan en la cotidianidad las usuarias. A su vez, se desarrolla la trayectoria del equipo de salud sexual y reproductiva, conformado en el año 2013, al interior de dicha sala.

2.1 Características generales del Hospital Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear

La institución se fundó en el año 1908 como hospital general. Entre finales de la década '70 y principios de la década '80, cuando estaba finalizando la dictadura militar, quedó inactivo. En 1983 el gobierno democrático decidió su reapertura, una parte del edificio original del hospital se transforma en el hogar de adultos mayores San Martín, y la otra se convierte en una extensión del servicio de Salud Mental del Hospital Pirovano. En el año '88 se aprueba la estructura propia del Alvear, convirtiéndose en un hospital de emergencias psiquiátricas. Y finalmente, entre el año 1990 y el 1991 se consolida la estructura que hoy conocemos. Fue el primer hospital que se creó en el país con una perspectiva interdisciplinaria en la urgencia, desde sus inicios la guardia de salud mental trabajó con un equipo interdisciplinario conformado por trabajadorxs sociales, psicólogxs, psiquiatras y médicxs clínicxs.

Su característica principal es ser un efector monovalente específico para la atención de situaciones de emergencia en Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se encuentra ubicado en el Barrio Paternal, inscripto en la comuna 15, sobre la calle Warnes 2630, dentro de un predio de 9 hectáreas, está compuesto por seis pabellones, donde se distribuyen las diferentes áreas, como Sala de Mujeres y Sala de Hombres, que se encuentran dentro del Pabellón 1 y comparten espacios comunes, como comedor y sala de estar. En el año 2013 se culminaron una serie de obras de infraestructura que implicaron la remodelación de todas las salas de internación y de la guardia.

El HEPTA, junto con el resto de los hospitales monovalentes, los centros de salud mental y otros centros de salud comunitaria, integra la red de salud mental de la Ciudad

de Buenos Aires. Se trata de una institución especializada en salud mental, que depende de la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y atiende a personas entre 14 y 65 años de edad. El hospital, junto con el hospital José Tiburcio Borda, Braulio A. Moyano y el infanto juvenil C. Tobar García, a partir de esta dependencia, y con la Ley de Salud Mental, comienza a tener un presupuesto y recursos propios. No posee un área programática, su alcance territorial corresponde a la totalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sin embargo, lxs profesionalxs de la institución manifiestan que mucha de la población que llega a la institución es de la Provincia de Buenos Aires, debido a que este territorio tiene muchas limitaciones tanto en la atención, como en la disponibilidad de medicación.

Cuenta con dos grandes áreas: por un lado, se encuentra Internación, en donde se sitúa la sala de internación mujeres, sala de internación hombres, sala de internación de adolescentes y también Guardia; y por el otro, el área ambulatoria, conformada por consultorios externos y hospital de día. Introduciéndonos específicamente en los servicios en los que nos hemos insertado, por un lado, la guardia del HEPTA se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. En este contexto, la población se dirige primeramente a la guardia, siendo el dispositivo que recibe a las personas en estado de emergencia psiquiátrica, a la cual llegan con diversos padecimientos mentales en un momento agudo de un determinado episodio. Este recorte permite comprender que la población atendida está atravesada por una situación de crisis, ya que trabaja con la emergencia. Por otro lado, dentro de las llamadas prestaciones externas concurren pacientes ya estabilizadxs, para realizar controles de medicación, apareciendo aquí la contraposición a la emergencia, que es la cronicidad de ciertas problemáticas que vivencian quienes enfrentan padecimientos en su salud mental.

2.1.1. Sala de internación de mujeres

La sala de internación de mujeres es un dispositivo de tratamiento que depende de la división de internación. Esta sala cuenta con un total de treinta camas para la atención de mujeres de entre 18 y 65 años, que poseen criterio de internación. El equipo interdisciplinario está compuesto por cuatro médicos psiquiatras, cuatro psicólogxs, dos terapistas ocupacionales, dos trabajadoras sociales. Al igual que todas las salas, posee un jefe de sala.

Para que las usuarias ingresen a sala de mujeres, deben poseer criterio de internación. Según lo establecido en el Art. N°14 de la LNSM, “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”. A su vez, en los Art. N° 15 y 16, se especifica que la internación debe ser lo más breve posible, y para que suceda se debe contar con la evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral. Esto implica que toda persona que llegue a la sala de mujeres deberá ser previamente evaluada por el equipo interdisciplinario de la sala, considerándose la internación únicamente si la persona se encuentra en una situación de riesgo inminente para sí misma o para terceros, y si dicha situación no puede ser abordada mediante otro dispositivo de atención. En este sentido, una de las entrevistadas nos comentaba lo siguiente:

Muchas veces cuando una internación se vuelve necesaria tiene que ver con que algo de la locura digamos estalló y hace que esa persona por alguna razón no pueda seguir habitando ni transitando su escena del mundo habitual, y entonces, digamos, acude como a los muros de la institución. Y muchas veces las razones por las cuales se hizo necesaria esa internación a quien concurre al hospital a internarse no le pertenece, digamos esa persona, ese sujeto esa mujer que viene a internarse muchas veces no sabe por qué es necesaria esa internación, sí a veces esa internación es más clara para les otros que acompañan, ya sea la familia, una amiga, la justicia, la policía... (Lic. en Psicología, H).

Siguiendo lo planteado por el CELS (2015) y la LNSM se sostiene que la internación debe ser la última medida a evaluar, ya que la misma es considerada como un proceso que contribuye a incrementar la discapacidad de dichas personas, en las que se visualizan fragilizados los lazos que las unen con sus más allegados, quedando sometidas al régimen custodial de las instituciones psiquiátricas, generando un desgaste de las habilidades de vida esenciales que necesitan para vivir en la comunidad, lo que va a impedir su rehabilitación. En este sentido, cualquier internación debe ser pensada a mediano plazo en un ambiente en el cual se fomenten y propicien las habilidades y capacidades de las usuarias.

Al momento de caracterizar a la población que se encuentra internada en Sala de Mujeres la psicóloga del equipo interdisciplinario la describe como:

Una población absolutamente vulnerable... en todo sentido, particularmente en la Sala de Mujeres la vulnerabilidad se manifiesta en términos de género, de pobreza extrema vulnerabilidad social y vulnerabilidad por el hecho de estar atravesando una situación de salud mental, digamos, son como 3 ejes, pobreza, femineidad y locura, que realmente las deja en una situación de enorme vulnerabilidad. Después me cuesta mucho hacer alguna generalidad, porque cada una es un universo, en muchas situaciones son mujeres que están muy solas, sin familia. En muchos casos privadas de la posibilidad de contacto con sus hijos, a veces de manera justificada, muchísimas veces no, bastante solas desde el punto de vista de lo institucional, sin que ninguna institución pueda alojar sus problemáticas, ni la justicia, ni la salud, ni la educación. (Lic. en psicología. H)

Resulta menester destacar, que tal como mencionamos, los tres ejes a los que hace referencia la profesional da cuenta de la complejidad que reviste la internación por padecimiento mental en mujeres. Asimismo, en la mayoría de los discursos de los profesionales de la Sala una característica predominante de la población internada es que en su mayoría suelen ser mujeres que han estado previamente en tratamiento por salud mental, tanto en la misma institución, como en otros dispositivos.

Se fue sumando después de los '90 otra población con ciertas características particulares, son mujeres que crecieron por distintas razones institucionalizadas, desde su infancia o adolescencia, y muchas suelen llegar a la sala con una historia ya de internaciones desde esa misma institucionalización, internaciones por salud mental desde su adolescencia. (Terapista Ocupacional, D)

A partir de lo expuesto, retomamos los aportes de Foucault (1975), quien comprende que los dispositivos disciplinarios, como lo es un hospital, se constituyen en un conjunto de elementos, discursos y mecanismos de vigilancia y castigo que acontecen mediante relaciones de poder establecidas entre grupos de personas que habitan un espacio cerrado, y donde la creación de un hábito mediante la repetición de las actividades influye sobre la subjetividad de los individuos.

Por tanto, comprende a los dispositivos disciplinarios como una serie de mecanismos que se apoyan unos sobre otros con el fin de generar una coerción continua que impone la docilidad de los cuerpos. Nos resulta necesario detenernos, y problematizar cómo las reinternaciones a las que hace referencia la profesional, se enmarcan en los efectos del constante intento de normalización de los cuerpos, por parte de un sistema manicomial, institucionalizante y médico hegemónico, que obstaculiza la posibilidad de ejecutar intervenciones que escapen a esta lógica asilar. El siguiente fragmento resulta ejemplificador al respecto:

Por ejemplo, ahí digamos, hay un montón de pacientes que cuando se van de acá, sobre todo las pacientes más jóvenes, más pendejas adolescentes, yo trato de no derivarlas acá a consultorios externos porque me parece que tienen que salir del monovalente, que se tienen que ir... pero no hay lugar, no hay otros lugares que por ejemplo den medicación gratuita como da este hospital, entonces muchas veces me pasa que intento hacer una derivación a otro efector de salud y no tengo manera, no las puedo derivar, entonces terminan atendiéndose acá a mi pesar, porque la verdad es que yo preferiría que pibas de 18 años no se atiendan en un psiquiátrico. (Lic. en Psicología, H)

Como señala la psicóloga del equipo, la falta de recursos, las falencias en la implementación de la LNSM, y la ausencia de dispositivos que encuentren enmarcados en proceso de atención comunitario, que contemplen simultáneamente las dimensiones biológicas, subjetivas y colectivas de los procesos de salud-padecimiento-atención-cuidado, perpetúan este modelo asilar.

2.1.2. Equipo de salud sexual y reproductiva

Una de las particularidades que tiene el dispositivo de Sala de Mujeres del HEPTA es que al interior del Equipo Interdisciplinario funciona un Equipo de Salud Sexual y Reproductiva (en adelante SSyR), integrado por un psiquiatra, una psicóloga y una trabajadora social. El mismo se conformó en el año 2012 y es el único equipo que trabaja con derechos sexuales y reproductivos de mujeres en un hospital monovalente. El puntapié inicial para dar comienzo a esta práctica se gesta en las falencias observadas con

respecto a la temática, de esta manera comienzan a pensarse y efectuarse las intervenciones por mera voluntad de lxs profesionales, como comentan a continuación:

Empecé a conectarme con la dirección de Salud Sexual, en ese momento, que ahora es la coordinación de Salud Sexual VIH, SIDA y ETS, para empezar a establecer ciertos lazos porque lo que empecé a ver es que, era algo que estaba poco visibilizado, los derechos sexuales el acceso a métodos anticonceptivos a cuidados a información. A partir de ahí fue como que empezó a esbozarse, lo que hoy es el equipo que bueno... tuvo distintas instancias, momentos de '¿qué es esto que nos traen?' '¿Para qué?' 'Que sí... que hagan todo lo que quieran mientras sigan haciendo su trabajo, bueno, cosas de ese estilo... (Médico psiquiatra J, integrante del Equipo de SSyR)

El objetivo de la conformación de este equipo fue facilitar el acceso a información y el acceso a derechos, siempre desde un respeto a la autonomía de las usuarias. Tanto la creación como la puesta en práctica de las intervenciones del equipo fueron procesos que estuvieron acompañados por fuertes tensiones institucionales. Lo que implicó que el Equipo de SSyR no cuente con un espacio, ni con un tiempo propio, sino que debía adecuarse al resto de las actividades que realizaban lxs profesionales dentro del hospital.

Esto es gente que tuvo ganas de ponerse a pensar que esto podía llegar a aportar algo positivo, podía llegar a ayudar un montón, pero siempre seguimos haciéndolo por fuera de nuestro horario, tenemos reuniones en el tiempo que nosotros tendríamos que dedicarle, pasa mucho, para en muchas instituciones gente que solo se dedica a hacer su trabajo, gente que piensa un poco más, gente que tiene ganas y a la institución le sirve si lo haces y sino lo haces le da lo mismo. (Médico psiquiatra, J, integrante del Equipo de SSyR)

Una de las principales formas de abordaje de este equipo de dio en el marco del desarrollo de talleres, que fueron en principio pensados para las pacientes internadas en Sala de Mujeres y luego se hicieron extensivos a todo el hospital. Esto implicó un trabajo articulado con otrxs profesionalxs del hospital, quienes en muchos casos se encontraban reticentes a abordar estas temáticas, siendo esto muchas veces un obstáculo. Poder llevar a cabo estas actividades implicó una previa problematización y reconocimiento de lxs pacientxs como seres sexuados, siendo necesario comprender que las personas que transitan el hospital tienen deseos y se erotizan. De esta manera, se dio lugar a un espacio donde era posible hablar de sus intimidades y del vínculo con el propio cuerpo, en un

marco institucional en el que no estaban dadas las condiciones para hacerlo hasta ese momento.

Totalmente, pero hay como una negación del placer y el disfrute, y de que la persona está tan mal... y que bueno “que importa” y sí importa... claro que importa. Entonces bueno, me parece que la gran lucha viene por ahí, reivindicar un poco el tema del disfrute, del placer y del ejercicio libre de la sexualidad. También, por supuesto, el ítem de “nos cuidemos del embarazo” claramente es importante, pero no es todo. (Médico psiquiatra, J, integrante del Equipo de SSyR)

En el marco de esta investigación, consideramos destacable el trabajo realizado por estxs profesionales, con quienes compartimos el interés de repensar los derechos sexuales no sólo en el marco de los cuidados reproductivos sino también entendidos desde el acceso al placer. En el capítulo 3, analizaremos en profundidad y específicamente las características que asumen las estrategias de intervención que se despliegan en torno a los derechos sexuales y reproductivos.

2.2. Cotidianidad, temporalidad y control en la sala de mujeres

En las características generales del hospital y de la sala de mujeres, desarrolladas en los apartados anteriores, se puede observar cómo continúan predominando ciertas lógicas manicomiales que van en contraposición a lo establecido en la LNSM. La prolongación de los tiempos de las internaciones, considerando que se trata de un hospital de emergencias, la ausencia de dispositivos de atención ambulatoria, la falta de interés de la institución, para facilitar el acceso a herramientas en pos de los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias, deja en evidencia las falencias que se presentan al pensar en un abordaje enmarcado dentro de la LNSM.

En la actualidad el HEPTA continúa funcionando como una institución neuropsiquiátrica monovalente, a pesar de que, siguiendo a Faraone (2020), la LNSM previó la obligación estatal de sustituir definitivamente instituciones monovalentes para el año 2020, priorizando un sistema de atención en salud mental comunitario que respete los derechos humanos. En el marco de este incumplimiento, las vidas de las usuarias se enfrentan a las consecuencias de un sistema asilar manicomial, que vulnera sus derechos y repercute en toda su cotidianidad.

...es un hospital, un manicomio, que, si bien intenta ser como bastante comunitario en sus prácticas, todavía hay muchas cosas de la lógica asilar y eso se cuela todo el tiempo entonces... [las asambleas] están buenas, pero en realidad no deja de ser un hospital bien hospitalocéntrico, digamos, es una marca esta lógica asilar. (Trabajadora social, L)

La distribución del espacio físico en la sala de mujeres no escapa a estas lógicas. En primer lugar, en las instalaciones sanitarias pertenecientes a la sala, las duchas no tienen ni puertas ni cortinas, ni tampoco cuentan con espejo dentro del baño. Si bien son medidas que se toman por “seguridad” de las usuarias implican a su vez una total vulneración de su derecho a la intimidad.

Eh... la realidad es que no hay por ahí muchos lugares de intimidad, todos los lugares son compartidos, igual ya te digo siempre se la rebuscan, eh, no se los baños tenés tres inodoros adelante, y tres duchas atrás, las duchas es un lugar que siempre pueden hacer cosas porque uno ahí no está, pasás, como que paras la oreja para ver si realmente se está bañando o si está haciendo otra cosa, pero la realidad es que uno les da ese lugar. (Enfermera, V)

A su vez, las habitaciones también exponen constantemente la intimidad y la privacidad de las usuarias. Cada una de las habitaciones cuenta con cinco camas y con apenas un pequeño locker por cama, que no cuenta con llave ni ningún tipo de seguridad, de esta manera se les impide contar con un espacio adecuado para resguardar sus pertenencias durante el tiempo de internación. Sin embargo, una de las características más aberrantes es que en el espacio que se conecta con el pasillo las habitaciones no cuentan ni con puertas ni ventanas, están completamente abiertas, por lo tanto, cualquier persona que transita por el pasillo puede observar y controlar lo que ocurre dentro de las habitaciones. Sin ir más lejos, la sala de enfermería se encuentra exactamente enfrente a las habitaciones, y cuenta con una gran ventana para poder observar lo que ocurre al interior de las mismas.

A partir de lo expuesto, consideramos menester tomar los aportes de Goffman (1992), quien parte de entender a las instituciones psiquiátricas como institución total, señalando que "están erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad" (p. 22).

De esta manera, el autor considera a la institución total como un espacio de residencia donde un grupo de individuos que se encuentran en igual situación, son aislados de la sociedad y comparten una rutina diaria y administrada durante ese encierro, existiendo una serie de obstáculos que se interponen en la relación con el exterior y dificultan la interacción social, abarcando todos los aspectos de la vida.

El modelo asilar, según Goffman, es puesto en práctica gracias a la imposición arquitectónica de los hospicios, debido a que este ámbito de grandes edificios desarticulados entre sí y con capacidad para muchas personas, es funcional y alimenta las prácticas manicomiales, que consecuentemente tiende a cronificar la estadia del paciente. Las personas internadas casi nunca están completamente solas, siempre hay alguien que puede verlos y oírlos. Todos los aspectos de la vida de las usuarias se desarrollan en el mismo lugar y bajo la tutela de un responsable.

Son habitaciones compartidas, baños compartidos, está todo abierto, con la idea de vigilar, de su control de los movimientos, incluso la enfermería está todo ahí... una cuestión asilar muy relacionada al panóptico, no, no hay privacidad... todo lo que tiene que ver con la sexualidad queda como por fuera de todo eso me parece... (Trabajadora Social, L)

En este sentido, siguiendo lo planteado por el CELS (2015), podemos comprender que el reconocimiento del derecho a la privacidad es un eje que resulta fundamental para el respeto a la autonomía y a la dignidad de las mujeres internadas. Queda en evidencia que al interior del HEPTA no se contemplan espacios para resguardar la privacidad, sino que en la mayoría de los espacios (dormitorios, baños, etc.) se manifiestan lógicas desubjetivantes, en las que a las usuarias se les vuelve imposible registrar algo como singular y propio, e incluso suelen verse expuestas en momentos privados (bañarse, cambiarse de ropa, dormir) a la mirada de otros.

Estos mecanismos de control, no se encuentran restringidos únicamente a la constante mirada sobre las usuarias, sino que también se reflejan en las prácticas cotidianas dentro de la institución.

a ver, si bien, no las podemos hacer vivir una vida normal ahí, pero sí tratamos de poner un orden, que su paso por ahí sea lo más ordenado posible, que no sabemos si algo que lo tengan afuera o no, pero nosotros tratamos de marcárselo, desde el momento de despertarse, las comidas, la higiene, no les estamos encima porque no vamos a obligar a nadie que se bañe ni nada, pero

tratamos de llevar un control “a ver son tantos días”, como que nos vamos turnando también, a veces hacemos policía bueno y policía malo. (Enfermera, V)”

De esta manera, la temporalidad dentro de la institución está signada por los momentos que ya se encuentran pautados a las actividades del acontecer institucional, como las comidas, siempre ejecutadas de forma colectiva, sin considerar la voluntad de cada persona sobre lo que quiere hacer en determinado momento, la vestimenta, y la higiene.

Ya no es la “autonomía de tomar sus propias decisiones” sino que es una toma de decisiones conjunta, porque bueno estamos trabajando en algo para supuestamente tu bienestar. (Médico psiquiatra, J, integrante del Equipo de SSyR)

Hasta aquí podemos observar que las lógicas manicomiales que aún prevalecen tienen un impacto en la capacidad de decisión de las usuarias sobre su cotidianidad, sobre su tratamiento y sobre su propio cuerpo. Esto nos invita a repensar cuál es el margen de autonomía que poseen las usuarias al interior de la institución.

Tomando los aportes de Lagarde (1999) entendemos la autonomía como una construcción, que se construye a través de procesos vitales. Estos procesos no son individuales, por el contrario, abarca las relaciones y los ámbitos sociales en los cuales se desarrollan las personas. En este sentido, siguiendo a Martelli, Méndez Santolaria y Rugna (2020), nos alejamos de una concepción de sujetx autónomx, libre, independiente, para pensar la categoría de autonomía, en relación a un otrx, ya que sólo es posible desarrollar y ejercer la autonomía si se vive, comparte y construye con otrxs, siendo imprescindibles las diferentes redes afectivas y de cuidados en las que cada unx se encuentra insertx.

El desarrollo de este capítulo nos ha permitido identificar a través de los relatos de lxs profesionales cómo se expresa la convivencia de diferentes paradigmas que giran en torno a la salud mental, desarrollados en el Capítulo 1, tanto al interior de la institución como al interior del equipo interdisciplinario:

Aquí apelamos a viejos y nuevos paradigmas, choques y convivencias de los mismos, que instalan la idea de bisagras y cambios posibles en la actual coyuntura.

Esto, en función de hacernos cargo de los vaivenes con los que estos movimientos coexisten, haciendo posible la implementación de lo nuevo y la deconstrucción de lo viejo. (Oberti 2020, p. 66)

De esta manera, se presentan por un lado características institucionales, y estructurales, que responden a lógica asilar, a su vez estas nociones atraviesan también los discursos de algunxs profesionales. Sin embargo, resulta destacable la perspectiva crítica que posee parte del equipo Interdisciplinario, si consideramos la iniciativa para la creación del equipo de SSyR, y su posterior sostenimiento, con nulo o escaso acompañamiento institucional. Estos lineamientos nos brindan el puntapié para poder adentrarnos en el núcleo central de nuestra investigación, de esta manera, en el próximo apartado analizaremos las estrategias de intervención en torno a los derechos sexuales de las usuarias.

Capítulo 3: Derechos sexuales: límites y posibilidades de la intervención profesional

Al momento de reflexionar sobre la intervención profesional, la analizamos en el marco de lo establecido en la LNSM N°26.657, comprendiendo a lxs sujetxs con padecimiento mental como sujetxs de derecho. A partir de lo desarrollado en el Capítulo 1, tomamos los aportes de Carballada (2008), para definir los procesos de intervención profesional. De esta manera, entendemos que la misma se presenta como un instrumento de transformación e implica establecer un diálogo entre las diferentes lógicas, instancias, y actores institucionales, teniendo en cuenta también el marco normativo en el que se inserta. Desde los procesos de intervención se vuelve necesario repensar diferentes perspectivas sobre las estrategias que se desarrollan, construyendo y articulando con distintos campos de saber y prácticas que imprimirán en ellas un sentido.

De esta manera, consideramos necesario que la intervención sea parte de un proceso dialéctico, que requiere de una reflexión ética, de un “mirarse hacia adentro”, no sólo a través de la propia historia, sino también a partir de los atravesamientos del contexto. Se ponen en juego las motivaciones, la autonomía de esa práctica en el marco institucional, las relaciones de fuerza que la atraviesan y la revisión de los campos conceptuales desde donde se actúa. Se presenta, entonces, como lugar de construcción de nuevos interrogantes.

3.1 Posicionamiento ético político de lxs profesionales

A partir de estas consideraciones, resulta evidente que toda intervención desarrollada se encuentra atravesada, indefectiblemente, por el posicionamiento ético político de quien la lleva a cabo. En este punto creemos importante poder analizar cómo se fueron presentando las diferentes perspectivas de lxs profesionales con respecto a los derechos sexuales de las usuarias a través de las entrevistas realizadas.

Por un lado, como se observa en los relatos de lxs integrantes del equipo que expondremos a continuación, existen quienes consideran que la sexualidad no es una dimensión cuya competencia corresponde al abordaje que realiza el equipo. Son relatos que se enmarcan y se posicionan, comprendiendo a la sexualidad desde una mirada más punitiva, apegándose a las normativas institucionales.

Si en medio de esto surgen cuestiones que tienen que ver con los derechos sexuales se toman, si no, no tenemos por qué meternos... Exceptuando, qué sé

yo... que haya justo alguna intervención desde el Hospital General en relación a la salud en general, de facilitar el acceso o información o lo que sea, eso sí, por supuesto, pero si no no es en donde nos corresponde meternos. (Terapista Ocupacional, D)

...y tenemos la cuestión de que todo lo que tiene que ver con ejercicio de alguna actividad sexual más directa específica, se supone que está prohibida dentro del hospital. Sobre lo cual además no es que tenemos un acuerdo de decir 'ah, está mal que esté esa normativa ... (Terapista Ocupacional, D)

Si bien en el hospital no hay un lugar destinado a ya sabemos, no, eh como digo, las pacientes se los buscan, y cómo sabemos que los van a buscar y los van a encontrar uno trata de... por lo general las que vemos de quien está con quien, que andan de la mano, somos nosotras, entonces empezamos a marcar con quien hay que hablar, si tiene algún método anticonceptivo, si lo quiere, sino se la acompaña. (Enfermera, V)

Por otro lado, en las entrevistas realizadas a la psicóloga y al psiquiatra, ambxs integrantes del ESSyR, y a una de las trabajadoras sociales, se pueden recuperar los esfuerzos que realizan estxs profesionales para que la sexualidad sea una dimensión que sea tenida en cuenta al momento de pensar y planificar las estrategias de intervención.

Nosotros, bueno yo desde mi lugar, empecé como a automatizar desde el inicio, desde las entrevistas con las usuarias empezar como a preguntar si había algo en relación a su salud sexual productiva, no reproductiva que quisieran como empezar a pensar, hicimos como unos talleres también, en la sala, en el hospital de día, en adolescencia como para trabajar. (Psiquiatra, J)

Yo en lo particular hago lugar en mis tratamientos siempre, a la cuestión... pregunto, ¿te cuidás? ¿estás teniendo relaciones?, porque también el eje de placer sexual, porque no es solamente el eje de cuidado reproductivo... el eje del placer sexual en muchos casos no existe, no es una pregunta que se han hecho, pero sí hay dinámicas... grupales, individuales. (Psicóloga, H)

Yo pienso que hay mucho como de tabú, obviamente hoy hablar de sexualidad no es lo mismo que cuando yo era chica... digo, digamos, en términos de la vida cotidiana, pero igual digo... como todavía en instituciones cerradas, que

encima hay un atravesamiento de salud mental... o discapacidad intelectual [...] cuando eso implica a alguien que está locx, o que tenga discapacidad, bueno pareciera que ya no es lo mismo, o que no pueden manejar su sexualidad de la misma forma porque se entra en duda si realmente entiende o no. (Trabajadora Social, L)

Podría pensarse que las diferencias en los posicionamientos de lxs distintxs profesionales, están dadas por las determinaciones socio-históricas que atraviesan específicamente el campo de la salud mental y el de la sexualidad, así como también por aspectos normativos institucionales que condicionan e inciden en el desarrollo de la práctica. Se establecen valores y principios socio-culturales que se expresan en un determinado momento histórico e influyen y determinan las acciones de la intervención. No obstante, esto no implica necesariamente que se trate de prácticas sistematizadas y acríticas, sino que por el contrario estos condicionantes pueden ser problematizados por lxs profesionales, dando lugar a una intervención crítica.

Como se puede observar en el relato de retomados, existen diferentes posicionamientos en torno a la sexualidad de las usuarias internadas. Por un lado, nos encontramos con que algunxs de ellxs consideran que la dimensión de la sexualidad debe ser abordada por el Equipo, independientemente de los lineamientos institucionales que la atraviesen, así como también existen profesionales que entienden que no es de su incumbencia la intervención en este aspecto de la vida de las usuarias. Recuperamos aquí los aportes expuestos en el Capítulo I, de Azzerboni y Espindola (2019), para poder reflexionar en torno a cómo la sexualidad es una de las dimensiones que primero se controla, se anula, se invisibiliza y se mantiene al margen de los abordajes. A su vez, algunxs de los integrantes del equipo, se refieren a la sexualidad en el marco del acceso al placer, mientras otrxs consideran que se reduce únicamente a los cuidados reproductivos.

Como señalan las autoras Azcárate et al (2020), resulta muy dificultoso poder hablar de disfrute y de acceso al placer en una institución manicomial, cuando el deseo y sentir del propio cuerpo es totalmente silenciado, muchas veces por la propia medicación. Estas diferentes posturas se enmarcan en una intervención interdisciplinaria, donde entran en juego diferentes posiciones de poder, como se desarrolló en el Capítulo 1. En el próximo apartado se analizarán en profundidad aspectos inherentes a la noción de interdisciplina.

3.2. La interdisciplinariedad en el equipo de la sala de mujeres

Una de las cuestiones más relevantes que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 es la incorporación de la interdisciplinariedad en la gestión de las instituciones y los servicios de salud mental, en detrimento del exclusivo dominio que ejercía la psiquiatría en este campo desde sus inicios. Dicha normativa indica, en el Cap. V, Art N°8 que “Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones”, y que “se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”.

Tomando los aportes de Stolkiner (1987) entendemos a la interdisciplinariedad como un posicionamiento que obliga a reconocer lo incompleto de las herramientas de cada disciplina. A su vez, legitima algo que existía previamente, las importaciones de un campo a otro y la multirreferencialidad teórica en el abordaje de los problemas. Consideramos que en el campo de la salud mental resulta menester correrse de esa fragmentación disciplinaria, para poder comprender el proceso de salud-padecimiento-atención-cuidado desde una mirada integral. La autora entiende que la interdisciplina nace de la “indisciplina” de los problemas que emergen de la realidad, presentados ante nosotrxs como demandas complejas imposibles de ser encasilladas. Estos dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. Los siguientes fragmentos de las entrevistas a la psicóloga y a una de las trabajadoras sociales dan cuenta de las tensiones y relaciones de poder entre disciplinas que se ponen en juego dentro del equipo:

Sí, muchísimas tensiones, muchísimas. Creo que existen tensiones que igual nosotrxs somos un equipo que puede... puede. Relativamente, quiero decir que hay un trabajo sobre estas tensiones, igual creo que también hay algo del malestar institucional que muchas veces se hace carne en esas tensiones, [...] a veces hay algo del malestar institucional que se infiltra en eso y termina siendo un obstáculo para el trabajo con el otrx. Insisto, no tiene tanto que ver con el caso sino con el malestar que nos habita a todxs, y dificulta esa intención de trabajar con otrxs aún en la tensión porque sí, porque hay diferencias, hay diferencias en relación a cómo pensamos a las sujetas, cómo

pensamos la internación, cómo pensamos el tiempo de internación, como pensamos la externación. (Psicóloga, H)

La interdisciplina uno siempre la piensa en abstracto pero hay que pensarlo en situaciones concretas, como es en la relación que se da entre personas que integran el equipo, yo creo que en el ideal como yo lo pienso, a veces se da y a veces no tanto y como para pensar un abordaje interdisciplinario lo primero que se tiene que dar es mínimamente una lectura común de lo que le está pasando a la persona, porque si yo creo que lo que la persona está pasando es una cosa y la psiquiatra piensa otra y claramente va a ser difícil que definamos estrategias, digamos que nos ha pasado. (Trabajadora Social, L)

Siguiendo los aportes de Faraone y Torricelli (2019) podemos comprender que el campo de la salud mental se encuentra compuesto por una sumatoria de saberes disciplinares y de prácticas diversas, que se encuentran reguladas por denominadores comunes que se centran en los determinantes sociales, económicos, culturales e históricos del proceso salud-padecimiento-atención-cuidado. De esta manera, el abordaje desde la interdisciplina requiere un profundo trabajo hacia el interior de los equipos, que implica, entre otras cuestiones, discutir y construir un marco referencial común superador, así como también problematizar y reconocer sistemas de jerarquías entre disciplinas.

3.3 Modalidades de participación de las usuarias en el marco de la intervención profesional

Al hacer referencia a las modalidades de participación de las usuarias nos referimos a aquellos espacios que existen dentro de la institución que habilitan y promueven la toma de decisiones, y el acceso a la información, en el proceso de salud-padecimiento atención. A lo largo de la investigación, al momento de indagar a lxs profesionalxs con respecto a las modalidades de participación de las usuarias, la mayoría hizo referencia al espacio de asamblea. El mismo fue caracterizado como el lugar donde se trabajan cuestiones atinentes a la convivencia en la sala, inquietudes que surgen de las usuarias internadas, propuestas, entre otras. Al mismo tiempo, este dispositivo facilita las relaciones al interior de dichas salas y colabora en la resolución de dificultades convivenciales de las usuarias que permanecen internadas.

Ahora bien, existen diferentes posturas de lxs profesionales con respecto a este espacio, algunxs lo consideran efectivamente como un ámbito de participación, sin

embargo, otrxs problematizan la noción de participación.

Me escuchaba ahora... era como que le re damos participación... pero siempre del lugar de paciente, porque no es que son un par que pueden aportar a pensar como decisiones... Es un espacio que es la asamblea, donde ellas pueden decir, pero que no tienen un poder de decisión, digo, es como una participación, digamos... yo ahora me quedé pensando... pero es una participación común, de las cosas que se generan al interior de la sala, pero no es una participación vinculante... [...] pero si lo pensamos institucionalmente creo que no tienen poder de decidir nada... [...] en las decisiones del funcionamiento no tienen poder de decisión” (Trabajadora Social, L).

[A la asamblea] enfermería siempre va... por lo general siempre vamos eh, y siempre somos como la voz del orden, por alguna cuestión de que por ahí plantean una cosa, ‘queremos escuchar música hasta las once de la noche’, entonces ahí está enfermería como ‘no’, no pueden escuchar música hasta las once, porque si ustedes toman la medicación a la nueve, les tiene que hacer efecto, y si están con la música alta no van a poder dormir. (Enfermera, V)

Creo que también depende mucho de quién lo coordine y cuál sea la idea de la asamblea. Vos podés armar la asamblea como un lugar a donde las pacientes se van a quejar y uno resuelve la queja, que muchas veces adquiere esa modalidad, o vos podés utilizar el espacio de asamblea como un espacio de empoderamiento, de autonomía, de capacidad de acción, de capacidad de resolución, esa es la mirada que a mí me gusta de la asamblea. (Psicóloga, H)

De esta manera, se presentan contradicciones al momento de pensar e interpretar las modalidades de participación. A partir de lo expuesto por Sirvent (1999) podemos diferenciar dos tipos diferentes de participación que se contraponen. Una participación simbólica, que refiere a acciones que ejercen poca o nula influencia y generan una ilusión de “poder” inexistente al interior de las instituciones, simulando un “como si” se participara. Por otro lado, una participación real implica cambios profundos y se concibe como instancia concientizadora y movilizadora, a través de la cual la población toma

conciencia de los determinantes sociales de las problemáticas particulares que los afectan y potencia una capacidad transformadora.

Teniendo en cuenta lo expuesto por la psicóloga y la trabajadora social, consideramos que la asamblea se presenta como un espacio donde predomina una participación simbólica. Si bien es la intención de algunxs profesionales que sea parte de una intervención que promueva la capacidad de acción, es una instancia coordinada siempre por algún integrante del equipo, quien termina habilitando, o no, la palabra de las usuarias y tomando a su vez decisión con respecto a los temas que pueden abordarse. En el discurso de la enfermera se observa que existen propuestas de parte de las usuarias que implican romper con esa temporalidad institucional, signada por momentos pautados para las actividades, para las comidas, para la hora de dormir, que no consideran la voluntad de la persona. Entonces, cualquier proposición que implique correrse de lo que ya se encuentra establecido institucionalmente es rechazado y no se deja lugar a la negociación entre las normas hospitalarias y las necesidades, demandas o propuestas de las usuarias.

Otro de los aspectos relevantes al momento de pensar la participación de las usuarias es poder identificar cuáles son los factores que posibilitan u obstaculizan la misma. Si bien la asamblea es entendida como un espacio que la posibilita, como mencionamos, la misma no vislumbramos en términos de “real”, sino simbólica. A su vez, existen obstáculos identificados por lxs profesionales al momento de llevar a cabo esa participación.

El miedo, me parece, el miedo a lo punitivo. El desconocimiento, la falta de información... la falta de claridad en relación al funcionamiento institucional [...] hay algo de esa falta de información que genera parálisis, que genera miedo, si hablo y me quejo me van a venir a inyectar, digo... prácticas que sabemos que suceden. Tratamos de que no sea así, pero bueno... hay algo de eso "no quiero que me aten", cosas que se escuchan y bueno me parece que en muchos casos es eso... el miedo la desinformación, el desconocimiento de espacio, del tiempo, de lxs profesionales. (Psicóloga, H)

El miedo a lo punitivo que señala la psicóloga se enmarca en lo planteado por Foucault (1975), quien comprende que en los dispositivos disciplinarios, como lo es un hospital psiquiátrico, se constituye en un conjunto de elementos, discursos y mecanismos

de vigilancia y castigo que acontecen mediante relaciones de poder establecidas entre grupos de personas que habitan un espacio cerrado, y donde la creación de un hábito mediante la repetición de las actividades influyen sobre la subjetividad de los individuos. Por tanto, comprende a los dispositivos disciplinarios como una serie de mecanismos que se apoyan unos sobre otros con el fin de generar una coerción continua que impone la docilidad de los cuerpos. De esta manera, las instituciones modernas lograron que lxs sujetxs interioricen la vigilancia mediante castigos y pautas marcadas por la verticalidad, la obediencia y la sumisión, trayendo como corolario el no cuestionamiento a las normas institucionales.

3.3.1. Autonomía de las usuarias

Como se desarrolló en el Capítulo 2 entendemos que las lógicas manicomiales que aún prevalecen en la institución tienen un impacto en la capacidad de decisión de las usuarias sobre su cotidianidad, sobre su tratamiento y sobre su propio cuerpo. De esta manera, nos proponemos problematizar cuál es el grado de autonomía con el que cuentan las usuarias, enmarcando el análisis de la misma alejado de la concepción de sujetx autónomx, y pensándola como una construcción con otrxs. Siguiendo los aportes de Carmona Gallego (2020) comprendemos que la posibilidad de tomar decisiones sobre la propia vida, las formas de vivir, la cotidianidad, las relaciones, el propio cuerpo, no implica que no necesitemos de otrxs. Ese vínculo con lxs otrxs resulta imprescindible para la construcción de autonomía. Sin embargo, esas relaciones pueden bloquear o potenciar las posibilidades de elección y decisión, pero de ninguna manera puede pensarse a lxs sujetxs por fuera de esa red vincular, no se puede sostener la vida sin lxs otrxs.

Ahora bien, al momento de pensar la autonomía de las usuarias internadas, es imposible hacerlo por fuera de las relaciones que se dan al interior de la institución, ya que se encuentran insertas en esa trama vincular, que será la que habilite o limite las posibilidades y la capacidad de tomar decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad y su cotidianidad toda.

Y la respuesta de la psiquiatra fue... no me la acuerdo, digamos textual... pero como que la idea era que si ella como profesional pensaba que lo mejor era que vaya un hogar tiene que ir un hogar como que no importaba lo que la paciente diga, esa línea también está [...] Para mí es fundamental considerar

lo que la persona digamos, piensa, quiere, necesita, que después pueda estar de acuerdo o no es otra cosa, pero no voy a priorizar lo que yo piense, yo y el equipo digo. (Trabajadora Social, L)

Después uno sí, entra como en ese laburo, en donde hay posibilidades de maniobra y hay posibilidades de no, pero bueno ahí sí, entra algo ahí de como de... la toma de decisiones conjunta, sí querés, ya no es la “autonomía de tomar sus propias decisiones” sino que es una toma de decisiones conjunta, porque bueno estamos trabajando en algo para supuestamente tu bienestar. (Psiquiatra, J)

¿Del tratamiento? Para mi no... es una apuesta que se apropien del tratamiento, pero por ejemplo las pacientes ingresan acá medicadas y nadie les preguntó si quieren una medicación, qué toman... algunas de ellas un poco más empoderadas por así decirlo preguntan objetan pero digo si una paciente dice ‘yo no quiero tomar esto’, yo no sé qué margen tienen para no tomar la medicación que no quieren tomar, te soy sincera... me parece que poco. (Psicóloga, H)

Puede observarse en los discursos de la psicóloga “H”, de la trabajadora social “L” y del psiquiatra “J” que existe de su parte una intención, una apuesta, a escuchar las voces de las usuarias, para habilitar la toma de decisiones de las mismas en relación a su tratamiento. Sin embargo, también existen posturas opuestas, como la que menciona la Trabajadora Social en relación a una psiquiatra del equipo, donde se deja al descubierto un posicionamiento enmarcado en el modelo médico hegemónico, que prioriza la decisión médica por sobre la de otrxs profesionales y la de la misma usuaria. Comprendemos que, si la autonomía es pensada como construcción con otrxs, resulta gravitante el posicionamiento ético-político de lxs profesionales al momento de pensar la intervención, ya que el mismo puede habilitar un horizonte de posibilidades en la vida de las usuarias o restringirlas.

En este punto, cabe interrogarnos si efectivamente existe autonomía de las usuarias al interior de la institución. En base a lo expuesto en los apartados sobre modalidades de participación e interdisciplina, consideramos que si bien prevalece una intención de algunxs profesionales por dar lugar a la toma de decisiones de las usuarias

con respecto a su cotidianidad, a su cuerpo, a su tratamiento, la misma se ve condicionada por múltiples factores, como el marco institucional, las diferentes lógicas que coexisten en el hospital y las relaciones jerárquicas de poder entre los diferentes integrantes del equipo interdisciplinario. En este sentido, se podría afirmar que, no es suficiente con la voluntariedad de algunxs profesionales para dar lugar al ejercicio de la autonomía de las mujeres internadas, lo que deriva en que ciertos marcos institucionales aplasten esa iniciativa profesional que intenta modificar las lógicas asilares que perduran desde hace siglos.

3.3.1.1. Autonomía relativa: la voluntariedad como dimensión clave en el desarrollo de estrategias de intervención

En relación a lo desarrollado, una dimensión que nos resulta de gran importancia resaltar, es la iniciativa y la perspectiva crítica que tienen algunxs de lxs integrantes de equipo interdisciplinario. Ello se puede observar no sólo en gran parte del discurso de lxs mismxs, sino también en acciones concretas que se desarrollaron al interior de la sala. Como mencionamos en el Capítulo 1, siguiendo los aportes de Iamamoto (2008), la intervención profesional supone, entre otros aspectos, una autonomía relativa en torno a la capacidad de acción que tienen lxs profesionales dentro de los lineamientos institucionales. Aquí se pone en juego la perspectiva éticopolítica de intervención desde la que se posiciona cada unx de ellxs. A lo largo del desarrollo de este trabajo de investigación fue posible discernir los aspectos que cada integrante del equipo prioriza al momento de abordar la intervención, no sólo en lo que refiere al tratamiento sino también en todas las dimensiones que a su vez forman parte de la vida de las usuarias, entendiéndolas desde una mirada integral, que no se aborde únicamente desde una perspectiva médica. Siguiendo los aportes de Faraone y Valero podemos comprender que:

Los equipos de salud mental son actores privilegiados en los procesos de cambio. Transitar por el camino de una reforma implica iniciar una transformación que pone en juego no solo la construcción de nuevas e innovadoras prácticas, sino también la institucionalización de estrategias que posibiliten su viabilidad. Esta trayectoria se desenvuelve en los procesos culturales, sociales y subjetivos de manera diferencial sobre los actores, individuales y colectivos, generadores de cambio. (Faraone y Valero, 2013, p. 21)

En este sentido, a partir de las entrevistas realizadas, surge como emergente la voluntariedad de parte del equipo interdisciplinario para desarrollar estrategias de

intervención en pos de los derechos sexuales de las usuarias. Consideramos la creación del ESSyR como una de ellas.

En el año 2012 junto con [...] psiquiatra de la sala y con [...] armamos el equipo de salud sexual y reproductiva en el hospital que es el único equipo en un hospital monovalente de salud mental que trabaja con los derechos sexuales y reproductivos de mujeres. Iniciamos nuestra práctica en la Sala de mujeres en vistas de una falta, una falencia enorme del sistema con respecto a esta temática y bueno, el equipo continúa hasta la fecha.
(Psicóloga, H)

Herramientas contamos con pocas, nuestras herramientas somos nosotrxsmismxs, nuestra capacitación y nuestro deseo, sobre todo de acompañar a las mujeres en esto. Este hospital no cuenta con ginecólogx, no cuenta con obstetra, no cuenta con ecografía, no cuenta con nada. Nosotrxs tenemos métodos anticonceptivos, algunos, tenemos pastillas e inyectables. Si necesitamos colocar un DIU, tenemos que buscar un turno con una ginecóloga amigable, si necesitamos poner un chip, lo mismo. Con lo cual es un laburo muy artesanal que está sostenido por nuestras ganas de trabajar esta temática y visibilizarla. Hemos hecho una red absolutamente informal.
(Psicóloga, H)

A partir de estos relatos se puede inferir que no existe una decisión institucional para abordar aspectos relacionados a los derechos sexuales de las usuarias, y a la vez afirmar, como se mencionó anteriormente, que el trabajo diario de este equipo y el sostenimiento del mismo se da gracias a la mera existencia de voluntariedad de los profesionales, ya que los recursos institucionales para estos abordajes resultan escasos o nulos. En efecto, la autonomía relativa con la que cuentan, siguiendo a Netto (2004) se conjuga entre la libertad y la coacción, atravesada por múltiples tensiones, no obstante, toda limitación supone siempre posibilidades y alternativas.

De esta manera, la autonomía relativa de lxs profesionales, se conjuga con la autonomía de las usuarias como una doble construcción que se retroalimenta en ese “construir con otrxs”. Como mencionan Faraone y Valero (2013) explorar las posibilidades para la transformación de estas prácticas puede contribuir a la construcción de un abordaje que eche luz a nuevos contextos y reformas. Retomando a las autoras,

podemos aseverar, entonces, que nos encontramos frente a procesos instituyentes, los cuales requieren roles activos en el impulso de reformas, siendo necesario confrontar con los procesos que ya se encuentran instituidos, con aquellxs actores que priorizan sostenerlos, e incluso con las propias convicciones y contradicciones profesionales y personales.

A partir de lo expuesto, consideramos pertinente retomar los aportes de Izaguirre (1998), quien señala que afortunadamente nunca el poder es totalmente hegemónico, siempre se producen focos de resistencias. Comprendemos que en el marco de una institución manicomial donde coexisten dos paradigmas contrapuestos, la creación y el sostenimiento del EESyR se presenta como herramienta de transformación y creación, como motor de lucha frente las lógicas de disciplinamiento y sometimiento de los cuerpos de esas mujeres, como forma de resistencia y constitución de contrahegemonía.

3.4. Estrategias de intervención sobre los derechos sexuales de las usuarias.

Al momento de pensar las estrategias de intervención, tomamos los aportes de Cazzaniga (2009) y las entendemos como las manifestaciones de la intervención profesional, que se encuentran ubicadas en un tiempo y espacio determinado, y que se configuran a partir de las técnicas e instrumentos contruidos en base a un entramado teórico, ético y político-ideológico.

A partir de lo anteriormente desarrollado y en relación a los fines de esta investigación cabe preguntarse sobre las estrategias de intervención que desarrolla el equipo en relación a los derechos sexuales de las usuarias. Consideramos los esfuerzos por visibilizar esta dimensión de la vida de las mujeres internadas como un gran aporte en el proceso de desentrañar y desnaturalizar las lógicas manicomiales que se presentan al interior de las instituciones monovalentes. A su vez, la creación del equipo de salud sexual y reproductiva se presenta como punta de lanza siendo un dispositivo sin precedentes en los hospitales monovalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Como se puede identificar en el discurso de lxs profesionales, que integran el ESSyR, las estrategias llevadas a cabo abarcan desde aspectos más amplios, orientados a la formación de profesionales que forman parte de los diferentes equipos del hospital en temáticas de sexualidad y salud reproductiva, hasta introducir en las entrevistas de admisión preguntas que aborden el tema.

Ahora no, por la pandemia, pero sí nosotrxs hemos armado talleres para la sala y para todo el hospital. Hemos armado charlas con profesionales, con pacientes, y bueno después queda un poco en cada equipo... yo en lo particular hago lugar en mis tratamientos siempre, a la cuestión... pregunto, ¿te cuidás? ¿estás teniendo relaciones? (Psicóloga, H)

Y bueno poco a poco empezamos a intervenir, intervenir desde este lugar facilitarles el conocimiento y el acceso a los derechos siempre desde un lugar de respeto a la autonomía, que un poco es la línea general que tiene como esta intervención, desde la ley, de procreación responsable hasta los lineamientos que se bajan del ministerio de salud de la nación que tienen que ver con acompañar procesos tratando de respetar autonomía, y así es como a lo largo de los años hemos acompañado chicas que han quedado embarazadas cuando estaban internadas. (Psiquiatra, J)

Nosotros, bueno yo desde mi lugar, empecé como a automatizar desde el inicio, desde las entrevistas con las usuarias empezar como a preguntar si había algo en relación a su salud sexual reproductiva, no reproductiva que quisieran como empezar a pensar, hicimos como unos talleres también, en la sala, en el hospital de día, en adolescencia como para trabajar, basándonos en algunos disparadores y poder acercarse a esta información. (Psiquiatra, J)

Sin embargo, podemos observar que, si bien estas estrategias existen y se implementan desde el equipo, a partir de la voluntariedad de los profesionales, es esta misma característica la que las vuelve frágiles ante la ausencia de un marco institucional que permita que sean sostenibles en el tiempo. Siguiendo al CELS (2015), la falta de regulación de estas estrategias habla, de que las lógicas manicomiales, a lo largo de la historia, nunca contemplaron la dimensión de la sexualidad como parte de la integralidad de las mujeres internadas en las instituciones monovalentes. La ausencia de gestión de la sexualidad al interior de los dispositivos manicomiales se relaciona con la negación e invisibilización de uno de los aspectos del ejercicio de la sexualidad, como lo es la reproducción.

Yo creo que es como cualquier institución, tan cerrada como un hospital obviamente que la sexualidad no es algo... o sea yo creo que se parte de pensar que la gente es asexual. (Trabajadora social, L)

En este punto, a lo largo del desarrollo de las entrevistas se puede observar que, al momento de abordar la sexualidad, la reproducción aparece como central y muchas veces como único aspecto de intervención. De esta manera, en los relatos de algunos de los profesionales predomina el abordaje en torno a cuidados reproductivos, a embarazos no deseados, a la maternidad dentro de la institución manicomial, alejándose de los derechos sexuales comprendidos desde el acceso al placer y al deseo. Consideramos que este punto también se presenta como una limitación a los objetivos del ESSyR, ya que las interconsultas de otros profesionales la mayoría de las veces se realizan desde una concepción de la sexualidad limitada a lo reproductivo.

Justamente de ahí un poco la importancia de este equipo para poder trabajar, bueno es que nuestra población en su gran mayoría son mujeres, primero porque laburamos en la sala de mujeres, y segundo porque nosotros recibíamos interconsultas de todo el hospital, es algo que me quedo un poco pendiente, que fue correr un poco el foco de sobre todo de lo reproductivo, mi interés más particular y el que más me gustaba, tenía que ver con el ejercicio libre de la sexualidad y del disfrute y no simplemente el evitar tener pibes o tenerlos de la mejor manera digamos y nuestro equipo tenía mucho más impronta relacionado a eso, los equipos, era muy raro que otro equipo te llamara porque una piba dejará de tener orgasmos por la medicación, te llamaban porque tiene un noviecito nuevo y parece que está cogiendo queremos que por favor se cuide, porque sería un desastre que se embarace, burdo. (Psiquiatra, J)

Porque no es solamente el eje de cuidado reproductivo... el eje del placer sexual en muchos casos no existe, no es una pregunta que se han hecho, pero sí hay dinámicas... grupales, individuales. (Psicóloga, H)

Hay algo que la sexualidad como... sí, o sea, para mí desde la institución no está pensada... y los equipos la alojan en tanto aparece algo que emerge y se genera como algún ruido en el tratamiento, pero no es una variable que de por sí se labure. Uno labura no sé... educación, trabajo, habitacionales, en

temas como la sexualidad uno no se mete, y cuando se meten es por anticoncepción solamente... para asegurar... para estar en la internación, digo, en la internación y en la vida... porque también existen estos prejuicios de si pueden o no pueden ser madres, o sea... como no sé si se puede o no, pero por lo general se sabe que en estos casos es un quilombo... porque no siempre están listas las cuestiones necesarias que esas personas necesitan para, digamos, maternar, pero yo no creo que esa sea una variable pensada institucionalmente, yo creo que los equipos las alojan cuando aparecen situaciones emergentes que hacen necesario que se aborde. (Trabajadora social, L)

A partir de estos relatos, es posible afirmar que, desde el marco institucional, y desde las intervenciones que desarrollan algunxs profesionales que no cuentan con una mirada crítica al momento de pensar la sexualidad, se va a priorizar lo inherente a los cuidados reproductivos.

Yo creo que una de las cosas que más se puede ver en la sala es porque ingresan mujeres en edad reproductiva, y también todo el fantasma y el temor que se juega en relación a los embarazos en mujeres con padecimiento, pero se pone mucho el foco en la anticoncepción. (Trabajadora social, L)

Esto sucede, porque, siguiendo los aportes de Azzerboni y Espindola (2019), en lo que refiere al maternaje en mujeres con padecimiento mental, no se toma en cuenta su propio deseo, sino que se da por sentado que se encuentran “disminuidas” sus posibilidades de comprender y discernir qué es lo mejor para ellas, se les impide muchas veces la posibilidad de decidir, siendo lxs profesionales quienes deciden por ellas. Por este motivo, se ponen todos los esfuerzos en prevenir el embarazo, la política institucional busca garantizar muchas veces, mediante el uso de anticonceptivos que ninguna mujer quede embarazada mientras se encuentre internada en el hospital, quedando así también el cuidado respecto de enfermedades de transmisión sexual o abusos en un segundo plano.

Cuando todos sabemos que lxs pacientes cogen, como que hay algo ahí... de cómo negar lo que bueno... nada, no se piensa como sexualidad como una parte más, como una cosa común. común... qué sé yo, como que el que está

internado de repente no sé digamos se le cancela ese aspecto de la vida.
(Trabajadora social, L)

En este sentido, consideramos de suma relevancia comprender la sexualidad como una dimensión de la vida de la usuaria, y a su vez que su negación implica una vulneración de derechos humanos. Resulta menester destacar que no sólo debe ser pensado en el marco del cuidado reproductivo de esas mujeres, sino que los derechos sexuales deben contemplar el acceso a información, el libre ejercicio de la sexualidad y el placer.

3.5. Intervención profesional del trabajo social

En el siguiente apartado nos proponemos analizar los aportes del trabajo social en el equipo interdisciplinario de la sala de mujeres del HEPTA. Dicha intervención se enmarca en la LNSM en donde, tal como se mencionó anteriormente, se incorpora la interdisciplinariedad en la atención en salud mental. A su vez, el ejercicio profesional del trabajo social se encuentra reglamentado por la Ley Federal del Trabajo Social N° 27.072, sancionada y promulgada en el año 2014. En este marco, tal como comprende el Cap. II Art. N° 4, entendemos al trabajo social como una “profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas”, en donde surgen como fundamentales y guían la intervención profesional “los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad”.

La internación por padecimiento mental en mujeres reviste una gran complejidad. Con lo dicho, reafirmamos la importancia de la intervención de lxs trabajadores sociales, como profesionales de la salud, comprometidos con la garantía de derechos reconocidos y exigibles, en diálogo con las políticas vigentes. Consideramos que el trabajo social cuenta con sustentos teóricos y metodológicos propios de las ciencias sociales, que le permite intervenir críticamente.

Nuestro trabajo implica la construcción de mediaciones como resultado de un análisis de las situaciones problemáticas que incluya las dimensiones de la singularidad, la particularidad y universalidad de los fenómenos. Es decir, la reconstrucción del objeto de intervención, superando la demanda y la expresión inmediata emergente en el cotidiano. Lo universal da cuenta del horizonte de sentido que se constituye en lo

genérico: las categorías teóricas, los presupuestos ideológicos y éticos más generales, las leyes y mandatos sociales. Mientras que lo particular, comprende las condiciones sociales en que se manifiesta la demanda de intervención (la configuración social en “el aquí y ahora”, la institución, la cultura institucional, el escenario). En cuanto a lo singular, refiere a cómo vivencian todo esto, lxs sujetxs en su cotidiano (Pontes, 1995).

En este sentido, resulta fundamental enmarcar la actuación profesional para poder pensar y reflexionar en torno a los aspectos históricos de las dimensiones institucionales, éticas, políticas, teóricas, metodológicas e instrumentales que constituyen los alcances y las limitaciones de la misma. Esta se da en una institución monovalente, en la cual rigen lógicas manicomiales, y existe una preeminencia del modelo médico hegemónico.

El equipo interdisciplinario cuenta con dos trabajadoras sociales, cuatro psicólogxs y cuatro psiquiatras, entre otrxs profesionales. Lo dicho da la pauta de una preeminencia de estas disciplinas por sobre el trabajo social e implica muchas veces, como se observa en el relato de las profesionales, la existencia de representaciones sociales que ligán al trabajo social con la asistencia configura expectativas de parte de las usuarias para con la profesión. De esta manera, la gestión de recursos aparece como una de las funciones principales del trabajo social.

Siempre digo, hay representaciones sociales que se ligan a las disciplinas, a las profesiones y digamos, no sé cuándo quieren hablar, están angustiadas... quieren ver un psicólogo o si lo que quieren es medicación, y trabajo social, está bien ligado a las cuestiones gestivas, por lo general se acercan para pedirte una pensión, para pedirte el CUD, por ahí como que llega a la sala y las compañeras le comentan que tienen un pase para viajar... y quieren tramitárselo... siempre llegan como desde ahí. Un poco el ejercicio es como, bueno... abrir eso obviamente [...]. hay algo como muy ligado a la función de gestión, y es como una se posiciona... digamos, es responder porque la demanda está, pero bueno cómo hacer para que no quede ahí también... (Trabajadora social, L)

En este punto, nos parece relevante tomar los aportes de Stolkiner (1999), quien señala que nos encontramos ante un trabajo interdisciplinario “malogrado” si se recae en la asignación de roles predeterminados a cada una de las disciplinas, ya que de esta manera el trabajo social quedaría reducido a tareas administrativas y de gestión de recursos.

A su vez, pudimos identificar en los discursos de las trabajadoras sociales, que existen dos posturas contrapuestas en cada una de ellas al momento de pensar la intervención y a lxs usuarixs. Por un lado, se reconoce la intencionalidad de una de las profesionales por desprenderse de dichas representaciones, en pos de establecer estrategias de intervención alejadas de los modelos tradicionales de atención, posicionándose desde un abordaje singular. Prevalece la reconstrucción junto a las usuarias de sus padecimientos subjetivos, lo que implica priorizar no sólo la trayectoria de sus procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado, sino además posicionar a las usuarias como protagonistas de la atención, junto con quienes se construirán las estrategias terapéuticas y se desplegarán las intervenciones necesarias para que sus derechos sean garantizados.

Para mí es fundamental considerar lo que la persona digamos, piensa, quiere, necesita, que después pueda estar de acuerdo o no es otra cosa, pero no voy a priorizar lo que yo piense, yo y el equipo digo... (Trabajadora Social, L)

Por otro lado, y en contraposición a este abordaje singular, la otra trabajadora social integrante del equipo, al momento de caracterizar a la población se posiciona más bien en el marco del diagnóstico, que resulta posible ubicar dentro de los lineamientos del modelo médico hegemónico. Siguiendo los planteos de Menendez (1992), que se abordaron en el capítulo 1, este último se define a través de criterios estandarizados que ponen en un segundo plano no sólo los aspectos psicológicos y sociales de las experiencias de las personas que acuden al sistema de salud, sino que también normativiza y etiqueta a las usuarias.

Por ahí la distinción más objetiva, por decirlo de alguna forma, puede ser lo que son los diagnósticos de ingresos, bueno en la Salud Mental tenés una gran distinción en lo que es, las enfermedades más psicóticas o más neuróticas, o sea, una población que responde más a lo que son trastorno de la personalidad, y otras que son las enfermedades psicóticas más comunes, que son las que sufren esquizofrenia, trastorno bipolar, pero esas más o menos las características. (Trabajadora Social, P)

Retomando lo expuesto al inicio del apartado, como futuras profesionales del trabajo social nos posicionamos desde un paradigma de derechos y desde una intervención crítica. Para esto, consideramos menester que exista claridad en la finalidad,

los valores, los compromisos éticos-políticos y la especificidad de la profesión, siendo necesaria una intervención que tenga en cuenta la realidad de lxs sujtxs, sus condiciones y sus modos de vida, reconociendo las desigualdades y potencialidades que presenta. A su vez, comprendemos que nuestra práctica se enmarca institucionalmente, por lo tanto, resulta clave reconocer los obstáculos y posibilidades que forman parte de nuestro quehacer profesional, para poder dejar atrás aquellas intervenciones enmarcadas en el modelo médico hegemónico.

A modo de conclusión del presente capítulo, fue posible observar cómo en el discurso de los integrantes de equipo se materializa las diferentes confluencias que existen en el campo de la salud mental, a su vez, a pesar de las distintas posturas y ejercicios de poder que existen al interior del mismo, se puede afirmar que lxs profesionales apuestan a un abordaje integral e interdisciplinario. Al momento de reflexionar en torno a la participación de las usuarias dentro de la institución, si bien podemos afirmar que existen intenciones de que esa participación implique una toma de decisiones real, se sobrepone a las mismas, las normativas y el marco institucional. En este sentido, destacamos la labor realizada por lxs integrantes de ESSyR, quienes, a pesar de la falta de herramientas y recursos, sostienen diariamente una intervención direccionada a garantizar los derechos sexuales de las usuarias, y problematizamos la ausencia de programas, proyectos y presupuesto que le garanticen un encuadre a estas intervenciones que se sostienen con la voluntad profesional.

Capítulo 4: El impacto de la pandemia en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear

En los capítulos anteriores, se abordaron los ejes centrales de nuestro trabajo de investigación final, sin embargo, a partir del análisis de las seis entrevistas realizadas fue posible identificar algunos emergentes de esta investigación a partir del relato de lxs profesionales. Como se mencionó anteriormente, nuestra tesina comenzó a gestarse a lo largo del año 2021, siendo este un período donde, si bien habían mermado para gran parte de la sociedad algunas de las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO) que se establecieron por el gobierno nacional a partir del año 2020 en el contexto de la pandemia COVID-19, se sufrieron también situaciones de emergencia a partir de nuevos picos de contagios.

En efecto, las medidas de aislamiento y distanciamiento que se establecieron al interior de las instituciones de salud, no sufrieron grandes modificaciones entre el 2020 y el 2021. En este capítulo, analizaremos el impacto que tuvieron estas medidas al interior del hospital monovalente, y específicamente, en el desarrollo de la intervención profesional.

4.1. Profundización del encierro manicomial

Distintos estudios científicos coinciden en destacar que la pandemia tuvo incidencia y efectos sanitarios, económicos, socio-culturales y políticos, y también familiares y comunitarios en el incremento de padecimientos mentales. Esto lleva a tomar como premisa analítica que el COVID-19 no es sólo un agente biológico, sino y concomitantemente, un agente de transformación social (Fernández, 2020; Mattedi, Ribeiro, Spiess, y Ludwig, 2020).

Partimos pues de comprender que la pandemia COVID-19 ha modificado todos los aspectos de nuestra cotidianidad personal y colectiva, y en el trabajo diario de las diferentes instituciones. A su vez, tuvo un impacto en las concepciones de salud, cuidado, control, trabajo, así como también de la emergencia, del rol del estado y de las políticas sociales. En este sentido, consideramos de suma relevancia poder tomar las voces de lxs integrantes del equipo interdisciplinario del HEPTA, y de diferentes producciones académicas desarrolladas durante este período, en pos de poder analizar cómo repercuten las medidas ASPO/DISPO al interior de la institución.

Al comienzo de la pandemia de COVID-19, a partir del mes de marzo de 2020, las medidas de prevención se enmarcaron en el ASPO, siendo estrictas con respecto a la circulación y la aglomeración de personas, se detuvo el desarrollo de gran parte de las actividades sociales y económicas. Para fines de ese año, a partir del mes de diciembre, se estableció por decreto el DISPO, se dio lugar al desarrollo de ciertas actividades y reuniones sociales, teniendo en cuenta el aforo de las mismas. Sin embargo, para esta fecha, la realidad al interior de las instituciones de encierro, en pos de la “prevención” y el “cuidado” de lxs usarixs, continuaba siendo muy similar a lo que ocurría en los primeros meses de la pandemia.

Se puede aseverar que, a fines del año 2020, al interior del HEPTA se vivía una realidad muy diferente a la que primaba en el “afuera”. Mientras que desde el gobierno nacional se lanzaban programas para alentar y promover el turismo, las usuarias seguían sin tener permisos de salida, derecho a recibir visitas, y continuaban suspendidas las actividades grupales que se desarrollaban en el hospital. Tomando los aportes de Faraone e Iriart (2020) podemos afirmar que las medidas de “protección” reforzaron y profundizaron una concepción biomédica y tutelar, se vieron negadas las posibilidades de intercambios, de salidas y hasta de circulación en el propio hospital. Estas medidas afectaron negativamente el sostenimiento de lazos sociales, familiares y comunitarios.

La verdad que cambió un montón la lógica y la dinámica de la sala de internación desde la pandemia, eso hay que decirlo, ustedes están armando esto en ese contexto. La realidad es que digamos en la sala de internación antes las pacientes salían de permiso, salían de permiso bajo su propia responsabilidad en una apuesta también, digo, de autonomía y absolutamente subjetivante al momento de ser la internación una internación de carácter voluntario las pacientes firmaban sus propios permisos y salían bajo su responsabilidad [...] Hoy en día las pacientes que están internadas en la sala no salen de permiso, están en contexto prácticamente de encierro, en un hospital a puertas cerradas, digo esto no era así, era otro hospital.
(Psicóloga, H)

El relato de lxs profesionales permite conocer cómo ciertas prácticas que comenzaron a instalarse con la pandemia no se modificaron cuando el contexto pandémico habilitó cambios en las medidas de prevención. De esta manera, podemos afirmar que las lógicas manicomiales se fortalecieron ante un escenario donde prevalecía lo médico y lo biológico, como forma de evitar el contagio, por sobre todos los otros

aspectos de la vida de lxs usuarixs. Siguiendo lo planteado por Biaggio et al (2020) estas medidas preventivas “se tradujeron en un recrudecimiento del encierro. Las condiciones de vida de quienes siempre padecieron la reclusión cotidiana –esa experiencia que en la pandemia descubrió el resto de la población como algo novedoso– se agravaron” (p. 78). Esto trae como corolario la profundización de la vulneración de derechos de las pacientes internadas, quienes ya se veían afectadas por las características propias de una institución de encierro.

Yo creo que en el hospital como que se perdió de vista como un montón de cosas... y aparte fue reproducir un modelo asilar con un nivel de encierro que, no lo critico al principio cuando realmente estábamos todos, pero después se empezó a abrir y las mujeres siguieron ahí encerradas sin tener contacto con... una locura muchísimo tiempo... y ellas eso lo pedían, lo pedían en la asamblea, y hubo algo ahí que no fue tan fácil fue como el temor todo el tiempo de que era una institución cerrada, y qué pasaba si se contagiaban”. (Trabajadora Social, L)

A partir de lo planteado por la trabajadora social “L”, podemos observar cómo la orientación de la gestión de la pandemia se enfocó fuertemente en los aspectos biomédicos, desvalorizando otros aspectos de la atención. Siguiendo Biaggio et al. (2020) podemos comprender que los tratamientos en salud mental se han limitado al suministro de psicofarmacológico dejando de lado e interrumpiendo los abordajes psicosociocomunitarios. Se redujeron principalmente a una intervención médico psiquiátrica dejando de lado los abordajes grupales, talleres, así como también el ingreso de acompañantes terapéuticos.

Hubo algo ahí que me parece que la pandemia hizo que se corrieran un poco los ejes digo uno piensa el abordaje es salud mental desde lo comunitario y lo territorial y la pandemia fue volver todo para adentro, y ahí como hospital yo creo que nos costó como manejarlo y que tampoco se las escuchó en ese punto digo, digamos, entiendo que ahí también estaba como toda la presión de que te bajaban los protocolos, de cómo había que manejar las cosas al interior del hospital, o sea, como muchas cosas que entran en tensión, pero bueno hubo algo que después cuando las cosas se flexibilizó yo creo que en el hospital no se manejó y no se dio lugar un poco tampoco. (Trabajadora Social, L)

De esta manera, siguiendo lo planteado por Bottinelli et al. (2021), es posible analizar que la perspectiva de derechos en el modelo comunitario de atención ubica al Estado y el orden jurídico, a lxs profesionales y a la sociedad civil como aquellxs actores que forman parte del campo de la salud mental, y que se encuentran implicados en el cambio de paradigma en la intervención. Sin embargo, como se abordó en capítulos anteriores, el nuevo paradigma que emerge no reemplaza totalmente al anterior, sino que se produce una transformación e integración con aquellas lógicas ya existentes, por lo que tanto las instituciones, como las prácticas propias del modelo asilar buscan un lugar en este nuevo panorama, y lo hacen ante cada oportunidad que se presenta. En este sentido, consideramos que las barreras que se abrieron a raíz a la pandemia y el impacto que la misma generó, son una de ellas. En el próximo apartado profundizaremos el impacto de la pandemia en el desarrollo de las estrategias de intervención de lxs profesionales.

4.2. Limitaciones en el desarrollo de las estrategias de intervención profesional

La pandemia no tuvo impacto solamente en la cotidianeidad del hospital, sino también se presentó como un obstáculo para el desarrollo de las estrategias de intervención profesional. Como desarrollamos anteriormente, la mayoría de los espacios de intervención se dan en el marco de la grupalidad, las medidas de aislamiento implicaron la imposibilidad de la aglomeración de personas en un mismo lugar, por tanto, todas las actividades que se realizaban para la totalidad de la sala debieron ser suspendidas.

En primer lugar, la asamblea, que fue caracterizada previamente como dispositivo donde se trabajan cuestiones atinentes a la convivencia en la sala e inquietudes que surgen de las usuarias, volvió a funcionar recién hacia fines del 2021 y principios de 2022, siendo esta una de las actividades centrales donde se realizaban intercambios entre usuarias y profesionales. Otra actividad, que se había implementado poco tiempo antes de que tuviera comienzo la pandemia, fueron los desayunos. Dicho espacio consistía en compartir este momento entre profesionales y el grupo integrante de cada habitación de la sala, y hasta la fecha en que finalizamos el proceso de entrevistas, en marzo de 2022, no se habían retomado.

También el resto de las actividades, que consistían en talleres con diferentes temáticas, como karaoke, tejido, cine o caminatas por el predio tuvieron que ser suspendidas, reduciéndose la cotidianidad de estas mujeres al encierro permanente dentro de la habitación, sin contar con ningún espacio de recreación o dispersión.

Hoy las mujeres están internadas acá 24/7 todas juntas, con lo cual hay una cuestión comunitaria que habilita una intervención diferente. Por eso el espacio de asamblea me parece que es una intervención importante, en algún momento cuando había bastante quilombo en la sala y era posible estar en dispositivos grupales nosotrxs armábamos desayunos, con sectores de la sala como para poder laburar cuestiones convivenciales que estaban como detonando. Fue muy interesante lo que se armó ahí, pero bueno eso hoy no lo podemos hacer porque no podemos agruparlas, bueno ahora ya sí, ahora ya es un viva la pepa, pero no acá, mientras en el afuera ya hay una indicación de que podemos estar sin barbijo acá las pacientes siguen encerradas y no salen de permiso y no las podemos agrupar. (Psicóloga, H)

Por otro lado, a partir del relato de lxs profesionales, se observa que el funcionamiento del ESSyR también se vio imposibilitado por las medidas de ASPO/DISPO. Fue necesario suspender los talleres que se brindaban tanto a profesionales del hospital, como a las usuarias. A su vez, como se mencionó anteriormente, este era un trabajo que lxs profesionales realizaban por fuera del marco institucional, el trabajo en la emergencia que demandó la pandemia obstaculizó todas estas intervenciones que desde el inicio se sostuvieron meramente por la predisposición e interés de lxs profesionales.

No solo en salud sexual, sino también en salud mental, entonces empezamos a trabajar y a establecer algunos lazos con gente y con instituciones y estuvimos trabajando un poco, en su momento, con la Mocha Celis como para poder empezar a que tengan un lugar a donde poder acudir, que, por supuesto fue complicado, porque empezamos a establecer esos lazos, empezamos a tener demanda pero nosotros no teníamos capacidad de absorber, porque pedíamos que nos dieran horas y no nos las daban... y después vino la pandemia y todo eso se desdibujó, pero hicimos también una jornada de diversidad y teníamos pendiente una de salud

mental perinatal que bueno nada se vio afectado por la pandemia.

(Psiquiatra, J)

La pandemia también dificultó el trabajo interdisciplinario al interior del equipo. En un primer momento se vieron suspendidos los espacios de encuentro, que luego fueron readaptados a una modalidad virtual. Sin embargo, en el relato de lxs profesionales es posible observar que dicha modalidad era incomparable a las diversas posibilidades de intercambio que brindaban los encuentros presenciales.

Sí, la verdad que nosotrxs tenemos por lo menos una aspiración de trabajo genuinamente interdisciplinario y efectivamente... no son espacios formales digo tal vez en otro momento armábamos un ateneo discutíamos... la verdad que hoy está complicado llevar eso adelante. (Psicóloga, H)

En nuestra reunión, el equipo es interdisciplinario, pero no deja de ser un espacio chico, que bueno con lo mismo, con la pandemia paso un montón, no íbamos los mismos días al hospital entonces no nos podíamos ver, teníamos que hacerlo de manera virtual, la que no iba al hospital tenía que cuidar a lxs pibes, entonces no se podía conectar... (Psiquiatra, J)

La pandemia impactó muy fuerte en esto justamente porque quebró esta cercanía de las reuniones de equipo, por más que las mantenemos y las hacemos en forma remota.... (Terapeuta Ocupacional, D)

A partir de lo expuesto se intentó demostrar cómo el contexto de pandemia, y las medidas de prevención de contagios profundizaron y recrudecieron las lógicas asilares que habitan en las instituciones de encierro, predominando el control y el “cuidado” sobre los cuerpos y las vidas de las mujeres internadas, arrasando con los avances en las estrategias de lxs profesionales en pos de un abordaje comunitario e integral de la salud mental.

Conclusiones

Como punto de partida de esta investigación tomamos la pregunta que orientó y guió este proceso, indagando acerca de las estrategias de intervención que desarrollaba el equipo de la sala de mujeres del HEPTA en pos de los derechos sexuales de las usuarias, y su relación con el grado de autonomía de esas mujeres. A partir de nuestra trayectoria en la Carrera de Trabajo Social, y de nuestras prácticas pre-profesionales, pudimos identificar cierta vacancia existente en el ámbito académico en relación a investigaciones que abordasen de manera conjunta salud mental y sexualidad en clave de derechos humanos.

Para dar respuesta a este interrogante y los objetivos generales y específicos planteados, comenzamos por definir categorías claves que enmarcan nuestro problema de investigación, posicionándonos desde este marco teórico conceptual para el desarrollo de nuestro TIF. En el marco de la LNSM, fue posible identificar que en la actualidad nos encontramos frente a dos paradigmas que aún conviven al interior de los hospitales monovalentes, siendo fuente de numerosas tensiones que se presentan e impactan, tanto en la vida de las usuarias, como en la intervención profesional. En efecto, a lo largo del trabajo se pudo observar cómo la sexualidad en el hospital monovalente continúa siendo comprendida como tabú, enmarcándose, en parte, dentro de un modelo asilar que no la considera como una dimensión de la vida de las usuarias que sea relevante abordar.

Las características institucionales y estructurales del HEPTA también permitieron dar cuenta de las lógicas manicomiales que allí se presentan y que inciden directamente en la vulneración de los derechos de las mujeres internadas. En este marco, identificamos a la institución como “institución total”, considerando, por un lado, el control sistemático de la cotidianidad de las usuarias, y la marca de temporalidad en cada una de las actividades diarias que desarrollan. Por otro lado, ubicamos como núcleo analítico a la vigilancia que refleja la distribución de la sala de internación de mujeres, siendo evidente la ausencia de privacidad y de intimidad a la que son expuestas.

En el marco de la coexistencia de estos dos paradigmas, y al momento de pensar la intervención profesional, fue posible comprender como dimensión clave el posicionamiento ético-político de lxs profesionales que forman parte del equipo de la sala de mujeres. En cada uno de los relatos de lxs mismxs se identificaron las posturas que cada unx de ellxs adopta al momento de desarrollar estrategias de intervención

profesional, encontrándose perspectivas contrapuestas con respecto a los derechos sexuales de las usuarias.

Se destaca también el abordaje profesional pensado en el marco de la interdisciplina, clave desde la cual se problematizan y reconocen las relaciones de poder, y quedan expuestas las tensiones que prevalecen al interior de cada disciplina. Sin embargo, la misma resulta gravitante al momento de abordar demandas complejas que requieren de una mirada integral.

A lo largo de este TIF fue posible reconocer que estas diferentes posturas y perspectivas para pensar la intervención profesional impactan en las modalidades de participación que tienen las usuarias, y en la capacidad que poseen para la toma de decisiones al interior de la institución. Se recupera del relato de algunxs de lxs profesionales, la predominancia de una participación que se enmarca en lo simbólico. Esto implica que no existe una toma de decisiones real por parte de las usuarias. Sus reclamos, aportes y consideraciones con respecto a su internación y a su vida dentro del hospital no tienen un impacto real tangible, ni tampoco relevancia frente a las normativas institucionales existentes.

En este marco, al analizar el grado de autonomía que poseen mujeres internadas, identificamos que, si bien prevalece la intención de algunxs profesionales por dar lugar a la toma de decisiones de las usuarias con respecto a su cotidianidad, a su cuerpo y a su tratamiento, la misma se ve inevitablemente condicionada por múltiples factores, como el marco institucional, las lógicas que coexisten en el hospital y las relaciones de poder que existen al interior del equipo interdisciplinario.

Sin embargo, consideramos menester destacar aquí la voluntariedad de algunxs profesionales para poder llevar a cabo estrategias de intervención que aborden los derechos sexuales de las usuarias. Este aspecto se presenta como un emergente en nuestra investigación, ya que predomina en los discursos de algunxs de ellxs, identificándolo como un aspecto clave para la creación del ESSyR que se conformó al interior de la sala de mujeres. Identificamos que, así como resulta imposible pensar la autonomía de las usuarias por fuera de las relaciones que se dan al interior de la institución, lo mismo sucede con lxs profesionales. Al encontrarse insertxs en esa trama vincular institucional, la posibilidad de desarrollar estrategias de intervención corresponde más bien a una autonomía relativa; por lo tanto, se presentan limitaciones y condicionantes institucionales al momento de planificarlas, como la falta de herramientas y recursos.

La creación del ESSyR se presenta, entonces, como una lucha que aún persiste de algunxs profesionales porque esta dimensión de la vida de las usuarias no quede por fuera de la intervención y sea tenida en cuenta. Como futuras profesionales del Trabajo Social, destacamos y celebramos el trabajo incansable del ESSyR por los derechos de las mujeres internadas. En consonancia con lo expuesto, para esta investigación se recuperaron diferentes estrategias de intervención desarrolladas por el equipo, entre ellas, talleres con usuarias, que permitieron abordar cuestiones relacionadas al placer, la intimidad y el vínculo con el propio cuerpo. Asimismo, subrayamos como aspectos distintivos la formación del personal del hospital en materia de género y sexualidad, y la articulación con efectores de salud y organizaciones no gubernamentales comprometidas con los derechos de los colectivos de la diversidad. También se consideró el abordaje de la sexualidad en las entrevistas de admisión.

Sin dudas, todas estas estrategias tuvieron también un impacto en lxs demás profesionales del equipo, siendo factor clave para poder problematizar la importancia de esta dimensión de la vida de las usuarias. No obstante, se advierte en el relato de algunxs profesionales cómo la sexualidad aparece reducida al ámbito de los cuidados reproductivos, alejándose la misma de su vinculación directa con el placer y el deseo de las usuarias.

A los aspectos centrales de este TIF, anteriormente mencionados, se intersecta como emergente de esta investigación la pandemia por COVID-19, que tuvo efecto no sólo en la dinámica diaria institucional, sino también en el desarrollo de estrategias de intervención. Esto se recupera en el relato de cada unxs de lxs integrantes del equipo, y aparece en el desarrollo de toda la investigación. A su vez queremos destacar, que estos efectos, negativos, por cierto, perduraron mucho más dentro de la institución que en el “afuera” de la misma, impactando en la vida de las usuarias, y resultando un factor que conllevó a la profundización de la vulneración de sus derechos. Esto nos permitió identificar cómo las prácticas propias del modelo asilar buscan un lugar en este nuevo contexto, aprovechando cada oportunidad que se presenta.

Como futuras profesionales de Trabajo Social, reconocemos que la LNSM implica importantes avances en materia de derechos humanos, producto de la lucha colectiva sostenida por diferentes actorxs y profesionales desde hace años. Sin embargo, existe una enorme brecha entre los derechos conquistados amparados por el marco legal, y las garantías en el ejercicio de los mismos. Frente a esto, nos encontramos en un

escenario que a la vez habilita el despliegue de estrategias para la deconstrucción, reconstrucción y producción de nuevas subjetividades, que permitan aplacar las lógicas manicomiales que aún perduran. En este sentido, esperamos que nuestro trabajo de investigación sirva como recurso para visibilizar, no sólo la importancia de los derechos sexuales de esas mujeres, sino también las estrategias que despliegan lxs profesionales en su lucha diaria ante el modelo manicomial asilar, que controla y regula esos cuerpos.

Bibliografía

-Azcarate, Leone y Miculitzki (2020) “Salud sexual y reproductiva: sentidos operantes en las prácticas de los equipos de los hospitales monovalentes de salud mental”. XIV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población.

-Azzerboni, C. y Espíndola, N. B. (2019). Patriarcado y encierro manicomial (la negación de la sexualidad y del derecho a maternar en las “locas”. En De Oliveira Pereira, M.; Gouveia Passos, R. (Org.) Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências. Rio de Janeiro: Autografia

-Bianchi, E (2019). Ciencias sociales, salud mental y control social. Notas para una contribución a la investigación. Revista Salud Mental y Comunidad.

-Basaglia, F. (2008). “Poder y violencia en el hospital psiquiátrico” y “Represión y enfermedad mental. En La condena de ser loco y pobre. Buenos Aires: Topia.

-Biaggio, M.; Castro Valdez, J.; Murúa, F.; Rodríguez G. V. M.; Sabin Paz, M.; Selhi, M.; Soberón, A.S.; Texidó, T. (2020). “Tres puntos para cambiar la política de salud mental” en Post. Cómo luchamos (y a veces perdimos) por nuestros derechos en pandemia. Siglo XXI

-Bottinelli, M.; Lenta, M.; Lohigorry, J.; Tisera, A. (2021). “Emergentes y narrativas de trabajadores/as del campo de la salud mental en pandemia” en Salud Mental Comunitaria y Pandemia, diálogos desde los territorios. Teseo.

-Caponi, S. (2019). Scientia Sexualis. El lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría

-Carballeda, A. (2008) La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas Editorial Paidós. Buenos Aires 2002

-Carmona Gallego, D. (2020) Autonomía e interdependencia. La ética del cuidado en la discapacidad. Revista humanidades, vol 10, num 2.

-Cazzaniga, S. (2009) Intervención en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. Universidad de Entre Ríos

-CELS (2015). CELS Especiales. “Cruzar el muro”. Disponible:<http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/#prologo>

-CELS (2017). Informe: La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/la-situacion-de-las-mujeres-en-el-hospital-psiquiatrico-dr-alejandro-korn-melchor-romero/>

-Checa, S (2012). “Género y Sexualidad en América Latina”. Sudamérica. Revista de Ciencias Sociales. N°1 Departamento de Sociología. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata.

-Estrada, A. y Ezdra, P. (2020) “Repensando las intervenciones profesionales con mujeres con padecimiento mental”. Trabajo de Investigación Final. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales UBA.

-Faraone, S. (1993) Desmanicomialización: notas para un debate sobre los procesos de transformación de las Instituciones Psiquiátricas asilares.

-Faraone, S. Valero, A. Torricelli, F. (2013) Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva. Una experiencia de transformación institucional

-Faraone, S. e Iriart C (2020). Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social.

-Faraone, S. Torricelli, T. (2022) Puentes en el sistema de salud: el caso de las residencias en salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. En *Tramas en la formación de profesionales en salud*, Buenos Aires.

-Fernández, A. (27 de 06 de 2020). Pensar América Latina después de la pandemia Covid-19. Facultad de Ciencias Sociales UBA. CABA, Argentina, Universidad de Buenos Aires. [Video] Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=TaMzs84C0Bc>

-Foucault, M. (1975). Derecho de la muerte y poder sobre la vida. En Historia de la Sexualidad. La voluntad del Saber. Siglo XXI Editores.

-Glasser, B. y Strauss, A (1967) The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, Capítulo 5: "El método de comparación constante de análisis cualitativo".

-Goffman (1992) Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Buenos Aires, Amorrortu

-Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (1991) Metodología de la investigación. México, Editorial McGraw-Hill

-Izaguirre, I. (1998) "El poder en proceso: la violencia que no se ve" en Sader, E. (comp) Democracia sin exclusiones ni excluidos. Caracas: Nueva Sociedad.

-Iamamoto, M (2003) Intervención profesional frente a la actual cuestión social. Buenos Aires. Espacio Editorial.

-Lagarde, M (1999) "Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres". España. Puntos de encuentro.

-Lagarde, Marcela. (2001). El género. El género y feminismo, en Desarrollo Humano y Democracia. Cuadernos Inalcanzables. N° 25. Madrid, 3° Edición.

-Laurell, A. (1982) La salud enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales. Rosario

-Martelli, E. Méndez, C. Rugna, D. (2020) La construcción de autonomía como responsabilidad colectiva. Un estudio de las maternidades adolescentes en la escuela media. Trabajo de Investigación Final. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

-Mattedi, M., Ribeiro, E., Spiess, M., y Ludwig, L. (2020). Epidemia e contenção: cenários emergentes do pós-Covid-19. *Estudos Avançados*, 34(99), 283-301. doi:10.1590/s0103-4014.2020.3499.017

- Menéndez E. (1992). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria” En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 30 de abril al 7 de mayo, Buenos Aires: pp.451-464.
- Messina, L. y Varela, C. (2011) El encuadre teórico-metodológico de la entrevista como dispositivo de producción de información En: Escolar, C. y Besse, J. Epistemología fronteriza. Puntuaciones sobre teoría, método y técnicas en ciencias sociales. Eudeba: Buenos Aires.
- Netto, J. (2004) “Reflexiones en torno a la cuestión social”. En AA.VV. Nuevos escenarios y práctica profesional. Buenos Aires: Editorial Espacio
- Oberti, M. (2020)El dispositivo de salud mental: análisis del saber, el poder y la subjetivación en la coyuntura de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, *Repositorio Digital Institucional Facultad de Ciencias Sociales-UBA*, consulta 13 de octubre de 2022, <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/1169>.
- Schettini, P., Cortazzo, I. (2015) “Análisis de datos cualitativos en la investigación social: Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa” Facultad de Trabajo Social, UNLP, La Plata.
- Sirvent, M. (1999) Cultura Popular y participación social. Una investigación en el barrio de Mataderos, Buenos Aires, UBA Miño y Dávila Editores.
- Stolkiner, A. (1987) De interdisciplinas a indisciplinas publicado en elichiry, Nora (Comp) El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Bs As: Ed. Nueva Visión (pp. 313-315)
- Stolkiner. A. (1999) “Interdisciplina y Salud Mental”. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles de la Argentina de hoy. Posadas, Misiones.
- Velázquez, Susana (2003) Violencias Cotidianas, Violencia de Género: Escuchar, Comprender, Ayudar. Ed. Paidós. Cap. 1. La violencia de género como violencias cotidianas.

Legislación consultada

Argentina (2002) Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>

Argentina (2010). Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657). Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Argentina (2014). Ley Federal de Trabajo Social (Ley N°27.072). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/239854/norma.htm>

Anexo

Anexo N° 1

Desgrabación entrevista N°2, Psicóloga.

Fecha: 23 de septiembre de 2021

Lugar: plataforma virtual

Presentación:

Soy psicóloga, formo parte del equipo de Salud Sexual y Reproductiva, además trabajo en la Asociación Civil de Puericultura en la Argentina.

E: ¿Cuál es tu formación académica? ¿Hace cuánto que te desempeñas como psicóloga en el hospital?

H: Yo me recibí de Lic. en psicología en el año 2001, hice un año de Concurrencia en el Hospital Álvarez en el equipo de niños, y después volví a rendir el examen de residencia y entré a la residencia en el año 2003 acá en el Hospital Alvear. Hice mi residencia desde el año 2003 hasta el año 2007, año en que concursé para un cargo de planta, que gané, y empecé a trabajar como psicóloga de planta en la Sala de internación de mujeres en el año 2009 hasta ahora. En el año 2012 junto con Patricio Alba psiquiatra de la sala y con Diana Mosto en principio patricio y yo y después se sumó Diana armamos el equipo de Salud Sexual y Reproductiva en el Hospital que es el único equipo en un Hospital monovalente de salud mental que trabaja con los Derechos Sexuales y Reproductivos de mujeres. Iniciamos nuestra práctica en la Sala de mujeres en vistas de una falta una falencia enorme del sistema con respecto a esta temática y bueno, el equipo continúa hasta la fecha.

E: ¿Qué podés contarnos de los procesos de intervención que se realizan en la sala de mujeres?

H: Por supuesto que esa pregunta depende mucho de quién sea el agente con el que estés hablando y cuál sea su formación de grado, posgrado y académica. Yo por supuesto que contesto desde mi línea de trabajo que es el psicoanálisis, y digamos, esa línea de trabajo tiene una manera de pensar la internación, tiene una manera de pensar al sujeto a la sujeta

en este caso porque trabajamos con mujeres, y entonces tiene una manera de intervenir que va en esa misma línea. Yo pienso la internación como un proceso, digamos, en general se puede pensar la internación como una intervención coercitiva o como una intervención restrictiva, que puede serlo, no lo niego. Yo trato de pensar la internación más bien como un proceso subjetivante, en el siguiente sentido... a mí me parece que muchas veces cuando una internación se vuelve necesaria tiene que ver con que algo de la locura digamos estalló y hace que esa persona por alguna razón no pueda seguir habitando ni transitando su escena del mundo habitual, y entonces, digamos, acude como a los muros de la institución. Y muchas veces las razones por las cuales se hizo necesaria esa internación a quien concurre al hospital a internarse no le pertenece, digamos esa persona, ese sujeto esa mujer que viene a internarse muchas veces no sabe por qué es necesaria esa internación, sí a veces esa internación es más clara para los otros que acompañan, ya sea la familia, una amiga, la justicia, la policía. Entonces me parece que el proceso de internación puede ser, o debiera pensarse como un proceso por el cual esa persona que viene a internarse se apropia de las razones por las cuales fue necesaria la internación. En este sentido es que pienso que es subjetivante, porque ahí hay alguien que tiene que poder dar sus propias razones de por qué fue necesaria la internación. Entonces en ese sentido la pienso como un proceso de desalienación, con respecto a las razones de otros. En ese sentido la internación hay que pensarla como un proceso transitorio, acotado en el tiempo, lo cual no quiere decir necesariamente que tenga que ser breve, creo que ahí hay que pensarlo en términos de una economía temporal, qué tiempo necesita cada sujeto para hacer ese proceso.

E: ¿Cómo caracterizarías a la población con la que intervienen en la sala de mujeres?

H: En principio como una población absolutamente vulnerable, en todo sentido, particularmente en la sala de mujeres la vulnerabilidad se manifiesta en términos de género, de pobreza extrema vulnerabilidad social y vulnerabilidad por el hecho de estar atravesando una situación de salud mental, digamos, son como 3 ejes, pobreza, femineidad y locura, que realmente las deja en una situación de enorme vulnerabilidad. Después me cuesta mucho hacer alguna generalidad, porque cada una es un universo, en muchas situaciones son mujeres que están muy solas, sin familia. En muchos casos privadas de la posibilidad de contacto con sus hijos, a veces de manera justificada,

muchísimas veces no, bastante solas desde el punto de vista de lo institucional, sin que ninguna institución pueda alojar sus problemáticas, ni la justicia, ni la salud, ni la educación. Entonces, bueno muchas veces en la internación yo siento que si la internación está bien pensada y realmente se toma como una oportunidad, hay como si fuera un rearmado de la trama, o un intento por lo menos me parece que es nuestro intento rearmar cierta trama que les permita reinsertarse mejor, eso es lo que por lo menos intentamos. La realidad es que hoy el Estado responde poco, entonces es muy complejo porque no hay lugares a donde derivar, el sistema de salud pública está colapsadísimo. La pandemia lo exacerbó, pero antes de la pandemia también la situación era crítica, no hay efectores, no hay medicación, no hay hogares, entonces bueno, es muy difícil el rearmado.

E: ¿Cuáles crees vos que son las principales demandas que provienen de las usuarias?

H: Una de las cosas que a mí me parece que en el último tiempo quedan más de manifiesto, y muchas veces está como el origen de la internación tiene que ver con que se han quedado sin tratamiento. Sin tratamiento psicológico, por supuesto, eso viene pasando hace mucho más porque no hay concursos para psicólogos, por ejemplo. Hay una problemática social inherente y a veces hay que poder despejar si se vienen a internar porque están en una situación absolutamente crítica y de calle, que bueno digamos, en ese sentido el Hospital aparece como un lugar más amigable, imagínense que para que un hospital psiquiátrico sea un lugar amigable... lo que tiene que ser el afuera. Muchísimas situaciones de conflicto familiar en bastantes casos violencia de género, obviamente cuestiones de salud mental, brotes psicóticos crisis subjetivas, no necesariamente son todas pacientes psicóticas las que vienen acá... situaciones de crisis subjetiva en la pandemia esto, con la situación de encierro y de quedarse adentro me parece que también puso como de manifiesto situaciones de adentro muy complicadas, que cuando uno tenía la posibilidad de ir y venir tal vez no eran tan manifiestas pero quedarte encerrada con ciertas situaciones familiares produjo como un detonamiento total. Pero me parece como muy difícil pensarlo desde una... sé que hay que explicar el paradigma de la complejidad para poder pensar cualquier situación, no hay ninguna que pueda ser respondida desde una única disciplina. Hay que poder ver esto, ubicar los límites de cada disciplina y trabajar con otros en esta coyuntura, en salud mental por supuesto, pero en esta coyuntura más todavía.

E: ¿Existen dinámicas que habiliten la participación de las usuarias?

H: Hay un espacio de asamblea, hay un espacio de talleres, me parece que hoy más que nunca la cuestión, digamos, la verdad que cambió un montón la lógica y la dinámica de la sala de internación desde la pandemia, eso hay que decirlo, ustedes están armando esto en ese contexto. La realidad es que digamos en la sala de internación antes las pacientes salían de permiso, salían de permiso bajo su propia responsabilidad en una apuesta también, digo, de autonomía y absolutamente subjetivante al momento de ser la internación una internación de carácter voluntario las pacientes firmaban sus propios permisos y salían bajo su responsabilidad. Aunque salieran acompañadas, me parece que hay una apuesta ahí, a la autonomía y a hacerse responsable de lo que firman. Esto se cortó con la pandemia, hoy en día las pacientes que están internadas en la sala no salen de permiso, están en contexto prácticamente de encierro, en un hospital a puertas cerradas, digo esto no era así, era otro hospital. Las pacientes salían, caminaban por el hospital, iban salían de permiso, todos los fines de semana la sala se quedaba vacía. Esto se los cuento porque introdujo como un cambio en la dinámica cotidiana. Hoy las mujeres están internadas acá 24/7 todas juntas, con lo cual hay una cuestión comunitaria que habilita una intervención diferente. Por eso el espacio de asamblea me parece que es una intervención importante, en algún momento cuando había bastante quilombo en la sala y era posible estar en dispositivos grupales nosotros armábamos desayunos, con sectores de la sala como para poder laburar cuestiones convivenciales que estaban como detonando. Fue muy interesante lo que se armó ahí, pero bueno eso hoy no lo podemos hacer porque no podemos agruparlas, bueno ahora ya sí, ahora ya es un viva la pepa, pero no acá, mientras en el afuera ya hay una indicación de que podemos estar sin barbijo acá las pacientes siguen encerradas y no salen de permiso y no las podemos agrupar.

Es como si fuera en ese sentido un universo diferente, con ciertas prácticas que pareciera que vinieran a instalarse con la pandemia pero que hoy en día cuando el contexto de pandémico es diferente no se van. Digo, ahí hay algo que amerita que pensemos. Entonces, también es difícil una apuesta por la autonomía, cuando las marcas institucionales son estas.

E: ¿Cuáles son las herramientas con las que cuenta el equipo para garantizar el acceso a los derechos sexuales de las usuarias?

H: Herramientas contamos con pocas, nuestras herramientas somos nosotres mismas, nuestra capacitación y nuestro deseo, sobre todo de acompañar a las mujeres en esto. Este hospital no cuenta con ginecólogx, no cuenta con obstetra, no cuenta con ecografía, no cuenta con nada. Nosotres tenemos métodos anticonceptivos, algunos, tenemos pastillas y tenemos inyectables. Si necesitamos colocar un DIU, tenemos que buscar un turno con una ginecóloga amigable, si necesitamos poner un chip, lo mismo. Con lo cual es un laburo muy artesanal que está sostenido por nuestras ganas de trabajar esta temática y visibilizarla. Hemos hecho una red absolutamente informal, con ginecólogas copadas, es así porque muchas se niegan a atender pacientes locas, entonces cuando se enteran que están internadas te dicen "bueno pero tráela a las 7 y 15 de la mañana así no se cruza con las otras", una cosa bastante densa, con lo cual armamos una red de ginecólogas amigables a las que llamamos por teléfono, y mandamos a las pacientes, pero recursos muy pocos.

E: ¿Existen espacios de reflexión colectiva entre profesionales donde se evalúen o se pongan en común las estrategias de intervención?

H: Sí, la verdad que nosotres tenemos por lo menos una aspiración de trabajo genuinamente interdisciplinario y efectivamente... no son espacios formales digo tal vez en otro momento armábamos un ateneo discutíamos... la verdad que hoy está complicado llevar eso adelante, pero sí tenemos situaciones de encuentro en el office de profesionales donde nos detenemos a pensar para qué lado vamos, si estamos de acuerdo si no estamos de acuerdo, discutimos, muchísimas veces entramos en desacuerdo, en relación a esto que por ejemplo yo les decía, digamos. La verdad es que los psiquiatras no piensan la internación de esta manera, la verdad es que los psiquiatras en general suelen pensar la internación como el cese de la sintomatología aguda, y entonces da por concluida la internación en el momento en que algo de lo agudo cesa (19:49) no todxs, pero digo hay algo de eso. Entonces, bueno, ahí me parece que hay que poder hacer una lectura de las situaciones del caso, del cuando es necesario voluntarizar, cuándo es necesaria el alta, y eso sí se trabaja bastante interdisciplinariamente, con los TS y lxs demás profesionales.

E: ¿Crees que la sexualidad de las usuarias es una dimensión relevante al momento de pensar la intervención?

No, creo que no es una dimensión relevante a nivel macro, no, para todes. Me parece que no, de hecho, eso a veces no se pregunta, no se habla, no se pregunta fecha de la última menstruación, no se pregunta MAC, no se habla, salvo que aparezca... En general cuando se habla suele tener que ver con que se enteran de que la paciente está manteniendo relaciones sexuales y entonces todo el mundo se pone como loco "hacé algo intervení", dale un AC... ¿Sabés si tiene ganas de tomar un AC? ¿Sabés si tiene ganas de cuidarse? ¿por qué no se cuidan? Digo, no es como... es re difícil la cuestión de la visibilización de la sexualidad de las mujeres internadas y la manera general, la solicitud de la intervención es aplicar un AC. Sin que ahí haya una pregunta respecto de si quiere, no quiere, por qué no quiere, qué ideas tiene sobre eso, a lo mejor quiere tener un hijo, y el equipo considera que es una locura. Bueno, cómo viene esa idea de tener un bebé en relación a qué por qué cuándo cómo, es el momento no es el momento, preguntas que ni se hacen. Así que no, creo que no, hay mucho trabajo por hacer en relación a eso.

H: ¿Cuáles crees vos que son las limitaciones o posibilidades que se presentan desde los aspectos normativos de la institución al momento de intervenir?

Limita muchísimo la normativa del hospital, es re limitante. Lo que pasa es que después nosotrxs tenemos un jefe que es bastante contemplativo de nuestras objeciones a las limitaciones, entonces hace lugar, eso hay que decirlo también... Quiero decir, esta es una institución de emergencias, con lo cual hay una limitación concreta y real que es el tiempo, nosotrxs deberíamos tener internaciones de 90 días, no más. No es nada, a partir de los 90 días la paciente está demorada, por ejemplo, esa es una limitación inmensa, porque digo, después hay que ver qué hace unx con eso, pero eso tiene efectos, eso está, que sepas que la dirección está esperando que esa paciente se vaya bueno, digo... aunque uno decida hacer oídos sordos tiene un efecto, que sea una institución monovalente también, tiene efecto... Por ejemplo, ahí digamos, hay un montón de pacientes que cuando se van de acá, sobre todo las pacientes más jóvenes, más pendejas adolescentes, yo trato de no derivarlas acá a consultorios externos porque me parece que tienen que salir del monovalente, que se tienen que ir... pero no hay lugar, no hay otros lugares que por

ejemplo den medicación gratuita como da este hospital, entonces muchas me pasa que intento hacer una derivación a otro efector de salud y no tengo manera, no las puedo derivar, entonces terminan atendiéndose acá a mi pesar, porque la verdad que yo preferiría que pibas de 18 años no se atiendan en un psiquiátrico. No sé, la verdad que en relación a lo normativo se me ocurren un montón de limitaciones y no tantas posibilidades...

E: ¿Existen tensiones entre las diferentes disciplinas al momento de pensar las estrategias de intervención?

H: Sí, muchísimas tensiones, muchísimas. Creo que existen tensiones que igual nosotros somos un equipo que puede... relativamente, quiero decir que hay un trabajo sobre estas tensiones, igual creo que también hay algo del malestar institucional que muchas veces se hace carne en esas tensiones, digamos, que a veces no tienen tanto que ver con las tensiones inherentes a un tratamiento o las diferencias en relación con una estrategia de intervención... creo que con eso podemos hacer, pero a veces hay algo del malestar institucional que se infiltra en eso y termina siendo un obstáculo para el trabajo con el otro. Insisto, no tiene tanto que ver con el caso sino con el malestar que nos habita a todos, y dificulta esa intención de trabajar con otros aún en la tensión porque sí, porque hay diferencias, hay diferencias en relación a cómo pensamos a las sujetas, cómo pensamos la internación, como pensamos el tiempo de internación, como pensamos la externación... ese creo que es el punto de mayor rispidez cuando hay una parte del equipo que considera que ya está y que la paciente se tiene que ir y hay otra parte del equipo que considera que todavía hay cuestiones para trabajar, ahí es cuando más en tensión entramos, pero bueno trabajamos con eso hace mucho... es un buen equipo de trabajo.

E: En relación a las modalidades de participación de esas usuarias, ¿cuáles creés vos que son las características del espacio de asamblea que mencionabas anteriormente?
26:53

H: Yo la verdad que no participo del espacio de asamblea hace un montón porque se hace los días miércoles y yo no estoy viniendo al hospital los días miércoles. Pero te diría que es un espacio, no sé cómo está desarrollándose en este momento, creo que también depende mucho de quién lo coordine y cuál sea la idea de la asamblea. Vos podés armar la asamblea como un lugar a donde las pacientes se van a quejar y uno resuelve la queja, que muchas veces adquiere esa modalidad, o vos podés utilizar el espacio de asamblea

como un espacio de empoderamiento, de empoderamiento, de autonomía, de capacidad de acción, de capacidad de resolución, esa es la mirada que a mí me gusta de la asamblea. Más allá de que las pacientes vayan a quejarse, pero digo si uno está ahí en tanto receptor de quejas y hacedor de la resolución, eso es una cagada, vs. qué podemos hacer con esto, cómo se les ocurre a ustedes. Más allá de que a veces no está en mano de las pacientes resolverlo, pero digo si por ejemplo frente a una queja... se nos ocurre escribirle una carta a la dirección, bueno perfecto... me parece que, con cierta participación y actividad en la resolución, yo apuesto a que sea así la asamblea, pero bueno... es un espacio complejo. Además, pasa algo que es que la Sala de Mujeres también está en una situación de convivencia con la Sala de Hombres, es decir tienen un equipo diferente, pero los espacios comunes son compartidos... entonces la verdad que la asamblea hay que hacer con la Sala de Hombres, y ahí es más conflictivo porque son dos equipos de trabajo diferentes, que trabajan con una lógica completamente diferente, entonces bueno... ahí también hay tensiones, hablando de las tensiones...

E: ¿Con cuánta participación cuentan aproximadamente las asambleas?

H: Nunca participa la totalidad de la sala, participan algunas... algunas no se animan, cuando la sala estuvo más complicada y con más quilombo participaban más, después pasaba que iban a la asamblea como las cabecillas de la sala entonces las otras se retiraban porque les tenían miedo a las cabecillas... bueno depende un poco de cuál sea la dinámica de la sala lo que también pasa en la asamblea es como un... se muestra bastante en escena lo que sucede, lo que viene sucediendo en la sala, si una lo sabe leer es como... un espacio muy interesante.

E: Nos habías nombrado los talleres, queríamos saber si existen otras instancias de encuentro grupal...

H: Hoy no, existían el desayuno esto que les contaba, los talleres, después en algún momento habíamos armado... hubo un momento en que empezamos a trabajar algunos equipos a la tarde, a la tarde el hospital es un desierto, se generan como bastantes cosas... entonces hicimos una propuesta que fue que cada día se quedaran equipos de 3 a 6 de la tarde en el hospital, entonces eso nos permitía armar cosas con las pacientes a la tarde. En eso se armó por ejemplo un grupo de actividades que no es lo mismo que un taller, que es como que cada paciente entraba no sé si XXX les contó... cada paciente ingresaba

a ese grupo a hacer lo que tenía ganas y compartían un espacio en común, entonces unas tejían, otras cosían, otras hacían collage... era muy interesante lo que se armaba. Después había un espacio de caminata los pacientes salían a caminar en grupo por el hospital acompañadas por profesionales, se armó un espacio de cine, entonces las pacientes veían una película y después se hacía como un debate... Esto se armó cuando los equipos estábamos a la tarde, todo esto se cortó con la pandemia.

E: En relación al tratamiento... las pacientes tienen una toma de decisión en el mismo

H: ¿Del tratamiento? Para mí no... es una apuesta que se apropien del tratamiento, pero por ejemplo las pacientes ingresan acá medicadas y nadie les preguntó si quieren una medicación, qué toman... algunas de ellas un poco más empoderadas por así decirlo preguntan objetan, pero digo si una paciente dice "yo no quiero tomar esto", yo no sé qué margen tienen para no tomar la medicación que no quieren tomar, te soy sincera... me parece que poco.

E: ¿Se promueve la participación de esas usuarias? ¿Que puedan expresar esa opinión?

H: Sí, sí, no sé si todo el mundo. Yo en lo personal promuevo y también el espacio de tratamiento individual o con familias, porque también las psicólogas que trabajamos tenemos dos espacios. Coordinamos espacios de tratamiento individual y espacio de entrevistas de familia, en cada uno de los tratamientos que tenemos. En ambos espacios la verdad es que yo intento hacer lugar a las opiniones eh... y escuchar algo de eso digamos, incluso cuando no quieren algo, cuando no están de acuerdo, cuando hay una situación difícil con enfermería, cuando hay alguna situación difícil con Sala de hombres... lo que pasa es que a veces no se animan a plantearlo, un poco me parece por la lógica propia institucional, me parece que hay que generar ahí un vínculo de confianza donde la paciente sepa que es el espacio para poder criticar, objetar, quejarse.

E: ¿Cuáles son los aspectos que condicionan o limitan la participación de las usuarias?

H: El miedo, me parece, el miedo a lo punitivo. El desconocimiento, la falta de información... la falta de claridad en relación al funcionamiento institucional. Digo, a mí me parece que es re importante cuando una paciente ingresa a la sala que haya alguien

del equipo que le explique detenidamente cómo es el tratamiento, qué hace cada espacio, quiénes van a verla, anotarle en un papel quién va a ser su equipo, qué días va a estar cada uno, no sé si siempre se hace... es muy abrumador estar acá, muy abrumador para alguien que está atravesando una crisis... quedar acá internada, conviviendo con treinta mujeres en un espacio sin poder salir, donde el tiempo y el espacio se configuran de una manera super particular. Digo, me parece que ahí hay que poder... sentarse... hay algo de esa falta de información que genera parálisis, que genera miedo, si hablo y me quejo me van a venir a inyectar, digo... prácticas que sabemos que suceden. Tratamos de que no sea así, pero bueno... hay algo de eso "no quiero que me aten", cosas que se escuchan y bueno me parece que en muchos casos es eso... el miedo la desinformación, el desconocimiento de espacio, del tiempo, de los profesionales.

E: ¿Se desarrollan dinámicas que aborden la salud sexual y reproductivas de las usuarias?

H: Ahora no, pero sí nosotrxs hemos armado talleres para la sala y para todo el hospital. Hemos armado charlas con profesionales, con pacientes, y bueno después queda un poco en cada equipo... yo en lo particular hago lugar en mi tratamiento siempre, a la cuestión... pregunto, ¿te cuidas? ¿estás teniendo relaciones?, porque también el eje de placer sexual, porque no es solamente el eje de cuidado reproductivo... el eje del placer sexual en muchos casos no existe, no es una pregunta que se han hecho, pero sí hay dinámicas... grupales, individuales.

E: Entonces existen espacios que habiliten el vínculo y el conocimiento del propio cuerpo, quizás antes de la pandemia lo trabajaban junto con esto...

H: Sí, claro

E: Considerando que se trata de un hospital monovalente, ¿cuáles son los espacios de intimidad y privacidad que existen dentro de la institución para las usuarias?

H: Ninguno, no tienen ni cortina en el baño para bañarse, no sé si soy clara.... Ninguno, pero se las ingenian para encontrarlos. No hay ninguno que exista desde lo formal...pero las pacientes se van atrás de un árbol y cogen, y se arman espacios de intimidad, porque eso no hay manera de reprimirlo... Por eso es tan importante que haya un equipo, esto es lo que... ahí siempre hubo como una tensión porque nosotros por un lado las pacientes

firman un consentimiento cuando ingresan que dicen que no pueden coger adentro de la institución pero eso sucede... entonces nosotros estamos todo el tiempo considerando que si sabemos que sucede, pongamos forros en enfermería, permitamos como... "no si pones es forros es como habilitar..." y bueno si sucede... o sea mejor visibilizar que sucede y que suceda con cuidado que seguir haciéndonos los boludos con que no sucede y que sucedan las cosas que sucedían que es... "Ay la pastilla de emergencia, ay la no sé qué".... perdón (risas)

E: ¿Cuáles son las posibilidades de acceso al placer dentro de la institución?

H: Al placer me parece que es mucho más complejo, acceden a tener relaciones sí... encuentran lugares para tener relaciones sí, tienen MAC a disposición sí... los piden a veces sí a veces no, si de eso se configura necesariamente una relación placentera no lo sé... a veces sí y a veces no, tiendo a creer que más veces no que sí. Pero por la misma situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres que están internadas acá, en muchísimos casos la dimensión del placer no entró nunca en juego con respecto a una relación sexual, más bien tiene que ver con darle cierto placer a un hombre o a otra mujer digamos, pero en general a un hombre... sin demasiada pregunta ahí con respecto a si quieren, si la pasaron bien, si acabaron, si no acabaron, si se cuidaron. Digo, es como si... es muy fuerte eso porque a veces es... es como un paso antes, ¿no? digo, ni siquiera hay una pregunta en relación al propio cuidado del propio cuerpo, entonces digo el placer sería como poder avanzar cuatro casilleros más. Esto es, ese cuerpo es tuyo, ese cuerpo vos lo tenes que cuidar, nadie lo va a cuidar si vos no lo cuidas, podés decir que no, eso bueno... es... digo, mujeres que nunca hablaron con nadie, nunca hicieron una consulta ginecológica o hicieron una consulta donde el ginecólogo no le preguntó nunca este tipo de cuestiones... hay muchísima vulnerabilidad con respecto a esto, así que lo del placer me parece que es un camino muy largo por recorrer.

E: ¿Existen espacios para la expresión del deseo sexual de las usuarias?

H: Me parece que la intervención del equipo de salud sexual, algunas de ellas hablan de esto en sus tratamientos, y en sus tratamientos se hace lugar. En otras situaciones hablan de esto en sus tratamientos y se deriva al equipo de salud sexual, como si no fuera algo de lo que puede hablarse en sus propios tratamientos, si te lo planteó a vos, háblalo vos... no es que se necesita una capacitación especial para poder alojar eso que las mujeres están

demandando. Creo que tiene que ver con el miedo de los agentes de salud y los prejuicios de los agentes de salud para hacer lugar a la sexualidad.

E: ¿Existe elección autónoma de los cuidados reproductivos?

H: Yo creo que es mi apuesta, si hoy existe, te diría que depende de profesional que esté en juego, algunos anticonceptiva medio compulsivamente, por el miedo de que es mujer se quede embarazada y lo que puede implicar un embarazo en una mujer con internación, otros hacen más lugar al recorrido absolutamente singular que esa mujer tiene con respecto a su sexualidad, a su cuidado, a su anticoncepción, pero también creo que tiene que ver con el miedo de lxs profesionalxs, así como decía en algún momento que tienen miedo de las pacientes me parece que también hay un miedo de lxs profesionales cuando tienen que encontrarse con esa situación, ni hablar ante un aborto... digamos, pero creo que es como un obstáculo grande, para el abordaje de la sexualidad de las pacientes.

E: O sea, un obstáculo el miedo de esxs profesionales...

H: Sí, re... el miedo el desconocimiento, digo, nosotros acá armamos unas capacitaciones para lxs profesionales y en el marco de la... en la misma semana que se votó la IVE, y no tenían idea... no tenían idea... no tenían idea de que ya existía aborto no punible, antes de la IVE existía el aborto no punible, ni sabían en qué situación se podía interrumpir un embarazo... digo cuándo salió la ILE. Bueno, hace menos de un mes se armó acá un quilombo infernal porque una paciente tenía que interrumpir un embarazo con misoprostol... una práctica que se hace ambulatoria, no tenés que quedar internada vos vas a la guardia, te dan el misoprostol, te lo tomás en tu casa, te quedás en tu casa tranquilita y chau. Un quilombo... que había que internarla en un hospital... desde el desconocimiento y desde el miedo, "mirá si vamos a hacer esa práctica acá"... es una práctica legal, o sea... y te digo ni siquiera se trataba de objetores de conciencia, porque si son objetores de conciencia bueno listo ya está, ni siquiera tenía que ver con eso, como un paso antes... ni sabés de qué estás hablando. Hay mucho por hacer es un campo complicado.

E: Por último, última pregunta para cerrar, ¿creés que se encuentra limitado el desarrollo de intervenciones sobre los derechos sexuales frente a las normas institucionales?

H: Sí, absolutamente.

E: De qué manera consideras que limita...

H: Y esto que les cuento, viene una paciente que está embarazada, que quiere interrumpir su embarazo, se puede hacer un práctica absolutamente sencilla e informando a la paciente, acompañándola... digo, nosotras la acompañamos al Durand, hicimos una consulta en el Durand, hablamos con la ginecóloga, la ginecóloga le dio el misoprostol, volvimos acá... y se arma un quilombo infernal y nadie quiere hacer la práctica, está la guardia, pero nos tiran a nosotrxs que nos hagamos cargo, es como... por qué están poniendo obstáculos en algo que está bien desde todo punto de vista incluso desde el punto de vista legal. Como esas pequeñas cosas... digo, que no haya un ginecólogo en este hospital si alguna paciente tiene una pérdida por ejemplo... ni siquiera pasemos a la cuestión de la AC, tiene un pérdida y es un chino... conseguir un turno, tiene que venir el familiar para llevarla a la ginecóloga, o sea todo es un obstáculo, es re complejo, nos llaman todo el tiempo de la dirección porque no entienden de qué se trata, pedimos AC y tenemos que justificar por qué...nos dan forros y los ponen en el medio de la enfermería, entonces para las pacientes meterse adentro a agarrar los forros es una situación re incómoda porque están ahí las enfermeras. Todo, todo es un obstáculo, así que la respuesta es sí.

.