



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Producción de salud y permanencias prolongadas en la guardia de salud mental de un Hospital General: la potencia del trabajo vivo en la tensión entre un Modelo Manicomial y un Modelo Comunitario Alternativo

Autores (en el caso de tesis y directores):

Javier Damián Amaral de los Santo

Julieta Mayra D'Angelo Garcias

Juan Pablo Burwiel, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2023

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

Área de investigación:

Salud Mental y Procesos de Trabajo

Producción de salud y permanencias prolongadas en la guardia de salud mental de un Hospital General: la potencia del trabajo vivo en la tensión entre un Modelo Manicomial y un Modelo Comunitario Alternativo

Autorxs:

Javier Damián Amaral de los Santos - DNI: 93.712.933 - javieramaralds@gmail.com

Julieta Mayra D'Angelo Garcias - DNI 38.958.181- julietadangelo.g@gmail.com

Director temático: Juan Pablo Burwiel - juanburwiel@gmail.com

Seminario de TIF: Año 2022

Fecha de presentación: 15/06/2023

Resumen

Título	Producción de salud y permanencias prolongadas en la guardia de salud mental de un Hospital General: la potencia del trabajo vivo en la tensión entre un Modelo Manicomial y un Modelo Comunitario Alternativo
Autorxs:	Amaral de los Santos Javier Damián y D'angelo Garcias Julieta Mayra. julietadangelo.g@gmail.com javieramaralds@gmail.com
Fecha de presentación:	15/06/2023
Palabras clave:	Guardia de Salud Mental en Hospital General - Permanencias Prolongadas- Procesos de Trabajo en Salud - Abordajes alternativos

La presente investigación busca reconocer y analizar los procesos de trabajo que llevan adelante los equipos interdisciplinarios de la Guardia de Salud Mental de un Hospital General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el marco de internaciones prolongadas por problemáticas de salud mental. Los procesos de trabajo se analizarán bajo las lógicas del modelo alternativo de atención que plantea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en el 2010. En este momento, el campo de la salud mental se encuentra con fenómenos, como la permanencia prolongada de usuarixs en el dispositivo de guardia de un hospital general, que constituyen una forma de institucionalización que deriva en la vulneración de los derechos reconocidos a lxs sujetxs que atraviesan una situación problemática respecto a su salud mental.

Se definió como objetivo de la investigación “*Caracterizar los procesos de producción de salud durante la permanencia prolongada de usuarixs en el dispositivo de guardia, en relación al paradigma desmanicomializante propuesto por la normativa vigente en la guardia de un Hospital General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el segundo semestre del año 2022.*”

Para lograr una aproximación a este objetivo, la metodología seleccionada de enfoque cualitativo, se construyó a partir de entrevistas semi-estructuradas a psicólogos, trabajadorxs sociales y psiquiatras de la Guardia de Salud Mental. A raíz de las respuestas obtenidas, se incorpora material teórico de diversos autorxs como Silva Paim, de Sousa Campo, Merhy, Franco, entre otrxs para el estudio de procesos de trabajo en salud. Retomar sus planteos permitirá comprenderlo como productor de un valor de uso que satisface necesidades o problemas de salud, reconocer sus componentes en tanto proceso de producción, entender la formas en que se relacionan estos componentes y cómo esta forma de relacionarse determina distintos modos de producción en salud.

Índice

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	1
Resumen	3
Índice	5
Advertencia para la lectura	7
Introducción	9
Estructura de la tesina	11
Apartado metodológico	13
Tipo de estudio y metodología seleccionada	13
Unidad de análisis	13
Resguardos éticos	16
Capítulo 1: La Guardia de Salud Mental en el Hospital General: en el “ojo del huracán”	17
Aproximación histórica al Movimiento de Salud Mental y la impugnación del modelo asilar	17
La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental	20
La atención en Salud Mental en Hospitales Generales, entre el acercamiento a la comunidad y el Modelo Médico Hegemónico	22
La incorporación de las Guardias a los Hospitales Generales de la CABA	23
Capítulo 2: Permanencias prolongadas en dispositivos de urgencias: descripción, factores y análisis del fenómeno	29
Descripción y problematización del fenómeno	29
Factores de las permanencias prolongadas	32
Recursos para la atención en salud mental en el Hospital General	33
Red de atención en salud mental	35
Recapitulación sobre las permanencias prolongadas	40
Capítulo 3: Procesos de trabajo en salud durante las permanencias prolongadas	43
Objeto del proceso de trabajo en la guardia de salud mental	44
Medios de trabajo y trabajo vivo en acto en salud	47
Trabajo en sí en la guardia de salud mental	48
Trabajo en red en la atención psicosocial:	53
Entre lo artesanal, el malestar y la burocratización: la potencia del trabajo vivo	58
Capítulo 4: Ley Nacional de Salud Mental, modalidades de abordaje alternativos y producción de salud durante las permanencias prolongadas	65
La interdisciplina como modalidad de abordaje	65
Lo intersectorial como modalidad de abordaje	67
Lo comunitario como modalidad de abordaje	69
Conclusiones	73
Bibliografía	77
Entrevistas	83

Advertencia para la lectura

Uso de la x

Se entiende que es por medio del lenguaje transmitimos pensamientos y valores, y que el mismo es producto de una construcción y convención social que no es neutral ni fija. A su vez los textos académicos se caracterizan por responder a los modelos de validez científica objetiva e impersonal, que generalmente conllevan un esfuerzo de lxs autorxs por tomar distancia acerca de lo que se escribe (Kaiser, 2002).

Como autorxs de este trabajo de investigación, creemos que la toma de posición discursiva y política, lejos de restarle seriedad al trabajo, resulta un aporte para la investigación en su carácter ético-político. Es por esto que consideramos que por medio del lenguaje construimos subjetividades permitiéndonos además dar cuenta del problema de la desigualdad de géneros.

No disponemos hoy de una alternativa única para escapar del sesgo androcéntrico del lenguaje. Sin embargo, el uso del “a/o” da cuenta del binarismo de género al referirse a lo masculino y femenino, respondiendo a la heteronorma, sin dar cuenta de las expresiones sexuales y de género disidentes como las identidades queer, trasgéneros, intersexuales, etc. (Pérez Orozco, 2014).

Entendemos al hecho lingüístico como una apuesta política. Es por esto que, para salir del carácter binario y machista del lenguaje, durante la elaboración del trabajo y en aquellas palabras en las que fue necesario aplicar género, utilizamos la “x” ya que hace referencia al conjunto inacabado de expresiones de género. En contadas ocasiones se utilizaron los artículos “el/la” cuando fue imposible reemplazarlos –y con el fin de preservar el anonimato de lxs entrevistadxs- a conciencia de estar reproduciendo la heteronorma.

Introducción

En el presente Trabajo de Investigación Final se propone abordar los procesos de trabajo de los equipos interdisciplinarios durante la permanencia prolongada de personas con padecimientos de salud mental en la Guardia de un Hospital General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la propuesta desmanicomializante establecida por la Ley Nacional de Salud Mental.

El interés surge a partir de las prácticas pre profesionales desarrolladas durante la carrera de grado y del estudio de la temática. Esto ha convocado a reflexionar en torno a estos fenómenos. Tal como plantea Suatu (2001), dado el carácter temporal histórico de la investigación social, los temas de investigación atraviesan momentos de invención, difusión y declinación. A partir de la emergencia del paradigma de derechos que ha considerado a la Salud Mental como un proceso determinado histórica y culturalmente (Mattioni, 2018) se han desarrollado un conjunto de investigaciones en torno a la intervención en el campo de la salud mental. Se entiende al campo como la confluencia de actorxs, intereses y disputas en la búsqueda de la apropiación del capital económico, social, cultural y simbólico (Spinelli, 2010).

Actualmente el campo de la salud mental está caracterizado por las dificultades en la implementación de la normativa, las resistencias al cambio de paradigma, las modificaciones en los tipos de padecimientos mentales de lxs ciudadanxs, el agravamiento de las condiciones materiales y simbólicas de lxs sujetxs con padecimientos de salud mental. No se puede obviar, al momento de pensar situacionalmente el campo en cuestión, la disputa que se desarrolla en torno a la Ley Nacional de Salud Mental sancionada en el año 2010, ya que uno de los puntos más criticados por los actores que desarrollan un férrea y corporativa oposición a la Ley, están vinculados con la internaciones voluntarias e involuntarias y con el lugar que ocupan lxs diversxs profesionales en los equipos interdisciplinarios. Al tiempo que los defensores de la ampliación de derechos que establece la LNSM hacen especial hincapié en los límites socio institucionales a su efectiva implementación.

En este momento, el campo de la salud mental se encuentra con fenómenos como la permanencia prolongada de usarixs en el dispositivo de guardia de un hospital general que constituyen una vulneración de los derechos reconocidos a lxs sujetxs que atraviesan una situación problemática respecto a su salud mental. Las mismas se desarrollan de forma corriente en los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y forman parte de un conjunto de problemáticas que caracterizan al campo en cuestión.

El proceso de trabajo que desarrollan los equipos interdisciplinarios de las Guardias de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires durante la prolongación de las permanencias son comprendidos como procesos de producción de salud como combinación cualitativa y cuantitativa de prácticas (Sousa Campos, 2021) que desde el Trabajo Social se pueden considerar como estrategias de intervención desarrolladas por los equipos durante su permanencia en la guardia. Diversos autorxs como Silva Paim, de Sousa Campos, Merhy, Franco, entre otrxs han dedicado su producción al estudio de este proceso.

A raíz de todo lo mencionado construimos una pregunta problema que ha guiado todo el trabajo de investigación: *¿Cuáles son los factores que producen la permanencia prolongada de pacientes en la guardia de salud mental y qué actos de salud producen los equipos interdisciplinarios para la implementación de la normativa vigente en materia de salud mental en la guardia de un Hospital General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?*

En relación a la pregunta problema construimos el objetivo general del presente Trabajo de Investigación final: *“Caracterizar los procesos de producción de salud durante la permanencia prolongada de usuarixs en el dispositivo de guardia, en relación al paradigma desmanicomializante propuesto por la normativa vigente en la guardia de un Hospital General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el segundo semestre del año 2022.”* A su vez se despliegan tres objetivos específicos que buscamos responder a lo largo de diferentes apartados:

- Describir los principales factores vinculados a la institución, a las prácticas profesionales y a la situación problemática de lxs usuarixs que producen su permanencia prolongada en la guardia de salud mental de este Hospital General según el relato de lxs profesionales de los equipos interdisciplinarios de la guardia de salud mental.
- Describir, a partir del relato de sus integrantes, los procesos de trabajo en salud de los equipos interdisciplinarios de la guardia de salud mental durante la permanencia prolongada de usuarixs en este Hospital General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Analizar estos procesos de trabajo durante las permanencias prolongadas en relación al modelo de abordaje alternativo establecido por la Ley de Salud Mental, a partir del relato de lxs integrantes de la guardia de salud mental de este Hospital General.

Estructura de la tesina

El Capítulo 1, titulado *La Guardia de Salud Mental en el Hospital General: en el “ojo del huracán”* dará cuenta de las transformaciones que se han producido en el campo de la salud mental como producto de la lucha del Movimiento de Salud Mental y la introducción de las reformas legislativas. La incorporación de los hospitales generales y sus guardias al abordaje de los padecimientos es presentada como parte de estas transformaciones. Siendo elemental dejar en claro el lugar en el que se desarrollan los procesos de producción de salud, el capítulo buscará caracterizar al dispositivo de guardia retomando planteos teóricos y de investigaciones que se han centrado en este tipo de dispositivo.

El Capítulo 2, titulado como *Permanencias prolongadas en dispositivos de urgencias: descripción, factores y análisis del fenómeno*, explicará teóricamente el concepto de permanencias prolongadas apoyándose en material teórico como también en diferentes artículos de la Ley Nacional de Salud Mental. A su vez se problematizan las mismas para poder entenderlas como un fenómeno que irrumpe en la guardia de salud mental de un hospital general. Asimismo se profundizará sobre los factores que producen la prolongación de las permanencias, deteniéndose en aquellos vinculados con la administración hospitalaria y las redes de atención en salud mental, tomando como bibliografía de referencia los trabajos de Amarante, Cohen y Natella.

El Capítulo 3 nombrado *“Procesos de trabajo en salud durante las permanencias prolongadas”* comenzará definiendo el concepto de proceso de trabajo desde la perspectiva de Silva Paim, de Sousa Campos, Merhy y Franco. A partir de allí se retomarán tres elementos centrales del mismo: el objeto del trabajo, los medios de trabajo y el trabajo en sí, en tanto actividad humana. El primer apartado, se centrará en analizar cómo los equipos de la guardia de salud mental construyen definiciones en torno a la idea de salud mental, la cual estará atravesada no sólo por la formación profesional sino también por el proyecto ético político que cada integrante adopte. En la segunda parte del capítulo se retomarán los postulados de Merhy y Franco sobre el trabajo vivo en acto y el trabajo muerto. Esto nos permitirá ahondar acabadamente en los procesos de trabajo de los equipos interdisciplinarios en el marco de las permanencias prolongadas. Para ello se retomarán nuevamente los enunciados de lxs profesionales con miras en poder describir las actividades que realizan y analizar su trabajo en una Red de Atención Psicosocial.

El Capítulo 4 titulado *“Ley Nacional de Salud Mental, modalidades de abordaje alternativos y producción de salud durante las permanencias prolongadas”* tiene por objetivo analizar las prácticas del trabajo vivo que se despliegan en el Capítulo 3, a la luz del modelo alternativo que plantea la LNSM. Este análisis buscará poder responder a tres subdimensiones que

consideramos esenciales para comprender de qué hablamos cuando se hace mención al modelo alternativo. En primera instancia la modalidad de abordaje interdisciplinar, en segundo lugar la modalidad de abordaje intersectorial y por último la modalidad de abordaje comunitaria. Este apartado está atravesado por concepciones teóricas que se retomaron de Amarante, Natella, Cohen y diversos artículos de la mencionada ley que orientan estas formas de intervención desmanicomializantes.

Apartado metodológico

Tipo de estudio y metodología seleccionada

En el presente apartado se caracteriza y expone la metodología que diseñamos para nuestro Trabajo de Investigación Final. La misma fue un eje central ya que permitió construir una forma de abordar el problema acorde a los objetivos que se plantearon durante el período de elaboración del proyecto.

La investigación adquirió características de tipo descriptiva y exploratoria, para lo que se utilizó una metodología de tipo cualitativa. Esta permitió profundizar en el análisis de los relatos recabados y acceder así al universo de sentidos que se desprenden de estos, entendiendo que “[...] *la investigación cualitativa proporciona una descripción íntima de la vida social, presentando detalladamente el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes para los involucrados [...]*” (Taylor y Bogdan, 1987: 153).

Unidad de análisis

En el diseño de la investigación se había definido que la unidad de análisis consistiría en los equipos interdisciplinarios de la guardia de Salud Mental de este Hospital General dado el necesario carácter grupal y colectivo del paradigma interdisciplinario (Stolkiner, 2005). Lxs integrantes de los mismos en forma individual serían entendidos como unidades de recolección de información. Ahora bien, durante el desarrollo del TIF se ha reflexionado en torno a los objetivos de la investigación, identificando que los mismos se centran en la producción de salud y en los procesos de trabajo que estos equipos desarrollan. Tal como se indicó en la “Introducción” estos procesos de producción de salud desde el Trabajo Social pueden ser considerados como las estrategias de intervención llevadas adelante por los equipos durante su permanencia en la guardia. Esto nos permitiría dar cuenta más acabadamente de las concepciones, acciones, prácticas e instrumentos que componen el proceso. De modo que finalmente las unidades de análisis consisten en las intervenciones que desarrollan lxs integrantes de los equipos, mientras que la unidades de recolección será cada unx de lxs profesionales de la guardia de salud mental del Hospital General. Se toma como unidad de recolección a cada unx de lxs profesionales para evitar el carácter generalizante que podía tener la transpolación de posiciones de algunx integrante a la totalidad del equipo, restándole diversidad a la información relevada en campo.

A sabiendas que el dispositivo cuenta con siete equipos (uno por cada día), se consideró pertinente entrevistar a lxs integrantes de tres equipos interdisciplinarios de la guardia. Además se

procuró entrevistar a seis profesionales ya que resultaba interesante contar con el testimonio de dos profesionales de cada equipo (téngase en cuenta que cada equipo está integrado por trabajadorxs socialxs, psicólogxs y psiquiatras). También es importante señalar que dentro de estxs seis profesionales fue indispensable que se encuentren representadas las tres disciplinas al menos en un caso.

Finalmente se procedió a entrevistar a seis profesionales integrantes de cuatro equipos, de modo que hay dos equipos de los cuales sólo se pudo entrevistar a un profesional. A partir del contacto con lxs integrantes de uno de los equipos del Hospital se realizó un muestreo en cadena o por redes (Hernández Sampieri, 2010). Lxs profesionales se comprometieron a llevar la propuesta a otros equipos de guardia del Hospital para que formen parte de la investigación. Los equipos fueron numerados como “1;2;3;4”, en un orden aleatorio que no implica ninguna correlación. Se procedió de esta manera para poder identificar qué profesionales compartían equipo. Cada unx de lxs entrevistadxs es identificadx en el TIF por su profesión y el número de equipo que integra. Por ejemplo: Lic. en Trabajo Social N°1. Esto permitió identificar posturas que pueden estar ligadas a la formación profesional, pero preservando la identidad de lxs entrevistadxs.

Obtención y tratamiento de la información

Para la obtención de información se realizaron entrevistas semiestructuradas a seis integrantes de los equipos interdisciplinarios de la Guardia de Salud Mental. Cada una de las mismas tuvo una duración aproximada de una hora y se llevaron a cabo con el objetivo de dar respuesta a nuestra pregunta de investigación inicial.

La selección de esta técnica permitió contar con cierto grado de flexibilidad y así poder adaptar nuestras preguntas de acuerdo a las situaciones que enmarcan a cada una de las entrevistas. Es así que ordenamos la misma en base a los indicadores abiertos que obtuvimos como resultado de la dimensionalización realizada en el Diseño de este trabajo. El objetivo era poder garantizar las respuestas de los temas centrales pero sin perder de vista la posibilidad de retomar aquellas cuestiones que no fueron contempladas al iniciar la investigación.

Respecto al análisis de la información, Hernández Sampieri (2010) establece tres momentos: la revisión del material en su formato original, la transcripción del material y la organización de los datos. En este sentido, se realizó la codificación a partir de las unidades de contenido con las que contamos, las categorías teóricas ya elaboradas y aquellas que surgieron de las entrevistas. En la investigación cualitativa las categorías son “*conceptos, experiencias, ideas, hechos relevantes y con*

significado. Si las primeras dos unidades poseen cualidades similares, generan —tentativamente— una categoría, y a ambas se les asigna un mismo código” (Hernández Sampieri, 2010: 452).

El análisis de las entrevistas, una vez desgrabadas, se realizó a través de una codificación teórica utilizando el Método de Comparaciones Constantes (MCC), que permitió obtener categorías teóricas para luego poder ser analizadas y *“formular teoría a través de la generación de categorías conceptuales que el equipo investigador construye a partir de la evidencia empírica”* (Samter, 2017: 1). Se comprende que la teoría se da en base a una relación dialéctica y de permanente comparación de datos que llevaremos a cabo, concluyendo que de esta manera se podría abarcar todas las temáticas que las unidades de recolección presenten, enriqueciendo el conocimiento en potencia.

Durante la presente investigación se han presentado algunas cuestiones que es pertinente resaltar. En primer lugar, la dificultad en el acceso a la bibliografía que aborda las permanencias prolongadas en guardias de salud mental de hospitales generales. La mayoría de los estudios se referían a internaciones prolongadas en dispositivos de internación de hospitales, con una mirada centrada en lo médico biológico y desde un enfoque eficientista y de administración de recursos. Los trabajos que estudiaban las internaciones prolongadas por motivos de salud mental se localizaban en hospitales monovalentes y en dispositivos que no eran de guardia o de urgencias. Este obstáculo fue sorteado a partir del relevamiento de un conjunto de bibliografía que permitió trasladar lo mencionado en estos estudios al fenómeno que interesa abordar en la investigación.

Por otro lado, queremos destacar la predisposición de la Trabajadora Social de la guardia de salud mental del Hospital de los días viernes, quien habilitó el contacto con otrxs profesionales para la realización de las entrevistas y el acceso a información que resultara de interés. El hecho de que unx de nosotrxs haya transitado su experiencia pre-profesional en el marco de la materia Taller IV en dicho dispositivo funcionó como un facilitador, ya que nos aportó determinados conocimientos respecto de los funcionamientos de las guardias y sus particularidades, posibilitando el acercamiento al equipo técnico.

Otro aspecto a tener en cuenta fue la voluntad de los diferentes equipos quienes brindaron su disponibilidad y participaron de manera comprometida y atenta durante las entrevistas, ofreciendo nuevos espacios de encuentro en caso de necesitarlo. Las entrevistas presentaron algunas dificultades relacionadas al espacio físico Hospital. Si bien algunas se pudieron llevar adelante en espacios privados, otras se debieron dar en el hall del mismo. Otro obstáculo a mencionar consistió en determinados conceptos y nociones sobre los que consultamos y que requirieron algún tipo de clarificación.

Finalmente, podemos señalar que durante el proceso de investigación pudimos observar como algunas concepciones sobre cómo se desarrollaba el proceso de trabajo en la guardia y la constitución de un modelo alternativo al manicomial distaban de la realidad que lxs profesionalxs relataron. Esto implicó un retorno constante a las fuentes bibliográficas y una puesta en tensión de las mismas con lo que observábamos empíricamente.

Resguardos éticos

Para realizar el proceso de recolección de datos, resultó menester asegurar determinados resguardos éticos en el marco de nuestro trabajo de investigación final. Siguiendo a Meo (2010), se comprende que en la investigación es pertinente *“identificar tres principios fundamentales que deben guiar la conducta de los/as investigadores/as: el consentimiento informado de los sujetos investigados, el carácter confidencial de la información recibida, y el respeto al anonimato de los participantes de la investigación”* (p.6). Por lo tanto, para la ejecución del proceso de investigación se tuvieron en cuenta los resguardos éticos que mencionaremos a continuación. En primer lugar, se le explicó a cada entrevistadx los objetivos de la investigación y su desarrollo en el marco de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. En segundo lugar, se estableció el compromiso de brindar total protección a su identidad y a la de todas aquellas personas que fueran nombradas durante las entrevistas. Para el análisis y con el fin de dar cuenta de su posicionamiento, a lo largo de este trabajo se hizo referencia únicamente a su respectiva profesión. Finalmente, se solicitó el consentimiento para la grabación de las entrevistas y para la utilización de la información brindada a los fines de esta investigación.

Capítulo 1: La Guardia de Salud Mental en el Hospital General: en el “ojo del huracán”

El primer capítulo de esta tesina buscará caracterizar a la guardia de salud mental en tanto dispositivo¹ de atención de un Hospital General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Primeramente se realizará una breve reseña histórica sobre la conformación del campo de la salud mental en Argentina, particularmente del desarrollo del Movimiento de Salud Mental y la introducción de reformas al modelo asilar a partir de mediados del siglo XX. Retomando a Bourdieu, Spinelli (2010) entiende a la salud como campo, lo que implica pensar en la convergencia de “actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” (p,276). Íntimamente relacionado con los factores políticos, culturales y sociales que caracterizan al proceso histórico que ha atravesado este campo, se puede dar cuenta de la emergencia de nuevos actores, el afianzamiento de otros ya existentes, la creación de nuevos dispositivos, el debilitamiento de otros, el reconocimiento de la interdisciplinariedad y de la importancia de diversos saberes profesionales y no profesionales.

Un breve desarrollo histórico permitirá contextualizar la sanción de la Ley 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2000 y la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010 en tanto marco regulatorio dentro del cual se incorporan los hospitales generales y las guardias a la red de atención en salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La introducción de estas reformas legislativas es producto de relaciones multipolares entre diferentes actores en juego que componen el campo (Pastorini, 1999). Forman parte de un proceso en el que se dan relaciones conflictivas a partir de las cuales la política de salud mental es el resultado, siempre inestable y en movimiento, de la correlación de fuerzas presente en la sociedad.

Aproximación histórica al Movimiento de Salud Mental y la impugnación del modelo asilar

El Movimiento de Salud Mental se desarrolla en el siglo XX durante la segunda posguerra en diferentes países, particularmente de Europa y en Estados Unidos para la reorientación del modelo psiquiátrico de atención, introduciendo además el concepto de Salud Mental en Congresos y definiciones de organismos internacionales (De Lellis, 2019). Sus impulsores retomaban diversas

¹ Se entiende que el dispositivo “Es un conjunto decididamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas(…)” (Foucault, 1985: 128)

corrientes como la antipsiquiatría de Ronald Laing, los estudios de Foucault, la psiquiatría del Sector Francés de Henry Ey, los aportes de las comunidades terapéuticas y el movimiento de desinstitucionalización en Estados Unidos, y la Experiencia de Reforma Psiquiátrica Italiana de mano de Basaglia (ibídem). De Lellis (2019), marca la importancia de los movimientos sociales masivos que impugnaron al modelo asilar durante el período y que le dieron volumen a estas propuestas teóricas. Galende señala que lo que comprenden los reformadores de posguerra es: “la necesidad de que la sociedad recupere su responsabilidad por este sector de problemática humana y articule las reformas de la institución psiquiátrica a las reivindicaciones democráticas por los derechos generales del individuo” (Galende, 1990, 140). Basaglia al respecto del Movimiento indica que: “Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las Políticas de Salud Mental.” (Citado en Galende, 1990, 146)

El Movimiento procuraba avanzar hacia el abandono del modelo manicomial² caracterizado por la centralidad en la minusvalía e incapacidad, la delimitación del objeto restringida a la dimensión individual y la negación en la correlación social necesaria para el abordaje de los padecimientos mentales (De Lellis, 2019). Así como también por el encierro, aislamiento y la segregación como imperativo terapéutico, *“donde la cuestión de la seguridad/peligrosidad ya asume un rol destacado en relación a las funciones terapéuticas”* (Amarante, 2009: 36). La distribución y clasificación de los sujetos como principio *“implica la existencia de “residuos” ya que siempre hay algo que es inclasificable, inasimilable, ineducable o irreductible.”* (Foucault 2003 como se citó en Huertas, 2009:25). Este modelo se ha constituido además por fenómenos de desactivación de las potencias individuales y colectivas en los que se neutralizan las diferencias y particularidades del sujeto, invalidando sus capacidades, recursos y su potencialidad creadora (Natella, 2008).

Cabe destacar entonces cómo el Movimiento de Salud Mental emergente a mediados de siglo instauró debates y disputas en Argentina en torno a la impugnación de los establecimientos asilares, la humanización en el tratamiento, a la necesidad de instituciones sustitutas, la importancia de ambiente social y las redes de apoyo, el énfasis en las competencias y capacidades de lxs sujetxs, la problematización de la ética profesional y de las jerarquías disciplinares (De Lellis, 2019).

²Los conceptos de modelo manicomial y modelo clínico asistencial (Natella, s.f) son utilizados de forma indiferenciada en este TIF. Natella entiende que este último se ha basado en el origen biológico-psicológico del padecimiento, interviniendo sobre el individuo y controlando sus síntomas y conductas por medio de la farmacología y psicoterapias. La internación en efectores especializados y la institucionalización ha sido establecida como única vía, prescindiendo de prácticas de orden social y comunitarios en el contexto de las personas y sin considerar como finalidad del tratamiento la inclusión social y el ejercicio de los derechos.

Debido a los recurrentes golpes de estado el desarrollo de este movimiento en Argentina estuvo marcado por avances y retrocesos. Sin embargo, Silvia Chiarveti (2008) destaca cómo desde la gestión de Ramón Carrillo durante los dos primeros gobiernos peronistas se comenzaron a impulsar algunas modificaciones al modelo de atención. Tres hitos centrales de la Conformación del campo de la salud mental en Argentina fueron para esta autora la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (1957), la Creación de las primeras Carreras de Psicología en Universidades Nacionales (1956-1957) y la creación del servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús. También se destacan el desarrollo de las comunidades terapéuticas y de la Coordinadora de Trabajadores de la Salud Mental, frenado por la dictadura militar en los setenta. En la década del ochenta, con el retorno democrático se revitaliza la Dirección Nacional de Salud Mental creada durante la dictadura, que si bien no logra grandes cambios (ya que sus únicos efectores eran Hospitales Monovalentes), plantea ciertos lineamientos en la modificación de la política de salud mental. Durante este período es que se desarrollan grandes reformas como la de Río Negro (Cohen y Natella, 2013)

La adhesión de Argentina a la Declaración de Caracas posterior a los '90, en sumatoria con el compromiso del resto de los países de América Latina, puso en marcha iniciativas que tenían como objetivo la reducción de camas de internación y la constitución de una red integrada de servicio de salud mental basadas en la Atención Primaria de la Salud. Algunas de estas acciones tienen que ver con la transformación en la Provincia de Santa Fe de la Colonia de Oliveros, en donde en 1984, se redujeron las internaciones al 32%. Siguiendo esta línea, en Temperley, Provincia de Buenos Aires, específicamente en el Hospital Estévez, se constituyeron hace más de veinte años Casas de Convivencia mediante el alquiler a cargo del hospital y el otorgamiento de subsidios a Familias Sustitutas que pudieran albergar a pacientes dados de alta. También la experiencia en la Colonia Nacional Montes en el 2005 logró inobjectables resultados, en términos de la disminución de camas asilares, la habilitación de dispositivos comunitarios gestionados por la institución o con un régimen autogestionado, la inclusión de pacientes en situación de alta pero con altos niveles de precariedad social a un régimen de subsidios que permitió en muchos casos el “regreso al hogar” (Rossetto, J.; de Lellis, M. 2007, como se citó en De Lellis, 2019).

Sin embargo, también se destaca como hito en este periodo la publicación del Informe Vidas Arrasadas (2008), elaborado conjuntamente por el CELS y el MRDI, en el cual se denuncia la situación de los pacientes institucionalizados y la escandalosa realidad de las instituciones psiquiátricas, en donde se expone a estas instituciones como ámbitos de encierro sistemático y violación de derechos humanos hacia las personas alojadas.

Se entiende de esta manera, que desde hace más de veinte años, se vienen planteando avances en el campo de la legislación y las políticas públicas que contribuyen al proceso de regulación de las problemáticas que atañen a materia de salud mental. Las mismas se sustentan en la Convención Internacional de protección de las personas con discapacidad y su Protocolo facultativo, los principios para la protección de los enfermos mentales sancionados por la Organización de Naciones Unidas y diversas declaraciones y resoluciones emitidas por órganos que representan a asociaciones profesionales.

Es así que la sanción de una ley nacional resultaba urgente para los sectores referentes de la temática. El reclamo de su sanción estaba vinculado a la necesidad de contar con un instrumento legislativo de alcance nacional porque, aunque Argentina contaba con antecedentes legislativos en la materia como es el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley 448 de Salud Mental sancionada por la Legislatura porteña en el año 2000) y las provincias de Santa Fe (Ley Provincial De Salud Mental N° 10.772, sancionada en 1991); Entre Ríos (Ley Provincial De Salud Mental N° 8806 sancionada en 1994) y Río Negro (Ley Provincial N° 2440. "De Promoción Sanitaria Y Social De Las Personas Que Padecen Sufrimiento Mental", sancionada en 1991), no existía una Ley Nacional de Salud Mental que rigiera en todo el territorio. Finalmente, se concretó la sanción de la ley durante el mes de diciembre de 2010.

La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental

La sanción de dicha Ley es considerada como una conquista del Movimiento de Salud Mental en Argentina, ya que ha establecido los lineamientos para un modelo de atención en salud mental que abandonaría la violación a los derechos humanos que consituían el modelo manicomial asilar. En el pensamiento médico social/salud colectiva, el reconocimiento del derecho a la salud se basa en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado y requiere de una política de integralidad de derechos, en la que se fundamentan sistemas de acceso universal (Ardila y Stolkiner, 2012: 17). Esto resulta fundamental para no perder de vista que el abordaje en salud, sobre todo en salud mental y específicamente en las permanencias prolongadas, debe estar ligado a la protección de derechos integrales de lxs usuarixs.

Precisamente la LNSM introduce un cambio sustancial en materia de promoción y prevención de la Salud Mental, teniendo como marco los derechos humanos. Ésta considera a la salud mental como *“un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”* (LNSM, 2010); Así mismo, considera que las personas con padecimientos de salud mental tienen

derecho a “*recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud*” (ibídem). Como así también reconoce el “*Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria*” (ibídem).

Además, se identificaron en la normativa diversos artículos que amplían sobre las modalidades de abordaje alternativas. Por un lado, el Artículo 8 establece como eje fundamental a la interdisciplina como modalidad de abordaje alternativo estipulando que “*Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes*”(ibídem). Por otro lado, el Artículo 9 que comprende la necesidad de valorar lo intersectorial y comunitario durante la intervención: “*El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales*”

Por último, se consideran de relevancia en la investigación tres artículos relacionados con las internaciones: Artículo 7, Inc 1) “*Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación*” El Artículo 14 en donde comprende que “*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. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.*” Y por último el Artículo 15 que determina que “*La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.*” (ibídem)

Los artículos mencionados a lo largo de este apartado son un marco referencial y contextual de relevancia para pensar en los siguientes capítulos en las permanencias prolongadas y en los procesos de trabajo que desarrollan los equipos de la guardia. La incorporación del Hospital General y de la guardia a la atención en salud mental también forman parte de este marco.

La atención en Salud Mental en Hospitales Generales, entre el acercamiento a la comunidad y el Modelo Médico Hegemónico

Uno de los ejes centrales del Movimiento de Salud Mental en Argentina, así como de las propuestas desmanicomializantes emergentes durante el siglo pasado fue la impugnación de los establecimientos asilares monovalentes, que hasta entonces se constituían en el dispositivo hegemónico en el abordaje de las problemáticas de salud mental, y del encierro como modalidad central de control, vigilancia y tratamiento. En oposición al modelo manicomial, diversos autorxs como Stolkiner y Ardila (2012), Amarante (2008), Cohen y Natella (2013), entre otrxs, han establecido la importancia de que los emergentes modelos alternativos pongan en escena la vida y la subjetividad de las personas. En estos modelos los servicios de atención e internación no pueden ser lugares de represión, exclusión, disciplina, control y vigilancia, sino que deben ser entendidos como espacios terapéuticos, como lugares de acogimiento, cuidado e intercambios sociales, teniendo una estructura flexible para que no se vuelvan espacios burocratizados, repetitivos. (Amarante, 2009).

De modo que la inclusión de los Hospitales Generales como dispositivo para la atención de aquellas personas que presentan situaciones de padecimiento en salud mental ha sido un hito fundamental en los procesos de transformación y abandono del paradigma manicomial-asilar. Como se ha mencionado previamente, la gestión Carrillo procuró la que las personas con padecimientos de salud mental recibieran atención en hospitales generales (Chiarvetti, 2008) como parte de una *“idea de psiquiatría preventiva con base en la comunidad”* (De Lellis, 2019: 43). Esto se concretó en Hospital Evita de Lanús, que tras el golpe del año 1955 se renombró como Policlínico Aráoz Alfaro y en el cual se instaló un Servicio de Psicopatología que durante más de diez años desarrolló *“actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria con una estrategia de capacitación basada en el establecimiento de contactos con líderes que permitirían expandir el trabajo en la comunidad adyacente al hospital y la articulación con instituciones locales”*(ibídem). En esta misma línea Cohen y Naella, al referirse a la experiencia de Río Negro en los años ochenta, han manifestado que al ser el hospital general *“un dispositivo abierto, transitado por el colectivo social, que se rige por normas generales para todos los usuarios que asiste, permite disminuir el estigma y descentralizar la locura del espacio cerrado manicomial, del “centro especializado” y del*

“especialista”. Características que según ellos definen al hospital general como una estructura comunitaria”(2013:221).

Sin embargo, no se debe dejar de mencionar que la institución hospitalaria está fuertemente atravesada por las características del Modelo Médico Hegemónico. Éste es entendido como *“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”* (Menéndez, 2004: 126). Este modelo, como el manicomial, efectivizan en un conjunto de prácticas, técnicas y dispositivos que generan formas de subjetivación particulares. A su vez está sostenido por la organización social, ideológica y económico-política que opera en las prácticas médicas como en el sistema que tiende a generar la exclusión de otros saberes y prácticas médicas.

Adentrándonos en este modelo identificamos algunos rasgos y conceptos estructurales del mismo, entre ellos: el biologicismo como única forma de entender las demandas; evolucionista/positivista; ahistoricidad; asociabilidad; individualismo; salud/enfermedad como mercancía; concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; relación paciente/médico asimétrica; relación de subordinación social; concepción del paciente como ignorante; funciones de control y vigilancia sobre pacientes (Menendez, 2008).

Se infiere que el Modelo Médico Hegemónico contribuyó a la construcción del imaginario sobre la salud mental y la locura que hoy en día tiene efectos en la sociedad en general y en el campo específico de atención. Las fuertes consecuencias de esto se observan en los sentidos construidos al interior y exterior de las Hospitales Generales, de los manicomios, de la sociedad, etc. instaurando diferentes discursos sobre la peligrosidad y discriminación sobre quienes atraviesan padecimientos de salud mental.

La incorporación de las Guardias a los Hospitales Generales de la CABA

La presente investigación se desarrolló en un Hospital General que integra la red de Hospitales Generales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Éste cuenta con una multiplicidad de servicios entre los que se encuentra el dispositivo de Guardia en Salud Mental, incorporado a partir de la sanción de la Ley 448 del año 2000, la cual establece en su artículo 14º que *dentro de los efectores que integran la Red de Atención del Sistema de Salud Mental se encuentran las áreas de atención en salud mental en Hospitales Generales, así como también equipos de salud mental en*

las guardias de los Hospitales Generales de la Ciudad (Ley 448, 2000). El equipo interdisciplinario conformado por Psicologxs, Trabajadorxs Sociales y Psiquiatras conforma la guardia general junto a diversos profesionales y personal administrativo. Cada guardia cuenta con un jefe y depende del Departamento de Urgencias del Hospital, el cual responde a la Subdirección Médica del Hospital. Cabe destacar que el Hospital cuenta con un servicio de Salud Mental de planta, así como también con un Servicio Social y un Departamento de Área Programática para el vínculo de la institución con la comunidad.

En el año 2008 comenzaron a implementarse las guardias de salud mental en los Hospitales Generales de la Ciudad y a incorporarse los equipos interdisciplinarios. Se planteó como su alcance que:

“Siguiendo el protocolo previsto, los equipos interdisciplinarios de salud mental reciben las urgencias y localizan sus diversas dimensiones: social, familiar, judicial. Posteriormente evalúan la presencia o no de riesgo cierto e inminente de daño para sí o terceros (Angelini, Carril, Irie y Pena, 2011); si se presenta tal riesgo, se decide la internación de la persona padeciente. Este proceso puede incluir varias entrevistas en el día, o el tratamiento en agudo que puede o extenderse durante varios días.” (Costa et al., 2019: 231)

Mattioni (2018) ha caracterizado a los cambios referentes a las guardias como uno de los aspectos más importantes de las reformas normativas ya que no sólo ubicó a este dispositivo como aquel que determinaría el ingreso al sistema de salud y la continuidad que tendría el proceso de atención, sino que estableció una modalidad colectiva e interdisciplinaria de abordaje. Ahora bien, el proceso de incorporación del dispositivo no se dio sin tensiones. Lxs profesionales que se fueron integrando a los equipos debieron instituirse como profesionales con validez y legitimidad para intervenir en el ámbito de la guardia de un Hospital General (Mattioni, 2015).

Algunas características importantes de las Guardias de Salud Mental de los Hospitales Generales en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires están dadas por la atención durante las veinticuatro horas del día por parte de un equipo diferente cada día de la semana, integrado por profesionales de las tres disciplinas mencionadas previamente, con las mismas condiciones laborales y que deben desarrollar un abordaje interdisciplinario (Costa et al., 2019). Este equipo, a diferencia de lo que sucede en otros dispositivos, espera a lxs usuarixs con padecimientos de salud mental, quienes asisten en una posición activa. Además comparten el espacio con otrxs cuyos padecimientos presentan otras causas, rompiendo con el aislamiento y reafirmando que la salud mental no constituye un gueto, sino que forma parte del campo de la salud pública (ibidem). Estos aspectos llevan a que Costa, Mattioni y Juaniz Verón concluyan en que *“el dispositivo de guardia*

tal como se presenta con el cambio legislativo y como se observa en las prácticas profesionales cotidianas de los equipos interdisciplinarios de salud mental, genera ciertas rupturas con lo establecido o habitual” (2019: 232). En la bibliografía referente a las Guardias de Salud Mental en Hospitales Generales también surgen trabajos como el de María Josefina Troiani quien resalta que la guardia constituye un “espacio en sí mismo “convulsionado”, donde la sensación por el movimiento constante (de personas, sentimientos, imágenes, intervenciones, reflexiones) establece un encuadre particular”(2011:2).

Precisamente la guardia se destaca por ser aquel dispositivo que menos barreras simbólicas de accesibilidad establece para la atención de las personas que se encuentran atravesando situaciones de padecimiento en lo referente a la salud mental. Se comprende a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los servicios y lxs usuarixs, en tanto los primeros son productores de discursos que se entranan en representaciones y prácticas de la población que dan como resultado distintas formas de acercamiento y utilización (Stolkiner y Otros, 2000). Este proceso de interacción tiene en su naturaleza una relación asimétrica entre las personas y los servicios. Esto se debe a que quien ofrece soluciones no es quien las demanda, por ende cuanto mayor es la urgencia, mayor es la asimetría y menor influencia de lxs usuarixs en los servicios. En este sentido los requisitos y criterios que se construyen corresponden parcialmente con lxs destinatarixs, ya que al tratarse de un sujeto ideal, se piensa a lxs usuarixs con un determinado perfil que responde a generalidades que a su vez representan un universo aún mayor (Clemente, 2019).

En este sentido resulta interesante retomar lo que unx de lxs psicólogxs entrevistado indicó en relación a la accesibilidad que identifican lxs usuarixs:

“Alguien viene con una crisis de angustia, que no necesita una internación, pero si necesita un tratamiento ambulatorio y si no puede pagar un honorario comunitario o privado, tiene también una espera prolongada para acceder a una atención en lo público Entonces ¿qué hacemos frente a esto?” (Psicólogx N° 4, Septiembre 2022).

Unx de lxs profesionales del área de Psiquiatría mencionó:

“Después en cuanto al equipo de salud mental vemos, en realidad, todo. Crisis de angustia, intento de suicidio, descompensación psicótica, pero también pacientes que vienen a buscar medicación porque les falta, porque no tienen lugar donde buscar medicación. En realidad es un popurrí de todo. Es demasiado amplio lo que se puede abordar en guardia.” (Médicx Psiquiatra N° 1, Septiembre 2022)

“terminan desbordando un montón de situaciones que no son de urgencia. A ver, no

consiguen turno entonces vienen a la guardia. Hacés control por guardia post internación porque tampoco consiguen en consultorios externos.”(Médicx Psiquiatra N° 1, Septiembre 2022)

En esta línea, se observaron diversas posiciones en torno al objeto sobre el que debería intervenir la guardia. Así como previamente unx profesional manifestó que el dispositivo debería centrarse en la urgencia, otrxs señalaron que los equipos interdisciplinarios deberían ser más convocados por el resto de la guardia, abordando situaciones que no sólo se limiten a lo agudo en salud mental. La urgencia en la guardia de salud mental puede ser pensada como “puerta de entrada a una institución” para contener la complejidad de la misma y continuar una estrategia de intervención por parte de otro dispositivo, ya que su particularidad radica en ser el dispositivo que presenta menos filtros para la población en situaciones de vulnerabilidad extrema (Costa et al., 2019). Silvina Pantanalli (2015) en su trabajo sobre la estrategias profesionales en el Trabajo Social entiende que lo urgente es definido por la extrema gravedad de la situación problemática, la cual puede ser medida a partir del riesgo relacionado a la integridad psicofísica que la vulneración de derechos produce, además de las consecuencias políticas que puede tener la no respuesta por parte de la institución responsable. De acuerdo al “Protocolo de Intervención en situación de crisis y/o urgencia en salud mental” del Colegio de Psicólogos de Córdoba ésta consiste en *“toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual, y que supone un alto nivel de padecimiento; de tal manera que el sujeto, el entorno y/o el personal sanitario consideran que requiere atención inmediata”*. Aunque esta inmediatez *“no significa actuar sin pensar, urgidos por el tiempo, sino todo lo contrario, poder detener el movimiento y establecer un campo de pensamiento que reordene las piezas de aquello que se recibe como consulta complejizando la escena”* (Bori, et al, 2011: 53)

Al pensar urgencia y en situaciones problemáticas resulta enriquecedor retomar lo planteado por Silvia Ghiselli y Natalia Castrogiovanni respecto a la relación entre la demanda social y la demanda institucional a lxs profesionales (como recorte estatal de la cuestión social), y la mediación que la intervención profesional (en esta investigación entendida como proceso de trabajo en salud) genera en esta relación. Si la demanda social *“no es concebida como tal por les profesionales, se elaboran estrategias que pueden ir de la atención por fuera de los espacios formalizados (“como si” fuera una decisión personal tomarla) a las permanentes derivaciones hacia una institución donde se produzca una mayor coincidencia entre la demanda institucional y la social”*(Castrogiovanni, et al., 2020: 55). Como señalan Alfonso, Bruni y Engelmann (2017) las situaciones que llevan a un sujeto a acudir a la guardia implican crisis, rupturas y desbordes que al

expresarse sintomáticamente sobrepasan los límites tolerables y buscan respuestas o soluciones inmediatas a un malestar subjetivo de larga data.

De modo que en esta relación entre demanda social e institucional “hay aspectos que llevan a pensar a la guardia como espacio de tensión —y por qué no marginal— donde la cadena de lo que “no es posible” pareciera entrapar y forzar a alojar aquellas situaciones que vienen “rodando” por un sinfín de otros dispositivos que “hicieron lo que pudieron”(Costa et al., 2019: 231) Este aspecto es particularmente importante al momento de considerar las permanencias prolongadas en la guardia de salud mental y su relación y articulación con otros dispositivos de la red de salud mental.

Justamente, la presente investigación se centró en los procesos de producción de salud en una Guardia de Salud Mental de un Hospital General por considerar que el dispositivo se encontraba en el “ojo del huracán”. Esta imagen fue retomada por Emerson Elías Merhy para referirse a los Centros de Atención Psicosocial (Merhy, 2013). Para este autor, aquello que ha prometido centrarse en las necesidades de salud de lxs usuarixs y no en los intereses corporativos y mercantilistas sólo puede estar en el “ojo del huracán”, es decir un lugar que atraviesa y manifiesta grandes conflictos y desafíos. Esta imagen es un marcador de que el lugar de las certezas anti manicomiales no está constituido (ibídem). Además permite dar cuenta que el carácter permanentemente instituyente de estos dispositivos es de mayor peso que la pretensión de convertir estos dispositivos en paradigmas, recetas y modelos a replicar.

Las permanencias prolongadas en la guardia de salud mental han tenido relevancia en la presente investigación como recorte de la imagen del “ojo del huracán”, en el sentido en que se ha considerado que una mirada crítica de fenómeno llevaría a poder examinar con mayor claridad los conflictos y desafíos que presenta para los equipos la inserción de un dispositivo estratégico en la transición entre modelos.

Capítulo 2: Permanencias prolongadas en dispositivos de urgencias: descripción, factores y análisis del fenómeno

Descripción y problematización del fenómeno

Las permanencias prolongadas por motivos de salud mental en las Guardias de los Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires son un fenómeno que se desarrolla con regularidad³. A partir de los relatos y del marco teórico se consideró la posibilidad de analizar dichas permanencias a la luz de procesos de institucionalización y vulneración de los derechos de lxs usuarixs, teniendo en cuenta la extensión de los plazos y condiciones de estas internaciones.

La bibliografía al respecto de las permanencias prolongadas se enfrenta con algunas dificultades al momento de generalizar o desarrollar una definición universal del fenómeno, ya que *“es única y exclusiva para cada hospital y clínica en el mundo, significa el tiempo en días de hospitalización adicional al estimado según lo que tenga pautado cada institución”* (Álvarez et al., 2020: 11). Otros estudios, centrados en un enfoque médico, indican que la definición de internación prolongada también se encuentra relacionada con la patología que se estudia (Molnar et al., 2021). Aún sin establecer un indicador temporal único, las investigaciones señalan que la prolongación se vincula con un tiempo adicional, excesivo o injustificado para la situación que atraviesa la persona, considerando la insatisfacción, vulneración y costos sociales que esto produce en las personas que se encuentran internadas y en sus referentes afectivos (ibídem).

La normativa vigente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires establece que *“si el paciente fuera recibido en consulta de urgencia y la internación se considerase indispensable a los fines de evitar una demora indeseable y potencialmente riesgosa para el bienestar del paciente y/o de terceros, el profesional podrá disponer la internación por un máximo de 72 horas”* (Ley 448, 2000). A pesar de esto, hay trabajos como el de Costa, Mattioni, Parodi y Juaniz Verón (2019) en los que se indica que las internaciones en la guardia pueden tener una duración variable que va desde algunas horas hasta 39 días.

³ Si bien la presente investigación se ha desarrollado en la post pandemia, las permanencias prolongadas en el dispositivo de guardia son un fenómeno que se ha existido tanto previamente, como durante la pandemia de SARS-COV-2. Sin embargo, hay estudios como el de Faraone e Iriart (2020) que han dado cuenta del impacto que dicho fenómeno global tuvo en la atención en salud mental y en los procesos de trabajo de lxs profesionales del campo. En las guardias de los Hospitales Generales la pandemia impactó fuertemente por la destinación de salas a la atención de pacientes portadores del virus, el empeoramiento de las condiciones de atención para lxs usuarixs de salud mental, la imposibilidad del acompañamiento familiar, el agravamiento de los padecimientos por motivos de salud mental y la profundización de las dificultades en las derivaciones (teniendo en cuenta los múltiples testeos y aislamientos que debían realizar lxs usuarixs, como también los casos en los que estxs contraían el virus, por lo que debían permanecer en la guardia por dicho motivo) (ibídem).

Partiendo de que la prolongación está vinculada a un tiempo en exceso, es posible identificar la misma a partir de que los equipos comienzan a percibir que la urgencia, en tanto manifestación de la situación problemática de lxs usuarios, ha sido resuelta o bien requiere de otra modalidad de abordaje que el dispositivo no puede brindar. Si bien se insiste en que la prolongación es siempre relativa a la situación que atraviesa cada usuari@x, hay un importante aspecto vinculado a la percepción de lxs profesionales al concurrir a la guardia tras una semana y reencontrarse con personas que permanecen desde la semana anterior. A partir de las entrevistas realizadas y de la lectura del libro de Guardia utilizado por lxs profesionales se puede pensar en que la prolongación de la permanencia suele surgir a partir de transcurridos siete días de internación y que se puede extender hasta tres o cuatro semanas. En las que:

“el paciente está quedando retenido en una guardia con un montón de limitaciones, escuchando al que se queja por un politrauma, es como... siempre decimos es como muy difícil atravesar una internación en esos términos.” (Lic. Trabajo Social N° 1, Septiembre 2022)

Resulta impactante la utilización de la frase “retenido en una guardia”. La idea de retención da cuenta de un sujeto que permanece en un espacio que ya debería haber transitado. Al referirse a la prolongación de las permanencias, un@ de lxs Psicológ@s de la Guardia mencionó que estas implican un “tiempo excesivo y fuera de lugar y tiempo, absolutamente”. Partiendo de que se trata de un dispositivo de guardia, la cuestión de la prolongación temporal es importante analizarla en tensión con la lógica de la urgencia, la cual no refiere sólo a la atención inmediata sino también al tiempo disponible de intervención en la guardia. En esta clase de dispositivos se analiza, diagnostica y resuelve bajo una metodología del aquí y ahora delimitados y organizados por la lógica del Modelo Médico Hegemónico, definido en el primer capítulo (Alfonso, Bruni, Engelman, 2017), en el que la urgencia es entendida principalmente como malestar físico agudo. En el caso de las permanencias prolongadas en la guardia del Hospital, se observó usuari@s que continúan internados en la misma habiendo transcurrido un tiempo considerable (incluyendo la rotación total de los equipos integrantes de la guardia) y en el que la urgencia como manifestación aguda de su padecimiento ha mermado. Sin embargo, dados los padecimientos que atraviesan, persiste la necesidad de un acompañamiento profesional y comunitario distinto al que la guardia por sus características, objetivos, dinámicas y limitaciones puede brindar.

En este sentido, lxs profesionales indicaron que la guardia del Hospital carece de las condiciones necesarias para atravesar una permanencia prolongada por motivos de padecimientos de salud mental. Algunos aspectos tienen que ver con la utilización de camillas en lugar de camas y con la consecuente incomodidad que esto implica al permanecer semanas allí. Además se apuntó a

la presencia de elementos como jeringas, bisturís, elementos cortantes, etc., y que resultan riesgosos en determinadas situaciones. Faraone e Iriat señalan que “las internaciones en las guardias de los hospitales generales se producen en situaciones violatorias de toda intimidad y con escasos recursos para dar cuenta de las necesidades de pacientes con sufrimiento psíquico”(2020:46) Esto hace que:

“ el paciente también se quiere ir de la guardia porque no es, aún el que aceptó la internación voluntaria, no aceptó eso. No aceptó esas condiciones.” (Lic. Psicología N°4, Septiembre 2022.)

Por otro lado, lxs profesionales observaron que la presencia de usurixs por motivos de salud mental es fuente de conflicto y de tensión con el resto de la guardia.

“Hay mucho desprecio por el paciente de salud mental porque además molesta, o sea, el paciente que no es de salud mental y está en la guardia está porque no se puede mover, está porque está muy dolorido, entonces molestan nuestros pacientes, si están calmos muchas veces circulan y fastidian y si no están calmos y andan a los gritos, fastidian.” (Lic. en Psicología N° 3, Septiembre de 2022)

En función de lo descrito, la normativa vigente y las tensiones que surgen en torno a las permanencias prolongadas, se considera en este trabajo que la guardia es un dispositivo inadecuado para que lxs usarixs permanezcan institucionalizados. Así lo percibían algunxs de lxs profesionales:

“Lo que pasa, el tema es lo que podría ser una internación prolongada en una institución especializada en salud mental y otra cosa es en la guardia. Las funciones no son las mismas, porque el paciente tiene un equipo distinto todos los días, la cuestión de la infraestructura no es la misma, estar una camilla durante tres semanas tampoco es agradable, con consigna policial.” (Lic. Trabajo Social N° 1, Septiembre 2022)

Vale traer nuevamente a consideración la caracterización, mencionada en el capítulo anterior, de la guardia como dispositivo que se encuentra en el “ojo del huracán”. De modo que la tensión entre la lógica de la urgencia propia de un dispositivo de guardia y la permanencia prolongada en la misma como fenómeno que se desarrolla en el Hospital constituye un aspecto central de su problematización. La inadecuación de la guardia como dispositivo para cursar permanencias prolongadas forma parte de las tensiones entre el ser y el deber ser de la guardia, entre sus límites y posibilidades para construir modalidades de atención alternativas. Las condiciones, funcionamiento y los objetivos del dispositivo pueden tener efectos iatrogénicos en la situación de la persona. Debe tenerse en cuenta que, al tratarse de un dispositivo de guardia, las personas que permanecen internadas carecen de un único equipo que realice un seguimiento de su

situación. Esto los enfrenta a tener que vincularse con profesionales distintos todos los días, así como también reelaborar constantemente un relato en torno a su padecimiento.

Además, las permanencias prolongadas en las guardias carecen de actividades que permitan a lxs usuarixs trabajar en sus potencialidades, vincularse con otrxs o la posibilidad de generar espacios recreativos. La rutinización de la vida durante una permanencia en la guardia está caracterizada por una espera monótona, desubjetivante, por sobre todo vigilada y controlada, anulando la posibilidad de construir una identidad con otrxs. Tal como mencionaba Goffman (2001) al referirse a las instituciones totales, diversos aspectos de la vida se llevan a cabo en un mismo lugar y están programadas por otras personas, lo que tendería a reforzar la diferencia entre la vida cotidiana fuera de la institución y dentro. Una vez internadxs y luego de permanecer más tiempo del estipulado por la Ley, las personas no necesitan preocuparse por atender sus necesidades esenciales porque ya han sido esquematizadas y pensadas, tendiendo a la desmoralización.

Habiendo definido las permanencias prolongadas, señalado sus principales características y descrito las condiciones en las que éstas se desarrollan en la guardia del Hospital General, se buscará identificar los principales factores que influyen en la prolongación de la permanencia. Una vez identificados se describe qué aspectos de estos factores pueden ser considerados como causante del fenómeno aquí estudiado.

Factores de las permanencias prolongadas

Constituye un objetivo de este Trabajo de Investigación Final la descripción de aquellos factores principales que producen la prolongación de las permanencias. Desde el amplio campo de la salud han surgido un conjunto de estudios referentes a lo que aquí hemos denominado permanencias prolongadas. Un trabajo que ha resultado central es el desarrollado por lxs investigadores colombianos Tatiana Ceballos Acevedo, Paula Velázquez Restrepo y Juan Sebastián Jeán Posada (2014). Partiendo entonces de una concepción como la de Spinelli (2010) en lo que respecta a la salud como campo se retomaron los planteos de los autores colombianos a los fines de poder dimensionalizar estos factores, estableciendo cuatro subdimensiones: factores vinculados al personal de salud, a las características de los usuarixs y su situación, a los recursos del Hospital para la atención en Salud Mental y a la Red de Atención en Salud Mental. Se hace énfasis en estas últimas dos subdimensiones, ya que lxs entrevistadxs no han considerado que las primeras tuvieran injerencia en la prolongación de las permanencias en la guardia.

Recursos para la atención en salud mental en el Hospital General

Este apartado se centrará en aquellos recursos propios del Hospital, ya sean materiales, simbólicos, etc., con los que la institución cuenta para la atención en salud mental y que tienen injerencia en la prolongación de las permanencias. A fines descriptivos se indica la cantidad de consultorios con los que cuenta la guardia del Hospital:

“Son consultorios, no son camas. Tenés siete consultorios, después tenés tres camas de observación, son cuatro camas de otra parte de observación. (...)A los consultorios les ponen dos camillas y ahí lo hacen doble.” (Médicx Psiquiatra N° 1, Septiembre 2022)

En diferentes relatos se hace mención a la ausencia de recursos en el Hospital, particularmente de una cama para internación por motivos de salud mental en el servicio de planta, como uno de los factores que producen la prolongación de las permanencias. Si bien unx de lxs profesionales indicó que:

“Se supone que la cama de internación que está asignada en este Hospital está en el sector “Miranda”. Es una cama, una habitación que está arriba en el sector de internación y que tiene una ventana enrejada. Pero por lo general siempre está ocupada con aislamiento, restricción respiratoria, entonces nunca se puede usar. Muy de vez en cuando ha quedado ocupada por algún pediátrico o alguna cosa así, pero usar, se usa porque con eso cumplen con la Ley. La cama asignada por salud mental. Pero no bueno no tenemos. No es que yo digo “a ver voy a pasar al paciente a salud mental” no la tengo a disposición” (Psiquiatra N°1, Septiembre 2022).

Es relevante que sólo unx de lxs profesionales haya mencionado esta cama, mientras que lxs restantes han expresado la ausencia de camas de internación por salud mental en el Hospital. Cabe pensar entonces que, más allá de la formalidad de haber designado un recurso para la atención en salud mental, la inaccesibilidad en la práctica tiene los mismos resultados que su ausencia.

También ha surgido como significativo en los relatos las obras de renovación del espacio de la guardia. Durante la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 se avanzó en la construcción de un nuevo espacio en el Hospital que fue destinado a la internación de pacientes portadores del virus y que luego se destinó a la guardia general. Esta obra ha tenido una gran relevancia para lxs profesionales, quienes analizaron las condiciones espaciales teniendo en cuenta esta obra.

“Bueno, como las guardias no están preparadas como te decía, mira que se hizo una guardia nueva y siguió sin hacerse consultorios específicos para salud mental y sobre todo para

situaciones de permanencia a la espera de una derivación.” (Lic. en Psicología N° 3, Septiembre 2022)

Centrándose esta investigación en las permanencias prolongadas por motivos de salud mental, resultó de particular relevancia el énfasis realizado por lxs profesionales sobre la ausencia en la planificación de la obra de un espacio destinado a la atención en salud mental.

Por otro lado, emerge que las limitaciones del abordaje de estas situaciones por fuera de la Guardia en el Hospital no se limitan sólo a una cuestión de espacio físico.

“Hoy está fallando tanto el servicio de salud mental que está explotado, no tiene jefatura, tampoco tiene lugar. Está explotado y a veces te trata mal. (...) Es imposible. Te sentás dos minutos con ellos y los entiendes.... Y el hospital no tiene un área. Clínica médica no te interna un paciente de salud mental.” (Lic. Trabajo Social N° 2, Septiembre 2022)

Algunxs de lxs profesionales entrevistadxs establecieron una íntima relación entre la falta de recursos y el lugar simbólico que se le asigna a la salud mental, sobre todo respecto a la permanencia prolongada de usuarixs que atraviesan este tipo de padecimiento. Es así que unx de ellxs comenta:

“ (...) pero también falta voluntad desde el Hospital de considerar al paciente de salud mental como un paciente más. El Hospital no quiere saber nada con internar pacientes en la sala.” (Lic. Psiquiatría N°1, Septiembre 2022)

En definitiva, a la hora de analizar qué factores son productores de las permanencias prolongadas en la Guardia de Salud Mental del Hospital, se ha identificado los vinculados a lo espacial, edilicio, físico, y al lugar de la salud mental. Estos factores han dejado de manifiesto el problema de la inadecuación a lo establecido por la normativa vigente. Ésta se basa no sólo en decisiones prácticas a partir de las cuales no se avanza con los recursos necesarios, sino también en un ineludible plano simbólico en el que la salud mental sigue teniendo un rol marginal en el entramado de las políticas públicas. Al no contar el servicio de planta con la capacidad para alojar y recibir a aquellos usuarixs que deben permanecer internadxs en el Hospital, estxs deben continuar recibiendo atención por los equipos interdisciplinarios en los consultorios de la guardia aún cuando la manifestación de la urgencia ha mermado. Esto afecta directamente a las condiciones de atención de lxs usuarixs así como también condiciona la formas de trabajo de los diferentes equipos de la Guardia de Salud Mental.

Red de atención en salud mental

En el presente apartado toma relevancia el concepto de Red de Atención a la Salud Mental de Amarante (2009) como factor en torno al cual se puede dar la prolongación de las permanencias en la guardia. En ella *“los servicios de atención psicosocial deben salir de la sede del servicio y buscar en la sociedad vínculos que complementen y amplíen los recursos existentes; deben articularse con todos los recursos existentes en el campo de la salud mental”* (p,85).

Un elemento importante al pensar en esta Red está constituido por la red socio-familiar de lxs usuarixs. En el abordaje psicosocial funcionan como un recurso terapéutico e incluso como garante de los apoyos requeridos para posibilitar la recuperación de la salud mental. (Cohen y Natella, 2013). Esta emergió como un aspecto importante a considerar por parte de lxs profesionales al reflexionar en torno a los motivos que favorecen la prolongación de las permanencias en la guardia. Tal es así que unx de lxs psiquiatras mencionó que *“muchas veces no hay criterio de riesgo pero el tema es que no tiene nadie, no tiene una red afuera, donde alojarse, no tiene forma de sostener un tratamiento entonces eso hace que el paciente permanezca.”* (Medicx Psiquiatra N° 1, Septiembre 2022).

Pareciera entonces que el hecho de no contar con redes lo suficientemente fuertes fuera de la institución, es un factor que influye en la prolongación de las internaciones, incluso en tensión con la LNSM, la cual menciona en el artículo 15 *“En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.”* Siguiendo esta observación lxs entrevistadxs mencionaron

“Capaz que muchas veces esos pacientes están bien, están con cierta estabilidad. Pero hay cuestiones que no le permiten la externación. No hay lugar donde vaya a vivir, no hay forma de que pueda manejar un esquema de medicación solo. Nadie que le pueda dar la medicación. Ese paciente no se puede externar porque automáticamente va a reingresar porque se va a descompensar.” (Médicx psiquiatra N° 1, Septiembre 2022)

“No tener red es un factor que define. Esta persona delira, tiene las ideas, alucinaciones auditivas que le dan órdenes, está bien sin pensarlo. Queda acá en la guardia. Se va estabilizando un poco. Bueno, ahí lo social también es muy difícil de conseguir. Mismo encontrar.” (Médicx psiquiatra N° 3, Septiembre 2022)

Si bien la ausencia de un red socio familiar no es un determinante que implique la prolongación de las permanencias, es claro que constituye un condicionante en la trayectoria institucional que atravesarán lxs usuarixs. Es así que en el marco de la complejidad que representa

la prolongación de la permanencia en la guardia, lxs diferentes profesionales refirieron que la situación de lxs usuarixs, la ausencia de red socio-familiar y la inadecuación de la guardia termina por forzarlxs a buscar formas de resolver estas situaciones por fuera de lo que el dispositivo puede brindar. Aquí se ingresa en un tema central para los equipos: las derivaciones a otros dispositivos.

Se podría pensar en dos tipos de derivaciones a las que hicieron mención lxs profesionales: Aquellas que tienen como destino otro Hospital para dar continuidad a la internación y las que procuran el acceso a un dispositivo alternativo bajo una modalidad que no implique la institucionalización. Al momento de mencionar las dificultades para la derivación a otro Hospital ha sido relevante observar cómo muchxs de lxs profesionales acusaron la ausencia de camas de internación en los Hospitales Generales (o la dificultad en el acceso) y la centralidad que tienen los Hospitales Monovalentes. Resulta interesante destacar esto último en relación a la constitución de lo que Natella (s.f) entiende como modelo clínico asistencial en el que no surgen tratamientos relacionados a la inclusión social y al ejercicio de derechos de lxs usuarixs.

“La permanencia prolongada tiene que ver con no tener recursos, con no tener recursos de de efectores monovalentes, o sea como no tenemos internación acá, que un paciente permanezca tiene que ver con que no haya cama en el sistema, es así.” (Lic. Trabajo Social N° 1, Septiembre 2022)

“todo lo que tiene que ver con el sistema público está muy saturado. Solamente el Moyano y el Borda son lo que habilitan cama de derivación entonces es bastante escueto. Imaginate que todos los hospitales del Gobierno de la Ciudad tienen que ir al mismo lugar, entonces es como que está bastante limitado.” (Médicx Psiquiatra N°1, Septiembre 2022)

Lxs profesionalxs han manifestado que carecen de control respecto a las derivaciones, dependiendo de otrxs actorxs que componen el campo de la salud como el SAME, la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las Obras Sociales. Sin embargo, algunxs profesionales plantearon tensiones respecto a la derivación a los hospitales monovalentes. Generalmente, éstos son establecidos como único destino de aquellas personas que han atravesado una o varias internaciones en la Guardia, especialmente aquellas caracterizadas como “crónicas”. Este señalamiento *“disminuye toda expectativa positiva sobre la persona que padece, de tal forma que su inhabilitación, dependencia e institucionalización constituyen los destinos posibles y cercanos”* (Natella, S/f: 11).

De esta manera se constituye un fenómeno que Natella (s.f) identifica como transinstitucionalización, en el que la persona, en lugar de ser externada e integrada en la comunidad, es trasladada a otra institución. Este “único destino” y la conformación de trayectorias

marcadas por el fenómeno de puerta giratoria, en la que lxs usuarixs circulan de una institución a la otra, lleva a que la prolongación de la permanencia en la guardia haya sido entendida por lxs profesionales como un mal menor frente a otros dispositivos.

“los efectores de la Ciudad de Buenos Aires son muy pocos (para decirlo de manera diplomática), no se cubre las necesidades. Uno, a veces, termina apostando a que se queden en la guardia porque va a estar mejor (lo seguimos así), a que pase a un lugar que es más acorde pero que se reduce al monovalente..” (Lic. Trabajo Social N°2, Septiembre 2022)

Vinculado al fenómeno de la transinstitucionalización ha surgido otro aspecto central que refiere a la ausencia de dispositivos intermedios o alternativos a la internación. Teniendo en cuenta que la internación es un recurso último, al que se debe recurrir cuando se hayan agotado otras instancias de la estrategia terapéutica y cuando reporte más beneficios a los sujetxs que cualquier otra modalidad (LNSM, 2010), lxs profesionales han dado cuenta de las dificultades en el acceso a otros dispositivos que ellxs califican como intermedios. Muchxs de ellxs hicieron énfasis en la ausencia de dispositivos y la inaccesibilidad a los que existen.

“Me ha pasado de hablar a la Dirección General de Salud Mental planteándole que “mirá está persona quizás no necesita una internación en el Borda o el Moyano. Quizás necesita algo más intermedio o algún otro dispositivo de acompañamiento que..” Y no hay nada.” (Lic. en Trabajo Social N° 2, Septiembre 2022)

En estrecha relación con las dificultades en las derivaciones a otros hospitales y la ausencia de dispositivos intermedios, lxs profesionales de los equipos interdisciplinarios hicieron referencia a las características de la política de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires y a los organismos responsables de la misma.

“Yo creo que la Dirección de Salud Mental debería tener... yo hoy sólo me comunico con ellos por una internación. Creo que debería poder brindar un poco más que eso. Hay veces que uno termina internando porque no tenés otra alternativa. Si hubiese una alternativa de opción tal vez la internación no sea prolongada y se resuelva más rápidamente, que sea lo agudo y listo. Muchas veces no sucede eso. No hay otra opción, ya me lo han dicho. “Muy lindo lo que vos me decís, pero no hay””. (Lic. en Trabajo social N° 2, Septiembre 2022).

Profundizando en esta línea, unx de lxs profesionales marcó una tensión entre la ausencia de dispositivos y recursos en el sistema de salud de la Ciudad y la Ley Nacional de Salud Mental.

“Por ejemplo: un o una paciente con comorbilidad de consumo, con deterioro cognitivo por consumo el Moyano no toma. El Borda tampoco. Entonces a esos pacientes no hay dónde derivarlos porque los recursos materiales que se deberían haber creado para que la Ley

pueda llevarse a cabo, no se crearon. Entonces tenemos una excelente Ley. No tenemos dónde ponerla. No tenemos dónde ubicarla.” (Lic. en Psicología N°4, Septiembre 2022)

Este testimonio hace referencia al carácter expulsivo que tienen otros dispositivos del sistema. Un conjunto de personas con diversos padecimientos de salud mental quedan sin la posibilidad de acceder a un dispositivo que aborde su situación ya sea por la falta de los mismos o por el rechazo de los ya existentes. También manifiesta una situación de incumplimiento de lo establecido por la normativa vigente. Una Ley, que estx profesional calificó como excelente, pero que enfrenta dificultades en su implementación. Otrx integrante de los equipos puso en tensión lo establecido por la ley, cuestionando por un lado la ausencia de recursos en los Hospitales monovalentes y la paralela ausencia de dispositivos intermedios.

“y depende de políticas de salud. Si los monovalentes cierran salas porque no tienen personal, bueno, habría que poner personal en los hospitales monovalentes. Si es que no se van a poner, como dice la ley, las camas en lo ideal sería esto... que se cumpla lo que plantea la ley, pero fíjate el tiempo que llevamos y por suerte se anuló lo de que se cerraban los psiquiátricos porque si no estaríamos con todos los pacientes en la calle.” (Lic. en Psicología N° 3, Septiembre 2022)

Hubo un particular énfasis en el relato de lxs profesionales en el cumplimiento de la LNSM, sobre todo con respecto a los recursos necesarios para que el Hospital pueda alojar lxs usuarixs en un dispositivo más adecuado a su situación y que no deban permanecer durante un tiempo prolongado en la guardia. La falta de recursos materiales se suma a la carencia de personal calificado (teniendo en cuenta que para Natella (S/f) las falencias en la formación académica son un elemento constitutivo del modelo clínico asistencial) y a la desconsideración por parte del Hospital hacia la salud mental y las personas usuarias.

“Yo creo que la principal sería que tendríamos que tener servicios de internación en casi todos los hospitales, osea que lo que dice la Ley se cumpla.(...) Pero para mi la cuestión es que falta capital humano, pero también falta voluntad desde el Hospital de considerar al paciente de salud mental como un paciente más. El Hospital no quiere saber nada con internar pacientes en la sala.” (Médicx psiquiatra N° 1, Septiembre 2022)

Tanto la ausencia de recursos para la derivación a otros hospitales, así como también la ausencia de recursos intermedios están relacionados con un déficit en lo que respecta al cumplimiento de la normativa en lo referente a la construcción de una Red de Salud Mental y en la garantización de los derechos de lxs usuarios. En este sentido ha resultado pertinente retomar lo informado por el Grupo de Salud Mental de la Asociación de Profesionales de Servicio social del

GCBA quien ha señalado que las dificultades en la aplicación de las Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental están vinculadas a la falta de políticas públicas que se adecuen con los lineamientos de integralidad e intersectorialidad que éstas plantean, la ausencia de un Plan de Salud Mental por parte del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la ausencia de salas de internación en los Hospitales Generales, de una Red operativa para las derivaciones, ausencia de acuerdos sectoriales con obras sociales y prepagas, la fragmentación, baja inversión presupuestaria y en infraestructura, déficit en la apertura de espacios alternativos, resquemores institucionales, etc. (APSS, 2021). La creación de una Red Derivación por parte de la Dirección de Salud Mental se enfrenta a la ausencia de camas, lo que resulta un impedimento señalado por el SAME al momento de gestionar las derivaciones. *“Camas que no significan ni se traducen en condiciones acordes a la ley para el acceso al tratamiento adecuado a cada persona. Estas acciones, una vez más dan cuenta del lugar que ocupa la salud mental en la política sanitaria de CABA.”* (APSS, 2021: 16).

En este mismo documento lxs trabajadorxs mencionaron que no consideran estas deficiencias e incumplimientos como un déficit en la gestión, sino como indicador del avance de un tipo de política de salud mental de carácter “paliativo y residual” (ibídem). Así mismo denunciaron la falta de planificación en el armado de una Red de atención en salud mental, la nula articulación con otros tipos de prestadores como obras sociales y prepagas, prevaleciendo una lógica de fragmentación en la política de salud mental.

En esta misma línea, a partir de un relevamiento del Ministerio Público Tutelar del año 2014, Mara Mattioni (2018: 5) sostuvo que *“hoy en día se observa que la política de salud mental de la Ciudad se estructura sobre el recurso de “manicomialización”, en un sistema de internación que se encuentra colapsado y en estado de abandono”*.

Faraone y Barcala (2020) en su trabajo elaborado a los 10 años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental indicaron que importantes funcionarios de la DGSM de CABA se han manifestado y se manifiestan en contra de la LNSM y de la Ley 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De esta manera y retomando a Galende, dan cuenta de que se está ante un campo en disputa en el que existen *“dos modos contrapuestos de comprender y abordar los problemas de salud mental: por un lado, un modelo biomédico positivista, el discurso psiquiátrico, reproductor de la lógica asilar tutelar, hegemónico durante siglos; y, por el otro, un modelo de salud mental comunitaria, de inclusión social, basado en un paradigma de garantía de derechos, que considera que el conocimiento racional sobre el sufrimiento mental debe construirse en la vida social del sujeto singular, la cultura que habita y los procesos de subjetivación que lo guían”* (Barcala et. al.,

2020: 100). Sin embargo, se debe aclarar que estos modos coexisten tanto en la guardia de salud mental del hospital, como en el campo de la salud mental en general. Esto es así ya que los campos están compuestos por diferentes fuerzas donde las mismas se transforman, dislocan y refuerzan propios conceptos de la temática, que lo vuelven permeable a que ciertas formas de comprender y abordar los problemas de salud mental de un modelo, se vislumbren en el otro. De esta manera, se considera que es necesario correrse de un posicionamiento binario en el que existe un modelo u otro.

Las permanencias prolongadas en la guardia de salud mental de este Hospital General podrían ser pensadas como un síntoma del estado actual de la política de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una política de salud mental que se encuentra profundamente atravesada por las disputas entre los actores que hacen al campo y que pareciera sostenerse en representaciones y prácticas propias de un modelo hospitalocéntrico y asilar aún en boga.

Recapitulación sobre las permanencias prolongadas

El presente capítulo ha centrado su atención en las permanencias prolongadas en la guardia de salud mental de un Hospital General, buscando describir sus principales características, las condiciones en las que se desarrollan e identificando aquellos factores que influyen en la producción del fenómeno. Este recorrido permite señalar que las permanencias prolongadas en guardia constituyen una modalidad de institucionalización que debería ser evitado por las consecuencias que tiene en lxs usuarixs que la atraviesan. La institucionalización *“supone una dimensión custodial con la consecuente segregación y marginación social avalada por prácticas que por su raigambre asilar acentúan las diferencias que la patología per se genera. Esto dificulta el retorno a la vida social que nunca es sencillo.”* (Vasen y Massei, 2006: 436). La internación resultaría la principal modalidad de abordaje de la situación de padecimiento de los pacientes y como forma de garantizar la accesibilidad de las personas al sistema de salud y la articulación con la red de salud mental de la Ciudad. La institucionalización parecería emerger como producto de la ausencia de recursos, dispositivos y red socio afectiva. Es notorio como los abordajes acaban siendo, en su mayoría, intramuros, asumiéndose ésta como la única oferta posible. De modo que la institucionalización y la espera desubjetivante como características de las permanencias prolongadas en la guardia, son el reflejo del peso que tienen ciertas modalidades de abordaje del padecimiento mental aún en un dispositivo que emerge con la pretensión de una intencionalidad diferente.

La internación sólo debería llevarse adelante en caso de reportar más beneficios que otra modalidad de tratamiento (LNSM, 2010), ya que al prolongarse “viola los derechos humanos, porque estar un mes en un box de guardia, que es una camilla, también es violar los derechos humanos.” (Lic. Psicología N°4, Septiembre 2022). Cabe preguntarse aquí: ¿qué beneficio, qué alivio puede producir en lxs usuarixs la retención en un dispositivo que los mismos profesionales no consideran como pertinente? En este marco es que resulta fundamental analizar el trabajo de lxs integrantes de lxs equipos interdisciplinarios de salud mental de la guardia del Hospital durante estas permanencias prolongadas. El próximo capítulo se centrará entonces en la descripción y análisis del proceso de trabajo en salud de este importante actor del campo.

Capítulo 3: Procesos de trabajo en salud durante las permanencias prolongadas

Considerando lo desarrollado en los capítulos previos, principalmente la definición de las permanencias prolongadas en guardia como un fenómeno de institucionalización que se desarrolla en un dispositivo inadecuado y que vulnera los derechos de lxs usuarixs, ha sido fundamental reflexionar en torno a los procesos de trabajo de los equipos interdisciplinarios en tanto combinación cualitativa y cuantitativa de prácticas (Sousa Campos, 2021). Desde el Trabajo Social se pueden considerar a esta combinación de prácticas como estrategias de intervención desarrolladas por los equipos en el marco de la situación problemática que atraviesan lxs usuarixs durante su permanencia en la guardia. Retomando a Ghiselli y Castrogiovanni (2020) se entiende a la estrategia de intervención como *“aquello a lo que se quiere llegar en términos de objetivo de intervención y que se operacionaliza a través de las líneas de acción.”* (p,53). Es pertinente incorporar también el concepto de estrategia terapéutica planteado por Cohen y Natella en su trabajo sobre la reforma en salud mental en la Provincia de Río Negro. Han entendido a la misma como *“un plan de intervenciones, a partir de la comprensión y el diagnóstico situacionales de una persona con sufrimiento mental”* (Cohen y Natella, 2013: 217). Es un organizador de recursos que tiene en cuenta la singularidad de la situación del usuarix para dar las respuestas más efectivas en ese momento determinado. A lo largo del capítulo se tiene en cuenta que la estrategia terapéutica implica *“la elección de aquellas personas y procedimientos más aptos para intervenir”* (ibídem), lo que puede suponer la *selección de recursos no convencionales* (ibídem).

Diversos autorxs como Silva Paim, de Sousa Campos, Merhy, Franco, entre otrxs se han dedicado al estudio de este proceso en tanto proceso de producción de salud. Se entiende entonces al proceso de trabajo en salud como proceso productor de un valor de uso en el que se satisface necesidades o problemas de salud y en el que sus componentes se relacionan de diversas maneras determinando distintos modos de producción (Sousa Campos, 2021).

Tal como caracterizó Sousa Campos (ibídem) la salud es un efecto, un resultado de un proceso de producción cuyo producto es un valor de uso que buscará satisfacer determinadas necesidades sociales. El modo en que sean atendidas estas necesidades varía de acuerdo al recorte que se haga del objeto, de los instrumentos y de la actividad humana, pero siempre produciendo actos de salud (Merhy, 2013). Retomando a Sousa Campos, Emerson Elías Merhy destacó que lxs usuarios de los servicios de salud buscan consumir estos actos de salud a los fines de preservar su salud y bienestar. Silva Paim (1992) reconoció a la salud enfermedad como proceso social que incorpora la dimensión social e histórica de los individuos en la colectividad, aún sin dejar de tener en cuenta la dimensión histórica de los mismos. Estrechamente vinculada a los procesos de

producción y reproducción, la salud, en tanto fin o bien a producir por las ciencias de la salud, está planteada como un deber ser que no se limita a una realidad empírica, sino que está fuertemente dada por lo valorativo (Samaja, 2004).

De modo que para analizar estos procesos de trabajo y las estrategias de intervención desarrolladas durante la permanencia prolongada de usuarios en la guardia, se considerarán tres elementos a saber: el objeto del trabajo, los medios de trabajo y el trabajo en sí, en tanto actividad humana (Silva Paim, 1992).

Objeto del proceso de trabajo en la guardia de salud mental

En todo proceso de trabajo el productor tiene definido, o al menos esbozado, cuál es el objeto de su producción. Tiene una determinada concepción de qué es aquello que está produciendo, cómo lo concibe cualitativamente y cuál es el valor de uso que tiene para terceros. Pensar esto en salud mental nos planteó las siguientes preguntas:

En realidad, ¿hay salud mental? Habría que partir de esa pregunta y dejarla abierta, no contestarla. ¿Hay salud mental? ¿Qué es Salud Mental? (Lic. en Psicología N°4, Septiembre de 2022)

Los siguientes apartados intentan ahondar en estas preguntas, sin dar, como sugirió este profesional, respuestas cerradas y acabadas. Retomando los planteos teóricos de la corriente de la Salud Mental Colectiva⁴ se entiende a la salud mental como proyecto ético-político más que como el objeto del proceso de trabajo (Samaja, 2004). La salud pensada como un bien a alcanzar cuenta con un carácter necesariamente valorativo (ibidem). En su tesis, Samaja señala que epistemológicamente resulta erróneo pensar en la salud desde un enfoque positivista. No consiste en un objeto empíricamente observable, sino que debe ubicarse en el plano del “deber ser”.

De este modo, el objeto del proceso de trabajo refiere a “problemas de salud” que representan la lógica de sufrimiento del usuario y que son intervenidos durante el mismo (Merhy, 2013). Durante las permanencias prolongadas se desarrollan y se retroalimentan estas representaciones del sufrimiento de los usuarios. Sobre estos problemas en salud se desarrollan acciones en salud acordes al modelo de atención del servicio. Estas acciones están guiadas por la concepción sobre lo que la salud mental representa y por el proyecto ético-político que la constituye.

⁴ Esta considera la importancia del conocimiento de los procesos socioculturales y psicosociales de las problemáticas, facilitando así la integración de los equipos de salud en las comunidades afectadas y focalizado en ciertos principios de promoción, protección, recuperación, rehabilitación que la constituyen como una práctica social que trae consigo influencias de las relaciones establecidas entre los grupos sociales (Almeida Filho y Silva Paim, 1999).

A los fines de poder describir el objeto del proceso de trabajo en salud se aborda la concepción de salud mental de lxs profesionales y sus objetivos.

Sobre la definición de salud mental

Entender el proyecto ético político que mueve el trabajo en salud necesariamente lleva a reflexionar en torno a la concepción sobre salud, particularmente sobre salud mental, que tienen lxs trabajadorxs. En líneas generales, los profesionales de los equipos interdisciplinarios de la guardia de salud mental del Hospital señalaron su adhesión a la definición de salud mental establecida por la Ley Nacional 26.657 sancionada en el 2010 y que considera a la misma como *“un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”* (LNSM, 2010). En particular lxs trabajadorxs sociales de la guardia hicieron énfasis en el carácter histórico, cultural, social de la salud mental:

“si hablamos de salud mental tenemos que hablar de una construcción histórica de la salud mental. Va a estar muy determinada, por la cultura, por la historia, por cómo se concibe la salud mental en sí, entonces si lo vemos. Si hablamos de historia, hablamos de sujeto, de todo el atravesamiento de todas las dimensiones de este sujeto, entonces digo ¿cómo fue constituido ese ser, ese sujeto? ¿Cómo fue subjetivado? Nos va a determinar como responde a su salud y el múltiple atravesamiento de lo cultural entendiendo el ámbito de lo familiar, de lo educativo, todo esto va construyendo un sujeto específico sobre el cual nosotros intervenimos.” (Lic. en Trabajo social N° 1, Septiembre 2022).

La apropiación de la definición establecida por la LNSM no es un elemento indiferente. Constituye una postura ética de lxs profesionales que no hace sólo a su entendimiento sobre las situaciones problemáticas de lxs usuarixs, sino también al horizonte de sus intervenciones y a un proyecto político que logre constituir sujetos de derecho concebidos de forma integral y plena. Sin embargo, otrx de los profesionales, proveniente disciplinariamente de la psiquiatría indicó que al momento de pensar en la salud mental prefería ubicarse desde la mirada de lo médico-biológico:

“Lo que pasa es que desde el punto de vista médico es tan distinto del que lo pueda ver... una cosa es verlo como médico y otra cosa es verlo como profesional de la salud mental. Yo prefiero verlo desde el lado médico.” (Médicx psiquiatra N° 1, Septiembre 2022).

En este sentido al tener que definir a la salud mental manifestó que era *“el equilibrio psíquico que te permita mantener cierto funcionamiento vital.”* (Médicx psiquiatra N° 1, Septiembre

2022). En forma contraria a la postura de este último profesional, unx de lxs psicólogos hacía énfasis en que:

“No podemos entender la salud mental, leerla, con las mismas coordenadas de la salud corporal orgánica, la manera de lo que es el discurso de la medicina. No es lo mismo.” (Lic. en Psicología N°4, Septiembre de 2022)

Es pertinente mencionar que las diferentes posturas respecto de cómo comprenden la salud mental puede estar íntimamente vinculada a la formación profesional y personal de cada unx de lxs integrantes de los equipos. Resulta interesante focalizarnos en la formación técnico-profesional como un componente clave de los sistemas de salud mental. Natella identificó que *“la formación profesional ha instituido concepciones y coadyuvado en la construcción de representaciones sociales negativas sobre el padecimiento mental, difíciles de transformar -entre otros motivos- por lo indiscutible de su procedencia “académica””* (s.f: 5). La medicina tradicional, como importante sustento académico y epistemológico del Modelo Médico Hegemónico, presenta una visión reificante de la salud, en tanto objeto inerte y desagregado de las relaciones sociales que lo constituyen. La formación técnico-profesional no es un elemento ajeno a las disputas en torno a la constitución de un proyecto ético-político en el campo de la salud mental.

Sin embargo, partiendo de la base de que estas profesiones tienen un lugar de encuentro dada la modalidad interdisciplinaria del abordaje, se buscó apreciar los alcances, potencialidades y barreras existentes dentro de cada equipo. De esta manera la formación profesional, trayectoria personal, concepciones en torno a la salud mental, políticas, presupuestos, capacitaciones, etc. confluyen en la construcción de los diferentes objetivos. Tal como lo mencionó unx de lxs entrevistadxs:

“Por lo menos este equipo del lunes apuesta a una salud mental más comunitaria, más social, más en el contexto con la comunidad, no hospitalocéntrica, no centrada en la enfermedad. De alguna manera siempre tratamos de buscar la salida a esa situación. En algunos casos nos empoderamos más y hacemos y en otros decimos “que mañana el otro equipo resuelva porque no sé qué hacer” (Lic. Trabajo Social, N°2, Septiembre 2022)

De modo que la salud mental en tanto horizonte del proceso de trabajo no está dada de una vez y para siempre en los equipos. En tanto proyecto político está atravesado por las disputas del campo, por la formación profesional, por el encuentro que implica el abordaje interdisciplinario, etc. La manifestación de adhesión a la LNSM, así como la apuesta por una salud mental comunitaria mencionada recientemente por unx de lxs profesionales, resulta un pie de apoyo esencial para comprender la producción de salud durante las permanencia prolongadas en relación a

la propuesta una modalidad de abordaje alternativa a la manicomial tal como se abordará en el último capítulo.

Medios de trabajo y trabajo vivo en acto en salud

El presente apartado está centrado en dos elementos fundamentales del proceso de producción de salud: los medios e instrumentos de trabajo, y en las intervenciones, estrategias y prácticas que desarrollan de lxs profesionales. Se parte para ello de la distinción teórica realizada por Merhy y Franco (2013) entre trabajo muerto y trabajo vivo en acto. El trabajo muerto está constituido por los productos-medios resultantes del trabajo humano anterior como la medicación, procedimientos, instrumentos de registro, discursos, etc. A pesar de haber sido producto del trabajo vivo anterior, se incorpora a un nuevo proceso de trabajo en tanto medio como una “cristalización” del mismo. (Merhy, 2016).

En referencia a los procesos de trabajo en el diverso conjunto de intervenciones asistenciales, Merhy y Franco han señalado que es fundamental el trabajo vivo en acto como proceso relacional, en el que se da un encuentro entre personas *“que actúan una sobre la otra, y en el que opera un juego de expectativas y producciones, creándose intersubjetivamente algunos momentos interesantes como los siguientes: momentos de conversación, escucha e interpretaciones, en los cuales se producen acciones de acogimiento o no de las intenciones que estas personas plantean en este encuentro; momentos de complicidades, en los que se produce una responsabilización en torno del problema que se va a enfrentar, momento de confiabilidad y esperanza, donde se producen relaciones de vínculo y aceptación”* (Merhy, 2016: 65). En esta misma línea Emerson Elías Merhy (2013) manifiesta que el trabajo en sí o trabajo vivo en acto tiene un carácter creador e instituyente, donde se juegan lo dado y la autonomía. Se vincula necesariamente con la acción creativa y a la potencia de transformar las condiciones dadas (Merhy, 2016) Interpreta las demandas sociales o problemas de salud no como carencia sino como potencia de ser, deseo de transformación en la búsqueda de habilitar direcciones estratégicas no pensadas, y recuperar las potencias de los sujetos o los dispositivo (ibídem). El trabajo vivo en acto tiene la posibilidad de modificar y ampliar la caja de herramientas con las que cuentan lxs trabajadorxs del campo de la salud.

Para pensar en esta caja de herramientas se han retomado los desarrollos de Emerson Elías Merhy, quien hizo particular énfasis en los maletines tecnológicos con los que cuentan los trabajadorxs del campo de la salud: las tecnologías duras, compuestas por los instrumentos y recursos materiales, las leves-duras, que incluyen a los saberes profesionales, estrechamente

relacionados con el trabajo muerto y las tecnologías leves, entendidas como trabajo vivo en acto (Merhy, 2013).

Teniendo en cuenta la diferenciación entre trabajo vivo y muerto, y los elementos que componen al maletín tecnológico, en los siguientes apartados se buscará entender el proceso de trabajo y las intervenciones de lxs profesionales de los equipos interdisciplinarios de la guardia de salud mental durante las permanencias prolongadas a partir de la descripción de las actividades que desarrollan, los instrumentos que utilizan, los procesos vinculares en el que se produce salud y sus prácticas para la articulación entre los equipos y otros actores. Finalmente se retoma la percepción que lxs profesionales tienen sobre su trabajo, dando cuenta de la potencia con la que cuentan en tanto trabajadores del campo de la salud.

Trabajo en sí en la guardia de salud mental

El trabajo en sí está constituido por aquellas actividades y prácticas desarrolladas por lxs profesionales de los equipos interdisciplinarios durante las permanencias prolongadas en la guardia de salud mental y que ellxs identificaron como las más regulares de su proceso de trabajo.

En primera instancia, la toma de conocimiento de la situación requiere de la lectura del libro de guardia y la historia clínica de lxs pacientes. Es oportuno recordar que, al tratarse de un dispositivo guardia, los equipos se modifican diariamente, por lo que al inicio de cada jornada deben interiorizarse en la situación de aquellos usuarixs que permanecen internadxs. Su lectura e interpretación implica la combinación de tecnologías leves duras propias del conocimiento técnico profesional, con la capacidad creativa del lector a los fines de comprender y reinterpretar aquello que se encuentra atravesando el usuarix que permanece en la guardia. Se puede ver aquí algunos de los elementos claves del trabajo vivo en acto dentro de los procesos de trabajo en salud: la creatividad y la comprensión. Durante las permanencias prolongadas la lectura de estos registros significa, no sólo la reinterpretación de la situación del usuarix que el equipo vio por última vez hace siete días, sino también la búsqueda de comprender y dar continuidad a la estrategia que han desarrollado los equipos de los días anteriores.

Esta lectura es acompañada de otra actividad: la entrevista. Ésta es un instrumento que exige la combinación de la experticia profesional con trabajo vivo y creativo. Constituye la dimensión táctico operativo en los procesos de intervención y podemos definirla como “*una instancia dialógica entre el profesional y el sujeto usuario*” (Mallardi, 2017: 125). La palabra tiene un rol central en este encuentro dialógico ya que los enunciados vertidos por lxs participantes permiten comprender la visión que estos tienen de la situación problemática. Retomando a Bajtin, Mallardi

(2017) ha introducido la importancia de la comprensión activa de los enunciados por parte de lxs profesionales. El encuentro a través de la palabra puede ocupar una instancia central durante las permanencias prolongadas, que como se mencionó en los capítulos anteriores están caracterizadas por la espera monótona y desubjetivizante.

En este punto es pertinente señalar que el Modelo Médico Hegemónico y las modalidades asilares de abordajes de los padecimientos de salud mental suelen estar compuestos por procesos productivos en los cuales las tecnologías duras y leves-duras tienen un peso específico mucho mayor que el trabajo vivo y la autonomía de lxs trabajadores (Merhy, 2013). Al pensar en las entrevistas que llevan adelante lxs profesionales se debe tener en cuenta si las mismas ya han sido preestablecidas, si se pregunta lo mismo en todas las situaciones, cuál es la flexibilidad que tienen, qué es lo que buscan abordar. Esto es interesante dadas las características que tiene la caja de herramientas con las que cuentan lxs profesionales que trabajan en el campo de la salud mental. A diferencia de otros ámbitos de la salud en los que hay un arsenal de innovaciones tecnológicas, unx de lxs profesionales marcó que la escucha como las tecnologías leves tiene un rol central.

“¿Cómo es el trabajo con cirugía? No sé. Salud mental... hay un libro que alguno leyó. Pero no hay radiografía, es escucha” (Médicx psiquiatra N° 3, Septiembre 2022)

Sobre esto se deben considerar aquellos aspectos que fueron reconocido como propios de la formación profesional de las disciplinas que integran los equipos (Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría) y cuál es su impacto en el trabajo, teniendo en consideración que en los modelos ligados a lo clínico-asistencial, la formación académica aparece como estructurante de la definición del quehacer profesional y de las barreras u obstáculos propios de este modelo.

“Quizás si es muy de nuestra disciplina [Trabajo Social] tiene que ver con una cuestión de más empatía o de ponernos en el lugar del otro, pero es esto de bueno la privacidad. Esto de que no haya otro cuando entrevistamos. (...) Nos presentamos o sea generalmente yo soy la presentadora, porque si no viste como que uno tiene esta cosa mecánica. “Bueno, mira, somos el equipo de salud mental” o a veces ni siquiera entonces bueno, no, a ver momento. Es algo básico para una persona. Entonces creo que sí tenemos cómo esta posibilidad a veces de correrlos de esta cuestión tan mecánica, y ponernos más en conexión con ese otro que está padeciendo y con quienes acompañan ese padecimiento para estas cuestiones básicas.” (Lic. Trabajo Social, N°1, Septiembre 2022)

Pareciera, según el relato, que es el Trabajo Social quien tendería a humanizar el trato (elemento central del trabajo vivo) y correr el foco de lo patológico y/o farmacológico, pudiendo intervenir en otros aspectos de la vida cotidiana de lxs usuarixs que por algún motivo, ya sea

profesional o personal, el resto de lxs integrantes del equipo de la guardia de salud mental no profundizarían.

En relación a esto último, unx de lxs psiquiatras menciona:

“si bien trabajamos atendiendo a los pacientes de a tres, generalmente las cosas que me incluyen a mí únicamente tienen que ver más con las cuestiones orgánico farmacológicas.”
(Medicx Psiquiatra N° 1, Septiembre 2022).

Con estos relatos daría la impresión de que ciertos modelos asistenciales mantienen matrices de saber y prácticas discursivas ligadas al Modelo Médico hegemónico que organizan y constituyen el quehacer profesional. En palabras de Natella (s.f) lo descrito hasta el momento parecería advertir que en tanto estas concepciones entorno a la definición de salud mental, como así también sobre la división de tareas de acuerdo a cada disciplina, continúen como rectoras de los procesos terapéuticos resultará altamente dificultoso producir un cambio de los sistemas de atención hacia la perspectiva de derechos y hacia un modelo comunitario alternativo. Ahora bien, también surgió de las entrevistas que en algunos equipos se ha intentado desarrollar los procesos de escucha de forma interdisciplinaria. Esto forma parte de las tensiones propias de un momento que podría caracterizarse como la transición entre modelos:

“Lo escuchamos en conjunto, depende. O sea, en esto hacemos la evaluación interdisciplinaria de cada situación que trae, depende cuál es la situación o el padecimiento que atraviesa ese sujeto en particular en ese momento, un poco es como que fluye de bueno como vamos marcando la dirección en cuanto a la intervención y qué estrategia.” (Lic. Trabajo Social, N°1, Septiembre 2022)

En este sentido, se puede reflexionar sobre cómo las tecnologías leves-duras forman parte del proceso de trabajo e intervienen en el mismo, considerando que las mismas hacen referencia a un determinado saber hacer, que en el caso de los equipos interdisciplinarios de salud mental está fuertemente vinculado a la formación académica-profesional y a la experiencia laboral. La consideración de que a determinada profesión le correspondería abordar lo “orgánico farmacológico” y que otra se centraría en los procesos de escucha y acompañamiento, tienden a direccionar el proceso de trabajo hacia una producción de salud fragmentada y compartimentada.

Los contextos donde se dan las entrevistas con lxs usuarixs fue otro elemento indagado.

“O mismo hoy teníamos que entrevistar a una chica con un estado de angustia por una situación de abuso, complejo, y no teníamos consultorio. A veces atendemos en los pasillos.”

“En la semana esto se complica mucho, no tener un consultorio para salud mental, al menos que uno diga. Bueno, charlamos cómodos, es como que todo el tiempo uno está cuidando de que no haya nadie alrededor, de que la persona se sienta segura cuando está hablando.” (Lic. en Trabajo Social N° 1, Septiembre de 2022)

La toma de decisiones en torno a dónde entrevistar y de qué manera, forma parte del arsenal tecnológico que cuentan lxs profesionales para construir modalidades de atención centradas en las necesidades y derechos de lxs usuarixs.

Además de la entrevista, otro elemento a considerar en los procesos de trabajo en salud mental es el diagnóstico. Unx de lxs psicólogxs consideró que:

“No hay diagnósticos por guardia, sino diagnósticos presuntivos, entonces y esto es por protocolo, uno cuando llena la historia clínica o la hoja de guardia, no hay diagnósticos, no se escriben diagnósticos tampoco, eso es algo que se averigua en el curso de internación. (...) porque precisamente como el trabajo es dinámico y como la evolución de un sujeto es dinámica, ese diagnóstico presuntivo por el cual uno pide una internación que es la existencia de riesgo, cierto o inminente. Bueno, este riesgo cierto inminente puede desaparecer.” (Lic. Psicología, N° 4, Septiembre 2022)

En este sentido, pensando en el diagnóstico en el campo de la salud mental, Rosenhan (1982) señala que este resulta inútil, posiblemente perjudicial y contraproducente, teniendo mayor peso en quien observa y no tanto en la persona observada (Rosenhan, 1982) El hecho de tener que realizar un diagnóstico en una guardia se ve complejizado además por la dinámica misma del contexto, por la cantidad de profesionales que observan y dialogan con lxs usuarixs obteniendo diferente información en cada conversación, las urgencias dentro de la guardia, como así también por las diversas formaciones profesionales y miradas heterogéneas sobre la problemática de salud mental, entre otras cuestiones.

“Construimos la situación siempre volviendo a pensar que estamos en una guardia. Desde ahí tenemos que movernos, lo que es un ejercicio. Es más, en nuestra disciplina, lo mismo que en los psiquiatras, está el tema del seguimiento. Volvamos al contexto. A veces pasa que nos dicen, “¿doctor nos da el diagnóstico?”. No, no puedo arribar al diagnóstico ahora. La psicóloga dice que puede hacer una batería de test.” (Lic. Trabajo Social, N° 2, Septiembre 2022)

Este último testimonio se relaciona con el efecto de poder que tiene el diagnóstico para producir marcos de referencia para lxs usuarixs y para sus redes socio afectivas. Ya que en el imaginario social, los diagnósticos son quienes aportan la posibilidad de comprender

contextualmente los acontecimientos, la reproducción de cierto orden social y la confección de un universo normado (Contursi, 2004, como se citó en Oberti 2019). En ese sentido, se cree que hay posibilidades de que el diagnóstico no funcione siempre como etiqueta, prejuicio y dominación; no obstante, se entiende que dependerá de las actitudes profesionales la posibilidad de habilitar nuevas construcciones en torno al mismo. En este sentido, en uno de los relatos aparece la diferenciación entre el diagnóstico y el riesgo cierto e inminente para sí mismxs o tercerxs para considerar una internación:

“Riesgo cierto e inminente para sí o terceros, cuando uno dice, “Bueno, nada, no hay conciencia de enfermedad, no hay conciencia de situación y está en riesgo.” El riesgo no es el diagnóstico, nunca. Esto está muy claro en la ley. Nosotros volvemos al marco de la ley y volvemos a la cuestión de por qué es internación, un diagnóstico no es condicionante. Estamos evaluando una persona en el aquí en el ahora, pese a su diagnóstico, lo que le está pasando la situación de padecimiento psíquico que lo atraviesa en la actualidad, ¿cómo lo afecta? ¿Lo pone en peligro? ¿pone en peligro a alguien? ¿Qué evaluamos?” (Lic. Trabajo Social, N°1, Septiembre 2022)

Se ha identificado así que el diagnóstico es parte de un clásico conjunto de técnicas que hoy presentan un carácter dinámico dado por los cambios en las normativas legales, por los diferentes saberes construidos en el pasaje de paradigmas del modelo clínico asistencial y el modelo comunitario (Natella,S/f) y el trabajo creativo de lxs profesionalxs que intervienen durante las permanencias.

Otras de la actividades incorporadas al análisis han sido las tareas de carácter administrativo y las relacionadas a las derivaciones que los equipos deben desarrollar:

“...lamentablemente, lo administrativo que es bastante. Por lo general después se lo revé al paciente por la tarde. Pero es muy poco probable que podamos armar algo, hacer algo con alguno. Salvo que no tengamos nada. Algunas veces se hacen otros tipo de entrevistas, vinculares, se llama a la familia, pero tiene que ver sobre todo con los tiempos.” (Médicx psiquiatra N°1, Septiembre de 2022)

La demanda de lo administrativo, como elemento propio del trabajo muerto, en el cual hay que responder a ciertos procedimientos ya establecidos, impediría que se pueda trabajar más con lxs usuarixs y su red socio afectiva. Estas tareas administrativas pueden terminar constituyendo una burocratización del trabajo que ha sido criticada por algunxs de lxs profesionales, tal como se analiza en el último apartado del capítulo.

Hasta aquí se ha presentado un proceso de trabajo en el que las actividades desarrolladas por los equipos están particularmente tensionadas por las limitaciones institucionales mencionadas en los apartados y capítulos anteriores y en el que la potencia del trabajo vivo en acto requiere de instancias reflexivas y creativas por parte de lxs profesionales. Se continúa ahora el análisis enfocándose en los vínculos y estrategias que lxs profesionales desarrollan en el marco de la red de atención psicosocial.

Trabajo en red en la atención psicosocial:

El proceso de trabajo en salud no se desarrolla en forma aislada por parte de los equipos, sino dentro de un entramado constituido por lo que se ha denominado en el segundo capítulo como Red de Atención Psicosocial (Amarante, 2009). La misma comprende las problemáticas de salud mental como una serie de factores que involucra terceros, tales como los equipos de la guardia, dispositivos de atención, organizaciones sociales, la red socio afectiva de lxs usuarixs, etc.

Desde la perspectiva de la salud comunitaria, se comprende que este trabajo vivo no se limita al vínculo con el usuario, sino también a su red socio-afectiva, entendiendo que no se trata de un individuo aislado frente a la institución, sino de un sujeto que vive en sociedad y que se encuentra atravesado por un conjunto de relaciones sociales.

Se ha identificado el rol preponderante de las redes socio afectivas durante las permanencias prolongadas de lxs usuarixs. Ha aparecido así la necesidad de incluir e instruir a este sector, que en definitiva es quien, luego de una externación, debería tener las herramientas necesarias y acordes para afrontar un tratamiento y rehabilitación a largo plazo (Natella, s.f). La familia y diferentes sectores cercanos a lxs usuarixs cobran importancia en la vida de estxs durante los momentos de crisis, sobretodo cuando estos se presentan con síntomas de desconexión de la realidad y otros desequilibrios transitorios. En esta línea lxs profesionales comentaron:

“Lo primero que hacemos si vino sola la persona, es llamar a un familiar para explicarle la situación y que esté acompañada; entonces, desde eso, hasta en el caso de un adulto mayor uno siempre trata de armar a veces lo que no hay, somos nosotros los que armamos esas redes. Porque es lo que va a determinar que probablemente no se quede. Esto está siempre y cuando el paciente debe permanecer porque consideramos aún así, necesitamos aliados para este tratamiento.” (Lic. Trabajo Social, N°1, Septiembre 2022)

Es justamente por la importancia de esta red en la vida de lxs usuarixs fuera de la institucionalización que resulta esencial trabajar con ella, poder explicar sobre la problemática que

lxs usuarixs están atravesando, brindar herramientas y estrategias para continuar con los tratamientos, como así también poder colocarla en un rol activo, haciéndola parte de la estrategia terapéutica. Debe tenerse en cuenta que el trabajo vivo en acto se constituye a partir del espacio intercesor y de encuentro entre lxs trabajadores de la salud y lxs usuarixs.

Ahora bien, la convocatoria a la familia suele darse con el fin de satisfacer necesidades cotidianas que el Hospital, al no contar con un espacio adecuado, no puede garantizar.

“Es más, intentamos que el paciente esté acompañado. Es otro problema, porque para muchos familiares una vez que el paciente ingresa acá, pasa a ser problema del hospital. Es otra dificultad porque después estás internado dos o tres semanas solo, sin familia, sin amigos, sin nada. Es otro tema. Así que a la tarde siempre empezamos con los llamados telefónicos para que vengan a visitarlos, les traigan cosas, que se bañen a la tarde o que, si no está muy complicada la situación puede salir con un familiar a la plaza o que puedan salir por acá”. (Medicx Psiquiatra N° 1, Septiembre 2022).

A fin de cuentas, pareciera sugerente retomar que estas acciones llevadas a cabo por los equipos de la guardia de salud mental, actúan de un modo singular en la producción del cuidado, es decir, “[...] *cada uno de ellos actúa de forma diferente aunque estén bajo la misma directriz normativa. Esto es así porque las prácticas de cuidado están mediadas por la singularidad de cada uno.*” (Franco y Merhy, 2011: 10). Esta singularidad a su vez se da en territorios existenciales, aquello que cada unx tiene dentro y que define su forma de significar e interactuar con el mundo. Esto es lo que produce un tipo de cuidado que se identifique en su universo como una ética; la cual puede estar más cercana a un modelo clínico asistencial o comunitario:

“También si vos entrás en ese lugar de autorizar salidas a la plaza, te corrés un poco del trabajo de guardia. A veces es necesario y lo hemos hecho. Pero hay veces en las que es medio complejo. La persona genera también una transferencia, una empatía que no podés sostener, que no podés garantizar. Después viene otro equipo.” (Lic. Trabajo Social, N° 2, Septiembre 2022)

Lxs profesionales atraviesan contradicciones al habilitar espacios por fuera de lo que se espera de la guardia y que pueden volverse difíciles de sostener, pero que a su vez consideran importantes para el tratamiento de lxs usuarixs. La lógica propia del Modelo Médico Hegemónico que caracteriza al Hospital General tiende a excluir a la red socio afectiva de lxs usuarixs. Frente a esto los equipos buscan desarrollar una estrategia terapéutica que lxs incluya y lxs invite a formar parte de la misma. Esto constituye una manifestación de la potencia del trabajo vivo en acto frente a

las lógicas hospitalocéntricas que tienden a encerrar el proceso de trabajo dentro de la institución, aislando a lxs usuarixs de su contexto.

Además del vínculo con el entorno socio afectivo de lxs usuarixs, otro componente del trabajo vivo en acto y de las estrategias terapéuticas que desarrollan lxs profesionales de los equipos interdisciplinarios de la guardia de la salud mental consiste en la capacidad para establecer vínculos y articular tanto con los otros equipos como con diversxs actorxs.

El vínculo entre los diversos equipos de la guardia es central para el desarrollo de una estrategia terapéutica durante la permanencia prolongada de lxs usuarixs en la guardia. Los cambios diarios de los equipos pueden significar modificaciones en los criterios, en las concepciones sobre la salud mental, en los diagnósticos, en la forma de establecer el vínculo con lxs usuarixs y su red socioafectiva, etc.

“Son 21 personas distintas que se dedican a esto. Está bien, no es que son cosas diametralmente opuestas, tampoco, hay cosas que masomenos se manejan en común... Pero también tiene que ver con la pastilla, como si la medicación...¿cómo repercute, cómo suena en cada uno de nosotros la salud mental? ¿Cómo lo nombran? Intento de suicidio?” (Médicx psiquiatra N° 3, Septiembre de 2022)

“Cada guardia es un hospital distinto. Tenemos siete hospitales dentro de un mismo hospital”. (Lic. en Psicología N° 4, Septiembre de 2022)

La diversidad de los criterios entre equipos ha sido problematizada y mencionada por muchos de lxs profesionales entrevistados, vinculándola estrechamente con las permanencias prolongadas y el impacto que esto tiene no sólo para lxs usuarixs sino también con su compromiso con la construcción de la estrategia terapéutica.

“Acá es muy difícil. Al menos te lo digo de ese lado. El tema es también que en cuanto al criterio vos dejás al paciente internado porque considerás que tiene criterio de riesgo y la guardia siguiente considera que no y el paciente se fue. A vos te puede parecer un horror, pero a la guardia siguiente le parece que no. Es un problema también la falta de criterio uniforme en la guardia. Aparte, justo con las internaciones prolongadas” (Médicx psiquiatra N° 1, Septiembre de 2022)

Las dificultades en el seguimiento de las situaciones que atraviesan lxs usuarixs derivaron en una propuesta y en un reclamo por parte de lxs profesionales para que fuera institucionalizada la figura de coordinador de guardias y/o la creación de un equipo de seguimiento para la guardia.

Actualmente, el vínculo entre lxs equipos se da a través del ya institucionalizado pase de guardia, momento en el cual se encuentran lxs profesionales del equipo saliente con lxs del entrante. El hecho de ser un espacio de vinculación tradicional en el marco de las guardias de los hospitales permite compartir con lxs profesionales de la guardia siguiente la situación de lxs usuarios y la estrategia que se ha llevado adelante. Es un momento de encuentro entre sólo dos equipos y no de los siete que conforman la guardia de salud mental. Esto puede derivar en que la construcción de la estrategia terapéutica resulte muy cortoplacista, o bien se vaya desarrollando por eslabones y que, ante una permanencia prolongada, un equipo retorne tras siete días sin tener conocimiento de lo que sucedió los días restantes.

La utilización de los dispositivos tecnológicos, en este caso un “grupo de Whatsapp”, fue valorada positivamente como herramienta ya que constituye una acción concreta para mejorar la vinculación entre los equipos. Lxs profesionales han indicado cómo se complementa con el pase de guardia permitiendo construir estrategias, partiendo además de una percepción negativa sobre lo que implica que se prolonguen las permanencias de lxs usuarixs en la guardia.

“A veces en el pase de guardia, la guardia del jueves te dice “che, me parece que.., porque no se fijan? y entonces después uno en el grupo de chat, lo empieza a conversar y si se va a proceder de tal manera y en eso y ahí sí, hay unanimidad de de criterio, porque por supuesto, si bien son siete hospitales distintos todos coincidimos que no es buena la permanencia en guardia, en eso todos estamos de acuerdo.” (Lic. en Psicología N° 4, Septiembre de 2022)

Entendiendo a la salud mental como un campo cuya configuración es producto de la vinculación y la disputa entre los actores que lo componen, otro elemento considerado en la construcción de las estrategias terapéuticas durante la permanencia prolongada de usuarixs en la guardia de salud mental de un hospital general es la articulación con actores extrahospitalarios. En el marco de esta investigación se encontró que los principales actores señalados por los equipos eran aquellos vinculados al ámbito judicial.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental ha incorporado y regulado la intervención de diversos organismos como el Órgano de Revisión de Salud Mental, dependiente del Ministerio Público de la Defensa, destinado a la protección de los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental; la Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657, que tiene *“como objetivo brindar este servicio de defensa técnica para personas mayores de edad, que no se encuentren bajo proceso de determinación del ejercicio de su capacidad jurídica, internadas en forma involuntaria por razones de salud mental, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires”* (MPD, 2023); y los Juzgados responsables de la situación de aquellos usuarixs que permanecen

internadxs en forma involuntaria. Estos actores tienen particular importancia frente a la vulneración de los derechos de lxs usuarixs que deben atravesar permanencias prolongadas en la guardia del hospital. Ahora bien, la intervención y el vínculo con estos organismos han sido evaluadas de diversa manera por lxs profesionales, aunque prevalece una percepción negativa sobre estos.

“Mira y eso también lo vas a escuchar diferente en las distintas guardias. Yo suelo utilizar mucho a los abogados extensores, o sea están muchos que te van a decir, “no, obstaculizan”. A veces sí, a veces no, es más. Es más, me llama mucho la atención cuando no están porque deberían estar, deberían haberse comunicado. O sea, están enmarcados dentro de la ley y tienen que estar apareciendo y tienen que estar representando al paciente al familiar después como... (...) Yo suelo implicarlos mucho, o sea, si no están y no están presentes, es como si mira, tengo el paciente, no me sale la cama, fijate qué hacemos con el juzgado, fijate, o sea, por lo menos me mando, ellos no lo pueden resolver, pero al menos pueden peticionar y les hincho.” (Lic. en Trabajo Social N° 1, Septiembre de 2022)

“La unidad de letrados dentro de todo es la que más apoyo da y cuando tenemos ciertas dificultades... bien, igual ellos se manejan dentro de lo judicial, pero son abiertos. Hemos tenido situaciones en las que hemos luchado juntos por una internación, por una derivación, han venido en persona. Con el órgano de revisión no. Sí les mandamos mail, hacemos todo el circuito que nos piden, pero nunca tuve un ida y vuelta. Mismo hasta algunos Juzgados, trabajadores sociales de los juzgados que te llaman, que se acercan, que hay un ida y vuelta mayor que años atrás. Yo lo veo mejor y como que no te sentís tan solo en ese sentido.” (Lic. en Trabajo Social N°2, Septiembre de 2022)

El límite señalado por estx últimx profesional para construir un vínculo fluído se combina regularmente con la percepción de que no acaban teniendo una injerencia que resulte definitiva en la situación que atraviesan lxs usuarixs. Buscan entonces que ejerzan algún tipo de presión para alcanzar una derivación o el acceso a otro dispositivo. Ahora bien, surgieron también problematizaciones con respecto a la presencia de un conjunto de actores que a fin de cuentas no pueden resolver una situación que está fuertemente vinculada a la ausencia de camas y dispositivos en el sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ante las dificultades en las derivaciones lxs equipos acaban abordando determinadas situaciones en el dispositivo de Guardia, lo que muchas veces deriva en la prolongación de las permanencias:

“No habría nada que nos gustaría más que poder resolver esta situación acá en el hospital, pero como no lo tenemos, carecemos de los recursos, de los equipos, o sea, no nos queda otra que derivar y (Lic. Trabajo Social N° 1, Septiembre 2022)

Este fragmento es particularmente interesante al marcar con mucha claridad cómo, aún ante la inadecuación de la guardia y la ausencia de dispositivos a los cuales derivar, hay una intencionalidad por parte de los equipos para abordar el padecimiento de lxs usuarixs en la guardia.

La percepción de lxs integrantes de los equipos interdisciplinarios de la guardia es que el armado de una red entre distintos actores que puedan intervenir y dar sostén en la situación que atraviesan lxs usuarixs de servicio se da principalmente de forma “artesanal”. Algo que pareciera no ser valorado positivamente por todxs lxs profesionales.

“La red es otra cosa, la red es cuando la armamos nosotros, la red cuando decidimos externar porque construimos algo, puede ser desde personas hasta instituciones que vayan a acompañar el tratamiento ambulatorio de esa persona, de ese usuario, usuariie.” (Lic. en Trabajo Social N° 1, Septiembre de 2022)

“Es un trabajo artesanal, es netamente artesanal y de alguna manera esto es paradójico. porque por un lado está bueno o tiene sus beneficios. Bah está bueno no, no se si está bueno, pero tiene sus beneficios porque te da vía libre, ya que es artesanal, para pensar la subjetividad del caso. Pero es muy poco beneficioso porque estás solo en un campo de batalla muchas veces. Porque lo que se puede hacer es poco, no hay recurso material.” (Lic. en Psicología N° 4, Septiembre de 2022)

Este trabajo “artesanal” que mencionaron es parte fundamental del trabajo vivo en acto en tanto momento creativo en el cual, haciendo uso de su autonomía relativa y a través de la interacción con otros actores del campo, pueden generar un entramado relativamente estable de conexiones para lograr proteger los derechos de lxs usuarixs y encontrar respuestas, aún dentro de los límites institucionales, a las dificultades que estxs atraviesan. Citando a Tulio Batista Franco: *“Cuando los trabajadores de la salud lo desean, crean y operan en sus relaciones otros flujos de conexión con sus equipos, otras unidades de salud, principalmente con los usuarios. En esos casos, el cuidado se produce en la red que se formó y no en la estructura rígida que persiste bajo el imperio de la norma”*(2013: 198). Él va a remarcar el carácter inmanente, rizomático y potencialmente transformador que tienen las redes en el trabajo en salud.

Entre lo artesanal, el malestar y la burocratización: la potencia del trabajo vivo

Habiendo dado cuenta del carácter artesanal que asume el trabajo en la red de atención psicosocial, lo que interesa analizar en este apartado es la percepción que lxs profesionales tienen de su propio trabajo y de cómo se desarrolla el mismo. Al mencionar la concepción “artesanal” del trabajo unx de lxs profesionales planteó:

“Artesanal es más poético. (Risas) Artesanal otra cosa. Me encanta (risas) Me encanta que los colegas lo consideran más artístico, un buen arte. ¿Qué podría buscar que cambiara esa rusticidad? Es esto que redunde o no... que sea mucho más fácil. Reduzca el malestar físico en salud mental, ese es otro neologismo, no sé, en la salud. A que haya menos malestar, el resto es mucho bla. Que haya menos malestar, en lo que sea, en podología. Que haya menos malestar para todos. Es un bajón laburar cuando la guardia se pone así. Pocas camas, poco esto, poco lo otro, poca infraestructura, poca guita.. Lo artesanal, dejame de joder, nada que ver. Es una forma hipócrita de decir que quiero romper todo. Es una forma cobarde de decir lo que honestamente uno piensa.” (Médicx psiquiatra N° 3, Septiembre de 2022)

El malestar emergió como una característica del proceso de trabajo en la guardia en estrecha vinculación con las limitaciones institucionales. Al respecto del aporte en trabajo vivo, estx profesional, en lugar de referirse al mismo como artesanal, prefirió caracterizarlo como “rústico”. La existencia de este malestar refleja la intención y la comprensión de la necesidad de poder intervenir de otra manera ante los padecimientos de lxs usuarixs.

Unx de lxs profesionalxs se refirió a los procesos de burocratización del trabajo y la actitud de lxs profesionales frente a esto a partir del concepto de “banalidad del mal” de Hannah Arendt (2003).

“Ahora decir yo cumplí con la ley, lo atendí después es problema de él, ¿de qué salud mental estamos hablando entonces? Eso es la banalidad del mal, la burocratización del laburo es la banalidad del mal y tenemos el paredón burocrático contra el que choca nuestra praxis, nos invita a burocratización a cada instante, a ser malos a ser un Eichmann.” (Lic. en Psicología N° 4, Septiembre de 2022)

“uno puede decir bueno ya es el sexto viernes que está “hola, cómo estás todo bien? Sí, sí, bueno, hay que esperar” y cerrar la puerta y te vas. También podés hacer eso, por supuesto porque la situación te invita a hacer eso, que dicen que es la banalidad del mal, ¿no? “ (Lic. en Psicología N° 4, Septiembre de 2022)

Estx profesional concluyó en que “es muy difícil no ser un efector de salud burocratizado”. Si bien es innegable el peso que este efecto burocratizador puede tener sobre las prácticas de lxs profesionales, resulta imposible la pérdida global del autogobierno en las prácticas de salud dada la naturaleza tecnológica del proceso. (Merhy, 2013). La micropolítica del trabajo en salud es un escenario de disputas entre fuerzas instituyentes, en las que la noción de impotencia no tiene lugar, ya que el proceso de trabajo siempre puede ser atravesado por el trabajo vivo en acto (ibidem). Ante esto, estx profesional mencionó dos tipos de movimientos: los internos y los externos. Sin negar el peso que tienen los factores institucionales, los límites de las políticas públicas y demás cuestiones

que han sido largamente descritas en el correr de la investigación, invita a reflexionar sobre la importancia que tiene el movimiento interno, el trabajo vivo que desarrollan en tanto equipos interdisciplinarios de la guardia de salud mental en un Hospital General:

“también tiene que haber un movimiento interno, porque muchas veces esta burocracia externa favorece la burocracia interna en la pasividad. Nosotros somos cómplices como laburantes de salud, entramos enseguida en el engranaje por miles de cuestiones. Porque la guardia está mal paga, por lo que quieras, hay un montón de malestares, que me parecen más nocivos que los externos. Siempre lo interno es peor a lo externo siempre siempre siempre siempre siempre. El mal que nos habita, la pulsión que nos habita, bueno de eso nos tenemos que hacer cargo. Porque muchas veces por no enfrentar al director del hospital y no quedar como un querellante, por esto, por lo otro, porque cobras poco, por lo que fuera, terminas siendo parte del engranaje y ese es el peor factor, el interno.” (Lic. en Psicología N° 4, Septiembre de 2022)

El movimiento interno mencionado puede constituir en diversas estrategias y acciones que llevan adelante lxs equipos para que la permanencia de lxs usuarios se desarrolle en las mejores condiciones posibles y garantizando sus derechos, así como también en la organización colectiva de lxs profesionales para cambiar el proceso de producción de salud en la guardia.

Las acciones llevadas a cabo son varias y constan en conseguir ropa, artículos de higiene personal, revistas libros como también apoyo emocional “Así que lo que podemos hacer nosotros es tratar de poner la paciencia, que es imprescindible por la dificultad de la situación y tratar nosotros de ser lo más empáticos con la situación, con el paciente, con los familiares.” (Lic. en Psicología N° 3, Septiembre 2022). Además de estas cuestiones de carácter más asistencial, lxs profesionales mencionaron que suelen realizar seguimientos por guardia para evitar la internación de algunxs usuarixs:

“cuando vemos una persona que tiene una posibilidad de algo más y no queremos quedar en una internación en el hospital, hacemos seguimiento por guardia. Entonces o bien conversamos con las guardias amigas “che, va a venir”...”venite el jueves, venite el viernes” O bueno, si vemos que la persona va, venite el lunes que viene”. Pero llega un momento en que esto es un consultorio. No es la solución de la guardia pero a veces son las estrategias que se utilizan también para acompañar la ley de salud mental.” (Lic. en Trabajo Social N° 2, Septiembre de 2022)

Los seguimientos por guardia han sido entendidos como parte de los elementos no convencionales a los que pueden recurrir lxs profesionales para la construcción de estrategias terapéuticas centradas en la situación de lxs usuarixs. Estas acciones asociadas a la idea de

accesibilidad de derecho Arias (2019) las entiende como la superación del acto de satisfacer las necesidades como consumo, exigiendo pensar la accesibilidad ligada a la forma institucional de garantizar los derechos. En este sentido se podría pensar que tanto la guardia de salud mental del hospital, como el trabajo de los equipos de la misma presentan una lógica de reconocimiento de los otros y sus necesidades.

También han hecho mención a la disputa que desarrollan con otros actores para lograr que la permanencia sea lo más breve posible:

“Ya te pones como querellante y empiezas a amenazar a ver si tenés otro tipo de respuesta, digo para pelear con ese paredón burocrático que te invita a hacer un engranaje,” (Lic. en Psicología N° 4, Septiembre de 2022)

La obtención de un espacio físico de atención por salud mental en la guardia también forma parte de un entramado de disputas que se desarrollan en el campo y del movimiento interno que despliegan lxs profesionalxs como actor central del mismo. En vez de limitar y adaptar el proceso de trabajo a lo ya dado, lxs trabajadores han hecho uso de su autonomía relativa para cambiar esas condiciones y mejorar la atención. Lxs profesionalxs de la guardia lograron que uno de los consultorios de la nueva guardia fuese destinado para aquellas personas que deben permanecer internadas por algún padecimiento de salud mental. Este espacio se encontraba originalmente ocupado, haciendo las veces de un depósito que utilizaban lxs enfermerxs, por lo que implicó una disputa con ellxs. Sin embargo, sostienen algunas críticas en torno al consultorio obtenido:

“el último consultorio, donde está el baño de la guardia, pero es el baño para los pacientes que son atendidos en guardia. Entonces se vulnera la intimidad tanto del paciente que tiene que utilizar el baño, porque hay alguien ahí, generalmente con una consigna policial, y se vulnera la intimidad que está ahí esperando ser trasladado con gente que entra y que sale, que lo ve comer, dormir. Eso también es una vulneración.” (Lic. en Psicología N° 4, Septiembre 2022)

Más allá de los déficits en las condiciones del consultorio obtenido, es de interés para esta investigación destacar cómo la disputa dada por lxs profesionales permite brindar a lxs usuarixs un espacio de atención. Aunque contar con este consultorio no impacte directamente en la reducción de las permanencias, sí brinda la posibilidad de cursar las mismas en un espacio que les pertenece en tanto usuarixs de la guardia de salud mental. Este consultorio tiene su correlato simbólico, ya que no se refiere únicamente a un espacio físico en el cual alojar personas, sino también el reconocimiento de un lugar simbólico para la salud mental en el dispositivo de la guardia.

De modo que a partir del relato de lxs profesionales de los equipos interdisciplinarios se puede concluir en que el uso de consultorios no diseñados para la atención de determinados usuarios condiciona fuertemente el trabajo de lxs profesionales, quienes además de centrarse en la situación problemática de la persona, deben tener presentes qué elementos y características de estos consultorios pueden implicar un riesgo. En este punto se señala que el desarrollo de prácticas de cuidado por parte de lxs profesionales requiere un trabajo constante, no sólo en el encuentro con lxs usuarios, sino también en la modificación de las condiciones materiales de trabajo. Producir salud en este marco es un proceso que implica no sólo contar con los saberes profesionales y desarrollar condiciones de escucha para el mejor abordaje de la situación problemática. Requiere también un ejercicio constante de reflexión y revisión sobre cuáles son los instrumentos de trabajo y de qué manera deben ser utilizados y modificados para alcanzar una salud mental acorde a las definiciones que lxs profesionales mencionaron previamente.

La posibilidad de garantizar un tratamiento que permita estimular saberes, potencias, capacidades, sociabilidad, etc. resulta fundamental tanto para lxs usuarios como para los equipos. Dentro del encuentro entre trabajadorxs y usuarios, ambxs, tienen la capacidad de afectarse mutuamente por las intensidades que circulan entre las relaciones que se establecen entre los cuerpos. De esta manera si dicho encuentro produce aceptación, vínculo, autonomía, satisfacción, será entendiendo como la configuración de “líneas de vida”, en cambio si el modo de actuar está ligado a conductas burocráticas, intervenciones acotadas, reproduciendo heteronormia, insatisfacción, estará ligado a las “líneas de muerte”(Franco y Merhy, 2011).

El movimiento de oposición a la tendencia burocratizante que presenta el proceso de trabajo en la guardia de este Hospital General no se puede desarrollar exclusivamente desde una dimensión individual o limitada a cada equipo de la guardia. Algunx de lxs profesionales indicó las dificultades que tienen para presentarse como un colectivo frente al Hospital:

“Alguna vez hemos hecho otros reclamos pero es como que tenemos muy poca capacidad de reclamo. Se tendrían que hacer otras cosas. Pero todo queda muy en la nada, porque capaz que activan dos o tres y después se diluye bastante. La TS N° 1 es la más activa. (risas) Pero sí, está como complicado... La respuesta de la nota fue esa habitación y todos nos quedamos como ya está, no pedimos más nada, no reclamamos, es como que eso no lo deberíamos haber permitido. Ahí es como que todos estuvimos muy flojos” (Médico psiquiatra N°1, Septiembre de 2022)

“El día que nosotros como colectivo tomemos conciencia de esa conciencia y la potencia de acto, es por ahí. Le dijo Lacan a los analistas, júntense. Entonces siempre es por ahí la modificación, cuando uno tiene conciencia y potencia de acto como grupo.” (Lic. en

Psicología N° 4, Septiembre de 2022)

De lo que se trata entonces es de “*Estimular a los colectivos, es decir, a los miles de equipos de salud, es intentar que en ese proceso se transformen en sujetos deseantes, capaces de actuar en el mundo según los preceptos de un proyecto de cambio, pautado por la ética del cuidado, en condiciones de revolucionar lo impuesto hasta el momento, como una realidad que vive en la repetición.*” (Franco, 2013: 206) El desafío planteado consiste en la posibilidad de canalizar esas fuerzas y tendencias en forma colectiva y apuntando en una dirección transformadora del proceso de producción de salud. No hay salud mental colectiva, no hay reformas desmanicomializantes, sin un sujeto transformador, sin un sujeto deseante.

Capítulo 4: Ley Nacional de Salud Mental, modalidades de abordaje alternativos y producción de salud durante las permanencias prolongadas

Las permanencias prolongadas son consideradas en este trabajo como un fenómeno que es producto de las tensiones en el campo de la salud mental, de la transición de un modelo manicomial a otro que se propone como alternativo y de la persistencia de una política de salud mental que se asienta sobre el recurso de la manicomialización (Mattioni, 2018). Este proceso de transición no se desarrolla en forma lineal, sino que es disputado por los diversos actores, generando avances y retrocesos constantes. Estas disputas están también dadas, como se estableció en el capítulo anterior, por los procesos de trabajo que llevan adelante los equipos interdisciplinarios de la guardia durante las permanencias prolongadas. Los modos de producción de salud son producidos y producen determinadas modalidades de abordaje con respecto a los problemas de salud que son objeto de su intervención.

Para poder analizar las permanencias prolongadas y el proceso de producción de salud en relación a la constitución de un modelo alternativo como el impulsado por la Ley Nacional de Salud Mental, se han identificado tres subdimensiones: la interdisciplina, lo intersectorial y lo comunitario. A partir de las mismas se puede pensar en la implementación de la normativa desde el proceso de trabajo, intentando dar cuenta de cuáles son los efectos que este trasluce en el marco de una transición entre modelos.

La interdisciplina como modalidad de abordaje

La interdisciplina resulta un eje fundamental para la comprensión del padecimiento y por ende del tratamiento (admisión, ingreso, evaluación, atención, externación, etc.) desde un modelo alternativo. Siguiendo a Stolkiner (2005), el trabajo interdisciplinario emergió en un momento en el cual los paradigmas positivistas de la ciencia se fragmentaron dando un traspaso de la ciencia poseedora de un objeto y un método a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas. Los problemas ya no se presentan como objetos aislados de los sujetos. Surge la necesidad de problematizar los objetivos y las demandas, que son complejas y difusas, habilitando así la intervención de otros saberes. Es por esto que la interdisciplina ha figurado vinculada a los diferentes movimientos reformistas relacionados a dispositivos comunitarios.

A partir de las entrevistas se identificó el lugar de preponderancia que ocupa la interdisciplina como forma de trabajo dentro de los diferentes equipos de la Guardia de Salud

Mental del Hospital para la atención de las permanencias prolongadas. Siguiendo la línea de Salud Mental Colectiva definida previamente, el carácter interdisciplinario “*sugiere una integración en el plano del conocimiento y en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones*” (Almeida Filho y Silva Paim, 1999:15). Supone así una integración de las particularidades con el fin de tener un entendimiento y abordaje ampliado, el cual no implica una pérdida del saber específico, que resulta esencial, sino más bien se relaciona a la construcción de un conocimiento superador. En efecto, el hablar de interdisciplina remite al trabajo en equipo, de conducción, liderazgo y jerarquización difusa, de formación profesional, de relaciones para con lxs usuarixs, etc. A su vez, el trabajo interdisciplinario en estas instituciones ha sido particularmente importante para poder reivindicar la incumbencia histórica del Trabajo Social en el campo de la salud mental y el reconocimiento que estas leyes han dado a la profesión. Partiendo de la noción de que los problemas de salud que atraviesan lxs usuarixs que permanecen en la guardia están dados por una multiplicidad de factores, entre los que se entremezclan elementos propios de su padecimiento psíquico, con cuestiones culturales (como el estigma), sociales (como la debilidad en sus redes socio afectivas, vulnerabilidad socio económica, fragmentada inserción en redes comunitarias, etc.), históricas, etc. es que se torna fundamental una mirada interdisciplinaria sobre la situación. Lejos de abonar una mirada fragmentada en la que lxs sujetxs están definidxs sólo por su diagnóstico o por su situación social, la interdisciplina podría permitir ahondar en estrategias de intervención más integrales, que puedan responder a estos problemas en salud incorporando en el caso de las permanencias prolongadas el reconocimiento de los diversos factores que las producen.

En el relato de lxs profesionales esta modalidad de abordaje pareciera estar naturalizada, sin presentar mayores complicaciones dentro de los equipos. Incluso se podría pensar que los saberes traspasan las profesiones, lo que Natella (s.f) entiende como “una reserva cognitiva grupal” que permite ampliar las respuestas y el poder resolutivo.

“Yo creo que sí que es interdisciplinariamente, que lo construimos, que lo pensamos, o sea, nada, por ejemplo, el psiquiatra tampoco ya sabe qué tipo de recursos uno tiene entonces “te acordás aquella vez dijiste...” y ahí vamos pensando juntos y vamos armando, pero generalmente sí, esto lo pensamos entre todos, porque bueno es tomar la decisión de una alta, entonces el alta tratamos de que sea una decisión que la tomamos entre todos, estamos hablando siempre de pacientes que están internados.” (Lic. Trabajo Social, N°1, Septiembre 2022)

“Esto si un equipo trabaja bien es totalmente compartido, digamos y no se presentan problemas de que el psiquiatra quiere que se quede y el psicólogo y/o el trabajo social piense lo contrario, lo que sí podemos acordar o no, pero sobre todo trabajar sobre cómo va

evolucionando el paciente, cómo pensar el abordaje familiar y todo lo demás, pero sobre los diagnósticos en general no hay problema.” (Lic. Psicología, N° 3, Septiembre 2022)

Sin embargo, la interdisciplina, tal como la entienden los equipos de la Guardia, no se ha constituido como transformación, sino que aparece ligada a la ampliación de la clínica asistencial. En esta se incluyen nuevas disciplinas pero continuando con el carácter y las funciones del modelo médico hegemónico (Natella, s.f). En este sentido, Natella (s.f) identifica que “[...] *la interdisciplina - en términos generales- se ha expandido más como una fórmula por la que se suman recursos humanos convencionales (psiquiatra, psicólogo y trabajador social) que como un enfoque vinculado a la socialización de conocimientos, responsabilidades y decisiones [...]*”(P.6).

De esta forma, se podría inferir que las formaciones profesionales y los cambios que éstas sufrieron, en consonancia con las transformaciones en las políticas públicas en materia de Salud Mental no son suficientes para garantizar una modalidad de abordaje alternativo, se requiere de otros aspectos, actores, instituciones, etc, para que la misma pueda efectivizarse.

Tal como se mencionó a lo largo de la investigación, los procesos de trabajo no son ni lineales ni únicos, sino más bien tienden a adoptar una forma plástica que resulte beneficiosa para los usuarios como así también para los equipos. Es así que la interdisciplina es concebida por parte de los equipos como una forma de trabajo irrevocable pero que a su vez no pareciera ser suficiente para poder llevar adelante un modelo alternativo en la Guardia de un Hospital General.

Lo intersectorial como modalidad de abordaje

Así como la interdisciplina ha sido establecida como modalidad de abordaje en la Ley Nacional de Salud Mental, lo mismo sucede con el abordaje intersectorial (LNSM, 2010 art. 9). Amarante en su trabajo “Superar al Manicomio” del año 2009 dio cuenta de que sin una Red de Atención Psicosocial no hay posibilidad de constituir un modelo alternativo al manicomio. El principio de la intersectorialidad consiste en la participación estratégica de “*varios sectores sociales, tanto del campo de la salud mental y la salud en general, como de las políticas públicas y de la sociedad en general*” (Amarante, 2009, p. 85), de modo de promover el aporte de “*recursos legítimos a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas y cotidianas*” (Cohen y Natella, 2013: 336). En esta línea es que la Ley Nacional de Salud Mental señala en su artículo 11:

“La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de

dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.”
(LNSM, 2010)

La importancia del principio de la intersectorialidad ha sido clave en un proceso de desmanicomialización ya que tiende a romper con el aislamiento propio del encierro e institucionalización. Permite comprender que las personas con padecimientos de salud mental se encuentran atravesadas por un conjunto de aspectos que hacen a su reproducción y que por ende requiere de un entramado institucional que puede garantizar sus derechos. Entender que el padecimiento no define a la persona ni a su situación en la totalidad, lleva a una mirada integral sobre ella, de modo que resulta indispensable la articulación con organismos e instituciones extra hospitalarias y de otros sectores.

Cohen y Natella (2013) identificaron que como parte de la práctica intersectorial en la desmanicomialización los equipos han llevado adelante tareas de sensibilización de la comunidad, de promoción de la articulación con distintas instituciones, fomento para que dichas instituciones se hagan cargo de proveer recursos e incluso hacerse cargo en forma directa de la satisfacción de necesidades.

En lo referente al proceso de trabajo que desarrollan lxs profesionales de la guardia de salud mental del Hospital General en el que se ha centrado la investigación, se destaca lo señalado en el Capítulo 3 en el que se dio cuenta de la búsqueda de incorporar a los organismos del ámbito judicial y de protección de derechos en las estrategias terapéuticas. Aunque también quedó en claro la limitada retroalimentación que se produce en esta articulación y la baja injerencia que parecieran tener muchas de estas instituciones. De esta manera pareciera resultar infructuosa la articulación en el sentido de poder obtener los recursos necesarios para enfrentar la prolongación de las permanencias en la guardia. Concluimos en un abordaje principalmente hospitalocéntrico cercano al modelo manicomial. Ante esto es que los equipos se hacen cargo en forma directa de algunas necesidades mediante prácticas mencionadas en el capítulo anterior. La mentada sinergia de recursos esperable ante el desarrollo de las prácticas intersectoriales queda extremadamente limitada por la ausencia de una red de atención psicosocial que opere como “una trama de sostén

que garantice la satisfacción de las necesidades de la persona con un alto grado de vulnerabilidad psicosocial (Cohen y Natella, 2013)

Entendiendo que la implementación de un modelo de atención alternativo al manicomial implicaría necesariamente un proceso de transición, se cuestiona cuál es la red atención psicosocial existente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Como producto de nuestra investigación podemos decir que operativamente se encuentra centralizada en los efectores de salud tradicionales como los Hospitales Generales y particularmente los Hospitales Monovalentes. El centro de la política pública en salud mental sigue estando localizada en los manicomios, tal como se señaló en el segundo capítulo. El resto de los efectores que han surgido producto del movimiento de salud mental y la Ley Nacional de Salud Mental tienen aún un rol periférico en el campo. La transinsitucionalización es la demostración de que ante la carencia de dispositivos intermedios (o la dificultad en la articulación con los mismos) lxs usuarixs que permanecen en forma prolongada en la guardia tienen como destino el manicomio. No basta con contar con normativas progresistas, *“la política pública debe ofrecer condiciones para el proceso de desinstitucionalización de esas personas”* (Amarante, 2009: 88) En tanto esto no ocurra, los procesos de producción de salud en el marco de una guardia de un hospital general seguirán estando profundamente permeados por prácticas, y sobre todo resultados, propios del modelo asilar-manicomial en los que se fragmentan las estrategias terapéuticas y el encierro se constituye como modalidad de abordaje principal.

Lo comunitario como modalidad de abordaje

Por último el abordaje comunitario es elemental para concluir con este análisis. Del Cueto (2005) definió que *“El concepto de comunidad es un conjunto de muchas y muchos, unidos en un territorio que conforma una cartografía particular de orden biológico, social, maquínico, gnoseológico, que establecen uniones y relaciones de contenido y expresión heterogéneos al agruparse a partir de un interés común muchas veces errático y parcial.”* (p. 24). Esta noción es entendida como parte fundamental de la atención psicosocial la cual busca *“construir una red de relaciones entre sujetos, sujetos que escuchan y cuidan —médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, entre otros actores presentes en este proceso social complejo— con sujetos que viven estas problemáticas, los usuarios, familiares y otros actores sociales”* (Amarante, 2009: 82)

Es así que esta modalidad de abordaje se vuelve parte de lo alternativo, poniendo el interés en el análisis sobre lo grupal para enriquecer lo comunitario y haciendo hincapié en la íntima relación que hay entre la comunidad y las instituciones que la habitan. Para poder ahondar sobre

este aspecto durante las permanencias prolongadas fue importante identificar los vínculos que se desarrollan en la guardia entre los equipos y las redes socio afectivas, como así también la relación entre lxs usuarixs y sus familias. En relación a esto último se ha retomado la LNSM (2010) en el Artículo 7 inciso e) donde hace alusión al “*Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe*”.

En esta línea, la activación de la red de apoyo del usuario ha resultado esencial dentro de las prácticas comunitarias (Cohen y Natella, 2013), entendiendo que las redes socio afectivas favorecen el sostenimiento en la comunidad de lxs usuarixs así como también contribuyen a su autonomía, teniendo como resultado una inserción social más amena. Pensar en el abordaje comunitario durante las permanencias prolongadas permite comprender al usuarix como un sujeto inserto en un contexto del que forma parte, y con el cual mantiene relaciones que deberá sostener y/o retomar una vez que sea externado. Esto se tradujo en lo que unx de lxs entrevistadxs mencionó:

“Sabemos que no se va a quedar a vivir en un hospital monovalente, entonces cada vez que se resuelve una internación de verdad, lo pensamos desde ¿le va a servir una internación? ¿para que le va a servir? ¿cómo se sigue después? y trabajamos bastante con la familia de este tema, cuando salga que el mundo no cambió, qué podemos agregar para que esto no sea tan hostil y como para ir usando este tiempo como preparación de la vuelta. Que no es un factor que la gente piensa en general.” (Médico psiquiatra N°3, Septiembre de 2022)

En concordancia con lo mencionado el Artículo 14 de LNSM que menciona que: “*Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente*” unx de lxs profesionales indicó que:

“Se le da un espacio para escuchar a la familia para que entienda por qué a veces es mejor que no esté, que puede contar con nosotros, que nos puede preguntar a nosotros, entonces que se sienta también contenido y atendido y escuchado. Porque de alguna manera el paciente no es solamente el paciente, porque si entendemos nuevamente la salud mental como un equilibrio con el entorno, del entorno, hay que ocuparse también.” (Lic. Psicología, N° 4, Septiembre 2022).

La relación con referentes sociales y familiares durante la hospitalización como en la externación son sin duda un aspecto bisagra de la intervención. Esto deriva en el desarrollo de acciones durante la permanencia que no se limiten al individuo aislado, sino también a la

comunidad que integra. Sin embargo, existe un enfoque familiarista (Ierullo, 2014) en la intervención que desarrollan los equipos de la guardia respecto de los cuidados de lxs usuarixs que se encuentran institucionalizados. Esto puede estar vinculado a que se demanda la presencia familiar para “*la satisfacción de necesidades cotidiana del paciente*” (Natella, s.f: 18). Unx de lxs psiquiatrxs manifestó que hace un tiempo asistían integrantes de una iglesia de la zona a acompañar a aquellas personas que permanecían internadas en la guardia (particularmente aquellas que atravesaba una situación de consumo problemático), pero que “Post Pandemia todo se anuló. Ahora dependemos de los familiares de los pacientes y lo que ellos puedan aportar.” (Médico Psiquiatra N° 1, Septiembre de 2022). Ante la ausencia de articulación de guardia de salud mental, así como también de dispositivos estatales de acompañamiento, las estrategias desarrolladas por los equipos se dan en el contexto de una política de salud mental que tiende a un “vía familiarista” (Danani, 2004) de la producción de cuidados y de la reproducción social.

De esta forma se concluye en que en el modelo de abordaje comunitario que se desarrolla en este Hospital General, las redes de apoyo siguen siendo, en su mayoría, familiares, sin lograr hacer foco en la pertenencia territorial de las personas, exigiendo a estas redes de sostén lo que, según Amarante, Cohen y Natella, debería abordarse en diferentes instituciones y con diferentes actores como organizaciones barriales, sociales y comunitarias que se involucren en la problemática. La situación de lxs usuarixs durante las permanencias prolongadas se caracteriza entonces aún más por el aislamiento, dadas las dificultades para contar con diversxs actorxs que puedan acompañarlos. El cuidado y acompañamiento queda limitado entonces a las posibilidades de la red socio-familiar de lxs usuarixs y a las prácticas que llevan adelante los equipos interdisciplinarios durante su proceso de trabajo. En definitiva si para alejarse de un modelo clínico asistencial manicomial es pertinente lograr encuentros, concertación y acciones conjuntas entre los diversos actores locales para sumar todas las fuerzas vivas de una comunidad, en pos del cambio cultural que implica la inclusión social de estas personas.

Conclusiones

En el presente Trabajo de Investigación Final buscamos como objetivo general *Caracterizar los procesos de producción de salud durante la permanencia prolongada de usuarixs en el dispositivo de guardia, en relación al paradigma desmanicomializante propuesto por la normativa vigente en la guardia de un Hospital General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el segundo semestre del año 2022.*

En un primer momento se logró caracterizar a la Guardia de Salud Mental del Hospital como un espacio convulsionado y de carácter residual dentro de la política de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A partir de la investigación pudimos notar que el dispositivo está atravesado por un conjunto de obstáculos y dificultades. Los objetivos tradicionales de la guardia vinculados a la urgencia se ven tensionados por nuevos emergentes sociales sucediéndose situaciones que no son esperadas. La permanencia de usuarixs en el dispositivo constituye parte de estas situaciones. Estos emergentes, traslucidos en necesidades y demandas de lxs usuarixs, no son acompañados por recursos y dispositivos que puedan dar respuesta a los mismos. En este sentido, cabe destacar que la guardia logra garantizar la accesibilidad a la atención en salud mental a un conjunto de usuarixs que por diversos motivos no logran acceder a otros.

Adentrándonos en las permanencias prolongadas en la guardia por motivos de salud mental concluimos en que las mismas resultan un fenómeno regular y constituyen una forma de institucionalización que tiende a la desobjetivación y vulneración de los derechos de lxs usuarixs tanto por la modalidad de abordaje como por las condiciones en las que se desarrollan. Un objetivo importante en esta investigación fue poder dar cuenta y describir los factores que producen estas permanencias prolongadas. Para ello nos adentramos en los obstáculos y dificultades producidos por la administración hospitalaria y la Red de Atención de Salud Mental en clave de comprender cómo los posicionamientos éticos-políticos de las instituciones derivan en la ausencia de dispositivos capaces de alojar los padecimientos subjetivos de las personas. Esto tiene como consecuencia un proceso de transinstitucionalización de los usuarios en la Red de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este fenómeno se caracteriza por la derivación constante a otra institución con un grado de control social aún mayor, vislumbrando como único destino posible el Hospital Monovalente.

Podemos señalar entonces como primer hallazgo de la investigación el hecho de que un modelo comunitario no es sólo un postulado normativo. Su constitución e implementación depende de una ética que habilite la transformación de concepciones, prácticas y condiciones de reproducción de lxs sujetxs. La no adecuación del Hospital forma parte de una perspectiva política

en la que las personas con padecimiento de salud mental siguen siendo ubicadas al margen del sistema, aisladas y encerradas. El ejercicio de derechos por parte de lxs usuarixs y la inclusión social no han logrado constituirse como ejes del modelo de atención actual.

Justamente, las permanencias prolongadas son el resultado de este conjunto de políticas en salud mental que no condicen con el paradigma desmanicomializante propuesto por la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. La Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no ha acompañado consecuentemente su propia normativa, ni ha constituido una red articulada de atención psicosocial. Sin la misma no es posible pensar en la efectivización de un modelo alternativo al manicomial-asilar.

Consecuentemente otro hallazgo identificado está relacionado a que en el modelo clínico asistencial la salud mental no existe sin una asignación espacial. El espacio y la forma en que es asignado no sólo responde a condimentos físicos u objetivos. La espacialidad está construida por varios elementos entre los que se encuentran las prácticas, los discursos o los lazos. Tal es así que en definitiva nos adentramos en un espacio física y simbólicamente distante al manicomio, pero que en su interior continúa llevando a cabo prácticas institucionalizantes que tienden a estigmatizar, vulnerar y restringir los derechos de lxs usuarixs. El espacio asignado en la guardia remite a un "permanecer" en donde los discursos patologizantes, prácticas de control y aislamiento prevalecen.

Es por esto que identificamos que el modelo alternativo no consta solamente de nuevas espacialidades (que pueden ser politizadas, discutiendo la circulación, el habitar y el transitar), sino que responde también a la efectivización de derechos, a través de un tipo de accesibilidad que reconozca en lxs otrxs la potencia para evitar la desobjetivación.

En el marco de las permanencias prolongadas pudimos observar y describir el proceso de trabajo que desarrollan lxs integrantes de los equipos interdisciplinarios de la guardia. El mismo fue analizado desde la perspectiva de Emerson Elías Merhy. A partir de ello nos interesó pensarlo como un proceso de tensión y disputa en el que el trabajo de lxs profesionales está atravesado por elementos que de no ser revisados concluyen en prácticas de control, desresponsabilización burocratización o reificación de los fenómenos subjetivos. Esto implicó dar cuenta de cómo lxs profesionales buscan mediante su trabajo vivo desarrollar acciones tendientes a un modelo con perspectiva de derechos. Este accionar no se limita a hacer uso de determinadas herramientas de trabajo como la escucha, sino también al trabajo en red con otros actores del campo y con el entorno socio afectivo de lxs usuarixs que permanecen internados en la guardia. Las condiciones propias del campo en lo que respecta a políticas públicas y el acceso a otros dispositivos tiende a limitar el trabajo de lxs profesionales. La existencia de la LNSM y la Ley 448 de la Ciudad Autónoma de

Buenos Aires, si bien constituyen hitos fundamentales en materia de promoción y protección de derechos, no resultan suficientes para transformar la realidad que atraviesan lxs usuarixs. Esto último resulta central ya que la LNSM en tanto normativa de alcance nacional, íntimamente vinculada además a las prerrogativas de materia internacional, no produce automáticamente un cambio en las condiciones de vida de lxs sujetos. Es en la micropolítica del trabajo en salud en los diversos dispositivos, en este caso la guardia de salud mental, donde se ven, a partir del encuentro entre trabajadorxs, usuarixs y otrxs actorxs; las potencialidades transformadoras; los límites; los logros en la protección de los derechos y mejoras en las condiciones de vida y atención de lxs usuarixs.

Podemos concluir en que los procesos de producción de salud están orientados a un determinados proyectos éticos y políticos. La salud en tanto fin o producto de este proceso no es un elemento que podamos definir empíricamente, sino que está dado fuertemente por lo valorativo (Samaja, 2007) y contextualizado socio-históricamente. En este sentido, es que podemos señalar que las tensiones en el campo de la salud mental en torno a los modelos de atención condicionan plenamente la concepción de salud que orientará a los procesos de producción. Los esfuerzos por parte de los equipos para evitar que trabajo recaiga en una actividad burocratizada reflejan una concepción de salud que no logra imponerse tal frente a aquellas nociones vinculadas al modelo manicomial asilar. A lo largo de la investigación pudimos notar la intencionalidad de apropiarse de la LNSM como base de su intervención para la construcción de una salud mental más comunitaria.

Resulta entonces otro hallazgo de la investigación que el trabajo vivo de lxs profesionales constituye una potencia para la transformación de los modelos de atención. Además de políticas públicas y de un marco normativo que tienda a la desmanicomialización, resulta central el desarrollo de prácticas profesionales comprometidas con esta transformación para la constitución de un modelo con perspectiva comunitaria e integral. El trabajo vivo de los equipos parte de una incomodidad respecto de la situación que atraviesan lxs usuarixs y de la oferta del dispositivo para abordarlas. La autonomía con la que cuentan lxs equipos, como sujetos deseantes, es utilizada para desarrollar actos de salud y lograr condiciones de atención que permitan garantizar un proyecto de salud enfocado en una ciudadanía plena. Sin embargo, también debe mencionarse la percepción de insuficiencia, por parte de lxs profesionales respecto al trabajo que desarrollan respecto a la situación de aquellas personas que permanecen en la guardia de forma prolongada.

En línea con el modelo comunitario, el abordaje interdisciplinario en los campos de salud resulta particularmente importante como oportunidad para poder reivindicar la incumbencia histórica del Trabajo Social en el campo de la salud mental. En parte es así por el reconocimiento

que las diferentes leyes han dado a la profesión, habilitando el espacio de proponer otras perspectivas de las problemáticas como así también construir nuevas estrategias terapéuticas. A partir de las entrevistas y de los análisis, entendemos como un hallazgo del TIF la importancia del Trabajo Social, no sólo por los instrumentos que ofrece, sino también como móvil para modificar las prácticas en sí mismas y construir estrategias que permitan (re) pensar en las intervenciones con lxs usuarixs. A su vez, consideramos que no es casualidad que en las entrevistas se vislumbre la importancia de la disciplina en los diferentes momentos del tratamiento por su capacidad empática, de escucha y de diálogo. La misma está ligada a la formación teórica específica del Trabajo Social como así también del posicionamiento ético político que tenga cada profesional a la hora de trabajar con lxs usuarixs y sus problemáticas.

Es así que se trasluce cómo la intervención del Trabajo Social contribuye en la planificación de diferentes intervenciones más cercanas a lo que entendemos como abordaje comunitario; a la promoción de derechos de acceso a la salud integral; a la transferencia de autonomía a lxs usuarios y la participación en el diseño de políticas públicas como así también en el armado de redes comunitarias, etc.

Habiendo concluido con el TIF surgen algunas reflexiones que pueden guiar líneas de investigación futuras con respecto a las permanencias prolongadas en dispositivos de guardia y a los procesos de trabajo desarrollados por lxs profesionales. La primera de ella consiste en analizar las permanencias prolongadas desde la perspectiva de lxs usuarixs, su padecimiento subjetivo y las modalidades de autoatención que desarrollan. Esta cuestión fue considerada durante el diseño de investigación, sin embargo fue desestimada por la inaccesibilidad a las fuentes. La segunda refiere a la disponibilidad de dispositivos intermedios existentes el día de hoy para abordar los padecimientos de salud mental por fuera de los hospitales monovalentes y generales, y cuál es el rol de los efectores de atención primaria para abordar los padecimientos por salud mental en materia de prevención y promoción. Finalmente, analizar de qué manera los modelos de atención comunitaria alojan y responden a las nuevas manifestaciones de la cuestión social que operan en los padecimientos de lxs sujetxs.

Bibliografía

Alfonso, D., Bruni, M y Engelmann, A. Perspectiva Integral en el Abordaje de Urgente de Salud Mental. 1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones.

Almeida Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales 1999 mayo; 75: 5-30.

Álvarez Galvis, S. P., Escobar Sánchez, S. M. y Ochoa León, L.C. Estancia prolongada en hospitalización, descripción en literatura y análisis para su manejo. Medellín, Universidad CES, 2020.

Amarante, P. Superar el Manicomio. Salud Mental y Atención Psicosocial. Edición Topia, 2009

Arendt, H. Eichmann en Jerusalem. Un estudio sobre la banalidad del mal. Barcelona. Editorial Lumen. 2003.

Arias, A. Construcción de accesibilidad e instituciones. En Clemente, *La accesibilidad como problema de las políticas sociales: un universo de encuentros y desvinculaciones*. (pp 21-53) Espacio Editorial, 2019.

Baptista Lucio, P, et al. Metodología de la investigación. Editado by Pilar Baptista Lucio, McGraw-Hill Education, México, 2014: Cap 13 pp.394-402. Cap 14 pp.444-470.

Batista Franco, T., Merhy, E. Trabajo producción del cuidado y subjetividad en salud. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2013.

Batista Franco, T., Merhy, E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Buenos Aires, Salud Colectiva, 2011.

Bori, C., Meléndez, M.J., Pastorini, G. La construcción de interdisciplina. Un desafío en la atención de demandas complejas en el ámbito de la emergencia. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. 2011

Castrogiovanni, N., Ghiselli, S., Trabajo Social y situaciones problemáticas : categoría esencial para los debates sobre intervención profesional .- 1a ed . - José C. Paz : Edunpaz, 2020.

Ceballos-Acevedo, T. M., Velásquez-Restrepo, P. A., & Jaén-Posada, J. S. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Gerencia Y Políticas De Salud, 13, 2014 Disponible en <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>

CELS y MDRI. Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires. Siglo XXI Editores. 2008

Chiarveti, S. La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(2), 173-182, 2018

Clemente, A., editor. Bienestar y accesibilidad. Historia reciente de una desvinculación auciada. En Clemente, *La accesibilidad como problema de las políticas sociales: un universo de encuentros y desvinculaciones*. (pp 21-53) Espacio Editorial, 2019.

Cohen, H y Natella, G. La descamincomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro, 1a ed. - Buenos Aires, Lugar Editorial. 2013

Colombani, M. Foucault y lo político. Prometeo, 2008.

Costa, J. P., Mattioni, M., Parodi, D. y Juaniz Verón, B. “Contextos de desigualdad: los equipos interdisciplinarios de salud mental en guardias polivalentes.” En: *ConCienciaSocial*. Revista digital de Trabajo Social, Universidad Nacional de Córdoba, Vol. 3, Año 5. 2019

Cueto, A. La salud mental comunitaria: vivir, pensar, desear. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2014.

Danani, C. El alfiler en la silla: Sentidos, proyecto y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la economía social en Política Social y Economía Social. Debates Fundamentales. Danani, C. Compiladora. Universidad Nacional de General Sarmiento. Editorial Altamira. 2004

De Lellis, M. El movimiento de la Salud Mental: una aproximación Histórica y crítica. Documento de Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. 2019. Disponible en https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud_1/material/archivos/fichas/sm_aprox_historica_critica.pdf

De Sousa Campos. Gestión en salud: en defensa de la vida. 1a ed. - Remedios de Escalada. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2021.

Faraone, S. y Barcala, A. “A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible. Ed. Teseo. 2020. Disponible en: <https://www.editorialteseo.com/archivos/18485/a-diez-anos-de-la-sancion-de-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

Faraone, S., Iriart, C. 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. *Revista Debate Público. Reflexiones de Trabajo Social*. Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires 2020. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/viewFile/8324/6961>

Foucault, M. Saber y verdad. Madrid. La Piqueta. 1985

Galende, E. Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. 1a. ed. Buenos Aires: Paidós, 1990

Grupo de Salud Mental APSS Relevamiento sobre condiciones laborales y política pública de salud mental. Diagnóstico realizado a partir de la iniciativa del grupo de trabajo en salud mental de la Asociación de Profesionales del Servicio Social, 2021

Goffman, E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu. Buenos Aires, 2001

Guber, R. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires, 2011

Huertas, R. Medicina social, control social y políticas del cuerpo. La subjetivación de la norma. En: Miranda, M. y Girón Sierra, A. (coords.) Cuerpo, Biopolítica y Control Social. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI. Pp. 19-42, 2009.

Ierullo, M. Cuidado y pobreza persistente: Aportes para el estudio de las prácticas de crianza y cuidado de los niños, niñas y adolescentes en los sectores populares en Territorios Urbanos y pobreza persistente. Clemente, A, compiladora. Buenos Aires. Espacio Editorial,. 2014

Ley 448 de 2000. Ley Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 27 de julio del 2000. BOCBA N° 1022 del 07/09/2000

Ley 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental 26.657. 25 de noviembre de 2010. Boletín Oficial Número: 32041

Mallardi M. “La Entrevista en los procesos de intervención Profesional del Trabajo Social. Diálogos con la Filosofía Bajtiniana”, en Boletín Electrónico Surá 101. Escuela de Trabajo Social de Costa Rica, 2004 www.ts.ucr.cr. Derechos reservados a favor del autor del artículo

Mallardi, M “La intervención en Trabajo Social: mediaciones entre las estrategias y elementos táctico-operativos en el ejercicio profesional” En: Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. La Plata. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2017

Mattioni, M. (2018). El proceso de construcción de prácticas profesionales interdisciplinarias: El caso de los equipos interdisciplinarios de salud mental en la guardia de un hospital polivalente de CABA, Argentina. VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, 7 al 9 de noviembre de 2018, Cuencua, Ecuador. EN: [Actas]. Ensenada : Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Centro Interdisciplinario de

Metodología en Ciencias Sociales. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12674/ev.12674.pdf

Mattioni, M., Pujol S. y Suárez Ithurralde, I. El lugar de los equipos interdisciplinarios de salud mental en la guardia de Hospitales Generales. Presentado V Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Noviembre, 2015. En <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/54931>

Mattioni, M. El caleidoscopio de la interdisciplina: la construcción de prácticas profesionales en una guardia de salud mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021.

Menéndez, E. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en Spinelli, H. (compilador). Salud Colectiva. Buenos Aires. Lugar Editorial, 2004.

Menéndez, E. “Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible.” En: Organización Panamericana de la Salud (editor). La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Publicación Científica Nro. 540. Washington DC: OPS; 1992. p. 103- 122.

Meo, A. “Consentimiento informado, anonimato y confidencialidad en investigación social. La experiencia internacional y el caso de la sociología en argentina”. Aposta. Revista de Ciencias Sociales, núm. 44, enero-marzo, 2010, pp. 1-30 Luis Gómez Encinas ed. Móstoles, España

Molnar, S, Belletti G, y Yorio M. “Internación Prolongada En Un Servicio De Clínica Médica”. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba 62, no. 1 (marzo 25, 2021): 8–14. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/27584>.

Natella, G. Salud Mental Comunitaria en acción: El problema de la formación profesional. S/f

Natella, G. La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En: Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de las Enfermedades e Cannellotto y Lutchenberg (comp.) Pp. 7-42. Buenos Aires: UNSAM EDITA, 2008

Natella, G y Cohen, H. La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Lugar Editorial, 2013.

Neiman, G. Y Quaranta, G. Los Estudios De Caso En La Investigación Sociológica, En Vasilachis De Gialdino (Coord.): Estrategias De Investigación Cualitativa. Barcelona: Gedisa. Cap. 6, Páginas 217-230. 2006

Oberti, M. 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 [Tesina de grado Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales]. 2019

Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos. Colegio de Psicólogos de Córdoba. Protocolo de Intervención en situación de crisis y/o urgencia en salud mental. 2018

Pantanalli, S. Estrategias profesionales: vías de construcción del proyecto ético-político del Trabajo Social en Argentina. 1a ed. - La Plata: Dynamis, 2015.

Pastorini, Al. "Las políticas sociales y el Servicio Social. ¿Instrumento de reversión o manutención de las desigualdades?". En: Montaña, Carlos. La naturaleza del Servicio social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. San Pablo, Cortez Editora, 2002.

Rosenhan, D. Acerca de estar sano en un medio enfermo. En P. Watzlawick, La realidad inventada. Barcelona: Gedisa, 1982: pp. 99-119

Samaja, J. Epistemología de la salud. Buenos Aires. Lugar Editorial, 2004.

Samter, N. "El Método de las Comparaciones Constantes, aporte para la generación de conocimiento desde el trabajo social. Ejemplos de investigación en el campo gerontológico con el uso del Atlas.ti 6." Apunte de Cátedra. Metodología de la Investigación Social II, 2017.

Sandoval, C. Investigación Cualitativa. Módulo 4. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Universidad de Antioquia, Medellín: ASCUN, 1997.

Sautú, R. Acerca de qué es y no es investigación científica en ciencias sociales, en Wainerman C. y Sautú (comp.) La trastienda de la investigación. Buenos Aires: Ediciones Lumiere, 2001.

Paim, Jairnilson S. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. En: Organización Panamericana de la Salud (editor). La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Publicación Científica Nro. 540. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 151 -168. Disponible: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6169/1/Paim%20JS.%20La%20Salud%20Colectiva.%20%201992.pdf>

Soneira, A. La Teoría Fundamentada en los Datos. Estrategias de Investigación Cualitativa. Barcelona, 2006

Spinelli, H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Revista Salud Colectiva. Buenos Aires, 2010;6(3): 257-293.

Stolkiner, A. Interdisciplina y Salud Mental. Presentando en la IX Jornadas de Salud Mental, Jornadas provinciales de psicología salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy, Posadas, Misiones, octubre, 2005 http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud_2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf

Taylor, Steven J., and Robert Bogdan. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Translated by Jorge Piatigorsky, Paidós, 1987.

Troiani, M. “La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias.” En: Revista Psicosocial & Emergencias. N° 63, 2011: pp. 1-8. Disponible en: <https://www.psicosocialyemergencias.com/intervencion-con-pacientes-sociales-la-identidad-profesional-del-trabajo-social-en-la-guardia-de-urgencias/> [Fecha de consulta: 17/04/2022]

Vasen N, J. y Massei, H. “Reinserción social en adolescentes a través del programa Cuidar-cuidando” En Revista: Vertex Argentina de Psiquiatría. “Adolescencia”. N° 70. Noviembre - Diciembre 2006.

Entrevistas

Entrevista 1º

Fecha: Septiembre 2022, presencial en el Hospital.

Entrevistada: Trabajadora Social Nº 1

E: D'angelo Gracias Julieta Mayra

E: ¿A qué profesión te dedicas? ¿Hace cuanto trabajas en el hospital en la guardia de salud mental?

TS1: Soy trabajadora social, estoy en el hospital desde el 2017

E: Me contaste que también trabajas en el Moyano, ¿ahí hace cuanto que estas?

TS1: Y ahora en noviembre cumpliría los dos años, o sea por ahora un año y 10 meses. Y aca desde septiembre del 2017 que tuve la designación yo venía haciendo guardias, que un poco roxana fue mi mentora, ella fue la que me formó en esto y eso lo hacía cuando te iban prestando ficha porque no había suplentes. Entonces vamos cubriendo así los lugares, hasta que se abrió la posibilidad de concursar concursé y en verdad, no concurso como suplente concurso como reemplazante, por eso es que estoy en un cargo fijo los lunes porque la colega estaba viviendo afuera en Ushuaia con un cargo político entonces. Maru (la ts de los lunes) bueno en el 2020 vuelve, fines del 2019 vuelve entonces yo paso como suplente. Vuelvo a concursar, concurso como suplente, queda descubierta la guardia de los domingos, entro a la guardia de los domingos

E: Bien, y ¿trabajas en otro dispositivo de salud o solo en estos dos lugares?

TS1: No solo en estos dos lugares, sí en el Moyano estoy en el marco de este amparo y estoy también, ingresamos por una cuestión de de falta digamos de profesionales, o sea el Moyano tiene un servicio social muy grande somos algo de 25 trabajadores sociales, si somos como muy muchos. Y bueno, había que cubrir sí o sí, y por eso empecé a cubrir un servicio de crónicas.

E: ¿Vos cómo entendés a la salud mental o cómo la podrías definir? ¿Tu postura como profesional ante este concepto?

TS1: Mira, fundamentalmente, justo estaba leyendo un texto para el concurso de mañana. Esta particularidad de entender a la salud mental es como que no deja de hacerle la separación, de separarla de la salud general. Uno no dice “salud cardiológica”, “tiene salud traumatológica”. Entonces, me parece un poco el tema de poder abordar en el marco de la nueva ley de salud mental

y cómo toma la ley, porque la ley es clara en cuanto a hablar, por ejemplo de padecimiento psíquico, o sea que lo conforma como algo que es situacional. Y que pueda ser, quizás no reversible, pero que en un momento está en una fase más aguda y hay que tratarlo pero que no es algo que determine para toda la vida, sino que es algo a tratar de la misma manera en la que se trata una diabetes. Entonces, pensar en términos de salud mental siempre va a quedar aparte si se la concibe como tal. Hay que mirarlo como proceso, no se si leyeron pero seguramente. Hablamos de salud-enfermedad- cuidados y en ese marco, si lo podemos entender así como concebimos la salud y como lo concebimos no como ausencia de enfermedad, sino como algo que atraviesa la persona que tiene que ver con el bienestar bio-psicosocial y lo integral, la integralidad del ser, entonces bueno, justamente le dije eso que por eso también el aporte de la interdisciplina es como (hace gesto de que es importante). Eso es poder concebirlo e integrarlo en el marco de la salud integral de una persona.

E: Perfecto, ¿todo esto que vos me estás mencionando, estos aspectos, por decirlo de cierta forma vos que podes observar o que te parece que puede atender en la guardia de salud mental?

TS1: Mira, algo que recién pensandolo me parece que es importante pensar en términos de, si hablamos de salud mental tenemos que hablar de una construcción histórica de la salud mental. Va a estar muy determinada, por la cultura, por la historia, por cómo se concibe la salud mental en sí, entonces si lo vemos. Si hablamos de historia, hablamos de sujeto, de todo el atravesamiento de todas las dimensiones de este sujeto, entonces digo ¿cómo fue constituido ese ser, ese sujeto? ¿Cómo fue subjetivado? Nos va a determinar cómo responde a su salud y el múltiple atravesamiento de lo cultural entendiendo el ámbito de lo familiar, de lo educativo, todo esto va construyendo un sujeto específico sobre el cual nosotros intervenimos, en el marco de una guardia, ya sea un hospital monovalente o en el caso de aca de un hospital general, con un padecimiento psíquico. A diferencia del Alvear o a diferencia del Moyano acá, específicamente cuando llega un paciente que no es atendido por la guardia o por el equipo de salud mental, primero pasa por la guardia y generalmente el médico ayudante es quien te dice “bueno, mira necesitamos la intervención del equipo de salud mental” a menos que, es raro que un paciente te diga “quiero halar con el equipo de salud mental” si pasa es porque vino y ya se atendió o porque esta en tratamiento, o porque es alguien que está cursando una crisis de ansiedad o algo así, pero en general la intervención del médico ayudante, de hecho tiene que ser como derivado. En su defecto si el paciente viene de la vía pública o de su domicilio el convocante va a ser el médico del same que lo trae en ambulancia. Ahi puede ser por un intento autolítico, por una sobreingesta, por autolesión, después otra de las situaciones es una persona en situación de calle, que también te puede llegar y decir directamente, porque no lo va a ver el medico, te va a llamar, ni siquiera llama al equipo de salud mental, llama a la trabajadora social directamente. Bueno ahí también sería esa como como la

vida de ingreso o cuando la misma ambulancia del same trae a alguien en situación de calle o sino cuando nos llega las evaluaciones interdisciplinarias a partir de oficios judiciales, eso sería como nos ingresan a nosotros.

E: y desde la guardia todo esto que estábamos hablando de cómo se construyen a los sujetos, con todas las subjetividad y con todo lo que eso implica y con cada situación en particular desde la guardia que cae cualquier caso de todos los que mencionaste y más allá de específicamente lo que hacen, sino como profesionales ¿qué aspectos de cómo se construye la salud mental de según tu marco teórico por decirlo de alguna manera pueden abordar? Comprendiendo que son situaciones tal vez complejas en la guardia con todo lo que eso implica.

TS1: Mira, no sé si te entiendo bien, pero bueno, partiendo de que la idea es el abordaje, que no siempre ocurre, porque hay que ver si la interdisciplina está construida o no, porque podemos ser un equipo interdisciplinario y seguir interviniendo disciplinariamente, cosa que no me pasa a mí, no pasa en esta guardia. Frente a las situaciones vamos los tres. No todas las guardias funcionan así, ni acá ni en todos los hospitales.

Vamos los tres, la escucha es conjunta. Quizás el psiquiatra no va si hay una situación muy específica de violencia o de abuso sexual infantil o de abuso sexual a veces también tiene mucho que ver con el posicionamiento no tanto profesional sino personal, tampoco es como que la disciplina es tan necesaria en la intervención entonces a veces como que prescindimos de, pero bueno, también lo real es que a veces en esto de prescindimos primeramente, si escuchamos algo y necesitamos algo necesitamos y convocamos, esto está siempre.

Creo que en primera instancia, cómo trabajamos, cómo abordamos la salud mental? interdisciplinariamente. Esto es lo que nos hace correr un poco esto de cómo entender a la salud mental como algo alejado de la salud integral del sujeto.

¿Después cómo era? ¿Cómo me dijiste que...?

E: Esto que desde la guardia, ¿que es lo que abordan, para vos, de todo este sujeto que llega con una situación, un pico agudo de algo... ?

TS1: Lo escuchamos en conjunto, depende. O sea, en esto hacemos la evaluación interdisciplinaria de cada situación que trae, depende cuál es la situación o el padecimiento que atraviesa ese sujeto en particular en ese momento, un poco es como que fluye de bueno como vamos marcando la dirección en cuanto a la intervención y qué estrategia. Porque no es lo mismo intervenir con una persona que vino en situación de calle que la encontraron deambulando en la vía pública con lo cual

digamos, vamos a priorizar siempre el trabajo social aparece asociado en primera fila, en un, insisto, en esta guardia en particular no es en única fila, en la guardia de los viernes tampoco es la única fila. Pero quizás si vamos a liderar un poco las acciones y más a definir las estrategias de intervención específicamente con ese sujeto.

Si llega alguien con una crisis de excitación psicomotriz y la va a liderar el psiquiatra, porque más que ponerme como un escudo humano no tengo, pero sí va a ser el psiquiatra.

Entonces bueno, si si llega una crisis de angustia, es muy probablemente la primera intervención sea de la parte de Psicología y nosotros más acompañando, al principio después bueno, con esta escucha escuchar, digo lo interesante de la de la interdisciplina específicamente es esto de poder tener una escucha en el mismo momento conjunta.

En ese marco es cuando uno va diciendo *“si esta bien y bueno, qué escuchaste vos?”* vamos sacando, qué aporte vamos haciendo porque no necesariamente, hay situaciones que ameritan que uno escuchamos y decimos bueno, nos esperamos un ratito. Vamos, charlamos y volvemos y hay otras que no, que ya nos vamos mirando y vamos haciendo nuestras apreciaciones y nuestras intervenciones cada uno, o sea, siempre el horizonte es entender la salud, integralmente, si una persona digamos, nos plantea una situación de que su angustia deviene de una patología o no se, muchas veces nos han pasado que acompañamos una situación de reinternación de un paciente que es oncológico y ya está en estado terminal. Está bien, sabemos que nosotros vamos focalizados desde la intervención de salud mental, pero que acompañamos todo lo que le está pasando a este paciente. Ahí nos posicionamos de una manera distinta y obviamente vamos a hablar con el médico y nos va a preguntar *“bueno, pero hoy tiene que quedarse puede irse?”*, es lo mismo con la familia. Eso va, o sea, siempre el padecimiento, la situación que traiga la persona, es esa persona, o sea, si puede hablar es esa persona y eso es muy importante, porque entendemos o concebimos nosotros como que la demanda viene de la persona, no siempre viene de la persona. Cuando te traen un pibe de la escuela, es *“ay no porque lo vimos que...”* bueno, está bien, vamos a ver qué le pasa a ese pibe obviamente alguien que puede hablar, pero vamos a construir la demanda en función de la necesidad sentida de esa persona.

Entonces, a veces pasa que te trae un familiar un paciente que te dice *“no, porque no toma la medicación”* y es bueno, ¿pero y qué fue lo que pasó? ¿Qué es lo que pasa? Bueno, *¿podemos hablar? Hablamos con la persona. Bueno, ¿qué te pasa a vos? ¿Por qué no la tomas? ¿qué pasa con tus tratamientos?* O sea la idea siempre que la referencia que pueda hablar sea la persona.

Y si es un niño también obviamente en el marco de la Ley de Protección Integral es lo mismo.

Prima el interés superior del niño, el niño como sujeto de derecho, entonces bueno, ahí vamos, hay algunas salvedades que es cuando hay una situación de abuso sexual infantil, como sabemos un poco más el protocolo, si vino la mamá o vino el familiar o vino que no sé la docente y trajo al niño y el niño ya algo mencionó al pediatra, ya no hablamos más con ese niño. Al niño se lo preserva, ¿por qué? Porque sabemos que va a haber todo un proceso que viene después qué va a tener que ver con entrevistarlo, en que declare y bueno ya va bastante tortuosidad, si, complejidad deviene todo este proceso después de habilitar el protocolo para que nosotros vayamos, o sea, no, solamente no le preguntamos, sino que aparte cuidamos de que no le pregunten ahí nos ponemos más... al menos quizás sea mas un rol del trabajador social, pero nos ponemos muy a la defensiva, que cuesta un montón, esto con la policía porque siempre viste está como esta cosa invasiva, con otros médicos que se meten y preguntan y bueno hay algo del orden del, esta bien que con los casos de abuso sexual infantil como que te atraviesan, nos atraviesan de una forma muy particular y todos quedamos como (da entender que quedan en shock) entonces todos tenemos algo que preguntar, algo que aportar, algo que decir y yo creo a la policia se le juega mucho el morbo, hay una cuestión ahí como muy de..., a mi gusto, entonces ahí un poco nuestro rol es, o al menos yo siento que el mío en ese momento es.. Ahí es cuando me peleo con la policía, no es que me peleó, pero mantengo distancia, explico y generalmente cuando convocamos el 137 pasa lo mismo. Si hay un niño y hay un adulto que vino a contar, se entrevista al adulto las chicas, digo chicas, porque generalmente son mujeres, el equipo de 137 también tiene. Sabemos que va a venir el médico legista o sabemos que después viene la parte de género de policía que sí o sí tienen que entrevistarlo entonces, por ahí es así nuestra intervención generalmente en esos casos es más trabajador social o psicólogo.

E: Nosotros estamos, específicamente investigando, nuestro trabajo corre a través de lo que serían las permanencias prolongadas, dentro de la guardia. Comprendemos que el hospital no cuenta con una sala de internación por salud mental y que las personas cuando necesitan quedar internadas queda internadas en la guardia, que comprendemos que tal vez, no sé si “la mejor opción” es la palabra, pero bueno, comprendemos que es algo que sucede. ¿Vos individualmente o bueno tal vez es una construcción que tienen como equipo, cómo percibís o cómo entiendes o cómo podrías definir a estar permanencias prolongadas que suceden en la guardia?

TS1: Como me atraviesa como profesional? Lo que pasa es que uno pese a que lo entiende conscientemente que no es algo que depende de uno, porque que haya cama en el alvear borda o Moyano no depende de mí, de que yo lo decida. Lo real es que uno tiene esa sensación de que no hace lo suficiente, por más que uno llame, por más que uno este, se la pelee, muchas veces hasta peleamos con las obras sociales porque hasta que se le hace efectivamente la derivación y todo lo demás y vos sabés sos consciente que profesionalmente haces todo lo posible, pero también sabes

que el paciente está permaneciendo acá sin recibir, está mal que yo diga sin recibir. A ver, recibe tratamiento, no es el tratamiento que... porque la verdad es que lo recibe, pero no es el tratamiento adecuado porque no va a permanecer acá, no va a seguir siendo atendido acá, entonces es el es el como sí, tratamos de estabilizarlo un poco. Pensamos en términos, digamos de bueno a ver qué es lo mejor, obviamente tratamos de que se compensen. Lo que pasa es que para que esto pudiera ser, no es que nosotros no queremos que esto sea una internación, o sea, el hospital no está preparado y también opta, no se si el hospital mismo o el sistema o que, para que que esto.. O sea para que realmente pueda tener la condición de una internación tiene que tener un único equipo tratante. Tiene que tener enfermería y tiene que tener un lugar y necesitaríamos un lugar acondicionado adecuado, o sea, nos pasa que hemos tenido últimamente, un par de situaciones de pacientes con ideación suicida, pero como muy intenso y vos te das cuenta cuando empezás a charlar con ellos, que a lo mejor ya llevan un par de días internacionales y te dicen, *“no y porque yo con el cuchillito de plástico estoy viendo cómo puedo hacer para...”* entonces ahí es cuando decís. Bueno, a ver por más que tengas consignas, es decirle a la consigna ojo ni al baño, o sea, está en la puerta del baño cuando el paciente entra, asegúrate que no haya nada, es llamar a enfermería para que enfermería, revise, porque suelen quedar gomas de sueros en los consultorios, suelen quedar elementos corto punzantes. Entonces pacientes que te dicen *“estoy viendo cómo poder ahorcarme con las sábanas”* y vos decís *“ay no y ahora?”* (se agarra la cabeza) o sea eso me refiero con las condiciones.

No es que nosotros, o sea creo que no habría no había nada que nos gustaría más que poder resolver, esta situación acá en el hospital, pero como no lo tenemos, carecemos de los recursos, de los equipos, o sea, no nos queda otra que derivar y en el mientras tanto sentimos que el paciente está quedando retenido en una guardia con un montón de limitaciones, escuchando al que se queja por un politrauma, es como... siempre decimos es como muy difícil atravesar una internación en esos términos. Obviamente está con otro tipo de padecimiento y requiere de otro tipo de atención, que por más que humanamente le demos lo mejor, no alcanza, entonces también estamos revictimizándolo, o sea, esa es la sensación profesionalmente uno lo atraviesa de esa manera cuando las internaciones se prolongan.

Aparte es muy difícil sostenerlo, o sea, realmente es como que te pongo mi mejor carita y te digo *“pero no hay cama”* y bueno, sí, qué sabe el paciente si yo estoy haciendo todo lo posible para conseguir la cama o le ganaron la cama. Eso es lo que es, hablo por mí, a mí me resulta muy angustiante, realmente. Eso me resulta angustiante

E: ¿Y más o menos, qué tiempo están en estas permanencias o internaciones?

TS1: Y mira a veces tenemos suerte que la cama salga en una semana, pero a veces hemos tenido pacientes más de un mes esperando a camas

E: ¿Y cada cuánto ves a estos pacientes que se quedan durante tanto tiempo?

TS1: Mira por ejemplo, nos pasa que teníamos un paciente.. Hay un paciente que estuvo, que la vi dos fines de semana seguidos, o sea, dos domingos seguidos había ingresado una semana, o sea que estuvo fácil entre 15 días y tres semanas y salió la derivación ayer a la noche. Ayer se fue una paciente al Moyano y otro paciente lo borda, salió ayer a la noche estas dos camas. Por ejemplo, teníamos otro paciente que ingresó y yo ya lo vi la guardia de la semana pasada, creo que había ingresado un viernes, el otro viernes y hoy nosotros le dimos el alta por ejemplo, pero porque estaba con la madre, porque habló con una ex pareja y tiene la posibilidad de alojarlo en su casa, porque quiere hacer tratamiento, porque lo vimos mucho mejor, porque podemos bancar, digamos tiene una una estructura, tiene una red familiar activa que habilita un tratamiento ambulatorio, pero bueno, recién hoy se lo pudo ver así un poco mejor y la verdad es que tiene obra social, que es la osba que es la Obra Social de la Ciudad de Buenos Aires. OSBA tiene un solo prestador y como no paga nos negaron la cama, o sea que acá no es que estuvo porque no había cama dentro del sistema, estuvo porque la obra social no tiene prestador que es terrible, entonces bueno hoy por ejemplo, esa situación se subsano, de esa manera.

A veces esto de dar un alta es un riesgo obviamente, pero son riesgos que hay que asumir también en el marco de lo que es estar como equipo de salud mental en la guardia. La idea es retener y que uno diga *“bueno ya tiene recursos, hay una conciencia de enfermedad, tiene apoyos...”*. Ahí uno dice bueno vamos, pero te puede pasar eso, porque si seguimos esperando cuánto tiempo va a estar este muchacho? porque ni siquiera podíamos ofrecer nada en lo público, porque al tener obra social...

E: Lo vuelve todo más complicado...

TS1: y si

E: bueno, y en esto vos decís que pesa, tal vez las condiciones necesarias por decirlo de alguna forma, en lo que tienen que ver con las permanencias, el hecho de decir bueno esta persona con todo lo que me implica la angustia, que me genera a mí como profesional y a la persona, identificar que no está recibiendo un tratamiento que corresponde y todo eso necesito que se quede ¿Qué factores se tienen en cuenta para que continúe internado?

TS1: Riesgo cierto e inminente para sí o terceros, cuando uno dice, Bueno, nada, no hay conciencia de enfermedad, no hay conciencia de situación y está en riesgo. El riesgo no es el diagnóstico, nunca. Esto está muy claro en la ley. Nosotros volvemos al marco de la ley y volvemos a la cuestión de por qué es internacional, un diagnóstico no es condicionante. Estamos evaluando una persona en el aquí en el ahora, pese a su diagnóstico, lo que le está pasando la situación de padecimiento psíquico que lo atraviesa en la actualidad, ¿cómo lo afecta? ¿Lo pone en peligro? ¿pone en peligro a alguien? ¿Qué evaluamos?

A veces este riesgo cierto inminente es una cuerda, es una cornisa porque muchas veces no lo sabes, pero es donde tenés que poner el peso y decidir y pasa. Pero generalmente, lo que te obliga a tomar una decisión de una internación, es el riesgo cierto inminente para sí o para terceros en el momento en el cual es entrevistado. Por eso es que sé entrevista y se evalúa todos los días y por eso tiene que hacerse en equipo.

E: Con respecto a eso de que se evalúa y se entrevista todos los días ¿cómo hacen para poder ordenar entre la urgencia constante y esa persona que está hace 15 días como lo mencionas, durante tres semanas y que vos sabés que la tienes que entrevistar porque si no pasan los días y esta persona sigue acá internada y no habló con nadie ¿cómo hacen un poco para organizarse? ¿Eso lo hablan también con los otros equipos? ¿Tienen contacto con los equipos de las Guardas de otros días? tanto como para las intervenciones como para las decisión de que la persona continúa internada o incluso una posible alta...

TS1: Mira, eso lo va manejandolo cada equipo en particular. Nosotros cuando hacemos los pases de guardia. Yo creo que sí tenemos que elegir, elegimos todos que el pase sea presencial, no siempre se da., por los tiempos de cada uno y bueno, muchas veces termina siendo por whatsapp telefónicamente bien. Igualmente cuando tomamos la guardia, yo creo que eso sí, todos los equipos leemos la historia clínica, vemos cómo estuvo el paciente durante la semana, que fue lo que pasó, o sea, si no lo conocemos, lo conocemos con primero la historia clínica vemos que pasó, que no pasó, como estuvo y a partir de ahí hacemos la la intervención con la entrevista. Esto es siempre es todos los días. Generalmente cuando toma la guardia prioriza los pacientes que están internados y no “las nuevas intervenciones” si hay una crisis de angustia y un paciente que demanda que se le escuche, porque no se... está en aislamiento que puede pasar también y se angustia porque no puede estar con los hijos, es súper importante pero el paciente va a seguir estando entonces bueno, vamos a resolver esto ahora un poco lo que va convalidando es esto. Porque aparte, esto más rige para la semana que para nosotros domingo que manejamos un poco más relajados, pero vos los tiempos de juzgados y de instituciones los tenes a la mañana, entonces sí o sí tenés que reentrevistar en la

mañana para ver también, qué recursos puedes habilitar, cómo, cuándo, con quién hablar? ¿Cómo armar red? O sea, eso lo haces hasta las 2 de la tarde. Entonces sí o sí es como la prioridad de los pacientes que permanecen internados.

Obviamente si te aparece una excitación psicomotriz o algo vas viendo qué hacés. O sea, el paciente permanece internado, pero leíste que sigue todo igual y que permanece el criterio de internación, Bueno vas manejando. Eso es como que va fijando las prioridades

E: Y un poco volviendo a lo de las permanencias, a las internaciones vos mencionabas de este paciente que lograron dar el alta, porque tenía una conciencia de la enfermedad y un sostén. Digamos ¿qué lugar ocupa para ustedes como equipo, o para vos individualmente la red socio afectiva de esa persona que está internada?

TS1: Determina, es determinante absolutamente, en el marco de la ley es así, o sea, esa red es determinante, si no tenés red es muy difícil poder pensar en términos de un alta. A ver un paciente que lo tuviste con una descompensación, un paciente crónico que en verdad el motivo de su internación, que esto es lo que muchas veces pasa, fue que dejó la medicación, o sea, el tema es si es crónico. Crónico, me refiero a muchos años de ese padecimiento psíquico, que esto va a convalidando un deterioro. Dejó la medicación y no tiene red... y la verdad que no se si va a ser fácil estabilizar y decirle al señor “ *siga por ambulatorio*” cuando no tiene conciencia de enfermedad y no tiene una red de sostén. O sea la red de sostén es importantísima... es esencial más que importante y es lo que muchas veces hasta te puede llegar a decidir, no sé... una ideación suicida, un intento autolítico... (piensa) ¿tiene red tiene red? ¿puede hacer un tratamiento? ¿va a estar acompañado las 24 horas?, bueno, quizás no es necesario que permanezca en la guardia. Si la familia se lo quiere llevar, el paciente, se quiere ir, bueno... se va con todas las alertas, con la indicación de acompañamiento a 24 horas, con el tratamiento farmacológico, pero tiene red.

La otra vez, por ejemplo, esta paciente que te digo que se iba que persistía con la ideación suicida, lo cierto es que, esta bien si, tenía madre, tenía hermanos, vivía con ellos, pero no quería saber nada con su familia. Entonces, si ella no quiere irse con su familiar no podemos contar con esa red. Si ella no va a hacer caso a nada que plantee su familia, entonces no nos queda otra que seguir en términos de pensar la internación porque aparte no desistía, entonces es eso fundamentalmente. Pero es esencial lo que armas, que a veces no es familiar, es socio- efectiva. A veces se habla de adultos mayores que están con un padecimiento psíquico, que están con un deterioro cognitivo y que uno ya piensa que en realidad son para un tercer nivel, que también es algo bastante común, el que pueden safar de una internación, que se les termina diciendo internaciones sociales, es la red y muchas veces la armas con vecinos. Con algún familiar lejano, un vecino, un posible cuidador y

armas porque no puede pasarse cinco meses acá esperando que le salga una cama para un para un geriátrico, para un tercer nivel. Entonces la red es esencial para evitar una internación y en ausencia de red muchas veces condiciona la externación ampliamente

E: Con respecto a eso ¿ustedes desde la desde la guardia con la familia o con los vínculos socio - efectivos o por ejemplo, estos de los vecinos que mencionabas, generan espacios, los llaman, tienen entrevistas?

TS1: Si, siempre, siempre, o sea más cuando tenemos que pensar. O sea, tomar la decisión de que el paciente se quede o se vaya es siempre con otros. Para cualquiera de las dos instancias que se vaya sí es familia, amigos, conocidos, a ver qué hay, cómo se puede, quién pueda acompañar, aunque sea... Muchas veces nos llega una situación de crisis de angustia, pero digo si vemos muy inestable a la persona la vemos muy lábil y dudamos porque consideramos, el psiquiatra considera que está bueno, que aunque sea puedo hacer medicada para que pueda dormir porque uno está durmiendo, lo primero que hacemos si vino sola a llamar un familiar para explicarle la situación y que esté acompañada; entonces, desde eso, hasta en el caso de un adulto mayor como que te venía diciendo que bueno uno siempre trata de armar a veces lo que no hay, somos nosotros los que armamos esas redes. Porque es lo que va a determinar que probablemente no se quede. Esto está siempre y cuando el paciente debe permanecer porque consideramos aún así, necesitamos aliados para este tratamiento. Muchas veces hasta el para el mero hecho de cuidarlo al paciente, imagínate que un paciente que tiene que permanecer y no tiene conciencia de enfermedad, si no tiene conciencia de enfermedad ni de situación, por más que el paciente te diga yo me quedo la internación es involuntaria, entonces si o si necesitas a alguien que este con él.

A veces si el paciente está con excitación, si se quiere ir, si el paciente se pudo poner agresivo, si el paciente no tiene red, si el paciente se lleva mal con su familia, necesitas la consigna policial. Eso también, es cómo habilitamos, cómo se manejan, pero bueno...la familia es siempre... para todo, familia, amigos, afectos, siempre.

E: ¿vos quién crees quién hace estos contactos? ¿cuál de las disciplinas lleva adelante estos espacios? ¿es en conjunto?

TS1: Es en conjunto. Al menos en la guardia del domingo, es en conjunto. Siempre obviamente lideramos un poco más que nada psicología y trabajo, por esto, es como que los que siempre somos que agarramos el teléfono primero y bueno llamamos y conocemos y citamos. Pero bueno, en este caso con Tere con mi compañera es como muy a la par, no es "*ah de esto se encarga el trabajador social...*". Si te puede pasar si un paciente clínico, o sea que ingresa al hospital por un causal clínico

queda en la guardia y los familiares no responden, que le digan al trabajador social que localice red, o sea, eso es como una tarea muy asignada de trabajador social. Como si nadie pudiera hacer, porque es levantar un teléfono y llamar que vengan.

Con los viejos es terrible el miedo que te lo dejen, que muchas veces pasa. Pero que te lo dejen acá, que te lo depositen, entonces antes que nada si ya no les contestó el teléfono, no se lo quiere llevar la familia. Y esas intervenciones, sí son para el trabajo social, o sea, es muy difícil que convoquen, capaz que si hay una un paciente con esas características, pero una familia litigante y capaz que hay más psicología también. Igual depende mucho de cada equipo, de cada equipo y no solamente el de salud mental, sino cada equipo de guardia viste, cada uno filtra cómo se maneja.

E: Antes cuando estábamos hablando por fuera de la entrevista, me comentaste de donde están espacialmente ubicados, o sea, nada como al lado del baño, básicamente ¿no?. ¿Cómo entendés que complejizan el laburo? ¿complejiza el tema de las entrevistas? Esto que vos mencionabas que no tener lugar para nosotros tal vez no es tan importante...

TS1: pero no tener un lugar para los pacientes es más importante. A ver el fin de semana igual es dentro de todo, es otra historia porque tenemos banquitos, las salas de espera están vacías.

En la semana esto se complica mucho, no tener un consultorio para salud mental, al menos que uno diga. Bueno, charlamos cómodos, es como que todo el tiempo uno está cuidando de que no haya nadie alrededor, de que la persona se sienta segura cuando está hablando. Porque aparte cuando utilizamos los consultores de atención, lo real que te irrumpe el enfermero, te irrumpe un médico, te están apurando porque necesitan el consultorio, entonces es como termina siendo mayormente de pasillo en la entrevista y obviamente no es agradable para nadie.

Entonces es difícil trabajar en esas condiciones. Bueno, creemos que hay ahí... como se me ocurre a mí, me parece, no como en esto de que nos sumamos todos al discurso de que como la salud mental es parte es una de la salud general. Bueno, también si es parte de la salud general, pero si yo necesito hacer, si hay que hacer una intervención o tiene que hacer una intervención el cirujano, el cirujano necesita tener.... Si pido cirugía, el cirujano necesita tener una camilla donde el paciente esté acostado para poder revisarle la panza, para ver si es una apendicitis o no. Bueno acá pasaría exactamente lo mismo podemos entenderlo como lo entendemos y lo conseguimos nosotros, como parte de la salud integral de una persona el tema es que necesitamos las condiciones para poder abordar ese paciente.

Que acá es lo que estaría faltando es eso, está bien, bárbaro. Es parte de la salud general, por eso está dentro de la guardia del Hospital General el equipo de salud mental como especialidades que actúan interdisciplinariamente pero ¿y si no cuentan con los recursos? mínimamente un espacio privado.

E: ¿Vos consideras, que estas cuestiones, que el hecho de que no se cuenta estos recursos materiales, favorecen estas permanencias prolongadas? ¿o hacen que esto se prolongue o no? o ¿hay otras cuestiones del mismo hospital?

TS1: La permanencia prolongada tiene que ver con no tener recursos, con no tener recursos de de efectores monovalentes, o sea como no tenemos internación acá, que un paciente permanezca tiene que ver con que no haya cama en el sistema es así.

Al contrario te diría que esto tiende a expulsar, no que permanezca, o sea, todo lo contrario, lo cuál es totalmente indigno.

E: Y estas derivaciones que muchas veces no se concretan o que otras sí, ¿estas redes con otras instituciones como se fueron construyendo?

TS1: acá no hay redes para las derivaciones, es coordinación Same los primeros cinco días, vos llamás a un número que es coordinación SAME, hablas con quien está de guardia a cargo de la coordinación ese día, les decís *“tengo a tal paciente esperando cama”* *“Buena me fijo si hay camas o te dicen, no, no hay cama, se anota el teléfono cualquier cosa, te llamo”* es eso, no hay redes. Primero cinco días se hace por coordinación, same a partir del día número 6 se hace por la Dirección General de Salud Mental listo, se acabó el circuito. Los recursos son todos los mismos, todos disponemos de la misma cantidad de recursos.

Y no son redes, son recursos. Esto de no tener recursos porque en verdad nosotros cuando continuamos determinando criterio internación para un paciente lo que necesitamos es cama en un hospital especializado, punto, si no hay no hay recursos no es que no hay red. La red es otra cosa la red, es cuando la armamos nosotros, la red cuando decidimos externar porque construimos algo, puede ser desde personas hasta instituciones que vayan a acompañar el tratamiento ambulatorio de esa persona, de ese usuario, usuaria. Pero esto sería al marco en el cual no tiene criterio de internación. No tener criterio de internación no significa no tener criterio de tratamiento, el tratamiento puede ser ambulatorio, pero ya el riesgo cierto terminante declinó, listo perfecto, tiene criterio de tratamiento; de tratamiento ambulatorio o a veces de un dispositivo un poco más complejo, que tampoco contamos con mucho, entonces uno va armando y eso sí, a veces se arma un poco artesanalmente, mayormente se arma artesanalmente. Ahí si se convoca a familias, amigos,

uno va viendo instituciones, hay pacientes que vienen como vinculados a algunas instituciones, entonces va contando con esas redes y ahí sí, pero tiene que haber cesado el criterio de internación. Acordate la internación como el último recurso.

E: ¿estas estas redes que se van construyendo artesanalmente como por fuera de la institucional, crees que se construyen interdisciplinariamente o que hay alguna de las profesiones que tome ahí como la batuta?

TS1: No, yo creo que sí que es interdisciplinariamente, que lo construimos, que lo pensamos, o sea, nada, por ejemplo, el psiquiatra tampoco ya sabe que qué tipo de recursos uno puede entonces “*te acordás aquella vez dijiste...*” y ahí vamos pensando juntos y vamos armando, pero generalmente sí, esto lo pensamos entre todos, porque bueno es tomar la decisión de una alta, entonces el alta tratamos de que sea una decisión que la tomamos entre todos, estamos hablando siempre de pacientes que están internados. Entonces bueno, la decisión de una alta hay que tomarla desde las tres disciplinas, porque hay que cubrir todos los aspectos para ver que realmente pueda ser externado y pueda sostener un tratamiento ambulatorio. Porque está bien listo, viene, no sé viene la madre, se lo quiere llevar. Está bien perfecto. Se lo quiere llevar, pero ¿va a poder sostener un tratamiento una madre de 85 años que se lleva un paciente crónico que se pone violento? y la verdad que no, por más que se lo quiera llevar y bueno, necesitamos armar un poco más, si no lo podemos armar y bueno, tendrá que sostener para pasar una internación.

Y ahí no es que falla, porque uno puede entender como que falla lo social, ahí no es una falla de lo social, no es que falla la madre es ver qué recursos, si el recurso es la madre y la casa de la madre, pero la madre tiene 85 y el paciente no tiene conciencia de enfermedad y probablemente vuelva a dejar el tratamiento, no me puedo arriesgar. Entonces uno ahí va evaluando, si apareciera un hermano, si apareciera un amigo de toda la vida, que este pibe, le responde y acepta y tiene y pueden monitorear y acompañar a la mamá, en esto y bueno, lo vamos pensando. Pero ahí los hacemos afirmar a los dos, ahí vemos y siempre y cuando consideremos que el momento de la entrevista cesó el criterio internación por salud mental sí es un paciente que está delirante, no se lo puede externar, que tiene ideas de muerte como la seguía teniendo la paciente que derivamos el otro día, así tenga todas las redes de apoyo, tengas a toda la familia que te dice “*yo me la quiero llevar;*” pero decis bueno firmame aca se lo lleva bajo su responsabilidad.

E: Volviendo un poco a estas redes socio afectivas que puedan existir y a estas redes que se construyen artesanalmente, ¿consideras que conocer el Área Programática del hospital ,diferentes espacios que puedan ir surgiendo en la zona, les favorece? ¿los conocen o no?

TS1: Igual va a depender mucho de cada, o sea, de cada situación y sujeto en particular, porque a veces las redes son algún tratamiento ambulatorio que hizo, o sea esto con consumo de sustancias es bastante común, es ver si hubo alguna intervención en algún momento si tu equipo tratante entonces uno trata de contactarse de ver viste, o sea más que nada es eso sí, en los recursos y los dispositivos que hay, que no necesariamente son en la comunidad a veces es como que son intersectoriales entonces exceden el ámbito de la comunidad misma. Capaz que en casos a ver si uno lo piensa en términos de niños quizá uno puede contar más con recursos en la comunidad, si puede pensar en la escuela, si puede pensar en el área problemática del hospital, puede pensar en el centro de salud, entonces hay uno diseña algo que tenga más que ver con esto. Pero aparte tene en cuenta que la guardia no necesariamente atiende a pacientes que están en el marco del Área Programática del hospital, entonces es más, si alguien que no está dentro del área programática, ni siquiera le podemos sugerir que llame el 147 y pida turno para Salud mental de acá, porque no lo atiendan. Entonces tiene que estar dentro de la jurisdicción, tiene que estar del área problemática, es todo un tema entonces a veces quizás nos sirve esto de pensar en redes para un paciente, no sé alguien que está en situación de calle, ver los recursos de San Cayetano, es esto no es que hay demasiado, pero es muy depende de la situación. Conocer vas conociendo obviamente, las compañeras de planta que muchas veces, por eso también terminamos como intercambiando y preguntando viste nos colaboran un monto, al menos a mí por lo menos hablo por mí, me colaboran, más que nada porque tienen como más activos los recursos que pueda haber en zona, porque a ver, no es que uno se pone necio y no conoce, pero también esto de los recursos que uno puede armar con instituciones, la verdad es que también son bastante dinámicos, porque lo que tenías ayer no sabes si lo tenés mañana, entonces tendrías que estar todo el tiempo activo con eso y con qué es lo que les pasa a las chicas de planta. Como que todo el tiempo van articulando, lo que me pasa a mí desde el Moyano. Pero, es diferente estar en la Guardia. Yo creo que el 80% de las intervenciones que hacemos con pacientes, no son del área temática del hospital, entonces ahí lo que armas es a veces por lo que conoces, por los contactos, por donde te quisiste comunicar, pero es más que nada, por eso es como lo vamos construyendo nosotros en el devenir de las guardias y bueno y ver con quién nos vamos contactando.

E: volviendo un poco a las personas que acceden acá a la guardia de salud mental con lo que tiene que ver con el diagnóstico o a una aproximación de un diagnóstico ¿cómo lo construyen, lo construye? ¿Hay algún tipo de jerarquía de las profesiones o no?

TS1: en verdad, el diagnóstico siempre es en términos, del atravesamiento situacional de la persona en cuanto a su padecimiento psíquico en ese momento, entonces sí uno tiene como un diagnóstico presuntivo o un diagnóstico por el cual ingresa, o sea sobreingesta medicamentosa, Situación de calle con no sé o desorientación en la vía pública, personas en situación de calle, sea no se abuso sexual infantil, situación de maltrato. Eso es con qué llega, ¿Cuál es la demanda puntual? ¿Que amerita la intervención del equipo de salud mental? y a partir de ahí se va viendo pero sí, generalmente sí hay un diagnóstico de inicio que va a tener que ver con desde donde se empieza a insertar el equipo y cómo empieza a intervenir y a partir de ahí muchas veces es el diagnóstico, en verdad no va a estar supeditado a esquizofrenia paranoide, generalmente sí a ver puede ser ese es su cuadro de base. Llegó por una descompensación psicótica a causa de haber dejado el tratamiento psicofarmacológico bueno listo.

E: ¿consideras que como determinan el diagnóstico afecta indirecta o directamente a la permanencia prolongada o que se prolongue la internación?

TS1: no, porque vos acordate que no hay una cuestión de que permanezca por diagnóstico, en esto también volvemos a esta cuestión situacional, el padecimiento en el marco de la ley, lo toma al padecimiento psíquico como algo situacional, entonces yo para evaluar si tiene que permanecer internado hacemos una entrevista interdisciplinaria todos los días, todos los equipos porque volvemos a evaluar riesgo, cierto inminente para sí o para terceros entonces al evaluar esto, es donde vemos si continúa o no con criterio internación. Entonces no, porque digo pudo haber tenido.. que pasa un montón de veces, pacientes súper crónicos que llevan muchísimos años su vida tomando medicación por X evento o por lo que fuera la dejaron de tomar, se descompensaron y terminaron en la guardia y vos lo ves que lo tenes dos o tres días y que enganchó bárbaro. O haces algún retoque o modificas algo y vos ves que cambió un montón, entonces te das cuenta que es el tema que perdió la adherencia el tratamiento farmacológico, entonces necesitas reactivar. Bueno, cómo lo reactivas si tenés con qué, aparte tenes al paciente te dice *“la verdad me siento mejor ahora que estoy tomando la medicación”* y bueno distinto es al paciente que te digan *“no mira, yo no voy a volver a tomar la medicación”* y ahí tenemos que ver qué hacemos, si no está de acuerdo conseguir un tratamiento ambulatorio, no podemos dar el alta. Al menos en mis experiencias es es la interdisciplina, vamos a hacer nosotros lo que vamos a determinar y todos los días.

E: Y en esto de que todos los días lo interviene un equipo distinto y que todos los días se hacen entrevistas, imagino que puede fluctuar tanto el diagnóstico como el tratamiento...

TS1: Sí, porque va a estar criterio de cada una de las intervenciones de los equipos que van fluctuando.

E: ¿consideras que afecta?

TS1: obvio obvio que afecta, sí, porque las miradas y las escuchas son otras. Uno puede tener una línea, una misma línea más o menos hay cosas que son muy obvias, pero otras que no tanto. ¿Uno desde donde escucha? ¿que ve? y también de hecho tenemos, hay guardias que son más no alojar lugares, que son más de abrir la puerta y que se vaya, hay guardias más de alta y hay guardias que por distintos motivos deciden la permanencia de los pacientes, el tema es esto cómo actúa esa guardia, ese equipo. Y hay guardias que no son equipos también, que es multidisciplinario no es interdisciplinario.

E: Ya para terminar queríamos preguntar para vos, ¿qué crees que desde la guardia, desde tu profesión, pueden llevar a cabo para evitar las vulneraciones que se puedan generar con estas permanencias prolongadas? ¿Qué puede hacer la profesión para promover o para proteger ciertos derechos? ¿qué potencia si consideras?

TS1: Mira y eso también lo vas a escuchar diferente en las distintas guardias. Yo suelo utilizar mucho a los abogados extensores, o sea están muchos que te van a decir, “no, obstaculizan”. A veces sí, a veces no, es más. Es más, me llama mucho la atención cuando no están porque deberían estar, deberían haberse comunicado. O sea, están enmarcados dentro de la ley y tienen que estar apareciendo y tienen que estar representando al paciente al familiar después como... Hay un antes y un después de la pandemia, como que después de la pandemia no los volvimos a ver más. Durante la pandemia llamaban por teléfono, ahora ninguna de las dos cosas, pero están como bastante ausentes los abogados del artículo 22. Yo suelo implicarlos mucho, o sea, si no están y no están presentes, es como si mira, tengo el paciente, no me sale la cama, fijate qué hacemos con el juzgado, fijate, o sea, por lo menos me mando, ellos no lo pueden resolver, pero al menos pueden petitionar y les hincho.

A veces es el órgano de revisión también, cuando uno va a hacer el control de la internación o ves que se están vulnerando muchos derechos, la asesoría general tutelar muchas veces, haciendo presentaciones cuando nosotros vemos que de un paciente se están viendo muy vulnerados sus derechos. Para mi el tema de los recursos no siempre funcionan, no siempre actúan, pero para mi hay que agitar, otra no queda. Entonces es cuántas cosas uno puede hacer y cuanto puede demandar para que esto surja. Esto es un poco de lo que me agarría o de lo que me parece que es importante. Y eso si es muy del trabajo social, ahí si no vas a tener el resto de disciplinas que a lo mejor tengan esto. Bueno, a qué a quién llamamos?, ¿qué hago? ¿como? ¿a quién le rompo la paciencia? Como eso muy, la persistencia es muy nuestra eso sí, eso hay que hacerse cargo,

E: y por último...

TS1: para que me quedo algo, a veces uno piensa para ver como hacer para que el tiempo que el paciente esté acá, sea lo más humanamente, digo humanamente puesto no le cabe a ninguna profesión si no tiene que ver más con la humanidad, sea la más llevadero posible muchas veces pensamos en decir, bueno tenemos... lo que pasa que nos supera la realidad.

Y la diaria en tener a lo mejor armado viste siempre revistas, el poder tener revistas, el poder tener algunos libros, el poder tener de hecho teníamos un ropero en guardia, que lo dejamos de tener porque mudaron la guardia y entonces utilizamos el que está acá en servicio social y buscamos cosas acá para que algunos artículos de higiene personal que hay acá. Esto se empezó a armar antes no estaba, se empezó a armar en la pandemia, la pandemia es como que empezamos mucho con esto.

Igual con los pacientes que quedaban aislados, qué hacíamos... Antes si algo de ropa había, con Karen que es la psicóloga los lunes, yo antes estaban los lunes, teníamos en nuestro placard de la habitación, teníamos el raperito. Entonces bueno esto que no podés, tenes un paciente que hace tres días que no se baña, que tiene que permanecer y el familiar...(da a entender que no está presente). Bueno "*cambiate, date un baño*". Entonces uno, muchas veces hablamos de eso de poder tener, lo que pasa que el tema es donde lo guardas, no tenemos espacio ni para guardar nuestras propias cosas, entonces estaría buenísimo que podamos contar, no sé con libros con revistas, con crucigramas algo como para pasar el tiempo viste, pero bueno muchas veces lo pensamos en armamos a veces, aunque pediatría tiene, o sea, que ya los chiquitos viste eso como cuando están en pediatría les proveen estas cosas, pero a veces cuando las tenemos un tiempito acá en guardia también, como lo primero que te piden los chicos es algún juguete. Entonces salimos a buscar yo, por ejemplo en general habitación donde estoy guardo un par de cosas que me dieron, que como son unas chucherías no se las afanan, por eso también es otro tema viste que se la lleven. Entonces voy, busco algún librito, alguna cosa así, pero uno dice no es nada, pero para el que está un montón, yo siempre digo que tenemos... quizás si es muy de nuestra disciplina, que eso con los orígenes lamentablemente o tiene que ver con una cuestión de más empatía o de ponernos en el lugar del otro, pero es esto de bueno la privacidad esto de que no haya otro cuando entrevistamos, esta cosa bueno querés tomar algo, te hago un mate cocido caliente, te traigo una galletita comiste. Que a veces no es solamente al paciente sino también el familiar, pero en esas cosas, hasta te podría decir que es muy nuestro, mi experiencia, es muy nuestro también: Nos presentamos o sea generalmente yo soy la presentadora, porque si no viste como que uno tiene esta cosa mecánica. "*Bueno, mira, somos el equipo de salud mental*" o a veces ni siquiera entonces bueno, no, a ver momento. Es algo

básico para una persona. Entonces creo que sí tenemos cómo esta posibilidad a veces de correrlos de esta cuestión tan mecánica, y ponernos más en conexión con ese otro que está padeciendo y con quienes acompañan ese padecimiento para estas cuestiones básicas.

Me parece que hay que colaborar, o sea, son cuestiones mínimas, pero hacen a la humanización, humanizar al otro.

Eso sí me parece como esencial y que en la mayoría de las colegas no sale viste, como en la otra guardia, no sé si llegaste.. no vos no, porque no eras acá no se tu compañero, llegó a conocer la otra guardia la vieja. La guardia vieja era todo como una sala más general con cortinas, entonces estaba esto de este corro la cortina porque estas cambiando otro y estoy viéndolo entonces. Pero no solamente por el mío de salud mental, sino el otro, ¿por qué todos tienen que estar viendo el culo? Pero por eso son esas situaciones y a mí personalmente me pone muy paranoica cuando hay otro ahí al lado escuchando, más de una vez a alguien que está cerquita porque como no tengo lugar, o sea, es esto está el paciente, a veces tenés que entrevistar en un consultorio donde ya hay una camilla ocupada, entonces es bueno, mira, salgamos, después volvemos a entrar, sino es decirle al familiar del otro paciente, porque a lo mejor el otro paciente está dormido entonces “*señor se puede retirar...*” Pero son detalles que hacen a alojar, a dar cuidado, contención de otra manera.

E: ¿Qué crees que, para tenerlo como más conciso, para vos que hace falta para disminuir estas permanencias prolongadas?

TS1: no hay recursos, porque ya te digo la permanencia prolongada no depende del criterio, o sea, si tiene criterio tiene criterio y lo determinamos ahora, o sea que permanezca va a tener que ver si tengo no tengo el recurso para poderlo derivar, no hay tutía.

Volvemos siempre al mismo tema de siempre, o sea, tenemos 12 años de implementación de la ley, pero no tenemos los recursos, mejor dicho de legislación de la ley, pero no tenemos los recursos para implementarla.

Seguimos en el como si, yo tengo en el Moyano tengo un montón de pacientes en el servicio que están en condiciones de alta, porque están estables porque son pacientes crónicas que van a morir locas no es que va a cambiar algo en su situación. Pero no tienen criterio de internación, pero no tengo a dónde mandarlos. No hay casas de medio camino, no hay suficientes hogares, no hay dispositivos. Entonces están años esperando, están en condiciones de alta pero están años esperando la derivación, porque no tenés familia o porque la familia no se puede hacer cargo a lo mejor de cuadro tan complejos, pero que tenga un cuadro complejo tan crónico no amerita que tenga que

seguir internada, entonces ahí te falla el recurso y a veces hacemos ahí, si te puedo asegurar, que hacemos unas redes humanas que son (gesticula como si fuese algo grande)

Yo creo que recién uno cuando empieza a trabajar en esos ámbitos se da cuenta de lo que uno es capaz de hacer para que algo se mueva, porque en realidad lo que uno necesita es que las cosas se muevan, porque sino es como que te quedas vos ahí...

Ahi si, terminas viendo..yo te digo que desde que estoy trabajando en el hospital especializado creo que nunca defendí tanto la internación en espacios públicos, porque no tenes nada que ver con el ámbito privado a diferencia del imaginario. Cuando me dicen “¿Cómo me voy a ir al borda?” “¿Cómo me voy a ir al Moyano?” Digo, “ay agradece que te vas al borda o al Moyano” por lo menos ahí tenes regulación, te van a internar siempre y cuando tengas criterio, vas a permanecer lo mínimo imprescindible, o sea, estas cosas son nosotros hacemos, no te digo magia pero más o menos para ver cómo podemos habilitar una externación y cómo sostenemos a las pacientes y se re trabajan con la calidad de vida, cosa, cosa que no sé si en otros ámbitos, en el ámbitos privados se trabaja tanto como por el bienestar general y tanto trabajo con las familias y con las distintas disciplinas, pero bueno, eso no es la guardia.

Eso a mí personalmente me gusta mucho el laburo en el monovalente porque me hace como compensar la guardia, si no siempre te quedas con esta cosa de la urgencia y ¿qué pasó con el paciente? entonces yo vengo de discapacidad y de salud mental pero en otros ámbitos vengo de hogares, entonces vengo con un recorrido distinto donde yo estoy acostumbrada a esto del acompañamiento, de construir vínculo, del armar con familias, de las asambleas, de las jornadas de los eventos y acá es como que me queda sin nada, entonces bueno nada a mí en estos dos años casi el Moyano me permitió eso, reconquistar esto, esto perdido cuando empecé a trabajar en en guardia. Te compensa un poquito si no es difícil porque, o sea tiene esto bueno de que entraste, laburaste, te fuiste, te olvidaste o al menos tenés que poderlo hacer así, pero por otro lado tiene esto también de nunca saber qué pasó y bueno y esto del vínculo me parece que... yo en el hospital (se refiere al Moyano) me río un montón, son viste como nada, me estoy y armamos pero porque uno va, digamos enganchando en esto y yo creo que ahí es como ahí sos como un poco más consciente que trabajas para la calidad de vida, que es otra cosa ganas, porque digo no les voy a cambiar la realidad de las pacientes, pero el tema es que no es lo mismo de qué manera uno las atiende, qué tiempo les dedica, ¿cómo, ¿qué hace? ¿Cómo atiende como escucha? ¿Entendes? a veces me joden mis compañeras, nosotros somos equipo interdisciplinario dentro de un servicio y me joden porque me dicen “*está delirando no trates de explicarle*” (se rie) Pero sino yo me siento mal, no puedo cerrarle la puerta... Por eso me parece que es lo más creativo que tiene esta disciplina, esta cosa de

poder ir siendo más maleable y estar siempre en función de las necesidades y los lugares que va siendo necesarios de ocupar. A veces pasa eso, hay lugares vacíos, no se si es tanto pensar qué intervenciones me corresponde desde el trabajo social, si tenes que... hablando desde el hospital (moyano) y también desde acá, porque a veces es lo que nos pasa con esto de la interdisciplina que se nos juega esto de lo transdisciplinario, como bueno, a ver uno va aprendiendo el tema es, yo lo aprendo, lo implemento y ¿hasta qué punto lo implemento? porque ahí también hay un riesgo, o sea, yo tengo que hacer una escucha empática, tengo que hacer una escucha atenta, pero ¿qué digo después de que termino de escuchar? ¿cómo respondo? porque está bien escucho, pero mi intervención no puede ser una intervención psicoanalítica porque no tengo fundamento para hacerlo. Entonces hay que, por más que uno este re acostumbrado o yo no puedo hacer una opinión sobre una medicación por más que lo sepa, pero porque ahí se empiezan a jugar otras cosas, entonces eso sí me parece que es importante tenerlo en cuenta en la interdisciplinas. Uno puede tener muy aceitado y puede hacer, el tema, es que cómo lo haces y qué le devolves al paciente de esto ahí me parece que para ciertas cuestiones tiene que quedar muy claro de que disciplina deviene, porque sino parece que todos hacemos lo mismo y es como nada y no genera seguridad, entonces eso también es importante, por eso digo esto que a veces se tiende a confundir y uno tiene que ir buscando el equilibrio. Me pasa con las pacientes allá que por ejemplo, viste. *“Ay, no te quiero contar un sueño”* eso con la psicóloga... Pero porque si no es esto, porque aparte como necesitan hablar y terminamos hablando todas, pero capaz, que eso hace que después no le cuente a la psicóloga, entonces bueno, esto de encontrar el equilibrio y acá un poco lo mismo el tema es nuestras intervenciones a partir de una escucha, sí, y esto es muy aceitado con el otro porque a veces nos vamos complementando y no es complicado, pero el tema es cuando no nos complementamos y cuando uno termina siendo intervenciones que dejan al otro como mal parado, ya sea el compañero, o sea, el paciente, hay que tener como mucho equilibrio en esto por más que uno tenga mucha certeza.

Porque a mí me pasa, hoy por ejemplo a un paciente le habían indicado el psiquiatra, le había indicado la Levomepromazina y yo sé por todos mis años en instituciones, aparte, yo se mucho de medicación igual, pero porque nada, pues manejé instituciones. Yo sé que la Levomepromazina si no tenés, la prometazina es como es bastante similar. Entonces la enfermería me dice, no hay Levomepromazina le digo ¿*“hay prometazina”*? Me dice, sí, prometazina sí, así que bueno, déjame que le consulte al psiquiatra, no le voy a decir, bueno, dale prometazina, porque no corresponde, dejarme que le consulte, le consulto al psiquiatra y me dice que, yo sabía que me iba a decir eso, pero yo no puedo correrme de ese lugar, no es una decisión que tengo que tomar yo, por más que la tenga re clara, entonces eso también que a veces es como lo que va como, una cosa es lo ínter, otra

cosa es lo transdisciplinario, lo transdisciplinario que está buenísimo es hacia qué, porque la transdisciplinas es cuando todos tenemos un mismo discurso que parte de lo interdisciplinario, el tema es que no tomemos posiciones en esto, no terminemos cubriendo un rol que no nos corresponde. De esto pensándolo en términos del paciente más que nada.

E: Perfecto todo, muchas gracias por tu tiempo y por tus respuestas

TS1: Gracias a vos

Entrevista 2º

Fecha: Septiembre 2022, virtual

Entrevistada: Psicologo N° 4

E: Javier Damián Amaral de los Santos y D'angelo Gracias Julieta Mayra

E: Buenas tardes, empecemos con tu profesión.

PSI 4: Soy ..., psicólogo de orientación psicoanalítica. He trabajado en el ámbito público, entre otras cosas, la guardia interdisciplinaria de un Hospital General. He tenido también experiencia en otras instituciones públicas. En el Hospital he estado dentro de un equipo interdisciplinario de fibrosis quística, en el servicio de salud mental y he sido supervisor del servicio de salud mental. Ahora soy supervisor de concurrentes, ya no porque las concurrencias parece que desaparecieron, pero he sido supervisor de concurrentes del área programática del Hospital (...) hasta el año pasado. Con el tema de los concurrentes, no va a haber más aparentemente. Y soy dentro de la UDH del Hospital (...), que Unidad de Docencia Hospitalaria que pertenece a la Facultad de Medicina de la UBA, soy jefe de trabajos prácticos de Psiquiatría. Así que dentro del ámbito público son todas esas mis funciones, mis laburos. Aunque estamos netamente reunidos por la Guardia de Salud Mental en un Hospital General.

E: También nos interesaba saber si te habías desempeñado en otros dispositivos de salud mental o del Hospital.

PSI 4: He sido también de la guardia médico operativa del instituto de trasplante de la Ciudad de Buenos Aires, que también es una institución pública.

E: Queríamos saber cómo entendés a la salud mental o cómo podrías llegar a definirla.

PSI 4: En realidad, ¿hay salud mental? Habría que partir de esa pregunta y dejarla abierta, no contestarla. ¿Hay salud mental? ¿Qué es Salud Mental? Porque lo que se podría entender por salud mental por alguien que no se encuentra con una situación conflictiva en lo que es a la salud mental, podríamos decir que hay una neurosis adormecida o una psicosis no desencadenada. Alguien totalmente adaptado al otro social. ¿Qué es ser sano mentalmente? De alguna manera, yo entiendo las definiciones del campo psicológico, del campo psiquiátrico, del campo del Trabajo Social, pero no podemos entender la salud mental, leerla, con las mismas coordenadas de la salud corporal orgánica, la manera de lo que es el discurso de la medicina. No es lo mismo. El psicoanálisis funciona un poco a contrapelo de los discursos psicológicos y de lo que es el concepto de sm porque parecería que por salud mental podríamos entender a todo individuo adaptado a lo que el otro social espera. Entonces cuando alguien desde las coordenadas de la salud mental enferma, ya sea por una eclosión, porque vamos a centrarnos en nuestra entrevista, en un momento de eclosión alguien enferma desde el lado de la salud mental, algo cambia drásticamente de un día para el otro, se produce una urgencia subjetiva, entonces viene a la guardia. Paralelamente hacemos una eclosión desde el lado orgánico, una apendicitis. Viene a la guardia. ¿Qué pasa con la apendicitis? Se opera, se cose, se hace un seguimiento, se quitan los puntos, se da el alta y el sujeto vuelve a ser el mismo de antes. ¿Qué quiere decir que vuelve a ser el mismo de antes? Que se vuelve a reinsertar en la cadena de producción de lo que la sociedad espera como individuo productivo. Producción en un sentido amplio no porque esté en una cinta operaria, obrera. Pero sí es verdad que la revolución industrial y el capitalismo han diseñado el aparato social del cual todos somos partes y en el cual si no somos productivos es porque no estamos sanos. Podríamos pensarla dentro de esas coordenadas. Podríamos decir que la salud mental es el concepto de bienestar que tiene un individuo, que mantiene un individuo a partir de ciertos estímulos que vienen del afuera. Y ese afuera son factores ambientales, sociales, factores psíquicos, y acá es donde el psicoanálisis mete la cola, porque internamente también hay estímulos que rompen con la homeostasis y la estabilidad de un individuo. Alguien puede presentar... alguien puede no presentar un conflicto psíquico de alguna manera desencadenado, explícito, pero si socialmente labura bajo condiciones de trabajado totalmente pauperizadas, fuera de la ley, no llega a fin de mes y no le alcanza el dinero, no puede alimentarse bien, apenas puede alcanzar las necesidades básicas, entonces no es alguien que se lo pueda considerar desde el lado de la salud mental un individuo estabilizado. Lo social tiene que ver. Cuando yo tomo la supervisión de los concurrentes de área programática, que son mayormente niños que vienen derivados de la escuela pública, lo que yo le dije a los concurrentes en ese momento, es que muchas veces los conflictos a atender son otros que los del complejo de edipo y estas cuestiones que se espera desde el lado de la psicología (porque son concurrentes de psicología o de salud mental). Un pibe que viene derivado al área programática y que no cumple sus

necesidades básicas hay que ocuparse primero de eso. Luego ver el conflicto intrapsíquico por el cual pueda tener tal o cual conducta. Entonces, vuelvo. Quien llega a la guardia por una eclosión desde el lado de la salud mental, el movimiento no es el mismo que desde la medicina. Es ahí donde el psicoanálisis mete la cola. Cuando alguien queda interpelado subjetivamente por una eclosión no se trata de la cura, reintegrar la salud mental no pasa por volverlo al estado anterior, sino producir una rectificación. Que ese sujeto no sea el mismo de antes. Entonces ese movimiento es anti-sistema porque generalmente las eclosiones subjetivas tienen que ver con un conflicto con el orden social, con el otro social. Porque el otro social es un discurso amo también, como el de la medicina. Entonces cuando alguien, un individuo no presenta alteraciones en su salud mental es porque es alguien socialmente adaptado porque cumple con lo que la sociedad espera de él y lo que la sociedad le da como retribución a él le alcanza. ¿Es alguien sano esa persona? ¿o es alguien adormecido? Es una pregunta, una paradoja que es interesante mantener, no contestarla. Si bien podemos entender como salud mental ese equilibrio que cualquier individuo puede mantener entre lo social, lo psíquico, lo ambiental y lo biológico, ¿a ese equilibrio de verdad lo podemos llamar salud mental? Perdón, pero bueno el psicoanálisis trae malas noticias, siempre. Está bueno. Es una paradoja, no una pregunta a contestar. Una paradoja que hay que tener siempre abierta, siempre en cuestión para poder operar desde ahí, para poder intervenir desde ahí, porque si no sería una suerte de todos para uno y uno para todos. Se protocolizarían las intervenciones como en el campo de la medicina, y está bien que en la medicina se actúe mediante protocolos. Tenés angina, te darán optamox, amoxidal, penicilina o lo que fuere, porque es así cómo se combate la bacteria. Está bien, pero yo creo que si bien está bien el concepto de salud mental por un lado, no estoy en contra del concepto, es verdad que tiende a protocolizar las intervenciones. y de eliminar la subjetividad del uno por uno, del caso por caso que es de lo que nos ocupamos los y las psiquiatras, las y los psicólogos y las y los trabajadores sociales. Porque podés tener cuatro grupos familiares o cuatro personas en las línea de pobreza, pero las coordenadas que atraviesa esas líneas de pobreza y cómo se vivencia esa pobreza no van a ser las mismas. Cómo se le hace frente y cómo se la padece no va ser lo mismo en ninguna de las cuatros familias o personas que estén entrevistando. Entonces, por eso digo, que está bueno mantener la paradoja. SI alguien que está adaptado y que no tiene conflicto ni con su psiquis, ni con su entorno social, ni su ambiente ni su biología, de verdad es alguien sano mentalmente. Es la pregunta necesaria que hay que mantener para poder intervenir. Siempre que se decida apelar a la subjetividad. Si queremos individuos productivos es mejor protocolizar.

E: Bien, te contamos que nosotros estamos específicamente interesados en las internaciones prolongadas, las permanencias prolongadas dentro de las guardias. ¿Tenés alguna definición de las mismas?

PSI 4: ¿A qué llamás vos permanencias? ¿Qué entienden ustedes por permanencias?

E: Nosotros comprendemos que dentro de la guardia de salud mental del hospital no tienen camas de internación, pero que sin embargo hay personas que están internadas durante un tiempo mayor de lo habitual o de lo que se debería...

PSI 4: Un tiempo excesivo y fuera de lugar y tiempo, absolutamente.

E: ¿Queríamos ver cómo entender estas permanencias? ¿Hay alguna forma de que las puedas definir? ¿Qué te ocurre con esto?

PSI 4: No es sin malestar, porque si bien la Ley Nacional de Salud Mental que rige actualmente que es la 26.657, que es solidaria, porque vino después, de la Ley 448 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (cuando se escribe, se redacta la Ley Nacional 26.657, se tuvo en cuenta la 448) si bien es una ley de avanzada y yo estoy a favor de la ley, es verdad que se escribió se redactó, se votó, se promulgó... pero en ningún momento, como casi siempre, en los medios y en los recursos materiales para que la Ley se efectivice. Como pasa con este tipo de leyes, hay muchas leyes de avanzada que a nivel textual y teórico son muy buenas, muchas leyes 26.657 chocan con el paredón burocrático de la gestión de este país que habitamos.

Muchas veces las internaciones prolongadas se dan porque no hay camas, porque tenemos solamente tres hospitales monovalentes en la Ciudad, el Alvear, el Borda y el Moyano, de esos tres tenemos el Borda y el Moyano, porque el Alvear tiene un recurso de amparo por el cual se ampara, valga la redundancia, para recibir paciente que no entren por la puerta de su guardia. Muy pocas veces hemos conseguido camas en el Alvear. Lo mismo pasa con los Hospitales generales que tienen internación en el servicio de salud mental que son el Álvarez y el Piñero. Contamos entonces con dos hospitales. Dos hospitales que están saturados, lógicamente, y que de alguna manera, la burocracia es un aparato que va calando hondo y empieza burocratizar todo. Es muy difícil no ser un efector de salud burocratizado. No solamente uno tiene dificultades con las internaciones prolongadas. Alguien viene con una crisis de angustia, que no necesita una internación, pero sí necesita un tratamiento ambulatorio y si no puede pagar un honorario comunitario o privado, tiene también una espera prolongada para acceder a una atención en lo público. Entonces, ¿qué hacemos frente a esto? Particularmente lo que pasa con la Ley de Salud Mental es que hay dos tipos de pacientes. Los que sí son para una internación psiquiátrica. Esto quiere decir que en algún momento el Moyano o el Borda los vas a recibir cuando tengan alguna cama disponible (eso puede ser en dos semanas, en tres, en un mes, mes y medio). Los otros son esos pacientes que están en una suerte de limbo porque ni el Moyano ni el Borda toman a estos pacientes. Por ejemplo: un o una

paciente con comorbilidad de consumo, con deterioro cognitivo por consumo el Moyano no toma. El Borda tampoco. Entonces a esos pacientes no hay dónde derivarlos porque los recursos materiales que se deberían haber creado para que la Ley pueda llevarse a cabo, no se crearon. Entonces tenemos una excelente Ley. No tenemos dónde ponerla. No tenemos dónde ubicarla. Después están los vicios del discurso médico, que es un discurso amo, que en algunos Hospitales hacen, como sucede en el nuestro, que no se habiliten las camas de clínica médica para la internación por salud mental, porque está estigmatizada la salud mental. Es más fácil conseguir una internación para un paciente social, netamente social, que tiene un deterioro por una demencia, y que no tienen familia, y que entonces tiene que ir a una institución de tercer grado. A ese paciente sí se le va a dar la cama, porque es un paciente social. Pero si aparece el rótulo de salud mental...

E: Una consulta con respecto del ejemplo que dabas de una persona en situación de consumo y que las instituciones no la toman y en las que el alta tampoco es la vía que deciden tomar, en ese sentido, ¿las redes afectivas, su situación socio económica, edad, género influyen en esta toma de decisiones para que la persona quede en esta cama?

PSI 4: Sí, claro. SI hay una red social afectiva, de contención que pueda acompañar a este paciente, uno cuenta con otras alternativas. Pero a veces en los pacientes con consumo no.

E: Se entiende. Volviendo a...

PSI 4: A parte ,digo, hay un tema muy en carne viva con la judicialización de los pacientes. Pareciera que cuando uno pide judicializar a un paciente estuviera golpeando las puertas de los infiernos. Y no es así, no es tan así. Es verdad que un paciente tiene derecho a elegir ser internado o no ser internado, sobre todo en el tema de los consumos que ha estado en los medios desde hace un año. El paciente con consumo, con esto del respeto de sus derechos, de los derechos humanos es lo que viene a poner en jaque a esta Ley, de la cual estoy a favor, y que el paciente tiene derecho a elegir. Entonces si alguien interna a un paciente que tiene consumo bajo o en contra de su voluntad parecería que uno estuviera violando los derechos del paciente, los derechos humanos. Entonces judicializar parecería lo mismo que criminalizar y se empieza a hacer una mezcla de conceptos. Bien, yo me pregunto si alguien con un consumo problemático está en condiciones de elegir. “Pienso, luego existo” dice Descartes y se inaugura la modernidad y con esto el concepto de sujeto y subjetividad. Ahora, Lacan para volver al inconciente freudiano dice, invirtiendo la formula cartesiano “soy donde no pienso, pienso donde no soy”. Si el sujeto es el sujeto del inconciente, en el inconciente no se piensa porque el inconciente, entendido como el ello es el amárico de las pulsiones: la de vida, pero también la de muerte. Y la parte pensante del sujeto es el yo. Pero el sujeto no es en el yo. Entonces alguien que está comandado por la pulsión, ¿puede pensar? Porque

luego Lacan dice, con esta inversión de la fórmula cartesiana, esto lo plantea en el seminario 14, que es el seminario sobre el fantasma, dice “Soy donde no pienso, pienso donde no soy”, luego dice “o soy o pienso”. Pregunta: “¿se puede no ser?” No. Entonces se es en el inconsciente, en la pulsión. Entonces, alguien que es y que no puede pensar está en condiciones de decidir. Alguien atravesado, porque digo, el circuito del consumo es un circuito pulsional, pero no de la vida, sino de la muerte que es recontra muda. Entonces, ¿qué está eligiendo ese sujeto? A veces la ley, que no funciona internamente, cuando interviene desde afuera ordena y pacifica. Entonces judicializar un paciente no necesariamente implica o implicaría estigmatizarlo, criminalizarlo, ni criminalizar la salud mental. Por eso vuelvo al principio de la entrevista: ¿qué pasa cuando protocolizamos la salud mental? Se hace una generalidad y el sujeto queda muchas veces por fuera de la generalidad. Entonces, cuando uno judicializa a un paciente si la ley no funciona, en este caso pasemos a la ley externa que es la 26.657, y un hospital no te da cama, si vos tenés el recurso de judicializar, podés seguramente también ordenar ese vicio, el vicio del discurso médico que es un discurso amo. Entonces yo no sé si dentro del protocolo de la Ley negaría absolutamente y terminantemente el recurso de la judicialización. Así como la herramienta de la internación es el último recurso terapéutico a utilizar cuando ya se han probado otros, como dice un artículo de la Ley, yo creo que la judicialización debería ir en la línea de la internación también. Debería haber un artículo que diga que la judicialización de un paciente debería ser también un último recurso a utilizar cuando ya se han utilizado los demás y han fracasado, cuando no hay red de contención, cuando no hay posibilidad de elegir nada porque el circuito de goce, pulsional repite, repite y repite y cada vez deja al sujeto en condiciones totalmente peligrosas. Me parece que no siempre judicializar es criminalizar y estigmatizar.

E: Bien, vos hablas bastante de la Ley, que obviamente los atraviesa porque es lo que los enmarca, pero te quería preguntar al respecto de lo que es el trabajo interdisciplinario y lo que implican las internaciones en las guardias donde cada día los ven un equipo distinto...

PSI 4: Es que claro, la internación en una guardia también viola los derechos humanos, porque estar un mes en un box de guardia, que es una camilla, también es violar los derechos humanos. Estás en un box en una camilla, que no es lo mismo que una cama, sin acceso a tratamiento porque hay un doble juego acá. Cada guardia es un hospital distinto. Tenemos siete hospitales dentro de un mismo hospital. A veces se puede laburar, se crea el grupo de Whatsapp, la tecnología y uno puede discutir, acordar, desacordar y de alguna manera tratar de unificar un criterio, y muchas veces el paciente se termina yendo de alta antes de que llegue la derivación o aparezca la cama, porque por ahí, durante todo ese tiempo, se compensó porque ese como si de tratamiento funcionó, pero a veces no funciona, no siempre. Entonces, que se respetara el tema de las camas, uno por ahí podría

trabajar con el servicio de salud mental de planta y que la internación sea en clínica médica y no estar esperando la derivación, con un seguimiento de un equipo específico (el mismo siempre). Esto también va en contra de los derechos humanos. El tema de la permanencia y del malestar que causa la permanencia; y el malestar que produce en los médicos la permanencia de un paciente de salud mental, en los otros pacientes que están por cuestiones clínico-médicas, todo es una vulneración del derecho humano del paciente de salud mental. Si bien ahora tenemos una guardia nueva, y es mucho más cómoda, el lugar que se le da al paciente para salud mental es, como siempre, el último consultorio, donde está el baño de la guardia, pero es el baño para los pacientes que son atendidos en guardia. Entonces se vulnera la intimidad tanto del paciente que tiene que utilizar el baño, porque hay alguien ahí, generalmente con una consigna policial, y se vulnera la intimidad que está ahí esperando ser trasladado con gente que entra y que sale, que lo ve comer, dormir. Eso también es una vulneración. La internación prolongada, la permanencia en guardia la puede definir absolutamente como un malestar, es algo del orden del malestar.

E: Te quería consultar, los organismos del ámbito judicial, de promoción de derechos, de protección de derechos, qué rol juegan, sobre todo vos hace particular énfasis como factor central de la permanencia prolongada el tema de las dificultades en las derivaciones, qué rol juegan los organismos del poder judicial.

PSI 4: Muchas veces, uno al poder judicial no tiene acceso porque no podés judicializar algo que la Ley no te deja. Entonces con quien contás es con el órgano de revisión que es a quien vos le tenés que informar las internaciones voluntarias y no voluntarias. Es la primera puerta que uno golpea. A veces uno tiene buenos resultados y otras no tan buenos. No porque el órgano de revisión sea necesariamente un órgano que no funcione bien. Sino porque a veces funciona bien y otras veces no tan bien porque dependés de con quién hablás ese día y también es verdad que escapa a su función lo que vos está planteando. Muchas veces se ha trabajado con defensorías y yo dos veces he llamado al CELS, que es el Centro de Estudios Legales y Sociales que tiene una Comisión sobre Salud Mental.

E: En relación a esto, más allá de las instituciones del ámbito judicial hay otras instituciones con quienes también articulen al momento de estas permanencias prolongadas o son las derivaciones?

PSI 4: Las veces que hemos articulado, articulé muy pocas veces con defensorías, muy pocas veces con el CELS, y si muchas veces con el órgano de revisión y si mucha veces (con énfasis) con la dirección general de salud mental del gobierno de la ciudad. No siempre hemos tenido suerte con estas articulaciones, casi nunca

E: entiendes que hay algo parecido a una red de atención de salud mental en la ciudad en la cual puedan integrarse como trabajadores de la guardia o es un trabajo más artesanal que van construyendo?

PSI 4: Es un trabajo artesanal, es netamente artesanal y de alguna manera esto es paradójico. porque por un lado está bueno o tiene sus beneficios. Bah está bueno no, no se si está bueno, pero tiene sus beneficios porque te da vía libre, ya que es artesanal, para pensar la subjetividad del caso. Pero es muy poco beneficioso porque estás solo en un campo de batalla muchas veces. Porque lo que se puede hacer es poco, no hay recurso material, entonces, a mi personalmente y a mi equipo de los viernes, nosotros tenemos unidad de criterio con el equipo de los viernes. No se si lo converse con ellos, no se si alguna vez lo puse de manifiesto con ellos desde este concepto, desde este constructo teórico, pero se que lo comparten por la forma parecida que tenemos de laburar y de entender la práctica, pero si hay un concepto que Hannah Arendt plantea en su libro *Eichmann en Jerusalén*. que es el de la banalidad del mal. Cuando la autora se entera que Eichmann es capturado aca en argentina y deportado y que va a ser juzgado en jerusalén, pide por favor que le subvencionen el viaje a jerusalem para presenciar el juicio. Ella a ese diario le ofrece ser corresponsal en ese juicio, que una filósofa de esa jerarquía le pidiera eso a un diario. El diario accede y puede viajar y estar presente en el juicio. Ella se sorprende cuando ve que Eichmann es un tipo común y corriente, padre de familia, laburante, con esposa, hijos, flaco, con anteojos, diminuto, si? Lo que se sorprende es cuando en un momento del juicio él dice que no tenía nada en contra de los judios. Que él personalmente no tenía nada en contra de los judios ni tenía nada en contra de los judios y que jamás le hubiese hecho daño a los judios pero estaba en una guerra y él cumplía órdenes. Entonces los subía, él se encargaba de la logística de mandar a los judios, de subirlos al tren. Él hacía toda esa logística, subir a los prisioneros al vagón del tren para que luego el tren llegue al campo de concentración y luego.. todo lo que ocurría. Pero él decía que no, que no sentía nada por los judios, pero tampoco sentía nada por lo que estaba haciendo, el cumplia ordenes, era parte de un eslabón, entonces ella ahí a partir de esas dos cosas, se encuentra con este relato y con esta persona que podría ser nuestro vecino. Ella ahí elabora el concepto de banalidad del mal, dice que el mal no es algo radical, con figura de demonio, absolutamente malo. El mal está en nuestras acciones, porque lo analizamos. Entonces la burocracia es la banalidad del mal. Corriendonos un poco de lo que es la internación, como para poder ejemplificar. No hay seguimiento de pacientes por guardia, no se puede hacer. De alguna manera la ley y el protocolo que rige la atención de urgencia, hace que vos atienda la urgencia, la estabilices y que la persona se vaya cuando está estabilizada, entonces no hay seguimiento de pacientes por guardia. Esta prohibido hacer seguimiento de pacientes por guardia porque eso va en contra de la urgencia, vos tenes que estar

disponible para la urgencia, no puedes estar haciendo consultorio o demanda espontánea. Sin embargo cuando vos atendés la urgencia y ese paciente no tiene adonde ir, porque no puede pagar ni un honorario comunitario ni un honorario privado y tiene una espera de 3 o 4 meses, que haces? Bueno, yo la urgencia la resolví, el paciente está estabilizado, ahora si sigue repitiendo ataques de pánico, bueno el psiquiatra le dio la benzodiacepina, nosotros hicimos la intervención verbal, se compenso se fue tranquilo a su casa, yo con lo mio cumplí. Bueno esa es la banalidad del mal, que no te importe que le va a pasar al paciente después, entonces volviendo a esta pregunta de laburo artesanal lo que teníamos convenido con el equipo de los viernes, porque por suerte tenemos la misma mirada sobre la clínica de la urgencia, era hacer seguimientos por guardia con, no con todos, con esos pacientes que no podían acceder a lo dicho. Entonces citamos a estos pacientes todos los viernes, para acompañarlo, escucharlo, para reforzar la medicación si era necesario, para modificarla con el compromiso del paciente de conseguir un lugar lo más pronto posible para que deje de venir a la guarida. Bueno ahí, está lo artesanal, ¿no? pero esto va en contra de la banalidad del mal. Ahora decir yo cumplí con la ley, lo atendí después es problema de él, ¿de qué salud mental estamos hablando entonces? Eso es la banalidad del mal, la burocratización del lauro es la banalidad del mal y tenemos el paredón burocrático contra el que choca nuestra praxis, nos invita a burocratización a cada instante, a ser malos a ser un *Eichmann*.

E: Pensaba con respecto a esto del trabajo artesanal y la burocratización en el caso de las permanencias o internaciones prolongadas, donde quizás ustedes les pasa de ir un viernes volver al otro viernes y volver a ver a la misma persona en la guardia internada aún, llegar de nuevo y que ver que no hubo una derivación y así que pasen las semanas, digo qué ¿qué actividades o Qué buscan Si se quiere más desde lo concreto, realizar ustedes en la guardia con esos pacientes que saben que están hace un montón de días, que los han visto equipos todos los días distintos y sin embargo, siguen allí. Ustedes no sé si buscan mantener entrevistas de todas formas, aunque ya sepan más o menos como viene la situación de ellos o si más bien no quieren volver a que tengan que repetir todo su padecimiento, qué es lo que buscan o cuáles son las actividades que buscan desarrollar en relación a estos pacientes?.

PSI 4: No, las actividades son Acompañarlo, escucharlo, preguntarle cómo está, porque el paciente también se quiere ir de la guardia porque no es, aún el que aceptó la internación voluntaria, no aceptó, eso. no acepto esas condiciones.

Digo igual de la voluntaria, porque el que tiene internación involuntaria se va a querer, se va a querer de todas modo, de esa guardia de de la institución a donde va a ser finalmente derivado. Bueno, no, no, no importa no, pero por eso pongo el de la internación voluntaria. El que accede a

una internación voluntaria o el que muchas veces llega a la urgencia descompensado pidiendo la internación voluntaria a veces sucede esto. Bueno, después dice ¿que pedí? Entonces, uno de alguna manera por más que no le haga repetir toda su historia porque nada un viernes el segundo al tercero el cuarto, pues ya lo conoces al paciente, sabes por qué está, por qué vino.

Pero sí, en la permanencia al paciente le genera malestar y le genera angustia, entonces uno atiende esa angustia, escucha esa angustia y a veces también escucha y atiende la angustia y el malestar familiar o afectivo, porque no solamente el paciente es este se angustia. Entonces uno atiende esto y acompaña esto y trata de intervenirlo y de estabilizarlo. sí? Y también por supuesto, sigue insistiendo el reclamo de la cama con el SAME, vas a hablar a dirección, llamas al órgano de revisión, llamas a la directora general o al director general de salud mental o al CELS o a la Defensoría. Ya te pones como querellante y empiezas a amenazar a ver si tenes otro tipo de respuesta, digo para pelear con ese paredón burocrático que te invita a hacer un engranaje, porque también uno puede decir bueno ya es el sexto viernes que está *“hola, cómo estás todo bien? Sí, sí, bueno, ya hay que esperar”* y cerrar la puerta y te vas. También podés hacer eso, por supuesto porque la situación te invita a hacer eso, que dicen que es la banalidad del mal, ¿no?

E: bueno también se ve mezclada con las actividades de la Guardia misma.

PSI 4: Claro! si *“Yo ya hice todo lo que tenía que hacer, ahora hay que esperar, porque cuántas veces más voy a hablar con el director del hospital, cuántas veces no? Yo ya hice lo que tenía que hacer, tenemos que esperar todo porque hoy tengo tres urgencias peores, que no sé.”* Bueno las urgencias son todas.

Pero bueno, de alguna manera creo que lo artesanal es no sé si el único recurso porque no me gusta ser absolutista, pero es un recurso fundamental para hacerle frente a la burocracia.

E: Recién mencionabas al entorno familiar, ¿ustedes establecen algún tipo de criterio para la vinculación de las personas que permanecen internados durante mucho tiempo para para que tengan contacto con las familias, qué importancia le dan a ese contacto de los pacientes o de las personas que están internadas con el entorno familiar o socio afectivo más en general?

PSI 4: si, si hay digamos un entorno familiar totalmente continente y afectivo en el buen sentido, porque el odio también es un afecto, por supuesto tiene esta gran importancia no? Me he encontrado con familiares, que me han dicho: *“no, porque el profesional de la otra guardia de la guardia de tal día me dijo que de ninguna manera tenga el celular y él me lo está pidiendo”*. No, traerle el celular, quién es el profesional del otro día de la otra guardia para incomunicar a una persona?. *“No, bueno, porque como tuvo un intento de suicidio, porque lo dejó la novia”* suponte, esto lo estoy

inventando ahora me parece más criteriosa cuando uno habla de casos, hablar de casos supuestos porque bueno (da a entender la necesidad de sostener la confidencialidad). Pero sí ha pasado algo parecido entonces como ahora él quiere escribirle a la novia, se va a deprimir entonces ese o esa profesional me dijo que no, que hay que sacarlo, no bueno.

El derecho al goce porque? bueno, entonces en todo caso vemos que haremos si se pone mal porque le escribió y es una fuente de intervención esa decirle “*bueno, porque la escribiste qué te pasa que te pasa?*” Porque eso, no hay estabilización posible sin saber por dónde pasa la desestabilización del sujeto. Entonces si yo lo tengo tranquilito aislado, compensado y sobre adaptado. Bueno, no voy a saber de qué padece ese sujeto.

Entonces, a veces los familiares se angustian porque no saben qué hacer o preguntan, ¿cuánto tiempo pueden estar? Digo, no lo ideal es que puedan estar el tiempo posible, digo porque a veces también los familiares con su presencia son una fuente de desestabilización entonces, a veces a veces está bueno contar con los familiares y a veces está bueno, no contar con los familiares y a veces el no contar con los familiares no quiere decir no atenderlo. Porque alguien que es desestabilizador para un paciente que está internado va a ser todo lo posible para estar presente.

E: En ese sentido ustedes trabajan desde el equipo con esa red de contención?

PSI 4: Absolutamente, se le da un espacio para escucharlo para que entienda porque es mejor que no esté, que puede contar con nosotros, que nos puede preguntar a nosotros, entonces que se sienta también contenido y atendido y escuchado. Porque de alguna manera el paciente no es solamente el paciente, porque si entendemos nuevamente la salud mental como un equilibrio con el entorno, del entorno, hay que ocuparse entonces también.

E: Y teniendo en cuenta reitero, no, que todos los días los ve un equipo distinto a las personas que permanecen internadas. Estimo o me genera la duda en si como equipo le surge la necesidad de reactualizar el diagnóstico sobre la situación que atraviesa esa persona entendiendo que bueno que en siete días pueden pasar un montón de cuestiones, que quizás no sé qué tan fluido sea el diálogo con un equipo al otro, del equipo de un día al otro y bueno en caso de que ustedes revisen el diagnóstico sobre la situación de la persona, cómo se da esa construcción de ese diagnóstico en ustedes como equipo? ¿desde cada profesión, cuál es el aporte, cómo hacen para construir un mismo lenguaje un lenguaje en común más allá de la de las distintas disciplinas?

PSI 4: Bueno a ver, no hay, yo hablo de las guardias del hospital en particular. No hay unanimidad de criterios en lo que es el concepto que tiene cada guardia y cada profesional de la clínica y cómo

se interviene clínicamente en una situación de urgencia, no, en eso no hay unanimidad de criterios y está perfecto, que así sea, no?.

Ahora sí hay un diálogo fluido en donde podemos ponernos de acuerdo sobre todo porque bueno, digo siempre por eso siempre, es importante para el laburo sostenerla paradoja. No contestar. Porque esto nos abre a poder intervenir, de una manera más artesanal y más fluida y más dinámica.

No hay diagnósticos por guardia, sino diagnósticos presuntivos entonces y esto es por protocolo, uno cuando llena la historia clínica o la hoja de guardia, no hay diagnósticos, no se escriben diagnósticos tampoco, eso es algo que se averigua en el curso de internación. Entonces por ejemplo, alguien que ingresa con un supuesto intento de suicidio, porque se tomó 8 blisters de psicofármacos lo que se pone es sobre ingesta medicamentosa. Ni intendo de suicidio, ni pasaje al acto, ni acting now . Y luego se describe si hay ideaciones de muerte, ni siquiera ideación suicida, sí?, si hay de ideación de muerte, si hay decaimiento, si hay pesimismo si hay ideas de lo que sea, uno todo eso lo describe porque precisamente como el trabajo es dinámico y como la evolución de un sujeto es dinámica, ese diagnóstico presuntivo por el cual uno pide una internación que es la existencia de riesgo, cierto o inminente. Bueno, este riesgo cierto inminente puede desaparecer.

Entonces obviamente uno lo puede advertir al segundo o tercer viernes que el paciente ya no es el mismo, el sujeto no es el mismo, el individuo no es el mismo y por supuesto uno lo va conversando. A veces en el pase de guardia, de la guardia del jueves te dice *“che, me parece que.., porque no se fijan?”* y entonces después uno en el grupo de chat, lo empieza a conversar y si se va a proceder de tal manera y en eso y ahí sí, hay unanimidad de de criterio, porque por supuesto, si bien son siete hospitales distintos todos coincidimos que no es buena la permanencia en guardia, en eso todos estamos de acuerdo.

Entonces de alguna manera, si bien parecería que soy un enemigo del protocolo, no. Yo digo que hay que sostener la paradoja, a veces el protocolo te permite cierto dinamismo como que los diagnósticos son presuntivos.

Si se hacen, no hay diagnóstico en guardia y si hay es presuntivo, eso te permite de alguna manera ir modificando.

E: Bien, nosotros entendemos también. Bueno, que que esto que vos mencionabas de la ley de salud mental, que bueno que es bastante, choca con la realidad por decirlo de alguna forma, no? con lo que sucede entendemos que de a poco tal vez o queremos creer que fueron construyéndose diferentes espacios tal vez no tanto de los marcos institucional no como la derivación al Moyano tan clásica por decirlo de alguna manera, ¿hay algunas otras instituciones más del plano comunitario,

con quienes intervengan o esto generaron redes artesanales y qué rol cumplen estos nuevos espacios que tal vez empezaron a surgir también un poco empujados creemos por la ley.?

PSI 4: yo nombraba al principio el Borda y el Moyano como la como la mayor fuente de derivación porque bueno, hay todas las hay toda una cuestión de instituciones, como las casas de medio camino, como otras cuestiones, como las casas comunitarias, se hicieron proyectos, para la convivencia de ciertos pacientes que de alguna manera le darían aire a a estos dos gigantes, que son la mayor fuente de derivación.

No porque yo sea un ferviente defensor de la institucionalización. Creo que la desmanicomialización estaría buena. Pero, no es manicomialización o nada, eso es imposible.

Hay toda una serie de dispositivos, que no están o que no existen o que han sido creados de manera artesanalmente como vos decís, con los que uno puede llegar a trabajar. A mí no me ha tocado nunca, hacer una derivación, generalmente las derivaciones que se han resuelto, se han resuelto por la vía formal estandarizada, que es haber conseguido una cama en el Borda, el Moyano y alguna vez eventualmente en el Alvear pero nunca ha pasado. Si alguna vez hemos logrado articular la internación de un paciente con consumo en el hospital Bonaparte, que es nacional. Pero se ha logrado hablar con el equipo entonces conseguir un traslado, que el equipo de guardia del Bonaparte lo reciba, eso eso sí y fue así como un milagro no? que se haya producido este una articulación entre dos instituciones de dos jurisdicciones distintas, porque nuestro hospital es de ciudad y el hospital Bonaparte es nacional con lo cual no es por la vía same la derivación, con el hospital Bonaparte hemos una vez conseguido una una internación

E: Bien para finalizar, un poco lo fuiste mencionando o por lo menos esa es mi interpretación, pero queríamos preguntarte para que quede más claro para no presuponer nada, para vos como profesional que crees que hace falta para que esta permanencia se achiquen lo mayor posible, se mejoren las condiciones, se garantice el tratamiento, bueno todo lo que venimos hablando?

PSI 4: Por un lado, dos cosas hacen falta. Digamos un movimiento externo y un movimiento interno.

El movimiento externo está en los recursos materiales necesarios para que la ley se lleve a cabo, en el sentido de que las internaciones no sean prolongadas. Para que se cumpla con la ley y que se haga cumplir esto, que se creen los recursos materiales de una vez por todas.

Desde las camas en los hospitales generales que generalmente se le pide a clínica médica que de alguna manera destine un porcentaje de camas. Desde ese mínimo recurso, hasta los demás,

instituciones, de más lugares de tratamiento o internación. Eso por un lado, pero también tiene que haber un movimiento interno, porque muchas veces esta burocracia externa favorece la burocracia interna en la pasividad. Nosotros somos cómplices como laburantes de salud, entramos enseguida en el engranaje por miles de cuestiones. Porque la guardia está mal paga, por lo que quieras, hay un montón de malestares, que me parecen más nocivos que los externos.

Siempre lo interno es peor a lo externo siempre siempre siempre siempre siempre.

El mal que nos habita, la pulsión que nos habita, bueno de eso nos tenemos que hacer cargo.

Porque muchas veces por no enfrentar al director del hospital y no quedar como un querellante, por esto, por lo otro, porque cobras poco, por lo que fuera, terminas siendo parte del engranaje y ese es el peor factor, el interno.

El estar municipalizados, porque la guardia se puede pagar poco. Estamos todos de acuerdo, pero vos estás en una guardia porque te presentaste a un concurso. Nadie te llevó de la mano, de la oreja y como castigo, te puso como psicólogo de guardia. No, se abrió un concurso, a mí ese concurso me causó, estudié, lo prepare, me presenté, lo gane y estoy en el cargo bueno. Yo ya sabía lo que es laburar en un hospital público. No es que fui engañado, eso con lo económico y con lo que uno pueda después enojarse, entonces no es una razón, entonces digo que el peor factor que atenta contra las internaciones prolongadas es el interno siempre. creo que tenemos que hacernos cargo.

Por supuesto que lo de afuera tiene mucho peso, no contar con los recursos, el discurso médico se niegue a la salud mental eso es verdad, pero esas cosas se pueden modificar también. Entregarse a hacer la plancha en el mar burocrático, no es la mejor opción. Entonces no sé si queda clara la postura, que hay dos factores el externo y el interno y para mí siempre es peor el interno.

E: Por último, en esto que quedó claro de los dos factores. Para que tal vez de un poco de ánimo por decirlo de alguna forma, consideramos que ahí tienen alguna potencia para esta transformación, obviamente esto que vos decís, ser conscientes bueno, que uno llegó a ese puesto porque concursó y todo lo que se implicó, pero más allá de de ir y llamar al director o tocar la puerta de las instituciones que sean necesarias. ¿Consideras que hay otra potencialidad que puedan hacer uso, que puedan exprimir para para estas transformaciones, para que estas permanencias prolongadas, estas vulneraciones de derechos cesen de alguna manera?

PSI 4: Mira, hay una materia que yo cursé en mi carrera de grado que no me gustó, entonces oficio de alumno que es psicología institucional.

De todas maneras me acuerdo de un concepto, que seguramente ustedes lo conozcan también, que se llama conciencia de acto y potencia de acto, que el día que nosotros como colectivo tomemos conciencia de esa conciencia y la potencia de acto, es por ahí. Le dijo Lacan a los analistas júntense. Entonces siempre es por ahí la modificación, cuando uno tiene conciencia y potencia de acto como grupo.

Desde lo micro que nos atraviesa, hasta lo macro hasta hacia otras cuestiones sociales, democráticas gubernamentales, de gestión, lo que fuera. De alguna manera me parece que desde el futón de casa, cómodamente mirando la tele y tomando mate y protestando, no. Metafóricamente hablando, entonces digo si bien fue una materia que en ese momento no me causó, sí me quedo este concepto de la conciencia y la potencia de acto que se tiene como grupo.

Porque de alguna manera es, pareciera como que, nos alarmamos y nos sobresaltamos cuando golpean a nuestra puerta. Y hay que despertarse antes, cuando escuchamos las otras puertas golpear porque van a venir por nosotros, estoy siendo metafórico, nos va a salpicar en algún momento.

En la escalada de violencia que hemos sufrido, hace hace dos viernes dos jueves atrás, la verdad no me importa si es real, si no es real, si está preparado si no está preparado, si creo, si no creo, hablo del hecho en sí, de la imagen de un revólver gatillando dos veces sobre la cara de alguien.

Es eso, y que el primer impacto con esa imagen te genera como cierta (cara de rechazo), eso es lo violento. Después bueno, cómo se rellene ese real no importa, no me interesa discutirlo sí, a lo que voy es que hace cuatro años atrás, cinco antes de la pandemia, en un juicio Etchecolatz a Miriam Bregman le gritan judía de mierda y nadie dijo nada. ¿Por qué entonces la violencia no iba a escalar a tal punto de gatillar en la cara de alguien un revólver? Es un ejemplo extremadamente extremo el que estoy dando, pero es para que se entienda la metáfora de lo que es la conciencia y el poder de acto. Es por ahí en algún momento nos va a salpicar y nos vamos a querer rasgar las vestiduras.

El odio es más antiguo que amor dice Freud, tenemos que estar advertidos, lo mortífero los tanático, todo lo que nos empuja a la desidia, al malestar es primero que el amor, tenemos que estar advertidos.

Por más que el afuera nos ponga todas las condiciones adversas, que a veces pueden parecer infranqueables, tenemos que estar advertidos de lo que nos constituye, del mal que nos habita entonces siempre lo interior es más importante que lo exterior para mí.

Es la enseñanza que me ha dejado el psicoanálisis parezco un gurú de de New Age pero no nada que ver, entonces bueno, me parece que es la conciencia y el poder de acto, que ustedes como como

laburantes de de lo social lo saben mejor que yo, porque sean estudiantes de trabajar social ya es ser laburante de lo social

E: Te agradecemos la entrevista.