.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Repositorio Digital Institucional

Tipo de documento: Trabajo Final de Carrera de Especialización

Título del documento: Abordaje de la salud mental desde los derechos humanos: interpretaciones de los profesionales sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657

Autores (en el caso de tesistas y directores):

Julieta Postizzi Ríos

Antonella Spinelli

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

Repositorio Digital Institucional

.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo de Investigación Final (TIF)

Abordaje de la Salud Mental desde los Derechos Humanos: Interpretaciones de los profesionales sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657

- **Estudiantes:** Julieta Postizzi Ríos (DNI 41.064.697) y Antonella Spinelli (DNI 41.077.452)
- **Mails:** julietapostizzirios@gmail.com, antospinelli@hotmail.com

- **Cátedra:** Luxardo
- **Docente de supervisión:** Cristina Bettanin
- **Tutor de tesis:** Juan Pablo Burwiel
- **Cursada del seminario TIF:** Segundo cuatrimestre del 2022
- **Fecha de presentación:** 24/08/2023

Agradecimientos:

A cada docente de la carrera de Trabajo Social por su compromiso con el cambio, la lucha, los derechos y los procesos emancipatorios.

A los profesores que nos apasionaron a perseguir una utopía más justa y equitativa.

A las profesoras de la cátedra Seminario de Investigación por promover una actitud investigativa y cuestionadora de todo ámbito donde nos desenvolvemos.

A nuestro tutor de tesis, Juan Burwiel, quién dispuso sus saberes y su disponibilidad.

Al Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte por abrirnos sus puertas y permitir que los profesionales nos brinden sus experiencias.

A los cuatro profesionales entrevistados, que con su pasión por su disciplina, muy amablemente se comprometieron y compartieron con nosotras sus experiencias y saberes.

A nuestras familias por mostrarnos que la educación es el camino. Por su incondicionalidad de siempre, acompañando y abrazando día a día nuestro proceso, alentando desde donde sea pero siempre creyendo en nosotras y en que un futuro mejor es posible.

A nuestros amigos y compañeros por brindarnos un empujoncito y una palabra. Por compartir junto a nosotras llantos y risas.

A Dario, que abrazó cada duda y miedo, alentando a que sigamos adelante.

A nosotras mismas, por ser un buen equipo en lo académico y una amable compañía en el proceso de aprendizaje. Por tenernos paciencia y respeto mutuo. Por perseverar en el camino cuando se puso difícil y darnos sostén, ideas y tiempo cuando la otra no pudo.

A la Universidad de Buenos Aires por abarcar las diversidades, disidencias y heterogeneidades como principal motor de inclusión social. Especialmente por acompañar nuestra propia realidad.

Y sobre todo, GRACIAS a la Educación pública, gratuita y de calidad que recibimos durante todos estos años.

¡A cada lector, gracias por su tiempo y por involucrarse en cuestiones de salud mental!

Resúmen

Título: “Abordaje de la salud mental desde los Derechos Humanos: Interpretaciones de los profesionales sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657”

Autoras: Postizzi Ríos, Julieta. DNI 41064697
Spinelli, Antonella. DNI 41077452

Fecha de presentación: 24 de agosto del 2023

La presente investigación abarca la temática de la Salud Mental. Tiene como objetivo conocer la relación entre las interpretaciones y las prácticas interdisciplinarias, considerando las estrategias de intervención que desarrollan los profesionales durante las diferentes instancias del proceso terapéutico, en el dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Analizamos la intervención a partir de los principios establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, en adelante LNSM.

Para la producción del presente trabajo de investigación utilizamos una metodología cualitativa, para la cual implementamos como fuente primaria la realización de 4 entrevistas semi estructuradas a profesionales de distintas disciplinas que componen el dispositivo de Internación.

Como fuentes secundarias utilizamos diversos materiales bibliográficos, entre los que destacamos a autores como Faraone, Galende, Allí, Iriart, Merhy y Stolkiner, entre otros.

Palabras clave: Salud Mental, Internación, Profesionales, Redes de apoyo social, Derechos, Externación, Interdisciplina, LNSM (Ley n° 26.657)

Índice

Introducción.....1
Abordaje metodológico…….3
Tipo de estudio y metodología seleccionada……..…..3
Tratamiento de la información y unidades de análisis……4
Obstáculos y facilitadores.....5
Resguardos éticos…….....6
Estructura de TIF ……..... 7
Capítulo I: "La internación como proceso: Criterios construidos integralmente para su inicio".....9
I.1. Presentación de la institución y concepción de Salud Mental…….....9
I.2. Dispositivo de internación……..……....12
1.3.Inicio del proceso de internación ……..…....18
I..4 La vulnerabilidad social como constitutiva de la Salud Mental…….....23
I.5 La falta de acceso al trabajo como una de las aristas de la cuestión social ……...…….25
I.6 Conclusiones finales……... 27
Capítulo II: "Redes de apoyo social como constitutivas del tratamiento terapéutico…….....28
II.1 Redes de apoyo social en el tratamiento terapéutico……..28
II.2 Complejización de las redes de apoyo social…….....30
II.3 La relación entre las redes de apoyo social y el padecimiento mental……..32
II.4 Las estrategias de intervención con las redes de apoyo social …….33
II. 5 Conclusiones finales……..35
Capítulo III. "Derechos de las personas en contexto de internación".....36
III.1 Perspectiva de los Derechos Humanos…….36
III.2 Los Derechos Humanos en Salud Mental…….38
III.3 Prácticas que reflejan el ejercicio de los Derechos Humanos en la Internación……...39
III. 4. Los obstáculos para la implementación de la LNSM…….42
III 5. Conclusiones finales ……...46
Capítulo IV: "Tensiones y disputas en el momento de la externación".....47
IV. 1.La externación en la intervención terapéutica……..48
IV. 2.Complejidades en el momento de decidir llevar a cabo la externación…….…50
IV. 3. La externación en el afuera institucional…….56

IV.4.Problemática habitacional: uno de los obstáculos para desarrollar una externación sustentable ……....58
IV.5. Ausencia de dispositivos 60
IV.6. Ante esta ausencia ¿Cómo intervienen los profesionales?.....62
IV.7. Conclusiones finales…….64
Reflexiones finales……...65
Bibliografía
Anexos
I. Constancia del comité de ética e investigación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte
II. Carta de aceptación del tutor de tesina
III. Consentimiento Informado
IV. Guía de entrevista
V. Desgrabación de entrevista

Introducción

El presente escrito se enmarca en la elaboración de la tesina final de la carrera de grado de la licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

La investigación aquí desarrollada fue elaborada entre febrero y agosto del 2023. Para la misma, decidimos situar nuestro trabajo en el dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, institución en la cúal una de nosotras realizó sus prácticas pre profesionales correspondientes a la materia Taller IV, dentro de esta carrera. Dicho Hospital, se encuentra en Combate de los Pozos 2133, CABA.

Nuestra investigación está enfocada en conocer la posible relación dialéctica que existe entre las interpretaciones sobre la LNSM (Ley n° 26.657) y las prácticas interdisciplinarias de los profesionales que allí trabajan, debido a que ellos ejercerán el mencionado marco normativo.

Para el desarrollo de esta, utilizamos como antecedentes los aportes de Mattioni (2018) ya que su investigación nos interpeló por los hallazgos descubiertos en cuánto a la LNSM (Ley n° 26.657), sobre la tensión que la misma genera al intentar ser aplicada, debido a que la autora (2018) encuentra un conflicto entre la efectivización de los derechos más allá de su conquista, y a su vez sostiene que es difícil la inclusión de la interdisciplina en los equipos de salud mental. Además, sumamos a Charvetti (2008) quién hace un recorrido histórico sobre la salud mental, en relación a los momentos políticos del país y los cambios de paradigmas. En suma, como otro antecedente relevante, consideramos la idea de Basaglia (1978) acerca del manicomio como una amenaza de encierro, haciendo un análisis sobre la locura y la sociedad del siglo XXI. Otro antecedente destacado es Desviat (2010) desarrollando el proceso de las reformas psiquiátricas como destino de las personas con padecimiento mental.

En esta misma línea, consideramos necesario presentar los conceptos abordados, entendiendo a las interpretaciones de los profesionales, desde Cuanda (2008), como una construcción humana encaminada a ciertos fines. Es decir, la interpretación es aquella construcción de los sujetos que diseña acciones que se llevan a cabo. A su vez, Stolkiner (2005) postula que las prácticas interdisciplinarias conforman una metodología de trabajo que se fundamenta epistemológicamente, ya que parte de reconocer la incompletud de cada disciplina. Por este motivo es fundamental generar un abordaje integral en salud mental que contemple el trabajo interdisciplinario, donde los diferentes saberes se complementen, dialoguen e interrrelacionen. Para la elaboración y análisis, nos apoyamos en las consideraciones de Spinelli (2010) quien postula que en la configuración del campo de salud

convergen diferentes actores, con posicionamientos, muchas veces, contrapuestos. A su vez, se ponen en juego los recursos existentes y el capital simbólico. Es por esto que entendemos que las diferentes interpretaciones de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte no se conforman en el vacío, sino que se moldean a partir de diversas percepciones, las cuales le otorgan cierta lógica y estructura.

En suma, creemos que dichas interpretaciones de los profesionales pueden generar cambios a nivel objetivo y subjetivo, es decir, tanto en las prácticas interdisciplinarias al ejercer su disciplina, como también en el acceso a los derechos y bienestar integral de las personas en contexto de internación. Por lo que, a lo largo de nuestra investigación, nos ha interesado indagar sobre esta posible relación dialéctica entre las interpretaciones sobre la LNSM (Ley n° 26.657), su implementación y el impacto que esto puede generar en las personas con padecimientos mentales.

En este marco, la pregunta que guía nuestra investigación es:

¿Cuáles son las concepciones de los profesionales del dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic Laura Bonaparte acerca la LNSM (Ley n° 26.657) y cómo influyen las mismas en sus intervenciones durante el año 2023?

De esta pregunta se desprenden los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo General:

- Indagar sobre la relación entre las interpretaciones y las prácticas interdisciplinarias llevadas a cabo por los profesionales que componen el dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte en relación a lo que establece la LNSM (Ley n° 26.657) haciendo foco en las diferentes instancias de intervención.

Objetivos Específicos:

- Analizar los criterios que construyen los profesionales para la definición del inicio del proceso de Internación, vinculando con las interpretaciones de la LNSM (Ley n° 26.657).
- Explorar acerca de las estrategias de intervención con respecto a la vinculación con las redes de apoyo social.
- Identificar las diferentes concepciones acerca de los derechos de las personas en contexto de internación según las diferentes disciplinas y en vinculación con la LNSM (Ley n° 26.657).
- Describir posibles tensiones y disputas del momento de externación considerando la LNSM (Ley n° 26.657) y las diferentes interpretaciones de los profesionales según la disciplina.

En la lucha por la garantía de los derechos, partimos desde el reconocimiento de todos los aspectos de la vida de los sujetos, entre ellos, la salud mental como pieza indispensable para el desenvolvimiento de la integridad. Por este motivo, desde nuestra disciplina, nuestras prácticas pre profesionales y nuestra investigación, buscamos promover un abordaje interdisciplinario que contemple la multiplicidad de factores que intervienen en esta temática.

Consideramos necesario indagar en cómo los profesionales del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte intervienen en el abordaje de la salud mental en favor de que se contemple la interdisciplina como medio para la garantía de los derechos.

Siguiendo a Stolkiner (2005) la interdisciplina supone pararnos dentro de un paradigma post positivista, donde se reconoce la historicidad de los sujetos y en consecuencia, la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios. Los mismos no responden a lógicas causales sino a un abordaje complejo de la salud.

Abordaje Metodológico

Tipo de estudio y metodología seleccionada

La presente investigación se desarrolló entre los meses de marzo y agosto del año 2023 en el dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. La misma corresponde a un abordaje cualitativo, en la medida en que pretende conocer y describir las prácticas interdisciplinarias que realiza el equipo de trabajo de dispositivo de Internación, en relación con el marco institucional del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, y a la luz de las implicancias que ha tenido la implementación de la LNSM (Ley n° 26.657).

La investigación cualitativa, según Manes (2012), es un proceso no matemático que utiliza los datos para llegar a conocimientos. Por esto es rica, a la hora de detallar minuciosamente la vida social y el significado de lo que ocurre en la realidad a investigar. Desde esta perspectiva, podemos recuperar aspectos cotidianos del campo social. En esta investigación, nos propusimos “Estudiar los fenómenos en su contexto, desde la vivencia, sentido o interpretación de la persona y las complejidades de los fenómenos que percibe. Así, se interpreta el sentido y significado que el sujeto de estudio le entrega para explicar y comprender los hechos investigados sin buscar la generalización de sus resultados” (Troncoso, 2016:330). La elección de una metodología cualitativa establece que “El conocimiento se obtiene mediante la observación comprensiva, integradora y

multideterminada de lo real, en tanto expresión de la complejidad e interdependencia de fenómenos de diferente naturaleza". (Yuni y Urbano, 2014:113). Por este motivo reconocemos que es adecuado enfocar la presente investigación en dicha metodología. Dentro de las técnicas de recolección de datos de tipo cualitativa que existen seleccionamos, como fuente primaria, la realización de entrevistas semi-estructuradas a los profesionales que conforman el dispositivo de Internación. Consideramos que esta es la mejor herramienta ya que, nos brinda

> "La capacidad de comprender el enunciado del usuario en el marco de la totalidad en la cual se inscribe. Esta postura se caracteriza por ser esencialmente dialógica, en la medida que no se trata de la imposición de significados de uno a otro, sino en la posibilidad de construir un espacio en el que los interlocutores, a partir de su historia puedan generar interrogantes en el otro que le permitan reflexionar y problematizar constantemente sobre su situación". (Mallardi, 2004:15).

En favor de esto, realizamos 4 entrevistas semi-estructuradas a distintos profesionales, entre ellos: un psicólogo, un psiquiatra, un terapista ocupacional y un trabajador social. La totalidad de las mismas, se realizaron por única vez, de manera presencial dentro del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, teniendo una duración de una hora cada una. Estas, constan de una guía de preguntas, ya que siguiendo a Yuni y Urbano (2014) lo propio de una entrevista semiestructurada, es que carece de un cuestionario rígido. Asimismo, parte de un guión (un listado tentativo de temas y preguntas) en el cual se señalan los temas relacionados con la temática del estudio. De este modo, el guión solo sirve como una guía para no perder de vista el objetivo central de la entrevista, pero de ninguna manera es limitante, permitiendo dar lugar a nuevos interrogantes que vayan surgiendo a medida que se da el diálogo entre entrevistador y entrevistado. En esta misma línea, De Souza Minayo (2008), establece que cada tipo de entrevista demandará un determinado formato de guía y lógica de aplicación, esta guía puede ser modificada aún durante el proceso interactivo. Por este motivo, a lo largo del intercambio con cada profesional, fuimos enmarcando el diálogo y generando nuevas preguntas que consideramos apropiadas para cada relato particular. De este modo, las entrevistas realizadas estuvieron ligadas a las necesidades propias de cada una, siendo flexibles y sujetas a cambios, pero a su vez encuadradas en una finalidad de investigación.

Tratamiento de la información y unidades de análisis

Para el procedimiento del análisis de datos nos apoyamos en los datos recolectados por medio de las entrevistas mencionadas. Las mismas, fueron desgrabadas en su totalidad. Esto nos permitió el desarrollo de categorías teóricas a través de la codificación.

La técnica que utilizamos se basa en la sistematización de la información, por medio de la cual buscamos recuperar la experiencia y trayectoria de los profesionales del dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, debido a que nos parece fundamental conocer y recuperar la fidelidad de la perspectiva e interpretación de dichos profesionales. Sautu (2003) plantea que "Los agentes sociales ocupan el lugar central del escenario de la investigación: sus percepciones, ideas, emociones e interpretaciones, constituyen la investigación misma" (Sautu, 2003:38).

A lo largo del proceso de análisis, buscamos asumir una actitud abierta, y una reflexividad empática, intentando romper con preconceptos y supuestos establecidos. Además, realizamos un estudio de carácter descriptivo y analítico que permite mostrar las complejidades del mismo, con el fin de poder expresar un resultado lo más aproximado posible a las concepciones, significaciones, percepciones, ideologías y posicionamientos de los fenómenos estudiados. En este sentido, nuestra investigación fue realizada de manera abierta y flexible, para poder captar emergentes que contribuyan a tomar decisiones en el proceso a medida que vayamos avanzando. El concepto de flexibilidad alude a "La posibilidad de advertir durante el diseño de investigación situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio" (Mendizábal, 2007:93). Vale resaltar que al tratarse de una metodología de enfoque cualitativo, el tamaño de la muestra está sujeta a cambios en el transcurso de la investigación. Lo que buscamos a través de ello es obtener una complementariedad de miradas, arribando así a un estudio más completo e integral.

Obstáculos y facilitadores

El principal obstáculo con el que nos encontramos a la hora de realizar esta investigación fue la aprobación de la misma por parte del Comité de Ética del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Nosotras aprobamos el diseño de investigación por parte de la cátedra del Seminario de Investigación TIF en noviembre del año 2022. Seguidamente enviamos una copia a dicha institución en busca de una aprobación que nos permita salir a campo para comenzar a realizar la investigación. El Comité de Ética y la mayoría de los profesionales que allí trabajan se encontraban iniciando sus vacaciones de

verano, por lo que no tuvimos respuestas por meses, hasta febrero del 2023. En ese mes recibimos una invitación a una reunión presencial con el fin de brindarnos sugerencias para nuestra investigación. Luego de asistir y tener en cuenta sus recomendaciones, realizamos las modificaciones sugeridas por el Comité de Ética y volvimos a enviar otro documento que fue aprobado a principios de marzo del 2023. Luego de esta confirmación y libre acceso a la institución, pudimos contactar a los profesionales para realizar las entrevistas, las mismas comenzaron en abril del mismo año, porque coordinar diferentes días y horarios con 4 profesionales y 2 estudiantes requirió tiempo y organización, considerando que cada uno tiene sus responsabilidades propias.

A diferencia de lo planificado en el diseño, nuestra salida al campo de investigación demoró más tiempo que el propuesto inicialmente en el cronograma. Este obstáculo fue el que más se nos dificultó a la hora de ser pacientes. También lidiamos con acordar días y horarios programados para realizar las entrevistas presenciales y luego que sean cancelados y/o modificados cerca del momento del encuentro. En estos casos tuvimos que readaptar nuestras rutinas, horarios laborales y compromisos.

Por otro lado, nos encontramos con facilitadores como la gran predisposición de todos los profesionales una vez concretado el encuentro. Nos brindaron información y saberes de manera apasionada, ética y comprometida. Todos ellos (4) respondieron la totalidad de las preguntas propuestas y además compartieron con nosotras experiencias, opiniones y posicionamientos propios. A su vez, permitieron la grabación de las entrevistas y se ofrecieron a seguir en contacto en caso de que necesitemos algo más. Podemos identificar como un facilitador también, el acceso a la estructura del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, ya que los profesionales, como estaban en su horario laboral, no tuvieron que trasladarse. Cabe destacar que realizamos las entrevistas en el patio de dicha institución el cual es arbolado, acogedor por su naturaleza y por la luz del sol. Tanto los profesionales entrevistados como nosotras nos sentimos cómodos, esto permitió que se genere un clima distendido donde todos pudieron explayarse. En cada entrevista, a modo de cierre, propusimos un espacio para que cada uno expresara algo que considere necesario comentar, introducir, plantear para nuevos debates, cuestionar o analizar. Éste último momento fue de libre opinión.

Resguardos éticos

Cada profesional entrevistado fue informado sobre los objetivos de investigación y sobre la utilización de su relato como fuente de datos anónima. Su libre elección de participar en este trabajo fue firmada en un consentimiento informado, leído previamente al iniciar cada entrevista y adjunto como anexo al final del presente escrito. Se les explicó a todos que la grabación de la entrevista podría detenerse en el momento que consideren y las preguntas podrían no ser respondidas si así lo quisieran. Además podrían detener la entrevista y abstenerse de participar en el momento que lo deseen, sin que esto implique perjuicio alguno.

Estructura de TIF:

Partiendo de los objetivos de investigación y la necesidad de alcanzarlos, esta presentación se estructura de la siguiente manera:

-Capítulo I: "La internación como proceso: Criterios construidos integralmente para su inicio": En este capítulo se abordan los criterios construidos por los profesionales que trabajan en el dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, a la hora de decidir el inicio de una internación. El objetivo del desarrollo de este capítulo es analizar las cuestiones que influyen, se disputan y convergen tanto en el inicio de una internación como durante el proceso, y cómo estas se relacionan dialécticamente con las interpretaciones de los profesionales acerca de la salud mental, las internaciones y lo establecido formalmente en la LNSM (Ley n° 26.657).

-Capítulo II: "Redes de apoyo social como constitutivas del tratamiento terapéutico": Este capítulo analiza la importancia fundamental de las redes de apoyo social en la salud integral de las personas con padecimiento mental, como eje principal en el tratamiento y bienestar de dichas personas, considerando que estas redes de apoyo social pueden contribuir al proceso protector y/o destructivo de salud. Estos aportes permiten obstaculizar y/o facilitar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados al inicio de la internación.

-Capítulo III: "Derechos de las personas en contexto de internación": Este capítulo se apoya en un paradigma de derechos avalados y garantizados por medio de convenciones internacionales, tratados y principalmente por la LNSM (Ley n° 26.657), formalidad que rige el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. A su vez, aquí se analiza la dialéctica que existe entre la materialidad de la legislación y la implementación en la práctica profesional, descubriendo los matices que pueden observarse durante el proceso de internación. Partiendo desde la salud mental como derecho imprescindible de todas las personas, este capítulo

descubre los accesos y sus dificultades, garantías e imposibilidades que existen al momento de ejercer la ciudadanía. A su vez, desarrollamos la ausencia de decisiones políticas y cómo esta tibieza impacta en el abordaje y tratamiento de la salud mental.

-Capítulo IV: "Tensiones y disputas en el momento de la externación": En este capítulo nos centramos en generar un diálogo entre las tensiones y disputas del momento de externación como instancia del itinerario terapéutico. Teniendo en cuenta las diferentes interpretaciones de los profesionales entrevistados sobre la LNSM (Ley n° 26.657), descubrimos que existen algunos desacuerdos en el momento de decidir una externación. El obstáculo principal que suele presentarse es la falta de vivienda, recursos, dispositivos, pluralidad institucional y políticas públicas que acompañen a las personas externadas. Asimismo el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte se hace presente fuera de la institución, concibiendo importante la continuidad del cuidado, como mecanismo de apoyo para evitar un reingreso a la internación.

- "Reflexiones finales": Aquí desarrollamos un cierre del presente Trabajo de Investigación Final, donde retomamos las ideas centrales sobre lo investigado, construyendo reflexiones propias del proceso de análisis, y a su vez, contiene una mirada cuestionadora que introduce a nuevos interrogantes de investigación.

Capítulo I: "La internación como proceso: Criterios construidos integralmente para su inicio"

I. 1. Presentación de la institución y concepción de Salud Mental.

Para comenzar a entender y analizar el proceso de internación es necesario hacer un recorrido por las lógicas que rigen la institución donde centramos nuestra investigación, ya que la misma aborda el campo de salud mental, el cual es producto de un proceso socio histórico complejo y está constituido por categorías que configuran el escenario actual.

Entendemos de acuerdo con Spinelli (2010) que un campo no es solo un lugar donde interviene un actor (grupo social, Estado, política pública, Ley) sino que en él, pujan varios actores, capitales, recursos, etc. y dónde las disputas entre los mismos se materializan mediante la lucha por adquirir y/o incrementar capitales. Dicho campo, es un espacio heterogéneo de lucha donde coexisten intereses antagónicos, donde predominan dos grandes paradigmas, que continúan disputando poder. Por un lado el paradigma del Modelo Médico Hegemónico (MMH), que sostiene lógicas del *modelo asilar tutelar*[1], y por otro lado el paradigma de la Medicina Social Latinoamericana (MSL), que se basa en el *abordaje comunitario*[2]. Estos pujan entre sí por el predominio de ciertas prácticas que responden a sus lógicas.

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) parte de una perspectiva en la cual el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico. Menendez (2005) define al MMH como un proceso que implica, que el saber y las instituciones médicas, instituyen la hegemonía en relación a otros saberes. Además, este paradigma visualiza a la enfermedad desde una historia natural de la misma, dejando afuera la historia social de los padecimientos. En este modelo, la mirada médica es la más importante por encima de otras profesiones y especializaciones, y por ende el tratamiento recae solo en la enfermedad en sí, excluyendo las causas y consecuencias sociales. En relación a esto, Galende (2008), sostiene que esta concepción propia del MMH prescinde del sujeto, ignora el conflicto que expresa el síntoma, entendido como separado de la totalidad de la persona para afirmar un diagnóstico.

[1] Modelo vigente en nuestro país hasta el año 1966. Tiene como base el sometimiento de la persona con padecimiento mental hacia el médico especialista. Concibe a la enfermedad como daño biológico individual y peligrosidad social por lo que propone una internación forzada y control, objetivando a la persona.

[2] Concibe a la enfermedad desde su carácter histórico y social, por lo que propone un abordaje colectivo

En esta misma línea, nuestra investigación sostiene que el paradigma del MMH debe ser desterrado, debido a que fomenta una lógica que tiende a excluir al sujeto de su entorno, promoviendo el aislamiento y la fragmentación social. Asimismo, sostenemos que este paradigma coexiste en el escenario actual y sus lógicas pueden cristalizarse en ciertas prácticas que no contemplen los derechos de las personas con padecimiento mental.

Desde el posicionamiento de esta investigación, conceptualizamos a la Medicina Social Latinoamericana (MSL), como teoría en contraposición a la biomedicina. La misma, se va fundando en América Latina alrededor del mismo debate *salud-enfermedad*[3], pero con diferentes lógicas. Un hito en esta construcción histórica se dió con la reformulación del concepto de enfermedad hacia la introducción del concepto padecimiento, de acuerdo con Faraone (2013), este involucra y contempla la subjetividad del paciente sin limitarlo a las patologías definidas, propias de un diagnóstico clínico. Esto es revolucionario dentro de la salud mental, porque comprende las nuevas emergencias y formas de padecer.

La concepción de salud mental que aquí se sostendrá, considera al sujeto con padecimiento mental, su historia, su sensibilidad, su experiencia, su memoria, también la dimensión conflictiva de toda existencia humana, por lo que propone un abordaje del sujeto mediante una comprensión conjunta del malestar psíquico, esto es, su participación en el proceso de atención. La institución que se rige por este paradigma y donde realizamos nuestra investigación, es el dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Este, tiene por objetivo, según su Plan Estratégico (2020), asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los Derechos Humanos (En adelante DDHH) de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. Decidimos realizar nuestra investigación en esta institución considerando el acercamiento que tenemos a la misma, debido a nuestras prácticas pre-profesionales que nos permitieron conocer en primera persona la problemática de salud mental, y a su vez nos incentiva a profundizar el conocimiento mediante la presente investigación. Además seleccionamos el Hospital por ser la institución que materializa la implementación de LNSM (Ley n° 26.657). Este, está compuesto por varios dispositivos y todos funcionan de manera interdisciplinaria: Internación, Hospital de día, Dispositivo de niños, niñas y adolescentes, Atención a la Demanda Espontánea y Consultorios Externos.

[3] Polémica que surge desde los años 60 con respecto al carácter de la enfermedad. Se disputa si ésta tiene un origen y esencia biológica o social

A partir de esto, nuestra investigación parte desde la perspectiva de DDHH, indispensables en la formulación de la LNSM (Ley n° 26.657). Ésta última es el principal marco normativo en el funcionamiento del Hospital Nacional en red Lic. Laura Bonaparte. A su vez dicha institución, de acuerdo con el Plan Estratégico (2020), se rige por la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N° 26.529, la Ley de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM) N°. 25.421, la Ley de Derecho a la Identidad de Género N° 26.743, la Convención de Personas con Discapacidad y la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).

De esta manera, nuestro posicionamiento teórico en la presente investigación, se encuentra enmarcado dentro del paradigma de la MSL, desarrollado desde Iriart y otros (2002), a partir de concebir a la salud directamente vinculada con la estructura social. Este enfoque teórico-metodológico defiende que las enfermedades y frecuencias en las que enferman y mueren los grupos sociales tienen que ver con las condiciones de vida, la ubicación dentro de la lucha de clases y las relaciones de producción. En este sentido, esta teoría, legitimada a través de la LNSM (Ley n° 26.657), comprende el proceso salud-enfermedad-atención de manera compleja, haciendo énfasis en los orígenes sociales de la enfermedad y la muerte. Estas lógicas y concepciones incomodan al MMH y desafían, de acuerdo con los autores (2002), al poder económico y político de las sociedades. Según Iriart y otros (2002) éstas posiciones se van consolidando e institucionalizando por medio de la formación académica, nuevos aportes e investigaciones, formando las bases de la MSL. Dicha concepción de la salud mental como un conjunto de determinantes y su abordaje integral, fue resultado de un proceso socio histórico que se fue gestando y desarrollando mediante luchas, así se amplió el reconocimiento como profesionales de salud a otras disciplinas que escapan a la biomedicina, esto impactó como conquista de derechos en cuánto a la inclusión social. De este modo, la LNSM (Ley n° 26.657) define formalmente a la salud mental como un “Proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Ley n° 26.657, 2010. Art. 3), al entender la salud como un proceso, De Lellis (2017) plantea que es necesario reconocer su complejidad en favor de desarrollar estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para su abordaje.

En suma, Spinelli (2010), sostiene que la salud es un bien público esencial que el Estado debe asegurar a todos los habitantes del país. Entonces, entendemos conceptualmente a la salud mental como un ámbito público.

A partir de todo lo mencionado, analizamos que el paradigma de la MSL significó un avance en los derechos reconocidos, garantizados y legitimados por medio de la LNSM (Ley

n° 26.657). Esta Ley atraviesa el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, y por ende al dispositivo de Internación, sobre el que desarrollaremos en el siguiente apartado.

I. 2. Dispositivo de internación.

El dispositivo de Internación funciona de lunes a viernes de 8hs a 20hs y se encuentra conformado por trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, y también por otras disciplinas tales como terapia ocupacional, enfermería, psicopedagogía, arteterapia, medicina general, musicoterapia, educación física, etc. Además, se incorporaron disciplinas a la Residencia en Salud Mental que forman parte del dispositivo. Esta diversidad, permite la intervención en salud mental desde un enfoque que incluye prácticas interdisciplinarias como metodología de trabajo y se fundamenta con diferentes bases epistemológicas.

Entendemos la interdisciplina a partir de lo expuesto por Stolkiner (2005), quién postula que "Es un posicionamiento que obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima la multirreferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas atravesando distintos saberes disciplinarios." (Stolkiner, 2005: 5). De este modo, entendemos que la interdisciplina involucra prácticas interdisciplinarias llevadas a cabo por los profesionales de salud mental. En este sentido, consideraremos de igual relevancia todas las disciplinas que intervienen en el dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, reconociendo los aportes de cada una, de manera que ninguna resalte como fuente de saber. Stolkiner (2005) desarrolla que "En los equipos de salud, lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión." (Stolkiner, 2005: 8). Es decir que la intervención se decide según las circunstancias presentadas y no por la hegemonía de un saber disciplinario, de esta manera, según Merhy y otros (2006) se van generando prácticas interdisciplinarias que confluyen con diferentes ideas, valores, concepciones e interpretaciones con respecto al trabajo en salud. Tal como lo menciona uno de los entrevistados

> *"La interdisciplina la entiendo como la incompletud de cada disciplina. Me parece que cada vez son más complejas las situaciones que intervenimos y la intervención de una disciplina nunca va dar una respuesta integral. (...) No podemos pensar abordar en las aristas y en toda completud, sino que es pensar*

con el otro, revisar los propios prejuicios, las propias limitaciones de cada disciplina, pensar cómo confluyen dos o más saberes.”. E4.

Analizamos que para un abordaje integral en salud mental, es importante reconocer a la misma como una problemática que debe ser intervenida por distintos saberes que dialoguen entre sí. Es decir, el trabajo profesional debe centrarse en construir prácticas interdisciplinarias que respondan a una realidad compleja y multidimensional dado que ninguna disciplina posee su conocimiento y monopolio de intervención en su totalidad.

Por otro lado, debido a que nuestra investigación se enmarca en el dispositivo de internación, creemos que es fundamental mencionar a Foucault (1985) y su definición de dispositivo como un “Conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas” (Foucault, 1985: 128), entendiéndolo así como un conjunto que desarrolla líneas de acción, conformadas por un marco teórico, recursos, sentidos, entre otros. Es decir, que las lógicas apropiadas por el dispositivo de Internación corresponden a una multiplicidad de factores, entre ellos las distintas disciplinas que allí se ejercen, la institución y su historicidad, los paradigmas que conviven, las leyes y reglamentaciones explícitas, lo material y lo simbólico, los posicionamientos, etc. Según el Plan Estratégico (2020), el dispositivo de Internación se encuentra diseñado e implementado para intervenir en el episodio agudo. A su vez, esto posibilitó la observación diagnóstica, con el fin de ir definiendo el tratamiento terapéutico más apropiado para el sujeto de derecho, para luego realizar la derivación al dispositivo pertinente. Como lo establece este documento (2020), la refuncionalización de este dispositivo fue clave en la serie de cambios realizados en la intervención que consideran la salud mental de manera integral. Desde la relevancia, aportes y avances que significó el dispositivo de Internación elegimos enfocar nuestra investigación en el mismo.

Entendemos a la internación como intervenciones terapéuticas, las cuales son conceptualizadas por Stordeur y Vernengo (2019) de la siguiente manera: “Proceso terapéutico que puede definirse como el devenir temporal de sucesos que se encadenan, incluyendo las acciones que se realizan para lograr cambios. Las representaciones que se tengan sobre el proceso influyen en las metas del tratamiento y en las intervenciones que se desprenderán de éstas.” (Stordeur y Vernengo, 2019: 2). Según este enunciado, comprendemos a la internación como un recurso mediante el que se llevan a cabo ciertas prácticas, relacionadas unas con otras y a su vez, las mismas responden a los objetivos y/o metas del tratamiento propuesto por los profesionales de salud mental.

En esta misma línea, el inicio de la internación puede surgir de diferentes maneras, puede ser una persona consultante que se acerca a la institución en busca de ayuda con sus padecimientos, una persona derivada de otras instituciones y/o de otros dispositivos pertenecientes al Hospital, tal como lo menciona uno de los entrevistados *"Cualquiera de estos dispositivos puede pensar que un paciente que estén acompañando tiene que estar en internación"*. E4. Sin importar cual sea el caso, se le asigna a dicha persona un equipo interdisciplinario que pueda hacer una evaluación y determinar si es pertinente o no la intervención en este dispositivo. En relación a esto, otro de los entrevistados explica que

> *"Para la internación generalmente vienen de otros dispositivos, de consultorios externos, de hospital de día, de abordaje territorial o de atención a la demanda espontánea, que son los que en principio plantean la internación. Ahí son las coordinaciones las que entran en discusión, después los equipos ya tenemos la internación decidida. Por supuesto que muchas veces hay diferencias en cuanto al paciente, como si tendría que haberse internado o no."*. E3.

En favor de esto, vemos que entre los dispositivos que conforman el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, entran en juego las diferentes posturas sobre la posibilidad del inicio del proceso de internación como consecuencia de contraposiciones, entre las coordinaciones de dichos dispositivos. Asimismo, estas discusiones pueden surgir también dentro del propio equipo de Internación sobre las prácticas interdisciplinarias desarrolladas en las estrategias de intervención. En simples palabras, las discrepancias son parte de las prácticas del equipo, esto no quiere decir que las intervenciones terapéuticas se vean obstaculizadas o atravesadas por una ruptura en cuánto a los paradigmas coexistentes, sino que la tarea y desafío profesional se encuentra en generar acuerdos entre las diferentes disciplinas, concepciones, saberes, ideologías y posturas con respecto a las internaciones. En cuanto a esto, uno de los entrevistados refirió:

> *"(...)No hay que perder de vista que uno está formado en una disciplina y hay un saber técnico de la disciplina y ese saber tiene que entrar. O sea, la interdisciplina no es, sin el saber disciplinario (...), la disciplina es algo en abstracto. Lo que hay es un profesional formado en una disciplina que tiene un marco ideológico, prejuicios, tiene sus maneras consolidadas de trabajar. Lo que tiene que ver no solo con lo disciplinar en abstracto, tiene que ver con otras cuestiones también, con sus visiones de salud, atención-enfermedad, con su visión*

también del impacto de lo social en cualquier subjetividad, y todo eso no tiene que ver con la disciplina en sí." E1.

En este sentido, puede que cada profesional tenga concepciones diferentes de lo que es la salud mental, el padecimiento, de lo que se puede abordar, del recorte de la problemática a intervenir, de la internación, etc, entonces los profesionales poseen una subjetividad propia, conformada por su historia de vida, prejuicios, posicionamientos e ideologías. Esta subjetividad atraviesa la formación académica, la manera de concebir la salud y consecuentemente, influye en su quehacer cotidiano, en su trabajo y por ende en las prácticas interdisciplinarias. En la práctica, la interdisciplina es atravesada por la subjetividad, ya que, según De la Aldea y Lewkowicz (2004)

> "Se habla de la subjetividad, pero no siempre resulta fácil definir con claridad de qué se trata. La subjetividad es una máquina para pensar y no un sistema de ideas. Es una disposición y no una convicción. Su condición de enunciación nunca es absoluta. No se puede enunciar, pero se ve en los enunciados y en las prácticas: uno la puede deducir mirando. Y no sólo se ve en las prácticas sino que está instituida por vía práctica." (De la Aldea y Lewkowicz, 2004: 2).

Esto quiere decir que si bien la subjetividad no es un concepto material, se representa mediante prácticas materiales y concretas que ejercen, en este caso, los profesionales de la salud, influyendo en sus prácticas interdisciplinarias. En suma, un entrevistado menciona que *"Además hay personas que ayudan más o menos al trabajo interdisciplinario. Hay gente que es muy soberbia (risas) o muy cabeza dura... no tiene demasiada apertura hacia otro tipo de saberes que no sea el suyo y todo eso influye"*. E1. De este modo, surgen cotidianamente contraposiciones que son un desafío ético profesional, en pos de priorizar la mejora de la calidad de vida de la persona en contexto de internación, mediante el intercambio de saberes y la construcción de acuerdos entre los profesionales del dispositivo de Internación.

Por otra parte, se establece 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". (Ley n° 26.657, Art. 14). Sobre esto, analizamos que los profesionales al momento de decidir iniciar una internación, consideran este artículo puesto que lo integran en su práctica, interpretando que *"(...) La internación tiene que ser como un recurso de última instancia, cuando otras alternativas no dieron resultado o no están ayudando a la*

persona en ese momento(...)". E3. Así, fuimos notando cómo las Internaciones iniciadas y llevadas a cabo en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte se corresponden con el Art. 14 (Ley n° 26.657), ya que funcionan como un recurso de última opción, luego de agotar todas las posibilidades del sujeto. Permitiéndonos ver así, en lo cotidiano, que dentro del equipo de trabajo interdisciplinario del dispositivo de Internación, se concibe a las internaciones como una modalidad de tratamiento más intensiva. Uno de los entrevistados menciona *"Sería como un tratamiento ambulatorio con mucha más intensidad"*. E1[4]. La internación, a su vez, se diferencia de otras modalidades de tratamiento porque *"En concordancia con la Ley siempre es el último recurso que se usa, ya que es una modalidad de tratamiento muy intensivo porque requiere que la persona esté viviendo dentro de la institución."* E2[5]. De este modo, podemos entender que la internación requiere una presencia profesional más cercana y cotidiana que otros tratamientos, puesto que las personas habitan la institución, apropiándose de su estructura, sus normas, sus horarios y detalles propios que la conforman particularmente.

A su vez, la internación forma parte del "itinerario terapéutico" entendido por Alli, A. y otros (2020), como un conjunto de acontecimientos y toma de decisiones que tienen como fin abordar la salud mental mediante un circuito que la mejore, recupere y promueva. Consiste en movimientos desencadenados por un individuo o por un equipo de salud, estos incluyen cuidados caseros, comunitarios, prácticas religiosas, recorridos clínicos, y autocuidado, entendiendo así que la promoción de la salud no sucede solamente por dentro de una institución. En este sentido, entendemos a la internación como una instancia que ocurre dentro del itinerario terapéutico.

Por otro lado, la LNSM (Ley n°26.657), considera que la internación puede ser voluntaria e involuntaria. De acuerdo con el Art. 16, la internación voluntaria debe constar de una evaluación, de un diagnóstico interdisciplinario e integral y de motivos que justifiquen la internación. A su vez, es necesaria la búsqueda de datos sobre la identidad y el entorno familiar, y por último, el consentimiento informado. En suma, la LNSM (Ley n° 26.657) en su Art. 20, sostiene que las internaciones involuntarias son "Un recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros." (Ley n° 26.657, Art. 20). Además se requiere de un dictamen profesional del servicio que realiza la internación, ausencia de otra alternativa eficaz para su

[4] E1: Entrevistado 1: Lic. en Psicología
[5] E2: Entrevistado 2: Lic en Terapia Ocupacional

tratamiento y por último, el informe sobre las instancias previas. De acuerdo con el Art. 21, debe notificarse al juez y órgano de revisión dentro de un máximo de 48 hs.

Con respecto al riesgo cierto e inminente, descubrimos que la legislación no define con exactitud cuando existe el mismo, sino que lo deja a criterio profesional. Los profesionales deben intercambiar saberes para definir si existe tal riesgo cierto e inminente, por medio de prácticas interdisciplinarias. En este momento, suelen presentarse diferentes posturas. Tal como lo menciona un entrevistado *"La discusión es si existe un riesgo cierto inminente para la persona, se basa mucho en eso. Si realmente hay una evaluación de riesgo sí, se decide la internación casi sin considerar otras opciones pero porque existe un riesgo para la persona o para otros".* E3[6]. A partir de esta afirmación, conocemos que los profesionales llevan a cabo sus prácticas de acuerdo a lo establecido por la LNSM (Ley n° 26.657). Igualmente, existen situaciones dónde el riesgo no es tan delimitado, excesivo ni contundente, en ese caso quizás la vida de la persona y/o de su entorno no está en riesgo, pero asimismo muestra conductas que son dañinas para su integridad. En relación a esto, un entrevistado desarrolla

> *"Tal vez no existe un riesgo cierto inminente como plantea la ley pero sí vienen habiendo situaciones en que la persona se expone constantemente a riesgos, entonces ahí se evalúa si es necesario una intención realmente. (...) Evaluamos para una internación (...) si cuestiones de la cotidianidad están limitadas. Como por ejemplo que una persona deje de alimentarse por estar deprimida o desmotivada, o deje de higienizarse. O sea cuestiones básicas que hacen a la salud que están siendo ahora limitadas y al menos yo me posiciono desde una mirada más social."* E2.

En este sentido, analizamos que existen cuestiones que la LNSM (Ley n° 26.657) no define formalmente pero que aún así son tenidas en cuenta por parte de los profesionales que componen el equipo de Internación. Que algo no esté escrito y explicitado no significa que haya disposición de ignorarlo, sino que se condice más con la ética y compromiso profesional. Por esto, consideramos que la LNSM (Ley n° 26.657) es el marco normativo vigente al que toda la Nación se corresponde, pero a su vez, hay matices no explicitados que permiten y habilitan a los profesionales a desenvolverse con flexibilidad y autonomía en sus prácticas interdisciplinarias. Esto genera que la LNSM (Ley n° 26.657) se adapte a las problemáticas complejas que se presentan continuamente en un determinado momento socio histórico y a las concepciones sobre la salud mental en ese entonces. Entendemos que dicha ley no es

[6] E3: Entrevistado 3: Médico Psiquiatra

ahistórica, sino que es permeable a los cambios sociales. En relación a esto uno de los entrevistados menciona

> *"Me parece que da cierta permeabilidad en algunas situaciones, incluso son situaciones que se nos vienen en contra. Hay ciertas intervenciones jurídicas que siguen queriendo intervenir y tomando decisiones en relación a tratamientos, entonces me parece que no está tan cerrada la Ley. Sí ellos (el sistema jurídico) encontraron intersticios para poder meter la cola y seguir queriendo intervenir en situaciones me parece que no está tan cerrada, que te da margen para intervenir."* E4.[7]

De esta manera podemos notar un salto en el abordaje normativo de la salud mental y también en las concepciones de los profesionales sobre cómo intervenir, contemplando sus posicionamientos e interpretaciones en torno al debate salud-enfermedad. Estas cuestiones pueden presentarse en lo cotidiano y es ahí cuando los profesionales, que ocupan un lugar de poder dentro de la institución y un compromiso con la vida de las personas, se ven desafiados en su intervención, ya que deben desarrollar sus prácticas interdisciplinarias desde la resolución de un conflicto en pos del sujeto de derecho. Es decir que aunque la LNSM (Ley n° 26.657) deje matices, brechas o espacios sin legitimar, esto no quiere decir que no contemple posibles escenarios y/o situaciones, sino todo lo contrario. Existen conflictos y problemáticas que deben ser abordados desde la ética, el compromiso y la autonomía profesional, y ahí se evidencia la concepción de los profesionales sobre la salud mental y sobre el derecho de las personas en contexto de internación. En otras palabras, la LNSM (Ley n°26.657) es interpretada por los profesionales desde su subjetividad y de acuerdo a estas interpretaciones, sus prácticas interdisciplinarias son definidas.

I. 3. Inicio del proceso de internación.

A partir de lo desarrollado anteriormente, consideramos que el proceso de Internación es complejo y multifactorial. En esta instancia, confluyen diversos criterios que son considerados por los profesionales para la definición de su inicio, donde se ponen en juego las interpretaciones acerca de la LNSM (Ley n° 26.657). Entre estos criterios que consideran los profesionales, reconocemos a la "demanda social", concepto definido por Ghiselli y Castrogiovanni (2019), como aquella que presentan los sujetos cuando se acercan a la

[7] E4: Entrevistado 4. Lic. en Trabajo Social

institución en búsqueda de atención profesional. Entonces a esta, como una urgencia en una primera instancia, ya que según Travi (2004) "Se presenta inicialmente como un pedido de ayuda, de asesoramiento enunciado a través de un discurso cuyo contenido incluye: la evidencia de un problema o situación adversa, una interpretación respecto del problema, un pedido de solución." (Travi, 2004: 96).

Además, Ghiselli y Castrogiovanni (2019), presentan a la "demanda institucional" como aquello para lo que fueron contratados los profesionales dentro del lugar donde desarrollan su labor (la institución). Por ende, esto nos permite entender que no siempre suelen coincidir la demanda de la persona en contexto de internación con la demanda institucional. Como dicen los propios entrevistados *"Hay claramente un criterio de internación que lo puede pensar el equipo y el paciente también o no, y otras situaciones dónde el paciente desde su urgencia considera que necesita de este espacio para poder aliviar algo de lo que le viene pasando"*. E3. Entonces, podemos conocer que existe una diferencia entre las demandas de los sujetos con padecimientos mentales y las que se construyen institucionalmente. En esta misma línea, entendemos que estas demandas, dan lugar al concepto de singularidad . Según las autoras (2019):

> "La dimensión de la singularidad se construye a partir de la lectura de la demanda institucional y de la demanda de los sujetos. Es decir, a partir de la vinculación entre la demanda de los sujetos, en el marco de la emergencia en su vida cotidiana, y la respuesta que brinde la institución a esa problemática." (Ghiselli y Castrogiovanni, 2019: 66).

Siguiendo con las autoras (2019) la dimensión de singularidad, se relaciona con la respuesta de la demanda social porque irrumpe como necesidad de los sujetos y los lleva a la consulta institucional, aunque asimismo la intervención no debiera reducirse en su totalidad a la atención de esa urgencia. Plantean que es necesario pensar desde la singularidad para ofrecer intervenciones adecuadas a las necesidades de los sujetos, entendiendo las complejidades de sus problemáticas. Esto nos permite entender que no siempre la demanda social y la institucional coinciden, y es ahí donde las prácticas interdisciplinarias deben mediar entre ambas para poder intervenir eficazmente. A partir de esto, se construye un recorte de la situación problemática dónde es viable intervenir, por eso "La construcción de cada demanda de los usuarios, (...) se encuentra cargada de elementos vinculados a las propias trayectorias e historias de vida, a su propia subjetividad." (Ghiselli y Castrogiovanni, 2019: 65). Descubrimos, por medio de las entrevistas, que esta concepción es considerada por los profesionales del equipo de Internación, ya que uno de ellos señala

"Para mí la demanda tiene que ver con otra cosa que se construye. Otra cosa es el pedido de internación, éste muchas veces es que la persona está en situación de calle, está consumiendo compulsivamente, no tiene a nadie, no puede parar, tiene conductas autolesivas. Eso es un pedido, de ahí a que se construya una demanda es un proceso… Una demanda tiene que ver con la subjetivación.". E1.

Por este motivo, es imprescindible hacer un recorte de la situación problemática, ya que como explica otro de los entrevistados *"Los pacientes con mayores índices de vulnerabilidad psicosocial son los que terminan más en el lugar de demanda y de aprovechar este momento de internación para resolver todo lo que les viene pasando hace un millón de años. El estar por fuera de todo genera como un deseo de resolución absoluta de todo."* E3. En favor de esto, descubrimos que existen sujetos que se acercan desbordados de múltiples necesidades, provenientes de las vulnerabilidades que vienen acarreando toda su vida y consideran a la internación como un alivio y/o resolución de alguno de sus malestares. En el próximo apartado analizaremos las cuestiones que deterioran la salud mental en relación a la vulnerabilidad social.

Acerca de estas necesidades, partimos del concepto de "necesidades en salud" que presenta Paim (1992) refiriéndose a los problemas de salud que deben ser atendidos para que un ser continúe siendo un ser, promoviendo una defensa de la vida, el ambiente, entretenimiento y arte, que integran proyectos más conocidos como promoción de la salud. De acuerdo a esto, la demanda social es expresada por medio del relato del usuario al acercarse al Hospital en busca de atención, lo cual se corresponde con las necesidades en salud, ya que entendemos a estas no solo como una carencia, sino aquello que se necesita para continuar "siendo", en un sentido integral. Las demandas sociales que se presentan en el día a día de la institución *"Tienen que ver con la urgencia subjetiva, la cual tiene que ver con el padecimiento psíquico y muchas veces eso recae sobre una demanda en una institución que debería hacerse cargo de ese desborde psíquico."*.E1 pero, la demanda institucional es entendida por medio del labor profesional y no necesariamente se condice con las exigencias del sujeto. Con esto, no queremos restarle importancia a la demanda social, es decir aquella demanda que es presentada en primera instancia desde la urgencia, sino más bien, consideramos que es necesario tenerla en cuenta pero superando la respuesta a la inmediatez, de acuerdo con Ghiselli y Castrogiovanni (2019). Descubrimos que es importante esclarecer la urgencia subjetiva para evitar iniciar una internación exigida por el sujeto, esto es prioridad para los profesionales, debido a que la internación puede ser contraproducente en el sentido de que puede devenir en un deterioro de su salud mental y también condicionar las prácticas

interdisciplinarias, la relación terapéutica, o el vínculo con la institución. Uno de los entrevistados afirma que

> *"Es tan necesaria la elaboración previa desde el primer momento, porque si no se hace ninguna lectura y después tenes un paciente internado con demandas masivas ¿ahí qué haces? Ya empezaste mal, estás un paso atrás del paciente y probablemente tengas que entregarte a la masividad que plantea. Si ya está estructurada o planeada la estrategia desde el principio uno ya lo va llevando con dirección al caso."*. E3.

Partiendo de las interpretaciones de los profesionales sobre el inicio del proceso de internación, las demandas, la intervención, entre otras, y teniendo en cuenta los aportes de Benedetti (2015), consideramos que es necesario que las prácticas interdisciplinarias utilizadas para la lectura de la realidad partan de pensar la singularidad del sujeto en clave de época y situación, para diseñar e implementar intervenciones clínicas adecuadas a las dimensiones históricas sociales. Además, analizamos que la construcción de la demanda en la que se va intervenir, depende del compromiso, las interpretaciones, el saber, la ética y la responsabilidad de los profesionales que trabajan en el equipo de Internación.

A partir de todo lo expuesto, entendemos que el proceso de internación no surge de las exigencias del sujeto, ni tampoco por imposición de los profesionales, sino que es producto de la relación terapéutica gestada entre los mismos, mediante un intercambio. Molina y otros (2013) explican la relación terapéutica como la alianza afectiva de entramado complejo, entre el paciente y el profesional de la salud, vinculado a la confianza y el respeto. Dicha relación se da a partir de una interacción terapéutica en el diálogo. Asimismo, entendemos a la relación terapéutica en concordancia con lo propuesto por Allí y otros (2020) acerca de trayectorias terapéuticas, las cuales se ubican dentro del recorrido clínico y delimitan ciertos periodos en que la persona asiste a la institución para realizar un tratamiento. Cabe destacar que la trayectoria terapéutica se sostiene más allá de el pasaje o tránsito entre los diferentes dispositivos. Es decir que la internación, de acuerdo con los autores (2020) es un tramo de la trayectoria terapéutica. En este sentido, sobre el recorrido clínico, Allí y otros (2020) establecen que, "Se encuentra dentro del itinerario terapéutico, pero se limita al vínculo que una persona que asiste a los dispositivos establece con el efector de salud."(Allí y otros, 2020: 3). Este recorrido se conforma a partir de la conceptualización del caso, teniendo en cuenta los obstáculos y facilitadores de cada persona. Este, puede ser modificado a medida que se desarrolla el proceso de internación ya que no está dado, no es lineal, no es normativo, ni condicionante, tal como lo afirma un profesional, refiriéndose al mismo como *"La*

presentación clínica no es algo que está dado, es algo que se construye entre los profesionales." E3. En las entrevistas notamos que los profesionales interpretan como fundamental la construcción del recorrido clínico para generar una internación eficaz, esto lo vemos en el relato de un entrevistado refiriéndose al mismo, debido a que*"Tiene que haber una lectura posible que haya sido registrada por el equipo para que esa internación sirva. Porque si no es algo totalmente ajeno al tratamiento y no produce nada eso, sería un momento de alivio, pero después vuelven con las mismas situaciones y eso lo hemos visto mil millones de veces"* . E3. Este relato muestra la importancia y prioridad que le otorgan los profesionales a la constitución del recorrido clínico, a partir de una perspectiva de singularidad. Dicho recorrido, está compuesto por una estrategia terapéutica propuesta por los profesionales, ya que son quienes se comprometen con la vida de las personas, por medio de sus prácticas interdisciplinarias.

Entendemos la estrategia terapéutica desde Allí y otros (2020) como las indicaciones brindadas al individuo, a la familia, al grupo, a las redes de apoyo social; esta incluye el lugar otorgado a las decisiones de cada persona con respecto a su tratamiento, las pautas de cuidado, y las estrategias que se implementan en la internación, además las vemos materializadas en las prácticas interdisciplinarias. A su vez, dichos autores (2020) sostienen que estas estrategias se encuentran guiadas por objetivos terapéuticos, los cuales tienen la función de revertir y/o amortiguar los síntomas agudos y definir los cambios deseados o esperables para el mejoramiento de la vida de la persona. En este sentido, un entrevistado entiende que *"La internación tiene que ver con pensar terapéuticamente y con algo intensivo de la permanencia pero con objetivos (...). Es como una pausa con objetivos definidos terapéuticamente "*. E2. Estos objetivos se establecen al recortar la situación problemática donde es posible intervenir, es decir que cuando se inicia el proceso de internación se definen objetivos terapéuticos. A su vez, es importante que las estrategias mencionadas no sean una imposición y no recaiga en las personas la responsabilidad de cumplir con el "deber ser", tal como lo sostienen los autores (2020), debido a que las estrategias terapéuticas no son unilaterales ni autoritarias, sino que necesitan de un común acuerdo.

Concluyendo, cuando la internación se inicia se requiere definir las estrategias terapéuticas, cristalizadas en prácticas interdisciplinarias, que se desarrollarán para el tratamiento. Para esto, se conceptualiza el vínculo del sujeto con la institución, dando lugar al recorrido clínico, por medio del cual se ejerce la LNSM (Ley n° 26.657). Consideramos que en el inicio del proceso de internación influyen y/o convergen diversos criterios, donde se ponen en juego las interpretaciones de los profesionales acerca de la LNSM (Ley n° 26.657).

Además, dichos profesionales le prestan central atención a la demanda social e institucional bajo una mirada de singularidad. Las prácticas interdisciplinarias, fundamentadas por su ética, compromiso y responsabilidad profesional, permiten superar la inmediatez de la demanda que presentan los usuarios en primera instancia, estableciendo objetivos terapéuticos que guían el proceso para lograr una internación eficiente.

I. 4. La vulnerabilidad social como constitutiva de la Salud Mental.

La LNSM (Ley n° 26.657) en su Art. 7 sostiene que en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver distintos motivos sociales, como es, por ejemplo, la falta de vivienda, la pobreza, entre otros, ya que el Estado debe proveer los recursos más adecuados para resolver y atender este tipo de problemáticas. A su vez, desde el Trabajo Social, entendemos que estas cuestiones sociales influyen en el padecimiento mental y su construcción clínica. Asimismo esta legislación, propone en su Art. 3 que la preservación y mejoramiento de la salud mental, implica una construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales, por lo cual consideramos que no se deben patologizar los padecimientos mentales sino tener en cuenta dichos componentes establecidos en el artículo, que conforman la totalidad de la salud mental.

Entre estos dos artículos de la LNSM (Ley n° 26.657 Art. 3 y Art. 7) notamos una brecha un tanto contradictoria, ya que las internaciones no pueden prolongarse por cuestiones sociales, pero igualmente se reconoce que los padecimientos mentales se ven configurados por estas mismas. En relación a esto, mencionamos a los determinantes sociales de la salud basándonos en la idea de Arellano y otros (2008) quienes desarrollan que "Las formas de producción, consumo y su lógica distributiva -en donde el Estado tiene una tarea esencial- son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales" (Arellano y otros, 2008: 324). Reconociendo así, la gran influencia que tiene el sistema capitalista en el debate salud-enfermedad. Consideramos que es necesario comprender la importancia de cuestionar estas relaciones capitalistas en su capacidad de explotar, despojar, excluir y exterminar. En relación a esto, uno de los entrevistados sostiene que *"La vulnerabilidad social siempre influye, porque es un determinante más en los vaivenes psíquicos".* E3. En suma, los autores (2008) postulan que

> "Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno "natural", sino que es resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos

> injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país." (Arellano y otros. 2008: 326).

Desde esta perspectiva, comprendemos la necesidad urgente, de un mejoramiento de las cuestiones sociales para que sea posible un mejoramiento de la salud mental, esto es un desafío constante en la práctica interdisciplinaria. Un entrevistado relata que *"No podemos escindir de una cuestión de salud mental que tiene que ver con cierto padecimiento y lo social no puede quedar por fuera de ese padecimiento, del vivir en una situación de vulnerabilidad de estar expuesto a un montón de situaciones de violencia. Creo que no podemos pensarlo si no es en términos sociales".* E1. Desde el paradigma de la MSL, podemos analizar que el abordaje del padecimiento mental se relaciona con la estructura social, por este motivo, abordar la salud mental desde esta perspectiva tiene que ver con el diseño de estrategias que reconozcan la cuestión social, concepto entendido por Mallardi (2013), como la pauperización producida por el sistema capitalista. En este sentido, un entrevistado nos cuenta sobre las prácticas interdisciplinarias del Hospital *"Es importante que la internación no venga a resolver una cuestión habitacional pero obviamente que esto va influir en la decisión que se tome."* E2. Este relato nos permite conocer la importancia que le dan los profesionales del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte a las cuestiones sociales y su rol en los padecimientos mentales, ya que estas cuestiones estructurales no son algo que ocurre por fuera de la propia subjetividad sino dentro de la misma, permitiendo observar cómo los determinantes sociales influyen e intervienen dentro de esta.

De este modo, conocemos la interpretación de los profesionales sobre la LNSM (Ley n° 26.657) con respecto a los determinantes sociales para definir el inicio del proceso de internación, permitiendo entender que lo social y la salud se encuentran fuertemente ligados. Además, Laurell (1982) sostiene que "Al existir una articulación entre el proceso social y el proceso de salud y enfermedad, éste debe asumir características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos se inserta en la producción y se relaciona con el resto de los grupos sociales". (Laurell, 1982: 5)**.** De esta manera, consideramos que la pobreza, la falta de trabajo o la falta de vivienda, entre otros, se establecen como determinantes sociales y encuentran una explicación en la estructura y en las relaciones sociales, afectando la salud de las personas y su abordaje. En suma, Basaglia (2008) sostiene que "La locura y todas las enfermedades son expresión de las contradicciones de nuestro cuerpo, y cuando digo cuerpo, quiero decir cuerpo orgánico y social" (Basaglia; 2008: 94), haciendo referencia a las bases

de la MSL. Esta concepción se vió relatada a lo largo de las entrevistas realizadas a los profesionales, por ejemplo, uno de los entrevistados menciona que *"La vulnerabilidad social es algo real que no se puede ignorar, que no tiene que ver sólo con el presente aquí y ahora de la persona, sino con su historia, con todo el daño que ese sujeto fue recibiendo a lo largo de su vida."* E3. Aquí vemos cómo las heridas en la historicidad de los sujetos, incluyendo todos sus ámbitos de vida, fueron constituyendo el padecimiento y afectando su salud.

Durante el desarrollo del análisis de dichas entrevistas, pudimos comprender que el proceso de estratificación social en el sistema capitalista tiende a perpetuar la exclusión de las personas con padecimiento mental, sin promover un cambio estructural que sea equitativo. En relación a esto, otro de los entrevistados relata que *"Uno tiene que tener en cuenta cuál fue la historia, la respuesta del sistema, tanto social como de salud, que muchas veces lo que hace es esto justamente, vulnerabilizar en vez de iniciar un proceso que remonte estos efectos negativos".* E1. Esta afirmación revela cómo influye la cuestión social en las prácticas interdisciplinarias, dentro de un sistema que funciona a favor de la acumulación de capital y deja a las personas con padecimiento mental en un lugar de revictimización sistemática. En suma, los aportes de Laurell (1982), refieren que "En la sociedad capitalista, por ejemplo, el concepto de enfermedad explícito está centrado en la biología individual, hecho que la desocializa". (Laurell, 1982: 7). Esta concepción fundamenta y facilita el desarrollo de la clase dominante perpetuando las lógicas del MMH.

En conclusión, De acuerdo con Breilh (2003), lo que determina la salud es un conjunto de procesos, los cuales adquieren diferentes proyecciones frente a la salud, de acuerdo a los determinantes sociales de cada espacio y tiempo sociohistórico, integrados a un sistema que produce y reproduce la exclusión. Nos parece primordial establecer en la presente investigación, que la vulnerabilidad social que atraviesa a los sujetos afecta de manera directa en su salud ya que, los procesos de determinación social configuran las subjetividades y, consecuentemente, los padecimientos mentales.

I. 5 . La falta de acceso al trabajo como una de las aristas de la cuestión social.

Como venimos mencionando, los procesos de determinación social son constitutivos de la salud mental. A su vez, Laurell (1982) establece que "En la sociedad capitalista (...) el concepto de enfermedad oculto, es decir, que subyace a la definición social de qué es enfermedad, se refiere a la incapacidad de trabajar, lo que la ubica en su relación con la

economía y eventualmente con la posibilidad de acumulación de capital." (Laurell, 1982, p. 7). Esto nos permite reconocer que en la sociedad, el padecimiento mental es comprendido como un obstáculo para acceder al trabajo, idea que nos parece central desarrollar, ya que consideramos al trabajo, a partir de Neffa (2003) quien establece que "La importancia del trabajo para quien tiene un empleo, no es solamente que permite obtener los recursos para sobrevivir y asegurar el mantenimiento de su familia. Los seres humanos al hacer un trabajo remunerado adquieren una identidad social, generan relaciones de solidaridad y/o intercambio con otras personas, y establecen con ellas derechos y deberes" (Neffa, 2003: 228). Desde esta concepción, entendemos que el trabajo funciona más allá de un recurso económico, sino que es fundamental para la vida. En relación a esto uno de los entrevistados menciona

> *"La cuestión del trabajo es fundamental porque el trabajo es la organización de la vida cotidiana, no solo de la vida cotidiana sino que también una percepción que cada persona pueda tener de sí misma (...), pero hay una cuestión de una construcción de una identidad laboral que es sumamente importante porque tiene efectos en toda la subjetividad. No es solamente el ingreso material aunque también es importante."* E1.

Esta afirmación nos permite conocer la importancia que le dan los profesionales del dispositivo de Internación a la categoría del trabajo, concibiendo que esta compone la subjetividad, la autoconcepción, la identidad, la dignidad, entre otros, habilitando así, el desarrollo de la vida social. Igualmente, analizamos que en la sociedad actual el trabajo no es accesible para las personas con padecimiento mental, esta imposibilidad de acceso es producto de una forma de organización social que excluye al padecimiento mental y a la vez, reproduce la acumulación capitalista. La desocupación de las personas con padecimiento mental surge por la estigmatización de la sociedad y por la falta de recursos y formación de este grupo con respecto a desarrollar habilidades laborales. Esto lo podemos ver en el relato de uno de los entrevistados *"Es diferente si trabaja, si no trabaja… esto nosotros lo vemos mucho porque antes funcionaban los talleres... taller de carpintería, serigrafía, que ahora no hay (...). El hospital no cuenta con recursos para capacitaciones laborales"* E1. Es decir que la organización social se condice con la exclusión de las personas con padecimiento mental del mercado laboral, mediante diferentes mecanismos, como por ejemplo la falta de acceso a la capacitación. En suma, Ibarra (2017) postula que "Las personas con padecimientos mentales son estigmatizadas como "incapaces" de ser incorporados/as al mercado de trabajo. Dicha incapacidad posiciona a esta población como potenciales de peligro, en la medida en

que no reproducen la relación capital-trabajo". (Ibarra, 2017: 60). Entendemos que esta idea, legitima procesos que perpetúan la exclusión social de las personas con padecimiento mental. Sobre esto un entrevistado nos cuenta su parecer "*En la sociedad hay una cuestión del padecimiento mental que pareciera que no pueden trabajar."* E1. A partir de lo mencionado, consideramos que el trabajo es una de las áreas donde es necesaria más presencia por parte del Estado debido a la importancia que tiene en la vida social y subjetiva de las personas. Motivo por el cual un entrevistado afirma que *"Si no tenes casa, no tenes referentes, no tenes trabajo es imposible pensar una salud mental integral"*. E2. Sobre esto, analizamos que la salud mental integral no puede ser garantizada dado que las personas con padecimiento mental se encuentran excluidas del campo laboral. Tal como lo menciona uno de los entrevistados *"La vida de una persona se compone de muchos aspectos. El ingreso material mediante el trabajo es uno de ellos y es sumamente importante.(...) Uno tiene que llegar a pensar la cuestión del padecimiento subjetivo con el problema de la desocupación."*. E3.

Entendemos que los mecanismos que perpetúan la exclusión y la vulnerabilidad social son múltiples, complejos y tienen un trasfondo sociohistórico, que por decisiones metodológicas no vamos a desarrollar en esta investigación, pero asimismo consideramos necesario nombrar al trabajo como uno de los ámbitos en dónde más notan exclusión y vulnerabilidad los entrevistados, ya que la inclusión laboral de la persona con padecimiento mental podría verse interferida por la estigmatización social, la falta de recursos y los determinantes sociales.

I. 8. Conclusiones finales.

A lo largo de este capítulo analizamos cómo las interpretaciones de los profesionales sobre LNSM (Ley n° 26.657) se reflejan en las prácticas interdisciplinarias del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. A su vez, expusimos la concepción de salud mental desde donde desarrollamos la investigación, esta se ubica dentro del paradigma de la MSL, en contraposición del MMH, como paradigma que es necesario desterrar por medio de una actitud crítica y un constante cuestionamiento de los profesionales de salud mental en su cotidianidad.

Concebimos a las internaciones como aquellas intervenciones terapéuticas, guiadas por el recorrido clínico, el mismo define estrategias y objetivos terapéuticos en pos del bienestar integral de los sujetos de derechos. También analizamos de qué manera influyen los determinantes sociales en la constitución de la salud mental y como las relaciones de

producción organizan y estratifican la estructura social capitalista donde las personas con padecimiento mental se encuentran excluidas por no contribuir en la acumulación del capital. Esto produce y reproduce vulnerabilidad social en dicho grupo por la falta de acceso al trabajo y los procesos de estigmatización social.

Capítulo II: "Redes de apoyo social como constitutivas del tratamiento terapéutico"

II. 1. Redes de apoyo social en el tratamiento terapéutico.

Consideramos que las redes de apoyo social son pieza fundamental en el tratamiento y abordaje de la salud integral de las personas con padecimiento mental, ya que las mismas no solamente contribuyen a la mejora de la calidad de vida, sino que son constitutivas del tratamiento terapéutico por contribuir en la promoción de la salud y en la construcción de proyectos de vida.

Para este análisis, en primer lugar, nos parece apropiado desarrollar el concepto de "apoyo social" y cómo se relaciona este con la salud mental. Este concepto es establecido por Fernandez Peña (2005) como una "Transacción interpersonal que engloba uno o más de los siguientes aspectos: emocional, instrumental, información y valoración (información relevante para la autoevaluación)" (Fernandez Peña, 2005: 11), además sostiene que estas redes tienen funciones básicas: sustentadoras de la salud y reductoras del estrés.

En tanto el vínculo entre la persona en contexto de internación y las redes de apoyo social se conforme en un proceso protector de salud, al que entendemos como aquel que contribuye al bienestar de la persona, dichas redes van a incluirse dentro de las estrategias de intervención. En este caso, la red de apoyo social no solo ayuda al tratamiento terapéutico, sino que es constitutiva del mismo. En relación a esto podemos mencionar el concepto de "cuidado" que desarrolla Ayres (2002)

> "Cuidar, en el sentido de un "tratar que sea", es una interacción que pasa por las competencias y tareas técnicas, pero que no se restringe a ellas, encarna más ricamente que tratar, curar o controlar aquello que debe ser, por excelencia, la vocación de las prácticas de salud pública. (...) Cuidar de la salud de alguien, o de algunas personas, es más que construir un objeto e intervenir sobre el mismo. Para cuidar se debe considerar y construir proyectos". (Ayres, 2002: 13)

De esta manera, reconocemos el cuidado que ofrecen las redes de apoyo social en el proceso de internación, ya que colaboran con la promoción de la salud mediante la

construcción de proyectos. En esta misma línea, un entrevistado nos menciona que *"Si la persona puede tener un apoyo por su barrio que lo vaya viendo una vez por semana o de acuerdo a la necesidad, podría evitar para mí un montón de internaciones"*. E2. De acuerdo a esto, consideramos prioritaria la presencia de las redes de apoyo social en el bienestar y mejoramiento de las personas con padecimiento mental, ya que por medio de estas, las personas pueden sostenerse en su recuperación, evitando síntomas agudos y/o un estado de riesgo, pudiendo evitar algunas internaciones. Sobre esto Loubat y otros (2017) postulan "Aquellos sujetos que poseen relaciones sociales de apoyo, desarrollan mejores condiciones de vida y menor presencia de síntomas, así como también menor ingreso hospitalario, en comparación con quienes carecen de aquel apoyo" (Loubat, y otros, 2017: 17). Reconociendo de esta manera, la influencia que tiene la presencia del apoyo social en las estrategias de intervención llevadas a cabo. En suma a esta idea expuesta, Breilh (2003), diferencia entre los aportes brindados por la red de apoyo social a los procesos de salud

> "Cuando un proceso se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, en ese caso lo llamamos proceso protector o benéfico; mientras que, cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana, individual o colectiva, lo llamamos proceso destructivo". (Breilh; 2003: 209).

A partir de esta idea, analizamos que las redes de apoyo social presentan facetas, formas y mecanismos que pueden contribuir a los procesos protectores de salud y/o pueden afectar el proceso de la persona con padecimiento mental. Consideramos que es fundamental conocer y evaluar la solidez de dicha red de apoyo social, cuestionando qué tan favorable es la vinculación de las persona en contexto de internación con dicha red, esto es un desafío cotidiano para no recaer en una idealización de las redes de apoyo social. En este sentido, Fernandez Pena (2005) desarrolla que, aunque exista una relación social no es equiparable con obtener apoyo de la misma, sino que es necesario que las personas que formen parte de la red tengan habilidad, conocimiento y motivación para actuar de soporte. Sobre esto, analizamos que son necesarias estrategias de intervención que permitan conocer la conformación de las redes de apoyo social. Un entrevistado, se refiere a esto: *"La cuestión con las redes de apoyo actual tiene que ver con una evaluación también de las capacidades de esa red en cuanto a contención o miradas."* E1. Es decir, no porque exista un vínculo con el entorno significa que se produzca un apoyo social, sino más bien que depende de que las personas que forman parte de dichas redes muestren la intención, el compromiso, la

responsabilidad, los recursos, la motivación y el conocimiento para poder acompañar y sostener a la persona. En suma, otro de los entrevistados agrega

> *"Hay redes que son negativas. Hay veces que la evaluación es que no puede volver a esa red familiar (...) porque va llevar siempre al brote psicótico, a la descompensación o a la crisis y no se ve que sea posible hacer un trabajo familiar que modifique esas condiciones(...). Hay familias que están dispuestas a trabajar, a asumir la parte que le corresponde a cada uno y otras que no".* E2.

Por otro lado, la LNSM (Ley n° 26.657) también tiene en cuenta que las redes de apoyo pueden contribuir al proceso protector o destructivo de salud, ya que en su Art. 14 sostiene 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" (Ley n° 26.657, Art. 14). A partir de este enunciado, notamos que reconoce la contribución de las redes de apoyo en el proceso de internación y legisla en favor del bienestar de la persona. Por este motivo consideramos que las prácticas interdisciplinarias se diseñan, primeramente, para la indagación y conocimiento de la red de apoyo social, ya que de acuerdo con Salgado y otros (2003) es necesario evaluar la densidad de la red, con respecto a la cantidad de personas que la conforman, el vínculo entre sus miembros, también con la persona en contexto de internación y el equipo interdisciplinario.

Concluyendo, reconocemos la importancia fundamental de las redes de apoyo social y el rol que ocupan en el proceso de internación, dónde las estrategias de intervención se enfocan en la indagación de su conformación y solidez. A partir de esto, se evalúa si las mismas contribuyen a un proceso protector de salud, para incluirlas en el tratamiento de la persona con padecimiento mental.

II. 2. Complejización de las redes de apoyo social.

Las redes de apoyo social pueden estar compuestas por la familia nuclear, amigos, vecinos, referentes barriales, referentes religiosos, compañeros, parientes, etc, conformando así también, las redes sociales informales. Sobre esto un entrevistado nos relata acerca de las redes más recurrentes en la realidad del Hospital

> ***"****Si hay redes de apoyo, están bastante debilitadas. O sea, la verdad que lamentablemente son pocos los casos en los que se puede contar con una red que realmente esté ahí brindando el apoyo necesario (...)Y si eso no está, tratamos de*

ir armando algo de esa red, tal vez amigos, instituciones, organizaciones más barriales, o… políticas a veces dependiendo de las necesidades de la persona, pero si algo de esa red no está se intenta armarla." E2.

Este relato da cuenta que los vínculos sociales no se dan de una única manera, sino que se dan de manera multidimensional y diversa complejizando las redes de apoyo social. Esto nos permite analizar que, no solo es necesario evitar caer en una idealización de estas, sino que también, es vital para que las estrategias de intervención no pongan en riesgo la vida, dignidad e integridad de la persona ya que, según Breilh (2003) las redes de apoyo social pueden constituir procesos destructivos de salud, que actúan como elementos de inequidad, privación y deterioro volviendolas insalubres y destructivas según el contexto social en el que se desarrollan. En relación a esto uno de los entrevistados menciona *"Muchas de ellas son presencias super destructivas, en los vínculos familiares hay muchas situaciones de abuso, entonces hay que ver la situación. No es estar con el otro a cualquier costo. Eso tratamos de tenerlo en cuenta y hacer un armado teniendo en cuenta todas las situaciones"* E4. Por este motivo, los profesionales desarrollan estrategias de intervención con respecto a la vinculación con las redes de apoyo social, sea aumentando su frecuencia con la persona o brindando estrategias y/o recursos para promover la posibilidad de que dicho sujeto pueda establecer límites saludables con su entorno y/o vínculos dañinos, abusivos, y violentos. Uno de los entrevistados nos relata situaciones que pueden verse en la realidad cotidiana

"Laburar con la persona para que corte con esos vínculos o se intenta limitar las visitas del agresor o las salidas. Hay casos de violencia de género donde no solo la salud mental está en riesgo sino la integridad física. En vínculos violentos sí se intenta cortar, al menos desde el equipo ir laburado con la persona y después es la persona obviamente que está afuera, tomará su decisión". E4.

Analizamos con respecto a todo lo mencionado, que las redes de apoyo social constituyen un proceso complejo en el tratamiento terapéutico e influyen en la vida de los sujetos con padecimiento mental. Al mismo tiempo, el equipo interdisciplinario del dispositivo de Internación, se encarga de indagar en la composición de dichas redes de apoyo social, con el objetivo de identificar ciertas cuestiones que atraviesan la subjetividad de la persona en contexto de internación, teniendo en cuenta que esta, no siempre puede identificar situaciones de violencia o dañinas, por la vulnerabilidad propia de su contexto, su historia y su subjetividad, entonces es fundamental, la interdisciplina para conocer los aspectos dónde se puede intervenir con las redes de apoyo social. Una vez conocido el contexto y la historia del

entorno, los profesionales deciden cómo trabajar con estas, en pos del bienestar de la persona con padecimiento mental.

II. 3. La relación entre las redes de apoyo social y el padecimiento mental.

En concordancia con lo expuesto durante el capítulo, nos proponemos analizar de qué manera se relacionan las redes de apoyo social con el padecimiento mental del sujeto. En relación a esto, nos parece apropiado desarrollar el concepto de estigma explicado por Loubat y otros (2017) quienes sostienen que "La estigmatización también conlleva una des-subjetivación, que homogeniza a todos quienes padecen el trastorno, excluyendo la vivencia que le es propia al sujeto, no comprendiendo la conducta y el síntoma en función de quien lo desarrolla. La des-subjetivación mantiene al paciente en una posición pasiva respecto del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación". (Loubat y otros, 2017: 20). A partir de esto, conocemos que la estigmatización que se produce en el sentido común de la sociedad, se relaciona con la objetivación que desconoce las particularidades de cada sujeto y reduce su subjetividad. De este modo, a partir de Loubat y otros (2017), entendemos que la estigmatización está compuesta por:

1) El registro histórico de la locura, que se condice con las lógicas del MMH dónde se toma "La explicación causal de las enfermedades como verdad universal, más allá de toda singularidad" (Faraone, 2013: 7). Demostrando así, una connotación negativa de la locura como concepto limitante que legitima la estigmatización y marginalización de las personas con padecimiento mental. Tal como lo menciona uno de los entrevistados *"Es muy fácil que encasillen a uno y que uno se termine encasillando también en un diagnóstico de estigmatización"*. E4.

2) La regulación del orden social, asociado al control económico y social por parte de la clase dominante en el sistema capitalista, rigiéndose en la funcionalidad y productividad de lo que se espera de una persona "normal".

3) Los medios de comunicación y la implicancia que tienen en la sociedad para continuar validando aquella idea de "peligrosidad" y por ende, la estigmatización de la persona con padecimiento mental, ya que se considera a la misma como violenta y transgresora del funcionamiento "normal" de la sociedad.

4) La ausencia de la psicoeducación en relación al sistema educativo como un agente pasivo que no informa, no educa y no brinda conocimientos ni estrategias a la sociedad

respecto a la relación con padecimiento mental. Tampoco promueve prácticas para lograr la inclusión de la persona.

En relación a esto, a medida que realizamos las entrevistas nos dimos cuenta que la estigmatización se presenta cotidianamente en la vida de las personas con padecimiento mental y en su entorno social. Notamos que esta estigmatización, afecta a los vínculos que la persona desarrolla y muchas veces, se trata de la inconsistencia de estos para poder llevar adelante el acompañamiento, tal como menciona un entrevistado "*A veces es la propia familia o la red quien solicita la internación. Muchas veces también pasa que la familia dice "tiene que internarse para dejar de consumir o para que se ponga mejor. Se pelea con los vecinos, está rompiendo toda la casa"*. E2. A partir de esto podemos observar que el padecimiento mental puede afectar el vínculo y la convivencia (entre otros aspectos) con las personas que conforman las redes de apoyo social, las cuales tienen que recurrir a la internación porque no pueden contener a la persona con padecimiento mental ni tampoco contribuir al proceso protector de salud. Analizamos que el debilitamiento de las redes de apoyo social se relaciona también con la falta de recursos, herramientas y conocimientos para acompañar, cuidar, y contener a la persona, como consecuencia de los procesos de determinación social. Uno de los entrevistados nos cuenta que *"Hay algo de desidia de las familias de pocos recursos para acompañar estas situaciones, de poder asimilar por cuestiones sociales lo que implica tener que convivir o tener a cargo un familiar con padecimiento mental. Son situaciones muy estigmatizantes y a trabajar en comunidad."*. E4. En este sentido, se remarca la necesidad de generar prácticas interdisciplinarias que contemplen estrategias de intervención con respecto al vínculo del sujeto con las redes de apoyo social.

En síntesis, la relación entre las redes de apoyo social y los padecimientos mentales es compleja, ya que intervienen distintos elementos de determinación social tales como la falta de promoción de la salud, la falta de recursos, de herramientas, de conocimientos, de trabajo, entre otros tantos. Los procesos de determinación social influyen en la estigmatización, tanto en la sociedad y/o el sentido común, como así también dentro del entorno de las personas con padecimiento mental. Es decir que las redes de apoyo social pueden verse afectadas por la estigmatización, por las lógicas del MMH y por el proceso de determinación social.

II. 4. Las estrategias de intervención con las redes de apoyo social.

De acuerdo a lo mencionado en el apartado anterior, las redes de apoyo social son un campo de intervención profesional, ya que estas son constitutivas de las estrategias de intervención. Estas estrategias, se orientan al trabajo en conjunto entre la persona en contexto de internación, las personas que conforman dichas redes y el equipo interdisciplinario. Un entrevistado nos relata que *"Nosotros tenemos el paciente internado con una situación crítica, no tenemos la visión del paciente afuera en otras circunstancias, como interactúa… Y esa lectura es sumamente importante, porque sino nosotros tenemos una lectura muy atomizada de lo que es una persona internada."*. E1. En este sentido, analizamos que las interpretaciones de los profesionales sobre las redes de apoyo social ubican a las mismas en un lugar de protagonismo para el abordaje y promoción de la salud, ya que brindan una visión más panorámica, de lo que puede brindar el relato de la persona atravesada por su padecimiento. Las prácticas interdisciplinarias que llevan a cabo los profesionales con respecto al vínculo con las redes de apoyo social se dirigen a la construcción y fortalecimiento de éstas últimas. A su vez, reflexionamos que los vínculos que mantienen las personas con padecimiento mental, se ven atravesados por las subjetividades de cada persona, esto puede generar un desencuentro entre quienes conforman dichos vínculos, y es probable que las personas con padecimiento mental generen en otra subjetividad sentimientos de frustración, cansancio, enojos, desborde, etc. Esto puede ocurrir porque recae en la persona con padecimiento mental la responsabilidad de su bienestar, lo cual se condice con el MMH, que posiciona a la persona como un objeto autosuficiente, ya que, de acuerdo con Menendez (2005) "Las principales características estructurales del MMH son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática" (Menendez, 2005: 12).

Por otro lado, los profesionales del dispositivo de Internación generan estrategias de intervención que promueven el diálogo, ya que las personas que constituyen las redes de apoyo social pueden no tener conocimientos sobre el padecimiento de la persona en contexto de internación. En relación a esto, uno de los entrevistados nos cuenta *"Es importante que las redes tengan una visión de lo que le pasa a esa persona. No tienen por qué saber qué le pasa, ciertas circunstancias que habría que evitar, ciertas palabras también."* E1. Permitiendo de esta manera ver en concreto que las prácticas interdisciplinarias que realizan los profesionales fomentan el vínculo con las redes de apoyo social que puedan tener un potencial como proceso protector de salud.

Por otra parte, nos parece central retomar esta idea de las redes o apoyo social informal que son aquellas, que quizás, no son la primera opción en la que se piensa o que no son tan

comunes pero que funcionan de manera protectora para la persona, por ejemplo uno de los entrevistados nos contaba que

> *"Puede ser algún vecino, cura del barrio. Yo creo que nadie está solo en la vida. Hay que ver después eso, la consistencia de esa red. Nosotros teníamos una paciente que vivía en la calle y le gestionamos un hogar, ella quería ir a la calle y ahí había una red.. ella dormía en una esquina y los vecinos contribuían de tal manera que la ayudaban, es eso, las redes informales que a veces nosotros consideramos que no es una red para esa persona es una red, lo que le permitía querer volver a ese lugar. Ella tenía una referencia barrial que en otro lado no. Capaz en un hogar tenía techo pero no lo completaba."*. E4.

Desde este relato, podemos observar la importancia que tienen los vínculos, la contención y el apoyo para el sujeto, por ende analizamos que es importante ampliar la mirada y poder repensar estrategias de intervención con personas que puedan acompañar como referentes, más allá del origen o de donde provengan, es decir puede ser un vecino, un padre, un amigo o un referente religioso. Coincidimos en que*"El núcleo es la soledad y el desamparo, es lo que más malestar genera"*. E3, porque no se puede pensar una salud mental integral sin un entorno que contenga. En relación a esto, un entrevistado refuerza esta idea, aportando que *"La cuestión de tener referentes sólidos, porque cuando se tienen, la persona sabe que tiene donde apoyarse. Tiene algún tipo de inclusión."* E1, mostrando así, la importancia de la relación entre la intervención, las redes de apoyo social, el tratamiento terapéutico, y en vínculo con el entorno y la comunidad.

A modo de cierre, analizamos que es necesario y fundamental desarrollar estrategias de intervención que promuevan el vínculo con la red de apoyo social, siempre y cuando, esta aporte al proceso protector de salud, para garantizar una salud mental integral. Es importante tener en cuenta que dicha red le brinda solidez al proceso de internación, permitiendo que sea eficaz. Es por este motivo que, cuando la red no existe o se observa debilitada, las prácticas interdisciplinarias se orientan a construir o reforzar aquellos aspectos positivos que presenta la misma. El trabajo consiste en consolidar esa red y reforzar sus cuestiones positivas. Esto, nos permite reconocer cómo se implementan las interpretaciones de los profesionales acerca de la LNSM (Ley n° 26.657) en la práctica interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte con respecto a la vinculación con las redes de apoyo social.

II. 5. Conclusiones finales.

Durante el desarrollo de este capítulo pudimos analizar la importancia de las redes de apoyo social en las estrategias de intervención realizadas por los profesionales durante el proceso de internación. En este sentido, pudimos ver en concreto la estrategia terapéutica a través de las prácticas que ejercen los profesionales con las redes de apoyo social, promoviendo el vínculo con ellas mediante el diálogo, ya sea para informar acerca del padecimiento mental, como para mediar en situaciones de fragmentación de los vínculos, para buscar maneras de contribuir al cuidado de la persona en contexto de internación o para generar un compromiso con el tratamiento terapéutico,entre otras.

Entendiendo que las redes de apoyo social que favorecen al proceso protector de salud, son fundamentales en el mejoramiento de la vida de la persona con padecimiento mental, las prácticas interdisciplinarias consisten en el trabajo conjunto con las mismas. Es tarea profesional construirlas y/o fortalecerlas teniendo en cuenta sus particularidades.

Capítulo III: "Derechos de las personas en contexto de internación"

III. 1. Perspectiva de los Derechos Humanos.

La presente investigación se rige por la perspectiva de DDHH, la cual incluye principalmente todos y cada uno de los establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), de carácter Constitucional en Argentina. Carballeda fundamenta esta perspectiva (2007) postulando que

> "Es viable pensar que un enfoque de derechos apoyado en los DDHH tiene capacidad de dar contención a los Derechos Sociales e incluso enriquecerlos, especialmente desde la posibilidad de conferir movilidad e interacción a éstos y -desde allí- más y mejores perspectivas de aplicación. Así por ejemplo, el diseño de Políticas Públicas concebidas como parte de obligaciones estatales para el cumplimiento efectivo de los DDHH le facilita a éstos una lógica que implica una dirección diferente y más amplia a la Intervención del Trabajo Social. (Carballeda, 2007: 53).

Es decir que este enfoque de DDHH contempla, incluye y enriquece a los derechos sociales, permitiendo así, el diseño de políticas públicas entendiendo a estos como responsabilidad del Estado. De esta manera entendemos que los DDHH actúan como herramienta que orienta las políticas sociales que desarrollan los Estados y permite que estos

sustenten la legitimidad de la democracia. A su vez dicha perspectiva nos va permitir tener una concepción de los DDHH inclusiva, amplia e integral.

En esta línea, nos parece importante definir el concepto de Políticas Sociales, desde Fleury (1999), que son producto de una dinámica relacional de poder, donde existen diferentes actores que se interpelan, se enfrentan y redefinen sus dinámicas y estrategias. El campo de estas políticas sociales es atravesado por diferentes fuerzas sociales que conciben desde lógicas diferentes -y hasta contrapuestas-. En este campo se produce una disputa por la hegemonía y la instauración de las demandas en la agenda pública, donde el Estado ocupa un lugar fundamental ya que se posiciona como garante de los DDHH y de este modo debe mediar en el conflicto, como ente regulador. Por lo tanto, entendemos que la política pública es el reconocimiento de una demanda social por parte del Estado. Este último se encuentra compuesto por múltiples actores determinantes en la garantía de los derechos, entre ellos, los profesionales que ejercen la salud y el marco normativo. Comprendemos que cuando una demanda es reconocida por el Estado, se materializa por medio de instituciones, leyes, prácticas, políticas y/o acciones, entre estos compuestos materiales y simbólicos podemos reconocer la sanción de la LNSM (Ley 26.657) en 2010. Este marco normativo reconoce una ampliación y consolidación de derechos junto con las transformaciones sociales. La LNSM (Ley n° 26.657) defiende los DDHH reconociendo los derechos inherentes a las personas, tales como el derecho a la igualdad, a la dignidad, la autonomía, a la integración personal, a la capacidad jurídica, entre otras. Con respecto a la salud mental Barcala y Cabrera (2015) sostienen que

> "La Ley no sólo se dedica al 'derecho a la salud mental', sino que recepta y esclarece el ejercicio de otros derechos humanos fundamentales de las personas, que dado su carácter de indivisibles e interdependientes, también se ponen en juego en la relación de una persona con el sistema de Salud Mental, y aún más al atravesar una situación de especial vulnerabilidad como constituye una internación". (Barcala y Laufer Cabrera, 2015: 80).

Analizamos que la LNSM (Ley n° 26.657) no solamente legisla el campo de la salud mental, sino que abarca la perspectiva de derechos en sus totalidad, debido a que los DDHH son inherentes a todos los demás, especialmente durante una internación donde las personas pueden verse más vulnerables. Con respecto a la interrelación entre los DDHH y los derechos en salud mental, Cels (2008), hace un recorrido histórico donde desarrolla que la creación de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos en el año 2006 significó un impulso para la política pública en salud mental, ya que incluyó la perspectiva de DDHH a nivel

nacional haciendo hincapié en los temas de estigmatización y discriminación de las personas con padecimiento mental. De este modo, entendemos que el reconocimiento de los ciudadanos de derechos es responsabilidad y obligación del Estado. Entonces, este debe generar políticas en salud mental que fomenten la promoción de la salud y los derechos.

En conclusión, las interpretaciones de los profesionales acerca de los derechos de las personas en contexto de internación, contemplan la perspectiva de DDHH, incluida en la sanción de la LNSM (Ley n° 26.657), ya que ésta compone el marco normativo por el que se rige el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.

III. 2. Los Derechos Humanos en Salud Mental.

A partir de lo mencionado en el apartado anterior, retomamos el concepto de salud pública como una forma de implementación de políticas por parte del Estado. De acuerdo con Pastorini (1999), las políticas sociales, como por ejemplo las de salud, son aquellas que permiten que el sujeto se encuentre "sano" para la producción, permitiendo así la reproducción de la estructura social, económica y política. En relación a esto, como una forma de política, se incluye la salud pública ya que, de acuerdo con Menendez (2008), existen procesos y problemas colectivos de enfermedad que no pueden resolverse de manera individual, por esto las instituciones estatales diseñan políticas públicas que garanticen la salud. De acuerdo a esto, el Estado materializa la protección y promoción de los derechos de dicho grupo como resultado de una conquista social, logrando instalarse en la agenda pública, ya que es responsabilidad indelegable del mismo garantizar el derecho a la salud mental. En esta misma línea entendemos la LNSM (Ley n° 26.657), significó un cambio cultural en el campo de la salud mental y una reformulación en la concepción de la salud-sufrimiento-atención-cuidado, repensando, cuestionando y redefiniendo las prácticas del modelo asilar que se corresponden al MMH desde los diagnósticos y pronósticos. Esto dió lugar a la revisión de las relaciones de poder que suceden dentro de una institución, modificando la relación entre los sujetos con padecimiento mental y los profesionales de salud, recuperando un rol activo de los usuarios en la definición de sus necesidades y estrategias a desarrollar.

En relación a las prácticas interdisciplinarias de los profesionales del dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, descubrimos cómo se manifiestan las interpretaciones acerca de los derechos de las personas en contexto de internación. Con respecto a esto, uno de los entrevistados nos cuenta que *"No dejamos de*

pensar en la ciudadanía cuando una persona está internada". E4. Reconociendo de esta manera que la internación en salud mental, no separa a la persona de su concepción de sujeto de derecho y su ciudadanía. Es decir, la internación en salud mental no habilita la vulneración de DDHH, sino que al contrario, los profesionales en sus prácticas interdisciplinarias recuperan aspectos de la ciudadanía ausentes en la vida de las personas con padecimiento mental. Estas prácticas concretas de los profesionales, las desarrollaremos en el apartado siguiente.

Concluyendo, la salud mental es un derecho básico de todos los ciudadanos garantizado por medio de la LNSM (Ley n° 26.657), se puede afirmar que la sanción de la misma surge a partir de contemplar la complejidad de las problemáticas que conforman a la salud mental. Esta forma de concepción incluye la multiplicidad de factores que intervienen y conduce a la reivindicación desde el marco normativo nacional y a su vez, prioriza un abordaje interdisciplinario. El reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, nos permite reafirmar la idea de que con la sanción de la LNSM (Ley n° 26.657) se gestó un cambio de paradigma. Ahora bien, nos parece primordial cuestionar de qué manera se materializa este cambio de paradigma en la práctica cotidiana de los profesionales.

III. 3. Prácticas que reflejan el ejercicio de los Derechos Humanos en la Internación.

Como mencionamos anteriormente, la LNSM (Ley n° 26.657) implicó un cambio de paradigma y una modificación en cómo abordar los padecimientos mentales. Asimismo nos resulta central analizar este cambio en la práctica cotidiana de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario del dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic Laura Bonaparte.

Las internaciones, según lo establecido en el capítulo VII de la LNSM (Ley n° 26.657), son un recurso terapéutico mediante el cual se aborda la salud mental de manera interdisciplinaria. Igualmente, en las entrevistas descubrimos que las internaciones no solamente abarcan el recorrido clínico de las personas sino que también son un proceso que atraviesa de manera transversal la realidad del sujeto. Por medio de las entrevistas pudimos conocer la concepción de los profesionales con respecto a los derechos de las personas en contexto de internación, desde una perspectiva que es legitimada por la LNSM (Ley n° 26.657), adhiriendo a lo establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). En relación a esto un entrevistado menciona *"Quizás es interesante cuando durante la internación uno ve el viraje de una persona que no ejercía su ciudadanía y que de repente*

la empieza a tomar como potencia." E3. Desde esta afirmación entendemos que la internación es concebida por los profesionales, no solamente como un proceso en el cual las personas se encuentran más expuestas en relación a los derechos, sino que también esta instancia puede ser vía de acceso a otros derechos que antes del ingreso a la institución no estaban garantizados. En suma, otro entrevistado agrega "*La internación muchas veces es la puerta de entrada a ejercer derechos sociales, derecho a tener ingresos materiales, derecho a tener una pensión… Muchas veces las pensiones se empiezan a hacer en internación"*. E1. Destacando así a este tramo, como punto de inicio para cubrir necesidades básicas insatisfechas. Desde esta idea, Madanes, G. y otros (2022) exponen que

> "La internación en Salud Mental cobra sentido en tanto organizadora de la vida cotidiana, como soporte para la construcción de identidades y como lugar de restitución de derechos. Esta última noción, se expresa en lo inmediato, como un momento en el cual las necesidades básicas se encuentran cubiertas, y a su vez en un segundo tiempo, posibilitando el acceso a políticas públicas." (Madanes, G. y otros. 2022: 26).

De acuerdo a esto, nos preguntamos acerca de por qué ocurre esta paradoja sobre que un dispositivo institucional, donde las personas se encuentran "intramuros", actúa como impulso al ejercicio de la ciudadanía. Entonces, ¿Qué sucede en la sociedad que no permite que los sujetos puedan ejercer la ciudadanía? Si es una cuestión universal el reconocer y garantizar los DDHH, ¿Por qué en la realidad de nuestro país no se puede ver la garantía en la práctica?

Como mencionamos la internación representa la posibilidad de acceder al ejercicio de la ciudadanía y de esta manera restituir los derechos que se encontraban vulnerados. Sobre esto un entrevistado menciona *"Creo que es una forma también de generar cuestiones más simbólicas, porque un paciente que nunca tuvo DNI en su vida, no es solamente lo material de que tenga un plástico, es todo una construcción simbólica que también hay que acompañar terapéuticamente"*. E3. Esto nos permite analizar las concepciones de los profesionales sobre la ciudadanía, ya que tener el DNI va más allá de lo material sino que representa una conquista simbólica que influye directamente en el acceso a los derechos de las personas. A partir de las concepciones acerca de los derechos de las personas en contexto de internación y en vinculación con la LNSM (Ley n° 26.657), las prácticas interdisciplinarias de los profesionales se diseñan en torno al acompañamiento en el proceso de restitución de derechos. Uno de ellos nos cuenta que *"Pensiones no contributivas también se gestionan, el acompañar ciertas situaciones de violencia también"*. E4. Mostrando que

intervienen no solo en cuestiones clínicas, sino también entendiendo la complejidad de la realidad social que atraviesa a los sujetos. Las prácticas interdisciplinarias no se limitan al trabajo "intramuros" ni tampoco se dividen de acuerdo a una disciplina en específico, sino que son flexibles a las necesidades que se presenten. Otra de las prácticas mencionadas acerca del ejercicio de la ciudadanía, en las entrevistas fue *"Se me ocurre uno que es muy básico que es el de votar. Nosotros en el momento de elecciones, acompañamos"*. E4. Concibiendo que, aunque una persona se encuentre en contexto de internación, esto no le quita el derecho de votar ni lo reserva de ningún otro derecho, al contrario, las prácticas interdisciplinarias se orientan a acompañar la restitución de derechos. A su vez, cuando en las entrevistas indagamos acerca de las prácticas concretas que permiten ver el ejercicio de la ciudadanía un entrevistado mencionó *"Cuando dice "bueno, me voy. No, no quiero saber nada con esto, chau". Libre albedrío, me parece que es una forma básica de ejercer ciudadanía".* E3. Entendiendo a la voluntad como una de las formas de ejercer los derechos y que, a su vez, es un ítem central de LNSM (Ley n°26.657, este profesional hizo hincapié en la libertad de las personas con padecimiento mental con respecto a adherirse -o no- a un proceso de internación, afirmando que todo manifiesto de un ciudadano tiene que ser tenido en cuenta por el equipo interdisciplinario. En relación a esto, se pone en juego la decisión, el consentimiento y la libertad, los cuales dependen del sujeto. Entonces nos preguntamos si el ejercicio de la ciudadanía ¿Se trata totalmente del libre albedrío?, ¿Los derechos se ejercen simplemente por no tener voluntad de adherir a un tratamiento?, ¿Hasta qué punto hay libre albedrío en una persona atravesada por determinantes sociales y con padecimiento mental?.

Con respecto a estos interrogantes que nos surgen, uno de los entrevistados menciona que *"Hay derechos sociales que no escapan muchas veces a la dificultad de ejercer la ciudadanía en general."* E1, dando cuenta que los derechos no garantizados restringen y/o vulneran la ciudadanía, sobre esto analizamos que la falta de acceso a los derechos es un problema estructural y complejo. En esta misma línea, consideramos que existen derechos que se garantizan, promueven y restituyen durante el proceso de internación, debido a las prácticas interdisciplinarias que realizan los profesionales. Estas, por ejemplo, consisten en el trámite de DNI, pensiones que permiten el acceso a recursos económicos, acompañar el sufragio, trámites, entre otros. Además otro entrevistado, agrega que "*Los derechos a no permanecer internado en contra de su voluntad, no permanecer más tiempo de lo que corresponde, no ser objeto de maltrato, abuso, experimentación. Todos esos derechos que están en la LNSM sí se cumplen"*. E1. En favor de esta afirmación, consideramos que las prácticas interdisciplinarias llevadas a cabo se condicen con la formulación de la LNSM (Ley

n° 26.657), dentro de una interpretación de la misma desde una perspectiva de derechos por parte de los profesionales. Estas prácticas, generan un impacto, tanto en el abordaje de la salud mental, como también en la garantía de los derechos, pero no son suficientes para un pleno ejercicio de la ciudadanía, ya que el contexto social, económico y político se encuentra en crisis.

III. 4. Los obstáculos para la implementación de la LNSM.

Teniendo en cuenta lo explicitado en el apartado anterior, desarrollamos la idea planteada por Faraone y Barcala (2020) quienes sostienen que

> **"**Tanto usuarias y usuarios como familiares dejan al descubierto la imprescindible necesidad de instituir prácticas que avancen en la consolidación de políticas de derechos humanos hacia este colectivo sobrevulnerado. Señalan las ausencias, las faltas, las carencias presentes aún en nuestro sistema de salud(...)Sus voces nos alertan sobre la necesidad de fortalecer las transformaciones necesarias, así como de abrir nuevos espacios sociales imprescindibles.". (Faraone y Barcala: 2020: 178).

Aquí podemos destacar la ausencia y urgencia de la implementación de la LNSM (Ley n° 26.657), entonces analizamos que es necesario seguir fortaleciendo transformaciones, cambios, luchas y militancias para el ejercicio de la ciudadanía de las personas con padecimiento mental y la consolidación de los DDHH. En favor de esto, uno de los entrevistados menciona *"Son decisiones políticas que hay que tomar. La LNSM decía que haya un 10% (o no recuerdo bien el porcentaje) del presupuesto de salud para salud mental, justamente, no estamos en esos números y eso es una decisión política, no es otra cosa."* E1. A partir de esto, analizamos que la falta de implementación de la LNSM (Ley n° 26.657) sucede principalmente por falta de decisión política, ya que no contempla la salud mental como un campo merecedor de inversión estatal. En suma a esta idea, Cels (2008) afirma que "Argentina tiene los recursos necesarios para comprometerse con un cambio significativo (...) El país cuenta con una amplia base de profesionales de la salud mental; modelos de reforma de salud mental reconocidos; leyes progresistas que favorecen la promoción de la atención de salud mental en la atención primaria, la formación de servicios ubicados en la comunidad y la desinstitucionalización." (Cels, 2008: 92). Es decir, que el Estado privilegia otros ámbitos hacia dónde destinar sus recursos y en esta decisión, la salud mental ocupa un lugar muy secundario. Tal como nos comenta un entrevistado

"Los obstáculos son una cuestión de recursos y de materializar algo de este espíritu de la ley a lo real. Porque puede ser muy bonita, pero si después eso no se condice en medidas concretas, si no hay una revisión en cómo se piensa a la salud, donde la salud mental siempre es un anexo secundario de la salud general.". E3.

En este sentido de las decisiones políticas en relación a la salud mental, otro de los entrevistados es muy contundente *"Se dice que la ley es inaplicable, pero es decisión política que sea aplicable. No es la ley en sí misma la que no es aplicable"*. E1. Reconociendo de este modo que la cuestión aquí, no son los matices o brechas que puedan existir en la formulación de la LNSM (Ley n° 26.657) sino la falta de decisiones estatales y voluntad política, los cuales imposibilitan su implementación. Coincidimos con la totalidad de los entrevistados en que

"El espíritu de la ley me parece válido, puede tener sus matices, sus grados de error o perfeccionamiento pero me parece que el espíritu, lo más trascendental de la ley, es algo que estaría bueno que continúe, con las mejoras que se puedan realizar, con los recursos positivos que se deberían habilitar. Quizás es eso una gran falencia que tiene que ver con la realidad de un país tercermundista". E3.

De esta manera, entendemos que la cuestión social inherente a toda sociedad capitalista se expresa en la salud mental, dejando un deterioro en el abordaje de la misma y en la implementación de las leyes como garantías de los derechos, en especial de la LNSM (Ley n° 26.657). Sabemos, tal como lo menciona un entrevistado, que *"Hay una multiplicidad de cuestiones a resolver, ahí está quizás el punto de no ensamble entre lo que dice la ley y lo que se traslada al campo."* E4. Es decir, el obstáculo principal para la implementación de la LNSM (Ley n° 26.657) es una cuestión estructural, no la redacción de su legalidad. Al hablar de cuestiones estructurales que dificultan la implementación de la LNSM (Ley n° 26.657) nos resulta importante indagar cuáles son las manifestaciones de la cuestión social en la cotidianidad del dispositivo de Internación. Los entrevistados se refirieron al derecho a la vivienda, entre otros, ya que una persona no puede mejorar su calidad de vida si se encuentra en situación de calle, diciendo que *"La ley es una ley de derechos. Lo que hay que tener en cuenta es que hay un montón de derechos que no se ejercen en el país. La constitución dice que tenemos derecho a una vivienda (risas), pero tenemos un déficit terrible en ese derecho."* E1. Esto nos permite entender que el padecimiento mental, no sólo no mejora si las condiciones sociales no se abarcan, sino que se ve atravesado por las mismas. Un entrevistado refiere que, aunque la LNSM (Ley n° 26.657) se promulgó hace más de 10 años, *"Todavía*

estamos lejos de su implementación. La mayoría de los hospitales generales todavía no tienen internación de salud mental, casas de medio caminos es muy difícil encontrar y ni hablemos de deptos o viviendas protegidas." E1. A través de esta referencia, comprendemos que el Hospital interviene con otras instituciones en favor de resolver alguna realidad presentada con respecto al déficit habitacional, pero que es muy difícil acceder, no solo a la vivienda sino también a casas de alojamiento transitorio. Entonces, un entrevistado nos cuenta que el trabajo profesional se remite a que *"Hay que dividir un poco los derechos que deben ser garantizados en internación y los derechos que son para todos, que tienen más dificultades que todos. Por ejemplo al trabajo, a la vivienda…"* E1. Es decir, que los profesionales hacen un recorte de la situación problemática distinguiendo aquellos aspectos que son posibles de modificar mediante un tratamiento terapéutico, y las cuestiones estructurales propias del sistema capitalista donde estamos insertos. Si bien se reconoce que las personas con padecimiento mental se ven más vulnerables en ámbitos como la problemática habitacional y la desocupación, por ejemplo, no se puede luchar contra las decisiones políticas que son tibias en cuánto a la salud mental. Sobre esto, un entrevistado menciona que *"La tibieza en términos políticos de una decisión de decir "bueno destino recursos económicos y humanos a esto", me parece que es lo que falta, después creo que no hay nada de la ley como escrito que pensaría que es necesario de modificar."* E4. En relación a esto Arellano y otros (2008) mencionan que "La política actúa para enfrentar y transformar los determinantes sociales de salud, en tanto se requieren acciones y decisiones políticas que permitan superar las desiguales distribuciones de poder económico y social, determinantes de las inequitativas condiciones de salud de los pueblos". (Arellano y otros. 2008: 329). Esto nos permite entender que los aspectos estructurales requieren de decisiones políticas, entonces la garantía de la implementación de la LNSM (Ley n° 26.657) se corresponde con los cambios estructurales que incluyen las formas en que se organiza la sociedad para producir y consumir.

A partir de lo mencionado en las entrevistas, entendemos que la realidad a la que se enfrentan los profesionales en sus prácticas interdisciplinarias, dentro del campo de salud mental, es la falta de una implementación total de la LNSM (Ley n° 26.657), como resultado de problemáticas estructurales complejas propias del sistema capitalista, donde existen determinantes en el acceso y garantía de los derechos. Los determinantes sociales más recurrentes en los relatos de las entrevistas, tienen que ver con la vulnerabilidad social, la falta de acceso al mercado de trabajo, la problemática habitacional, la ausencia de dispositivos, entre otros.

Retomando lo desarrollado en capítulos anteriores sobre los diferentes actores e intereses que convergen en el campo de la salud mental, como espacio donde se disputa el poder, comprendemos que la LNSM (Ley n° 26.657) no queda exenta, sino que existen grupos de oposición que la atacan. Un entrevistado nos relató que la falta de implementación proviene de que

> *"Los obstáculos son a nivel de intereses políticos y económicos de otros grupos, que sabemos que no están a favor de la ley porque pierden su privilegios(...) aprovechan eso para darle con un palo a la ley y esto de aprovechar la situación para decir que "la ley no sirve" o "no se permiten las internaciones", que es mentira. Entonces son obstáculos de un grupo que están interesados en que la ley no se lleve a cabo."*. E3.

En este sentido, un entrevistado menciona y advierte sobre los discursos que se divulgan en contra de la LNSM (Ley n° 26.657)

> *"Van a venir momentos donde se va a atacar seriamente a la ley de salud mental. Anteriormente hubo un intento por decreto de reformular un artículo de la ley que era más o menos la esencia de la ley, era tirar abajo a la ley legalmente. Tenemos que tratar de estar lo más fuertes posible y la fortaleza viene por lo que se puede mostrar concretamente, o sea no viene por discursos. Los discursos ya los dimos, ahora hay que probar efectivamente que la ley es mucho mejor que la que había anteriormente y es mejor que cualquier otra que pueda ser pensada en este momento."* . E1.

Con respecto a las mentiras que se difunden sobre la LNSM (Ley n° 26.657) un entrevistado destaca que*"Otra cosa que se plantea que es una gran mentira, es que no se quiere internar. Las internaciones están planteadas no como el primer recurso terapéutico, sino el último."*. E4. Permitiendo así, dar cuenta sobre los ataques que sufre el ámbito de la salud pública mediante discursos falaces por parte de los intereses privados, sectores de privilegio y principalmente de los medios de comunicación masiva. Con respecto a estos últimos, reflexionamos que en realidad no están interesados en la salud mental ni en la mejora del tratamiento de los padecimientos mentales, sino que sólo exponen la vida, la intimidad y/o recorridos clínicos de una celebridad por ejemplo, en pos de aumentar el rating y proteger su lugar de privilegio en la estructura social, difundiendo discursos moralizadores, higienistas e individualistas que reproducen lógicas y sentidos que juzgan, discriminan y estigmatizan a las personas con padecimiento mental de acuerdo con el MMH, lejos y contrario a promover un avance de derechos en el abordaje de la salud mental. Es decir que revierten la conquista de

los derechos y aumentan la tensión en la *batalla cultural.*[8] Por ende, analizamos que estas manipulaciones del contenido de la LNSM (Ley n° 26.657) no tienen que ver específicamente con cuestiones debatibles sobre la salud mental, sino con intereses antagónicos. Nos posicionamos, junto con la totalidad de los entrevistados, en que es necesaria una defensa activa de la LNSM (Ley n° 26.657) antes las críticas y los perjuicios que presionan para una modificación que retroceda en la conquista de derechos garantizados en la normativa vigente. En esta misma línea, un entrevistado menciona que *"En el marco de la ley obviamente la defiendo, me parece que hay un montón de cuestiones por modificar. Más recursos destinados y más voluntad política en que ciertos dispositivos se creen, y puedan ser sostenidos. Me parece que esa es la gran ausencia que tenemos y ahí aparecemos nosotros en la internación".* E4. Es decir que la incumbencia del trabajo profesional es abordar la salud mental de manera interdisciplinaria y desde una pluralidad institucional.

Concluimos este apartado con una afirmación de un entrevistado "*Es una constante seguir trabajando para gestionar un acceso a los derechos, justicia, identidad a todos lo que tenga que ver con los derechos humanos básicos.".* E4, donde podemos reconocer que la lucha por la garantía de los derechos es permanente. Esta lucha no sólo interpela e implica a los profesionales de salud mental, sino a todos los sujetos de derecho.

III. 5. Conclusiones finales.

A lo largo de este capítulo, analizamos cómo una perspectiva de DDHH es fundamental para el abordaje de la salud mental. El paradigma de derechos abarca las múltiples dimensiones de la vida de las personas, aspectos que conforman la salud mental, la subjetividad y los padecimientos.

Por otro lado, entendemos que todas las personas son sujetos de derecho por el solo hecho de existir y es por este motivo, que el Estado debe garantizar la protección y promoción de sus derechos. Dicha perspectiva lo posiciona como agente responsable del ejercicio de la ciudadanía, de este modo, el Estado tiene como deber la creación de políticas sociales como mecanismos de inclusión de las personas con padecimiento mental.

[8] Batalla cultural: Discusión actual por la hegemonía, en busca de que los sectores subordinados acepten la visión del mundo de los dominantes, a través de las redes y los medios masivos de comunicación concentrados y transnacionalizados. Se intenta normalizar la desigualdad a través de la economía política dominante. Los medios de comunicación se usan como medio para convencer a la sociedad de que asuma sacrificios sobre sus condiciones de trabajo y calidad de vida con el argumento de la "pesada herencia" de períodos anteriores.

Por medio de las entrevistas analizamos que el Hospital Nacional en Red Lic Laura Bonaparte pertenece a este paradigma de derechos, ya que se rige por LNSM (Ley n°26.657). En esta misma línea repensamos cómo las internaciones funcionan como puerta de entrada al ejercicio de otros derechos que antes no estaban garantizados, como por ejemplo el trámite de DNI o el acceso a una pensión, entre otros. Esto lo consideramos una paradoja, ya que los dispositivos institucionales y/o de encierro pueden tanto vulnerabilizar a las personas en su carácter jurídico, como también pueden ser una vía de acceso a la restitución de derechos vulnerados anteriormente al inicio del proceso de internación.

Los profesionales del equipo de Internación intervienen y acompañan en pos de restituir los derechos vulnerados, pero asimismo su labor se encuentra limitado porque la plena implementación de la LNSM (Ley n° 26.657) es un proceso que todavía queda por transitar. Esto restringe el ejercicio de la ciudadanía y muestra la falla estructural del sistema. En este contexto, cabe destacar que las personas con padecimientos mentales se encuentran más vulnerables en la estructura social capitalista, debido a la imposibilidad del acceso al mercado de trabajo, al déficit habitacional y otras cuestiones estructurales. Entonces, es muy difícil llevar a cabo una total inclusión de las personas con padecimiento mental, ya que estas son excluidas de otros ámbitos, estigmatizadas, juzgadas, responsabilizadas de su realidad y discriminadas. Por estos motivos, la garantía de sus derechos se encuentra aún más limitada.

Entendemos que la tardanza en la implementación de la LNSM (Ley n° 26.657), hace más de 10 años sancionada, y la tibieza política es un impedimento importante para la asignación de recursos del Estado hacia la salud mental. Esto genera consecuencias en la estructura social y atenta contra la perspectiva de DDHH y el avance en la conquista de los mismos.

Nos parece primordial defender la LNSM (Ley n° 26.657) debido a que su sanción significó un avance en la concepción de la salud mental, el abordaje interdisciplinario y la garantía de derechos que antes no eran reconocidos. Desde esta posición es importante destacar que su defensa debe ser una militancia constante, ya que existen sectores de privilegio que la atacan, la boicotean, la manipulan, la ridiculizan y la demonizan persiguiendo sus propios intereses. En esta disputa, los profesionales de salud mental ocupan un lugar central en cuanto a dicha militancia y a ejercer un trabajo que cuestione constantemente sus prácticas interdisciplinarias buscando abandonar lógicas socio-institucionales arraigadas en el viejo paradigma.

Capítulo IV: “Tensiones y disputas en el momento de la externación”

IV. 1. La externación en la intervención terapéutica.

En este capítulo nos centraremos en definir a la externación y ver cómo forma parte esta del proceso de internación. Para esto, es necesario partir del concepto de externación, desarrollado por Yoma y Herranz (2020), quienes postulan que

> "Entendemos la "externación" no como el equivalente al alta médica, ni a la trans-institucionalización ni al abandono de las personas a su suerte. Por el contrario, buscamos aproximarnos a una definición que la reconozca como proceso de acompañamiento en la recuperación de su condición de sujeto de derechos y en la revinculación a la comunidad de la cual fue expulsado, para que desde ahí recupere su independencia y autonomía con los apoyos necesarios y en las mismas condiciones que los demás." (Yoma y Herranz, 2020, p. 8).

Entendiendo así a la externación, no como el alta médica, sino como proceso que tiene por objetivo recuperar la subjetividad y a su vez su condición de sujeto de derecho, restituyendo a la persona en contexto de internación su autonomía, su independencia y lo propio de su vida antes de ingresar a la institución. Esto incluye la revinculación con su comunidad y sus vínculos afectivos en la medida que esto sea posible y beneficioso para la mejora del padecimiento mental. En relación a esto uno de los entrevistados menciona *"La externación es un proceso que arranca en la medida de lo posible desde que la persona entra (...). Por más que no se piense la externación ya, hay que empezar a pensar estas cuestiones que van a hacer a la externación"*. E2. Esto nos permite identificar como la externación se encuentra presente desde el primer momento en que los profesionales comienzan a trabajar con la persona.

Consideramos que la externación es parte fundamental del proceso de internación y a su vez le da sentido, ya que es esperable que los cuidados brindados durante la permanencia en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, se mantengan y continúen por fuera, permitiendo así que la externación sea tan sustentable como la internación, considerando que ambas instancias del proceso son constitutivas del mismo y fundamentales para la recuperación de la persona con padecimiento mental. Otro de los entrevistados comenta que *"Considerando que el tratamiento sigue, la externación no supone el fin del tratamiento. Entonces uno ya sabe que lo que se venía laburando va a continuar, no es que estás perdiendo algo, cortando o suspendiendo. Esta modalidad finaliza pero el tratamiento sigue."*. E3. De este modo podemos ver que, tanto la internación, como la externación

conforman la consolidación del tratamiento terapéutico y la externación no supone un corte del mismo, sino que es una instancia donde los profesionales del dispositivo de Internación intervienen en su abordaje, ya que esta forma parte de las estrategias terapéuticas. Sobre esto, un entrevistado afirma que *"Nunca un tratamiento finaliza en una internación"*. E4. Asimismo, la externación tiene un lugar fundamental en el ingreso de una persona a la institución porque es condición necesaria para que el proceso de internación sea útil y posible de desarrollar. Es decir que la construcción del itinerario terapéutico incluye dentro de los objetivos, un momento posible de externación. Esto lo menciona uno de los entrevistados *"Cuando se plantea una internación es muy importante que desde el principio se plantee la externación, es sumamente importante, porque si vos no tenes un escenario de externación eso hace que se prolongue la internación innecesariamente"*. E1, considerando así, la importancia de evitar internaciones prolongadas que afectan directamente al sujeto y atentan contra la LNSM (Ley n° 26.657). A partir de lo mencionado por este entrevistado, notamos que el equipo desarrolla prácticas interdisciplinarias en concordancia con la LNSM (Ley n° 26.657), donde se establece que el tiempo en el que una persona se mantiene dentro de una institución de salud mental debe ser lo más breve posible, dando cuenta así de sus interpretaciones sobre la duración.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la externación en el tratamiento, nos parece acertado destacar el concepto de externaciones sustentables. Partimos de la idea de Silva y otros (2019) quienes sostienen que "La externación sustentable refiere al sostenimiento comunitario de la persona, es decir, construir y/o sostener los enclaves que posibilitan la formulación de un proyecto vital basado en la inclusión social y por tanto en el efectivo goce de los derechos humanos." (Silva y otros, 2019 p.88). Entendemos a la externación sustentable como aquella que se sostiene en comunidad, la cual brinda cuidados por medio de la construcción de proyectos, con el fin de que la persona con padecimiento mental pueda retomar sus actividades cotidianas que conforman su rutina y consecuentemente su subjetividad y la apropiación del espacio donde se desenvuelve.

Como lo mencionamos durante el desarrollo de la presente investigación, los vínculos afectivos, las redes de apoyo social, los referentes y la comunidad son piezas fundamentales para la mejora de la persona con padecimiento mental. Esto también se puede ver en la instancia de externación, cuando la misma persona egresa de la institución. Consideramos que una internación es sustentable cuando se trabaja de manera interdisciplinaria, territorial e intersectorial. Tal como sostienen Yoma y Herranz (2020)

> "En el campo de la salud mental aparece como una exigencia promover abordajes complejos, interdisciplinarios e intersectoriales, favorecedores de la re-vinculación con las comunidades y el ejercicio de derechos desde el primer momento de la internación en salud mental, de manera que la externación no se configure como sinónimo de una alta médica que conlleve a la expulsión social. A su vez, se requiere la consolidación de una red de servicios con base en la comunidad que permita alojar a las personas usuarias y acompañarlas en procesos de externación en sus propios barrios." (Yoma y Herranz, 2020, p. 20).

Este abordaje mencionado es requisito para que la persona, una vez egresada del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, no reingrese por la misma situación que lo llevó a iniciar el proceso de internación. Uno de los entrevistados relata que *"Hay que evaluar también que las externaciones sean sustentables, que no pase la famosa "puerta giratoria", donde vos externas y lo tenes al mes al paciente en situación bastante crítica"*. E1. Para esto, es imprescindible que las prácticas interdisciplinarias se orienten a la construcción del itinerario terapéutico, donde en una primera instancia, como ya lo mencionamos a lo largo de esta investigación, se definen los objetivos terapéuticos que guíen el proceso de internación y que también estimen una externación posible. Uno de los entrevistados nos cuenta que *"No hablamos de tiempo fijo pero cuando uno plantea objetivos con claridad es muy fácil ver la externación."* E4. Esto destaca la necesidad de plantear con claridad los objetivos terapéuticos desde un inicio, para orientar el tratamiento a una externación próxima.

En relación a las externaciones sustentables, Silva y otros (2019) establecen que el egreso de la institución es una problemática histórica que plantea la necesidad de poder analizar el contexto del afuera y las posibilidades reales de la persona con padecimiento mental de sostener su estabilidad e integridad. Ahora bien, si el trabajo de los profesionales que componen el dispositivo de internación es pensar la externación desde un primer momento, es necesario reconocer las tensiones y disputas que se presentan entre los profesionales y/o los diferentes dispositivos que forman parte de dicha institución, y luego en el mundo social para poder salir del ámbito institucional y reinsertarse en la comunidad en revinculación con las redes de apoyo social.

IV. 2. Complejidades en el momento de decidir llevar a cabo la externación.

En este apartado indagaremos sobre las tensiones y disputas que se presentan cuando el equipo interdisciplinario del dispositivo de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte plantea distintas estrategias de externación ya que comprendemos que ningún tratamiento finaliza en una internación. Tal como lo afirman Yoma y Herranz (2020) "La externación se sostiene sólo como un procedimiento de alta clínica institucional." (Yoma y Herranz, 2020, p. 7), es decir que el itinerario terapéutico continúa pero cambia su modalidad, reconociendo que la internación es un tramo dentro de un trayecto más amplio. Como ya hemos mencionado a lo largo de la investigación, según la LNSM (Ley n° 26.657, Art. 15, Cap. VII) las internaciones deben ser lo más breve posible. Por lo tanto los profesionales tienen como objetivo la externación de la persona en contexto de internación desde el primer día del tratamiento. En este sentido, los profesionales que componen el equipo diseñan sus prácticas interdisciplinarias con respecto a identificar los motivos que llevaron a la persona a iniciar un proceso de internación, en los cuales van a intervenir para modificar ese recorte de la realidad. Una vez que el equipo de Internación considera que dichos objetivos se encuentran resueltos y/o alcanzados y además que esta instancia se pueda solventar y mantener en el tiempo, se considera que existe la posibilidad de una externación real. Asimismo, una vez presentado el momento de llevarla a cabo se encuentran con diferentes tensiones sobre el egreso de la persona de la institución. Al realizar las entrevistas, nos dimos cuenta que al momento de definir la externación se presentan disputas dentro de la propia institución entre los diferentes dispositivos que la componen y a su vez, con las redes de apoyo social. En relación a esto uno de los entrevistados menciona

> *"Los equipos ambulatorios a veces consideran que la persona no está para externar. Realmente desde Internación lo que se intenta es que por la cuestión por la que ingresa a internación la persona, esté resuelta, y obviamente que las cuestiones básicas también. Sí ahí está más o menos encaminado definimos que la persona se externe (...). Estas discusiones existen con los dispositivos o con las familias o las redes de la persona. Estas consideran que la persona tiene que estar más tiempo internada, sobre todo en cuestiones de consumo. A veces se piensa que la internación tiene que ser de meses."* E2.

En este sentido, reconocemos que surgen polémicas con respecto a las diferentes opiniones, posicionamientos, interpretaciones sobre la instancia de externación, por esto nos cuestionamos acerca de por qué se interpreta que las personas con padecimiento mental tiene que permanecer "intramuros", ¿Por qué se piensa en prolongar una institucionalización más allá de lo clínico?, ¿Acaso la estigmatización es tanta que promueve el encierro en favor de no

“amenazar” al resto de la sociedad?. Entendemos que permanecer en una institución genera efectos en las personas, debido a que se produce una institucionalización que impacta en la subjetividad. Goffman (1973) explica los efectos que generan las instituciones totales en la subjetividad de las personas, mediante “la mortificación del yo”. A través de este concepto, explica que las personas se someten a diversos procedimientos que permiten que sean clasificadas, causando así una desconfiguración personal y una homogeneización con los demás sin tener en cuenta las singularidades. Con respecto a las rutinas y actividades implementadas en la institución, las prácticas interdisciplinarias que desarrollan los profesionales se encuadran mediante una serie de actividades que nos relata uno de los entrevistados a continuación

> *“Lo que hacemos es que la persona firma el consentimiento informado, acuerda el tratamiento de internación, se firma si es voluntario. Se avisa a enfermería, que va a ingresar, se le asigna un psiquiatra de acá, quien va a escribir el plan farmacológico, se pide a farmacia la medicación para que quede en enfermería y ahí ingresa a la habitación. Las habitaciones son individuales, se le explica en el ingreso el horario de las comidas y se ve que no tengan ningún elemento cortopunzante.”.* E4.

Consideramos que dicha institución busca no institucionalizar mediante una lógica paternalista, pero sí brindar cuidado a los sujetos, esto incluye una serie de pasos a seguir que conforman el itinerario terapéutico. Con esto no estamos afirmando que dicha institución sea totalizadora, al contrario afirmamos que responde a un paradigma de derechos, legitimados por la LNSM (Ley n° 26.657). Igualmente es necesario reconocer que como toda institución produce efectos en la subjetividad, entonces es un desafío de las prácticas interdisciplinarias no recaer en la imposición de las lógicas institucionales, sino contemplar siempre la dimensión de la subjetividad de todos los ciudadanos de derecho con padecimiento mental. Ante estos desafíos Cels (2008) sostiene que

> “Las personas institucionalizadas no reciben ni la asistencia ni la atención que precisan para poder desarrollar las habilidades personales necesarias que les permitan volverse independientes y regresar a la comunidad. Al carecer de tal apoyo, las personas pierden los lazos con sus comunidades y, con el tiempo, se vuelven más dependientes de las instituciones.” (Cels, 2008, p. 86).

A partir de esto consideramos que la permanencia en la institución que se prolonga más de lo estipulado en el itinerario terapéutico, es perjudicial para la autonomía de las personas con padecimiento mental, ya que tiende a cronificar el malestar. Dentro de estos aspectos

perjudiciales, un entrevistado amplía que se puede *"Desdibujar la subjetividad de esa persona, que los tiempos están regulados, las actividades que se hacen, la comida que comen"*. E2. Permitiendo así, poder analizar en la realidad cotidiana los aspectos negativos de la internación y lo que produce la institución en las personas. Como ya lo hemos explicado anteriormente, la institucionalización influye en la subjetividad dado que organiza la vida cotidiana, también conforma el padecimiento mental y puede significar un obstáculo para la revinculación fuera de la institución. Sobre esto, un entrevistado se refiere a las prácticas interdisciplinarias "*Entonces es un trabajo del equipo pensar en un afuera lo más amigable posible, que no sea tan "hospitalo céntrico"*. E4. Pensando en una pluralidad de instituciones, donde participen dispositivos intermedios dentro del territorio donde la persona se desarrolla, para que brinden una contención cotidiana y así retomar el vínculo con la comunidad y los lazos sociales. Con respecto a la permanencia prolongada en la institución, un entrevistado menciona que *"Si vos estas en condiciones de externar te tenes que ir, porque el resto hace mal. Suma en cuestión de prejuicio a la persona, nunca hay nada positivo en esos días de más de internación"*. E4. Reconociendo los efectos negativos que genera la institucionalización para la persona, ya que siguiendo a Botello (2008), las instituciones totales organizan las prácticas individuales, por esto es necesario que las personas transiten diferentes instituciones, formando parte de una sociedad de pluralismo institucional.

En este sentido, proponemos que pluralismo institucional se consolida como la alternativa superadora a la institucionalización, debido a que Faraone y Barcala (2020) plantean que "La des/institucionalización como perspectiva ideológica dentro del campo de la salud mental en la cual los abordajes, por fuera de las instituciones de secuestro, son pensados, construidos, instituidos y legitimados. En este sentido, la barra invertida supone la necesidad de sustitución de viejas lógicas institucionales, pero, necesariamente, la creación de nuevas institucionalidades". (Faraone y Barcala, 2020, p. 29), desde esta lógica se recupera la subjetividad de las personas con padecimiento mental. Esta, de acuerdo con Faraone (2013) se da en un proceso de subjetivación y socialización, que ocurre en los espacios cotidianos, donde la persona con padecimiento mental se relaciona con otros construyendo sentidos, significados, comunicación, entre otros.

A partir de lo analizado, sostenemos que no solo las discusiones entre los dispositivos o bien, con las redes de apoyo y/o familias, actúan como un obstáculo para llevar a cabo la externación sino que influyen otros elementos. Tal como mencionan los autores Yoma y Herranz (2020)

> “Los profesionales deben enfrentar procesos burocráticos insistentes y prolongados para conseguir aportes estatales muy acotados en su alcance y duración. A su vez, las complejidades y demoras en los procesos de gestión, pone a las personas usuarias en una situación de mayor dependencia. Esto reviste particular gravedad al considerar que se trata de personas que se encuentran ante la disyuntiva de una extensión de la internación sin razones de salud, o una salida que se traduce en una absoluta intemperie respecto a las posibilidades de acceso a condiciones de vida dignas. Esta disyuntiva alcanza también a profesionales del hospital monovalente, que se encuentran en la obligación de articular estrategias alrededor de esta institución, como último baluarte frente a la ausencia de respuestas estatales oportunas e integrales” (Yoma y Herranz, 2020; p.11).

Analizamos de esta manera que la falta de recursos, el abandono, la soledad, la falta de inversión en salud mental, la ausencia estatal y otros determinantes sociales impactan en la imposibilidad de inclusión social. Esto repercute en que los profesionales se encuentran de esta manera, en búsqueda de estrategias de intervención que se relacionen con una perspectiva de DDHH y una adecuada interpretación de la LNSM (Ley n° 26.657). A partir de esto, nos surgen interrogantes, por ejemplo ¿Cómo se interviene? Ya que la LNSM (Ley n° 26.657) establece que “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” (Ley n° 26.657, Art. 15). A su vez también establece que la salud mental se encuentra conformada por determinantes sociales, “Cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (Ley n° 26.657, Art. 3). Entonces, si lo social es un determinante fundamental en la salud mental, ¿Cómo interpretamos estos enunciados y cómo diseñamos prácticas interdisciplinarias que respondan a lo establecido? Esta ausencia por parte del Estado, ¿Se trata de falta de recursos estatales o de una decisión política? ¿Por qué los usuarios de salud mental quedan a la intemperie? ¿Cuáles son los organismos públicos que intervienen en el mejoramiento y revinculación en el egreso de una internación?.

En la realidad del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte se interpreta que la internación dentro de la institución responde a cuestiones clínicas, identificadas por el equipo profesional, el cual interviene mediante cuidados más intensivos con respecto a otros dispositivos de la misma institución. Es decir que el dispositivo de Internación considera una especificidad con respecto a la intensificación del cuidado. De acuerdo con Ayres (2002)

cuidar es una práctica de salud pública, esta práctica no solamente incluye a la técnica como procedimientos dirigidos a finalidades específicas, sino también una sabiduría práctica asistencial hacia el sujeto. Esto, según el autor (2002) "No genera necesariamente procedimientos sistemáticos y transmisibles, más es, aún así, y por eso mismo, ejercicio fundamental de autonomía humana." (Ayres, 2002: 14). De este modo, las prácticas interdisciplinarias del equipo de Internación priorizan la autonomía de los sujetos mediante el cuidado, tal como menciona uno de los entrevistados *"Nosotros deberíamos estar enfocados a trabajar con pacientes críticos internados, no con pacientes que ya se estabilizaron."*. E3. A partir de esto, descubrimos que en la interpretación de los profesionales prevalece la lógica de la continuidad del cuidado en las diferentes instancias del proceso de internación y en la externación se mantiene mediante la construcción de un proyecto de vida. En este momento, la ausencia del Estado por fuera de la institución dificulta las prácticas interdisciplinarias ya que las mismas priorizan la integridad del sujeto de derecho, por lo que es imposible desentenderse de él durante la externación. Otro entrevistado agrega que *"Se dificulta trabajar en un seguimiento ambulatorio desde el equipo de internación, que está orientado a otros aspectos."*. E2. Mostrando que es muy difícil que el equipo de Internación trabaje dentro y fuera de la institución, no puede estar en todos lados a la vez. Además la LNSM (Ley n° 26.657) establece que organismos públicos estatales deben hacerse presentes, pero si las personas quedan desamparadas ¿Cuál es la intervención que brindan?

Mediante las entrevistas descubrimos que la institución promueve un trabajo conjunto y de interrelación entre los dispositivos de Internación y Tratamientos Ambulatorios. Igualmente, existen tensiones entre ambos, ya que como menciona uno de los entrevistados *"Es muy difícil acceder a un tratamiento ambulatorio, entonces muchas veces nosotros terminamos como referentes de los propios pacientes que ya fueron externados. Entonces seguimos siendo parte del equipo tratante del paciente que ya está afuera. Ahí se pierde un poco la lógica del servicio"*. E3. De este modo, entendemos que los profesionales del equipo de Internación no están orientados a brindar cuidados intensivos a las personas en instancia de externación, sino que las mismas requieren un tratamiento ambulatorio, dispositivos intermedios, territoriales, comunitarios y/o organismos barriales, donde la continuidad del cuidado se haga presente por medio de la revinculación con la comunidad. Esto nos permite ver las complejidades a las que se enfrentan los profesionales en sus prácticas interdisciplinarias, debido a que la LNSM (Ley n° 26.657) establece normas y especificaciones que no logran implementarse.

En conclusión entendemos que es una constante para los profesionales, enfrentarse a desafíos para sustentar la externación, estos pueden provenir tanto de la misma institución con otros equipos, como así también con las redes de apoyo social, ya que tal vez, por una inconsistencia de esta o por una limitación de recursos, esperan que la persona con padecimiento mental continúe alojandose en la institución. Asimismo reconocemos la existencia de obstáculos provenientes del Estado con sus limitaciones, falta de decisiones políticas y falta de recursos para la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

IV. 3. La externación en el afuera institucional.

En este apartado tenemos por objetivo analizar mediante qué prácticas concretas se lleva a cabo la estrategia terapéutica de externación y cuáles son los recursos y/o herramientas con las que se cuenta para hacerla posible. Teniendo en cuenta a la definición que proponen Cohen y Natella (1995) acerca de la estrategia terapéutica como aquello que permite desencadenar los procesos para la reconstrucción de la vida de la persona permitiendo recuperar la singularidad del sujeto.

Entendemos que el proceso de internación se inicia cuando una persona ingresa a la institución, esto incluye la definición de cómo intervenir dentro de la misma, pero dicho proceso incluye la instancia de externación cuando es acertado desarrollarla. Para esto, el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte establece estrategias para mantener el tratamiento y hacerse presente en la vida de la persona por fuera de la institución, lo cual se efectiviza por medio de la articulación con otros dispositivos, organizaciones barriales, territoriales, etc. Es decir que la institución sigue participando en la mejora de la calidad de vida por fuera de la misma, sin desentenderse de la persona y continuando con el acompañamiento. En relación a esto, uno de los entrevistados menciona *"La externación conlleva también pensar cómo va continuar el tratamiento de la persona."* E2, dando cuenta aquí que aunque se decida la externación, el tratamiento continúa y la institución, en la medida de lo posible, acompaña el proceso por medio de otros dispositivos. Asimismo, nos parece importante recalcar la complejidad que existe para llevar a cabo una externación sustentable. En la indagación realizada en las entrevistas sobre estas dificultades, un entrevistado relata *"A veces los obstáculos son por dispositivos saturados, porque no hay turnos, ni vacantes, y también hay como una resistencia de cierto perfil… En las clínicas se lo quieren sacar de encima. Entonces siempre es acá"* E4. A partir de esto, podemos notar que no solamente la escasez de recursos institucionales tiene un papel fundamental, sino que

la exclusión de las personas con padecimiento mental es una realidad que sucede a nivel estructural mediante prácticas segregativas.

Con respecto a la segregación social que se produce y reproduce en la sociedad, Galarza (2015) sostiene que las instituciones ubican a los usuarios de salud mental territorial e ideológicamente ya que los textos de salud fomentan un imaginario hegemónico que funciona como determinación ideológica. La autora (2015) concluye que la segregación urbana de los usuarios de salud mental es producto de factores estructurales encarnados en distinciones sanitarias. Para esto se apoya en el relato de una enfermera que forma parte de un equipo de salud

> "*Si ni siquiera la familia quiere ver a los pacientes, que son de su propia sangre, imaginate lo poco obligado que está el gobierno a hacer algo por ellos. A la gente un alcohólico no le importa nada porque borracho no vale nada"* (palabras de una enfermera especializada en psiquiatría y pacientes alcohólicos crónicos que trabaja en el neuropsiquiátrico).”(Galarza, 2015, s/p).

De esta manera, podemos reconocer que los discursos y lógicas propios del MMH se han reproducido por todos los sectores de la sociedad, enlazandose en las subjetividades y la manera de posicionarse en el debate salud-enfermedad. Siguiendo a Ottaviano (2011) los procesos que reproducen formas de abordar la “locura” legitiman un discurso social que ubica a la persona con padecimiento mental en una necesidad de aislamiento, produciendo una segregación que, según Biondini (2017) tiene que ver con un odio al otro, desde la intolerancia. Entonces, como sostiene Ottaviano (2011)

> “No son las comunidades sino los procesos históricos – sociales que se gestan en cada comunidad, como expresión de los contextos políticos económicos de cada sociedad, los que expulsan a la periferia y a la marginación a grandes sectores poblacionales. Las instituciones de internamiento, aislamiento, corrección y castigo aparecen como los lugares de depósito de los inadaptados, de los raros, de los diferentes, de los locos, entre otros.”(Ottaviano, L., 2011: 47).

De esta manera, podemos reconocer las tensiones que se presentan en la instancia de externación, como manifestación del sistema capitalista. Siguiendo la misma línea, analizamos que la LNSM (Ley n°26.657) no se logra implementar producto de las decisiones políticas como prácticas segregativas, de esta manera condenan a las personas con padecimiento mental a que sigan siendo excluidas de la sociedad. En relación a esto, Ottaviano (2011) sostiene que “La sociedad opera sobre la locura como producto social mediante la marginación, el aislamiento, el abandono.(...) Debemos entender que va incluido

en este proceso el proyecto ilusorio de hacer desaparecer la anormalidad. Aquello que no es como debe ser, debe desaparecer, y en caso de que se resista debe degradárselo hasta que resulte irreconocible." (Ottaviano, L. 2011: 48). Entendiendo así que las personas con padecimiento mental deben alejarse de la sociedad por no cumplir con el mandato de la normalidad y productividad.

Entendemos que las decisiones políticas se cristalizan en prácticas segregativas hacia este grupo social, dejándolo excluido y vulnerado. De este modo, analizamos que la ausencia estatal en el ámbito de la salud mental, y la falta de decisiones, diseños y políticas de inclusión y promoción es una decisión del Estado capitalista, ya que los recursos de este se destinan a otros ámbitos y grupos que permitan la acumulación y reproducción de este modelo. La falta de recursos en materia de salud mental no es por falta de los mismos, ni por coincidencia, sino que es una decisión política. En simples palabras, analizamos que las complejidades que se presentan para llevar a cabo una instancia de externación sólida, sustentable y duradera, se relacionan con, en primer lugar, las discusiones entre los diferentes dispositivos, y a su vez, en el diálogo con las redes de apoyo social. Por otro lado, otras de las dificultades a las que se enfrentan los profesionales del dispositivo de Internación tienen que ver con la segregación que da en la estructura social capitalista proveniente de la estigmatización instalada en el sentido común. Estas prácticas segregativas perpetúan mecanismos de exclusión hacia las personas con padecimiento mental, ya que, según el sistema capitalista, estos están fuera de la agenda y no merecen que se invierta en su bienestar.

IV. 4. Problemática habitacional: uno de los obstáculos para desarrollar una externación sustentable.

Desde lo mencionado en el apartado anterior, sobre la escasez de recursos, consideramos que la problemática habitacional es una de las tantas tensiones que dificultan la instancia de externación, y además una de las más recurrentes en los relatos de los entrevistados. La problemática habitacional es uno de los determinantes sociales que influyen en el proceso destructivo de salud, de acuerdo con Breilh (2003). En este proceso, se complejiza llevar a cabo estrategias de externación sustentable, Cabrera y Rubio (2003) sostienen que "Cada una de las personas sin techo viene a representar el fracaso colectivo de las distintas redes de pertenencia a las que cada individuo trata de amarrarse para vivir en sociedad, como consecuencia en la mayor parte de los casos de la insuficiencia de recursos

con que cuentan para hacer frente a las situaciones de crisis." (Cabrera y Rubio, 2003: 53). Reconociendo de esta manera, la debilidad de las redes de apoyo social y su imposibilidad de brindar contención a las personas con padecimiento mental, sumado a no contar con una vivienda. Creemos que la falta de acceso a la misma, es uno de los principales obstáculos que cristaliza la restricción de la ciudadanía de las personas que pertenecen a la realidad del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. En relación a esto un entrevistado nos cuenta

> *"Para mí la ciudadanía está más restringida en todo. No solo en el acceso a la salud sino también en el acceso a la vivienda, a condiciones básicas de salud que están limitadas, o sea que no están garantizadas. Muchas veces se dificultan las externaciones por estas cuestiones de falta de acceso a un montón de derechos, como por ejemplo el acceso a la vivienda."*. E2.

Conocemos así, las dificultades que se presentan en la instancia de externación en relación con el acceso a los derechos. Como menciona Arias y Leo (2020) los derechos se encuentran condicionados por la clase, el género, la raza, el lugar de residencia y los soportes materiales, simbólicos y afectivos. A partir de estas afirmaciones reconocemos que los derechos legitimados por el marco normativo nacional se encuentran vulnerados y esto repercute en que no se puede abordar un proceso de externación sustentable, sino que los profesionales desarrollan estrategias con lo mínimo e indispensable a lo que tienen acceso. Esto tiene como consecuencia que estas estrategias fracasen en el intento y que la persona aumente sus probabilidades de reingreso a algún dispositivo de la Institución. Un entrevistado afirma que *"Uno cuenta con la posibilidad de que el paciente vuelva a reingresar."*. E3. Es decir, los profesionales ya conocen esta problemática y asumen que tienen que limitar su abordaje de acuerdo al escenario donde intervienen, teniendo en cuenta que al no contar con un acceso pleno a los derechos básicos, como la vivienda, resulta muy complejo desarrollar estrategias de intervención para generar una externación sustentable que permita al sujeto poder desempeñar su vida cotidiana y su revinculación social. De este modo, conocemos la interpretación de los profesionales con respecto a la externación, a la cual reconocen como una instancia socialmente más compleja que no depende plenamente de las condiciones clínicas de una persona. A su vez, los profesionales de salud mental hacen todo lo que tienen a su alcance para desarrollar las estrategias de externación, sabiendo que en el afuera de la institución se presentan diversas problemáticas. Ya que como menciona uno de los entrevistados *"La gran dificultad está en el afuera, acá es fácil, un lugar donde uno tiene ciertas comodidades, tiene contención desde una estructura institucional, pero cuando me voy afuera, quizá lo más rico es acompañar esos procesos más territoriales"*. E4. Entendemos

que los dispositivos territoriales, barriales y/o intermedios se encargan de brindar acompañamiento para que la persona se revincule con su entorno, por lo que es necesario construir estrategias durables en diálogo con dichos dispositivos, y a su vez con una red de atención psicosocial con base en la comunidad. Amarante y otros (2013), sugieren que esto suceda mediante la conformación de una "Red de servicios en el territorio, capacitada para ofrecer a la población una asistencia alternativa a la psiquiatría tradicional de naturaleza biologicista y medicalizante." (Amarante y otros, 2013: 288). Esta red psicosocial debe formar parte de la política de salud mental fuera de la institución, trasladando el foco de atención hacia el territorio. Sobre el proceso en el territorio, desarrollaremos en el apartado siguiente.

Analizamos, luego de escuchar a todos los entrevistados, que la problemática habitacional, entre otras, es una cuestión estructural que puede desencadenar en frustración profesional, tal como sostiene Spadea (2019), debido a los múltiples obstáculos para poder realizar la intervención que el sujeto y los profesionales consideran pertinente en función del análisis de la situación. En síntesis, las múltiples complejidades que se dan en el afuera de la institución, como por ejemplo, en cuanto a las redes de apoyo social y la falta del acceso a la vivienda, dificultan el proceso de externación. "Y, aunque todos acuerdan discursivamente, con la idea de que el Hospital no puede ser una respuesta habitacional, en la práctica se tensiona con la cuestión de entender que la calle tampoco es un lugar para vivir; esta encrucijada pone en juego lo más subjetivo de cada profesional" (Spadea, 2019: 51). Permitiendo así, dar cuenta de las tensiones y disputas en la práctica profesional a la hora de desarrollar la externación.

IV. 5. Ausencia de dispositivos.

A partir de lo desarrollado, analizamos que para diseñar estrategias de externación que resulten durables, sustentables y eficaces, es necesario contar con dispositivos que acompañen los procesos territoriales. Asimismo, notamos una ausencia del Estado como una práctica de segregación que vulnera a las personas con padecimiento mental. En esta misma línea Yoma y Herranz (2020) sostienen que

> "La inexistencia de fondos específicos para la externación, en conjunto con la escasa disponibilidad de espacios intermedios luego de la internación, restringe las alternativas y la posibilidad de que la externación resulte un proceso de acompañamiento en la revinculación social-familiar, para pasar a ser de manera

> más clara una expulsión institucional. Estas barreras en la construcción de estrategias durables luego de una internación en salud mental pasan a enlazarse y reforzar vulnerabilidades vigentes y problemas sociales tales como la pobreza, la estigmatización o la persecución policial." (Yoma y Herranz, 2020: 19).

En este sentido, consideramos que la instancia de externación se dificulta por decisiones políticas segregativas, las cuales no destinan los recursos gubernamentales a la planificación de políticas específicas que se orienten al abordaje de la salud mental en la comunidad, tal como lo desarrolla Cels (2008). En la misma línea, analizamos que la falta de implementación de la LNSM (Ley n° 26.657) se materializa en las ausencias de dispositivos territoriales, referencia barrial y/o organizaciones que apoyen a las herramientas que ya existen pero se encuentran debilitadas por variados motivos, generando "Que lo poco que hay se utilice para todo" (Spadea; 2019: 53) refiriendo así a la ausencia de los mismos. En relación a esto, una investigación del Instituto Gino Germani realizada en 2014 plantea

> "La falta de creación a gran escala de casas de medio camino, pisos asistidos, dispositivos de atención en la comunidad, así como las políticas de reorganización de los espacios de trabajo y la articulación con organizaciones sociales, se revelan como un déficit clave para la implementación de la Ley de Salud Mental en lo que respecta a la efectiva apertura de nuevos dispositivos sustitutivos y apoyo a los existentes." (Zaldúa y otros, 2014: 8).

En relación a esta ausencia de dispositivos, un entrevistado nos cuenta que *"Cuando un paciente se externa, el equipo de internación suele hacerle un seguimiento en ese pasaje hacia otro dispositivo. Ese seguimiento a veces se prolonga más de lo conveniente porque no hay lugar en consultorios externos."*. E1. Con esto podemos conocer las consecuencias de la falta de contención y dispositivos que apoyen las estrategias planteadas por el equipo de Internación. Entre estas ausencias, descubrimos que la falta de la red de atención psicosocial que proponen Amarante y otros (2013), tiene un impacto en la autonomía y en la autorrealización de las personas con padecimiento mental. La atención psicosocial produce en los sujetos dejar de depender del rol usuario-profesional, permitiendo construir una identidad social. En este sentido, reconocemos que la complejidad al momento de externar a una persona radica en la ausencia de atención psicosocial, y en la falta de dispositivos que acompañen en el territorio, entre ellos podemos mencionar a los mismos dispositivos que conforman el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, como por ejemplo Consultorios Externos y Tratamientos Ambulatorios, ya que gran parte de las externaciones se apoyan en los mismos para garantizarse. Un entrevistado afirma que *"No hay dispositivos*

que reciban a esas personas y que puedan sostener su tratamiento ambulatorio y, desde una mirada de atención primaria, menos. Para mi en ese sentido es lo que más se ve obstaculizado". E2. Es decir que, se espera que las personas que egresan de la institución sigan frecuentandola, mediante otra modalidad de tratamiento, llevada a cabo en otro dispositivo del mismo Hospital. Asimismo, esto no se puede garantizar ya que muchas veces estos se encuentran saturados como obstáculo principal porque no cuentan con la disponibilidad y/o lazos para continuar con los cuidados. Tal como nos cuenta un entrevistado *"Cuando no se tiene casa, un dispositivo intermedio, referentes o red social, es muy difícil que pueda sostener el tratamiento de manera ambulatoria."* E1, esto tensiona la continuidad del cuidado y la asistencia psicosocial.

Sintetizando, otro entrevistado menciona que *"A veces pasa que un usuario del sistema de salud mental, yo siento que importan acá en el Hospital y después no le importa a nadie."* E2. Reconociendo de esta manera que las personas con padecimiento mental no tienen valor ni dignidad en la sociedad ya que no son vías de acumulación de capital. Por este motivo es importante problematizar el lugar que ocupan las personas con padecimiento mental fuera de la institución porque no cuentan con espacios donde se las incluya**.** La falta de contención por la ausencia de dispositivos institucionales y/o territoriales, como así también la falta de contención en la comunidad tiene como consecuencia la reproducción de la exclusión y vulneración de las personas con padecimiento mental cristalizando un desinterés total que ataca a la salud mental y los derechos.

IV. 6. Ante esta ausencia, ¿Cómo intervienen los profesionales?

En los apartados anteriores nos enfocamos en la ausencia de recursos para desarrollar estrategias de externación sustentable. En este, nuestro objetivo es repensar cuales son las prácticas que brindan viabilidad para poder externar y que la persona con padecimiento mental pueda sostener la externación. En relación a esto uno de los entrevistados menciona *"Somos muy abiertos a hacer estrategias para que algo se pueda sostener, no es el papelito con una derivación, es un acompañamiento sustentable… una derivación que sea sustentable."* E4. Reflejando así, el quehacer del dispositivo de Internación como un acompañamiento presente y cotidiano, para esto es necesario la pluralidad institucional que permite el diálogo con otros dispositivos y/o instituciones generando así, una red institucional que apoye la estrategia planteada. La pluralidad institucional comprende varias prácticas interdisciplinarias que desarrollan los profesionales, esto se relaciona con las interpretaciones

que hacen los mismos sobre la LNSM (Ley n° 26.657). En su Art. 9 el marco legislativo establece que la atención se debe desarrollar, en la medida de lo posible, por fuera de la internación y en el marco de un abordaje intersectorial, dando cuenta así que LNSM (Ley n° 26.657) se implementa mediante las prácticas interdisciplinarias a través de la pluralidad institucional. En esta misma línea, el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte tiene como objetivo consolidar una red de trabajo con otros dispositivos, hospitales, articulaciones territoriales, barriales, etc. Buscando así, generar una pluralidad institucional que acompañe de manera cercana a la persona con padecimiento mental y que la aleje de la institucionalización, tal como lo menciona un entrevistado *"Para mi, en el laburo desde la intersectorialidad es fundamental nuestro rol. Conocemos de por sí más lo que son los territorios, los programas, pensar articuladamente con educación, vivienda, desarrollo social"*. E4.

Entendemos a la pluralidad institucional, desde Burwiel y Eresuma (2020), como la sustitución de las prácticas manicomiales reconociendo la complejidad y la diversidad que son propias de las personas. Se reconoce la ampliación de redes, la reparación de derechos y la producción de apoyos, para abordar una intervención terapéutica enlazada con los derechos humanos. De acuerdo con los autores mencionados (2020), se propone a la pluralidad como aquella instancia superadora y así "Reemplazar la hospitalización por cuidados intensivos en la comunidad". (Burwiel y Eresuma, 2020: 6). Esta instancia, no se trata de buenas internaciones sino, de una atención comunitaria. Tal como plantea Ottaviano (2011) "Necesitamos construir una comunidad que se pueda hacer cargo del cuidado de las personas en general y en particular de aquellas aquejadas por el sufrimiento mental, y que haya servicios de salud mental que estén, valga la redundancia, al servicio de la reparación porque de lo contrario se convierten en depósitos sociales de la marginación."(Ottaviano, 2011: 48). Entonces, el proceso territorial requiere de cuidados que acompañen la reconstrucción del lazo social con el entorno, es decir que se busca contención para evitar perpetuar la exclusión. En este sentido, comprendemos que la atención psicosocial es una alternativa de inclusión social, esto conlleva, por ejemplo, la articulación con organizaciones comunitarias a través del cuidado, las visitas domiciliarias interviniendo en la dinámica familiar, actividades de reparación económica y ampliación de derechos, inclusión en espacios ocupacionales y la construcción de nuevos sentidos cuando el tratamiento es por fuera del hospital. Sobre esto un entrevistado menciona ***"****Que no todo sea un hospital de día como estar acá, en la medida que se pueda, armar un afuera. Sino nos volvemos manicomiales en dispositivos que supuestamente son más flexibles".* E4**.** De esta manera, reconocemos la importancia de la

interpretación de la LNSM (Ley n° 26.657 Art. 9) acerca de la intersectorialidad para poder pensar un afuera y no reducir las prácticas interdisciplinarias de manera hospitalocéntrica. A su vez, Faraone y Barcala (2020), plantean la necesidad de una mirada de des-institucionalización, para la búsqueda de nuevas institucionalidades que conformen una pluralidad, esto permite que el ejercicio profesional cuente con otros recursos que la institución no dispone, y de esta manera potenciar la intervención profesional. En este sentido, nos queda clara la presencia del dispositivo de Internación en la revinculación con la vida social por fuera de la institución. Un entrevistado recalcó que *"Nosotros acompañamos un montón el afuera, somos una internación que estamos mucho en el afuera… mentalmente, todo el tiempo proyectando la vida de esa persona por fuera del hospital".* E4. Entonces, es fundamental conocer mediante qué prácticas interdisciplinas se hacen presentes los profesionales en la vida de las personas con padecimiento mental. Uno de ellos relata que se cuestiona *"Si va necesitar apoyo, bueno… ¿Qué apoyo?, ¿De qué forma?, ¿Quiénes lo pueden brindar?, o ¿Son apoyos externos?".* E2. En las entrevistas descubrimos algunas de esas prácticas desarrolladas para acompañar a las personas externadas. Por ejemplo,

> *"Se intenta mucho hacer este seguimiento ambulatorio. O sea estar presentes también telefónicamente. Si vemos que la persona estaba citada a un control y no viene, bueno se llama a la persona o a la familia. Hacer un seguimiento o continuidad del cuidado estando presente en cierta forma con el control ambulatorio con el llamado telefónico.".* E3.

A partir de esto, pudimos descubrir una de las prácticas interdisciplinarias que desarrollan los profesionales del dispositivo de Internación, mediante prácticas como esta se llevan a cabo estrategias para la continuidad del cuidado fuera de la institución, esto permite que el tratamiento se mantenga en el proceso territorial.

Concluyendo, entendemos que las prácticas o estrategias que llevan a cabo los profesionales para brindar una externación sustentable se tratan de un trabajo en pos de la garantía de los derechos reconstruyendo así, la ciudadanía que muchas veces, se encuentra vulnerada por el padecimiento mental, los determinantes en salud mental, entre otras. Este escenario es un desafío continuo para las prácticas interdisciplinarias de profesionales del dispositivo de internación, ya que se ven en la búsqueda de generar herramientas donde hay solo escasez por falta de políticas estatales y decisión política.

IV. 7. Conclusiones finales

De acuerdo a lo desarrollado a lo largo del capítulo, consideramos que la externación es un proceso que brinda autonomía a la persona con padecimiento mental para que esta se revincule con el entorno social. Para poder llevar a cabo esta estrategia terapéutica son necesarios dispositivos que la apoyen, ya sean institucionales, barriales, territoriales o comunitarios, mediante los cuales se brinda una asistencia psicosocial. Muchas veces dichos dispositivos no existen o no cuentan con la contención necesaria para la reinserción de la persona a su vida habitual.

La falta de recursos destinados a la salud mental repercute en esta ausencia de dispositivos intermedios y es por este motivo que el Hospital Nacional en Red Lic Laura Bonaparte se ven en la posición de salir a trabajar por fuera de la institución. Es decir que los profesionales del equipo de Internación acompañan a la persona, construyendo herramientas de restitución de los derechos donde no las hay. A partir de la ausencia de dispositivos institucionales y/o comunitarios la estrategia de externación está destinada a fracasar, porque mientras estemos insertos en un sistema que excluya a las personas con padecimiento mental, los profesionales se ven obligados a trabajar con lo que tienen a disposición, lo que es muy limitado y acotado. En simples palabras, la LNSM (Ley n° 26.657) legaliza derechos que son muy difícil de garantizar por el contexto social, político y económico que presenta cuestiones estructurales inherentes al sistema capitalista. Consideramos que la externación es una problemática porque no logra ser sustentable en el escenario actual.

Ante esta cuestión, reflexionamos que es necesario repensar las lógicas que se producen, reproducen y perpetúan en nuestra realidad actual. Así como también, cuestionar constantemente qué lugar ocupamos en dicho sistema y cómo trabajamos en relación a los obstáculos y dificultades propias del mismo.

Reflexiones finales.

A partir de la información recolectada en las entrevistas realizadas en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, dentro del dispositivo de Internación, en articulación con el marco teórico y el marco normativo vigente, es decir la LNSM (Ley n° 26.657), fuimos haciendo un proceso de análisis sobre la relación entre las interpretaciones de los profesionales y cómo influyen éstas en sus prácticas interdisciplinarias, centrándonos en las distintas instancias de intervención.

Partimos de reconocer las bases del MMH y la MSL, como dos paradigmas contrapuestos y coexistentes en el campo de la salud mental. Nuestra investigación parte del

paradigma de la MSL reconociendo una perspectiva de derechos, garantizada y legitimada por medio de la sanción de la LNSM (Ley n° 26.657) en 2010. A su vez, dicho paradigma considera una interrelación entre la salud y la estructura social, por lo que sostenemos que existen determinantes sociales de la salud.

En principio, analizamos cómo los profesionales definen el inicio del proceso de internación con respecto a sus interpretaciones sobre la LNSM (Ley n° 26.657). En este proceso, los profesionales desarrollan prácticas interdisciplinarias reconociendo la complejidad y multidimensionalidad de las problemáticas de salud mental y estos deben trabajar en conjunto para brindar un abordaje integral. Entendemos que las interpretaciones sobre la salud-enfermedad enmarcan la definición de las prácticas interdisciplinarias para la intervención, por este motivo consideramos que es necesario un cuestionamiento del ejercicio profesional para no recaer en una objetivación de la persona con padecimiento mental, sino concebir a ésta como un sujeto de derecho. Conocimos que la internación es un recurso terapéutico que se implementa cuando existe un riesgo cierto o inminente y/o, después de que otros tratamientos no brindaron una mejor calidad de vida, dado que es más intensiva la intervención y el cuidado cotidiano. Con respecto al riesgo cierto o inminente, nos parece importante destacar que la LNSM (Ley n° 26.657) no establece cuando existe y cuando no, permitiendo de esta manera que los profesionales de salud mental tengan autonomía ética y profesional en cuanto a la definición del inicio de la Internación. Consideramos en este sentido, que esta autonomía que habilita la LNSM (Ley n° 26.657) es positiva, siempre y cuando el profesional parta de una perspectiva de DDHH, interpretando a la persona como sujeto de derecho desde una mirada de singularidad.

Por otra parte, descubrimos que existen determinantes sociales que afectan la salud mental y que estos se encuentran perpetuados por el sistema capitalista. Es decir que las lógicas de estratificación, lejos de fomentar la inclusión social, al contrario, producen y reproducen la segregación social. En este escenario, como estudiantes de Trabajo Social, no podemos -y no queremos- perder de vista el rol que ocupa el Estado, el cual es moderno y capitalista. Por lo tanto, notamos que las políticas que implementa, no se destinan a erradicar la raíz de las problemáticas estructurales que perjudican y atacan la salud mental.

En la sociedad capitalista actual se tiende a disociar el cuerpo entre lo orgánico y lo social, olvidando que el sujeto es un todo integral, por este motivo fomenta el paradigma del MMH desplegando maniobras para aislar, invalidar e invisibilizar a las personas con padecimiento mental, sosteniendo que su subjetividad es peligrosa para el resto de la sociedad. Entonces, el padecimiento es demonizado y se concibe a la persona como una

amenaza. De esta manera, reconocemos que el discurso de la locura persiste a pesar de que ya pasaron más de 10 años de la sanción de la LNSM (Ley n° 26.657).

A partir de esto, además de la problemática estructural propia de un sistema que prioriza la acumulación, descubrimos que las dificultades, obstáculos, tensiones e impedimentos que atraviesan las personas con padecimiento mental, también se relacionan con las interpretaciones sobre la salud mental, ya que partimos de que en el debate salud-enfermedad predominan dos paradigmas antagónicos, por un lado, la hegemonía del saber médico, donde se propone un tratamiento que "cure" la "enfermedad", siendo el sujeto un objeto de intervención que debe suprimirse de su entorno para no poner en riesgo el orden social, y por otro, el paradigma, dónde nos posicionamos nosotras, en el que se propone un abordaje intersectorial y comunitario de los padecimientos. Entonces, la segregación social no responde solamente a las lógicas de estratificación de acuerdo a la clasificación en la estructura social y productiva, sino que también es resultado de las diferentes posiciones e interpretaciones sobre la salud, los padecimientos, los derechos, la intervención, el abordaje, entre otras. De esta manera, podemos analizar que el posicionamiento en la forma de concebir la salud mental, no solo se define dentro del debate salud-enfermedad, sino que también se condice con una perspectiva de vida. Es decir que, como estudiantes de Trabajo Social, entender a la salud mental desde una mirada integral, de derechos y de singularidad es un posicionamiento que nos atraviesa de manera transversal.

A su vez, consideramos que la promulgación de la LNSM (Ley n° 26.657) significó un cambio de paradigma en salud mental, es decir que por medio de su sanción se conquistaron derechos que antes de 2010 no se reconocían. Igualmente consideramos que es necesario seguir en una lucha permanente por la adquisición de los mismos, por ejemplo en la cuestión del trabajo, debido a que mediante las entrevistas realizadas, dimos cuenta que el acceso al mismo, es realmente dificultoso y hasta imposible para las personas con padecimiento mental. Este cambio de paradigma en salud mental implicó también un cambio cultural, ya que propone un abordaje interdisciplinario, comunitario e intersectorial, al contrario del abordaje propuesto por el MMH, que permanece mediante una institucionalización, donde las prácticas se orientaban a la reclusión y al control. Asimismo, este cambio de paradigma todavía no se logra establecer en su totalidad, generando que se desarrollen simultáneamente prácticas interdisciplinarias y manicomiales. Esto permite que las prácticas diseñadas para la intervención puedan variar de acuerdo al posicionamiento del profesional y a su interpretación sobre la LNSM (Ley n° 26.657).

También notamos, durante la realización de las entrevistas, que las internaciones, en algunos casos, se prolongan como respuesta a la vulnerabilidad social, contradiciendo uno de los postulados de la LNSM (Ley n° 26.657). Esto no se da arbitrariamente, sino que sucede por la ausencia estatal en cuánto a los determinantes sociales, lo que hace que los profesionales se encuentren condicionados en su intervención. Entonces descubrimos, que las prácticas interdisciplinarias adhieren a la LNSM (Ley n° 26.657), pero en situaciones excepcionales, priorizando el sujeto de derecho, se orientan a garantizar el cuidado.

Con respecto a las redes de apoyo social, nuestros hallazgos más relevantes se relacionan con los aportes que hacen las mismas, tanto al proceso protector de salud, como así también al destructivo, por esto consideramos que es importante no recaer en una idealización de las redes de apoyo social. En este sentido pensamos que dichas redes pueden mostrar inconsistencias que dificultan el acompañamiento, por lo que las prácticas interdisciplinarias priorizan consolidarlas y fortalecerlas promoviendo una trabajo conjunto entre la persona en contexto de internación, las personas que conforman las redes y el equipo profesional. Descubrimos que las redes de apoyo social constituyen el tratamiento terapéutico porque no solamente apoyan y sustentan desde la compañía, el cuidado, y los recursos sino que también tienen una participación activa en las estrategias de intervención implementadas por los profesionales. Además, llegamos a la conclusión de que es necesario ampliar la mirada con respecto a las redes de apoyo social informales para poder concretar e implementar este abordaje comunitario, el cual se hace presente en todos los tramos del proceso terapéutico, ya que es uno de los principales avances establecidos en la LNSM (Ley n° 26.657).

En esta misma línea, entendemos que la LNSM (Ley n° 26.657) promueve la inclusión de las personas con padecimiento mental por medio del abordaje comunitario, es por esto que las estrategias de intervención con las redes de apoyo social garantizan la implementación de una perspectiva de DDHH. En pos de garantizar la implementación de la LNSM (Ley n° 26.657), los profesionales destinan sus prácticas interdisciplinarias a la restitución de derechos que antes del inicio del proceso de internación se encontraban vulnerados. Nos parece importante cuestionar y problematizar que el ejercicio de la ciudadanía se concrete a partir del ingreso al Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, teniendo en cuenta que la institucionalización significa para la subjetividad de una persona resignar la singularidad. Consideramos que esto es una paradoja, puesto que evidencia la falla estructural del sistema capitalista, el cual nos parece siniestro debido a que el Estado tiene alcance en cuanto a la garantía de los derechos que no intervengan, ni perjudiquen a la estructura social establecida.

En favor de esto, concluimos que el Estado se hace presente solamente -y apenas- cuando existe una intervención terapéutica. Pensamos que si el Estado no destina recursos al sistema de salud, mucho menos va a implementar políticas destinadas a la problemática de la salud mental, dado que esta tiene -y tuvo a lo largo de la historia- un lugar muy secundario dentro de la salud. Consecuentemente, podemos identificar que la falta de implementación de la LNSM (Ley n° 26.657) tiene que ver con las decisiones políticas segregativas.

Asimismo, los profesionales interpretan la LNSM (Ley n° 26.657) bajo una perspectiva de DDHH, y diseñan sus estrategias en favor del abordaje intersectorial, por esto se apoyan en la pluralidad institucional, ya que interpretan que la promoción de la salud no sucede solamente por dentro de una institución, fomentando que este abordaje no suceda de una manera hospitalocéntrica, mediante prácticas que dejan atrás el paradigma del MMH. Este abordaje intersectorial incluye el proceso de externación, ya que este, es uno de los tramos que conforman el itinerario terapéutico, el cual promueve la continuidad del cuidado, puesto que cambia la modalidad de tratamiento, pero no termina. Es decir que, esta instancia no se trata de un alta médica, sino de una revinculación con el territorio. En este momento, tanto las redes de apoyo social, como la pluralidad institucional son fundamentales para la mejora del padecimiento mental y la calidad de vida. Reflexionamos que la pluralidad institucional brinda atención psicosocial como mecanismo de inclusión social.

Por otro lado, hallamos que la externación es sustentable siempre que existan dispositivos institucionales, barriales, territoriales o comunitarios que acompañen las estrategias de externación para la reinserción de la persona en su entorno. En este sentido, ante la ausencia de dichos dispositivos, la continuidad del cuidado se ve atacada, evidenciando la falla estructural del sistema y destinando al fracaso a las estrategias de externación, es decir que la externación no logra ser sustentable en la actualidad.

A modo de cierre, consideramos que la LNSM (Ley n° 26.657) significó un cambio fundamental en la conquista de derechos sobre cómo abordar la salud mental. Sin embargo, la falta de implementación y los escasos recursos, destinados por parte del Estado, complejizan y dificultan las prácticas interdisciplinarias realizadas por los profesionales. Estos intentan cotidianamente restituir derechos y brindar tratamiento, sobrellevando todos los obstáculos, pero su intervención es muy acotada. Por este motivo, reflexionamos que, para un abordaje integral de la salud mental con atención psicosocial, se necesitan decisiones políticas firmes y sólidas con respecto a la atención de la problemática de la salud mental. En este escenario, como futuras trabajadoras sociales, proponemos una lucha constante y sistemática por la garantía de los derechos, que si bien se encuentran legitimados por la LNSM (Ley n° 26.657),

no se logran implementar en este sistema. Nosotras como cientistas sociales, nos posicionamos desde esta investigación -y en concordancia con todos los entrevistados- en una defensa activa de dicha ley, ya que notamos que existen sectores que se encargan de atacarla, manipularla y desprestigiarla, en busca de sus propios intereses. Concordamos, con que la normativa vigente en su redacción no muestra aspectos debatibles en cuanto a perspectiva de DDHH, sino que la críticas malintencionadas surgen de los posicionamientos retrógrados dentro del debate salud-enfermedad, los cuales no consideran que las conquistas progresistas sean un avance en derechos, sino un gasto público. No podemos perder de vista que esta Ley no es deficiente en cuánto a sus enunciados, más bien abarca aspectos de la salud mental que antes no se reconocían. Es decir, que con su sanción se permitió un cambio de perspectiva acerca de la concepción de la salud mental.

Como últimas palabras, queremos dejar en claro que la lucha, reconocimiento y conquista de los derechos no sucede de una vez y para siempre, al contrario, todo el tiempo se encuentran en disputa por los antagonismos persistentes, más aún en este momento social y político que vivimos en una Argentina en llamas de cara a las elecciones presidenciales, dónde la derecha aprovecha para avanzar de manera agresiva y nefasta, instalando en la sociedad un posicionamiento que tiene como base el achicamiento -y casi disolución- del Estado de derecho. En este escenario, proponemos una militancia incesante en pos de una intervención estatal presente, eficiente y progresista en el campo de la salud mental.

Bibliografía

- Alli, A., Minond, J., Embil, Y., & Rouan, M. K. (2020). Modos discontinuos y erráticos de transitar un hospital especializado en salud mental y adicciones de la Ciudad de Buenos Aires: la mirada de profesionales de la salud. *Salud colectiva*, *16*, e2521
- Amarante, P., Freitas, F., Pande, M. R., & Nabuco, E. (2013). El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitario del reconocimiento. *Salud colectiva*, *9*, 287-299.
- Arellano, O. L., Escudero, J. C., & Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina social*, *3*(4), 323-335.
- Arias, A. J., & Leo, P. F. D. (2020). Complejidades, responsabilidades e invenciones: construcciones de subjetividades y de derechos en el encuentro entre instituciones y jóvenes de sectores populares. *Cuadernos de trabajo social*, *33*.
- Ausburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuad. Méd. soc.[Ros.]*, 61-75.
- Ayres, JRDCM (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* , *20* (2).
- Barcala, A. y Laufer Cabrera, M. “La Ley Nacional de Salud Mental y su enfoque de derechos humanos: la interdisciplina y el nuevo rol de la defensa pública”. En:Faraone, S. Bianchi, E. Giraldez, S. (Comp). Determinantes de la Salud Mental en
- Basaglia, F. (1978). *Razón, locura y sociedad*. Siglo XXI.
- Basaglia, Franco. (2008). La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio.Topia Editorial. Buenos Aires.
- Ciencias Sociales. Aportes, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657. Buenos Aires, Editado por UBA Sociales, 2015
- Benedetti, E. (2015). Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. *Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención. Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). Editorial Licenciada Laura Bonaparte*.

- Biondini, M. (2017). Salud Mental y Segregación. Cuando de un sujeto se hace un objeto de desecho. *Lapso*, (2), 25–30. Recuperado a partir de https://revistas.unc.edu.ar/index.php/lapso/article/view/19676
- Bourdieu, P. (2008). *¿ Qué significa hablar?* (Vol. 282). Ediciones Akal.
- Breilh, J. (2003). De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica. *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Capítulo VII. Buenos Aires*, 197-224.
- Burwiel, Juan Pablo; Lic, Eresuma, Luciana. (2020): "Una clínica sin encierro, subvertir los espacios, mudar los cuidados a la comunidad".
- Cabrera, P. y Rubio, J. (2003). Personas sin techo en Madrid, Diagnóstico y Propuestas. Informe. Id: Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DInforme-Marzo+FINAL.sin+hogardoc
- Carballeda, A. (2007). La intervención en lo social. *Exclusión e integración en los nuevos*.
- Castel, Robert. (1997)"La metamorfosis de la cuestión social". Editorial Paidos
- Castro, S. (2013). La construcción del problema en Trabajo Social: Reflexiones en torno a la compresión y singularidad de la dimensión familia. Debate Público. Reflexión de Trabajo Social.
- CELS, M. (2008). Vidas arrasadas. *Editorial siglo XXI, Buenos Aires*.
- Chiarvetti, S. (2008). 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*, *17*(2), 173-182.
- Cohen, H., Natella, G., Abaca, L., Alvarez, M., Antoli, R., Avila, N., ... & Zacouteguy, L. (1995). Trabajar en salud mental: la desmanicomialización en Río Negro. In *Trabajar en salud mental: la desmanicomialización en Río Negro* (pp. 108-108).
- Cuanda, P., & del Carmen, M. (2008). Pensar la interpretación: la construcción del sentido

- De la Aldea, E., & Lewkowicz, I. (2004). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud Recuperado de https://www. xpsicopedagogia. com. ar/la-subjetividad-heroica.
- De Lellis, M. (2017). El movimiento de salud mental: Una aproximación histórica y crítica. *Ficha de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*.
- De Souza Minayo, M. C. (2008). Cap 4: Construcción de los instrumentos cualitativos y cuantitativos. En: Evaluación por triangulación de métodos. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, *23*, 253-263.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
- Di Nella, Y. (2005). Necesidad de incorporar y/o profundizar la perspectiva de Derechos Humanos en la formación profesional de los agentes de Salud Mental. *Encuentro Internacional de Salud Mental "Nuevos sufrimientos, nuevos tratamientos". San Luis. Argentina*.
- Elvira, M. S. (2012). Participación en la salud mental comunitaria. Revista Salud Mental y Comunidad, año2, (2).
- Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad-UNLa*.
- Faraone, S., & Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Teseo.
- Fernández Peña, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria: revista de recerca i formació en antropologia*, (3).
- Fleury, S. (1999). Políticas sociales y ciudadanía.
- Foucault, M. (1985). El juego de Michel Foucault. En Julia Varela y Fernando Álvarez Uría (Eds.) Saber y verdad, (pp. 127-162). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M (2002) "Disciplina", en Vigilar y castigar. Nacimiento de la Prisión. Buenos Aires. Ed. Siglo XXI.
- Galarza, B. (2015). Segregación y dispersión en la atención del derecho a la salud mental en el centro de la provincia de Buenos Aires. *Intersecciones en antropología*, *16*(1), 69-83.

- Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. *Intercambios, papeles de psicoanàlisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (20), 25-34.
- Galende, E. (2012). Consideración de la subjetividad en salud mental. *Salud mental y comunidad*, *2*(2), 23-29.
- Ghiselli, S., & Castrogiovanni, N. (2019). El registro en la intervención individual/familiar. Ts. Territorios-REVISTA DE TRABAJO SOCIAL, (3).
- Ghiselli, S., & Castrogiovanni, N. (2020); "Trabajo social y situaciones problemáticas"-; 1a ed . - José C. Paz; Edunpaz.
- Goffman, E. (1973) "Introducción" En Internados. Ensayo sobre la sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Grajales, T. (1996). "Conceptos Básicos para la Investigación Social". Nuevo León, México: Publicaciones Universidad de Montemorelos.
- Hernandez Sampieri, R. y otros (2010). Metodología de la Investigación. México, Mc Graw Hill. Capítulo 14.
- Ibarra, S. y Bianchi, E. (2017) Salud Mental en contextos de Internación Psiquiátrica: modalidades de tratamiento y abordaje a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *12*(2), 128-136.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, *2*(1), 7-25.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

  López, L. G. (2007). Humanismo y gestión humana: una perspectiva de interpretación para el trabajo social aplicado al campo laboral. *Eleuthera*, *1*, 42-63.
- Loubat, M., Lobos, R., & Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, *12*(39), 15-25.
- Madanes, G. y otros (2022) CONSTRUYENDO SENTIDOS: La internación en Salud Mental por parte de usuarixs que realizan tratamiento ambulatorio en el Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte".

- Mallardi, M. (2013). “Procesos de intervención en Trabajo Social: Aportes para comprender su particularidad”. Tandil, CEIPIL.
- Mallardi, M (2013) “Cuestión social y situaciones problemáticas: aportes a los procesos de intervención en Trabajo Social” en Revista cátedra Paralela
- 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. In *VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales 7 al 9 de noviembre de 2018 Cuencua, Ecuador*. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.
- Mendizábal, N. (2007) ”Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa”. En estrategias de investigación cualitativa. Vasilachis Irene (coordinadora).
- Menéndez, E. (2005) El Modelo Médico y la Salud de los trabajadores. SALUD COLECTIVA, La Plata, 1(1): 9-32, Enero – Abril.
- Menendez, E. (2008). Salud Pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología posible. Disponible en: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/220 .
- Merhy, E. E., Camargo Macruz Feuerwerker, L., & Burg Ceccim, R. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*, *2*(2), 147-160.
- Molina, M. E., Ben-Dov, P., Diez, M. I., Farrán, Á., Rapaport, E., & Tomicic, A. (2013). Vínculo Terapéutico: aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. *Revista Argentina de clínica psicológica*, *22*(1), 15-26.
- Neffa, J (2003) El trabajo humano Contribuciones al estudio de un valor que permanece. CEIL-PIETTE CONICET Asociación Trabajo y Sociedad http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2022/04/Neffa-Julio-El-trabajo-humano-2003.pdf
- Ottaviano, L. (2011). La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. *Revista Electrónica de Psicología*, 44-53.
- Paim, J. S. (1992). La salud colectiva y los desafíos de la práctica.
- Pastorini, A. (1999). La política social hoy. en Cortez Editora
- Pautassi, L: “El aporte del enfoque de Derechos a las políticas sociales. Una breve revisión” en “Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones”. CEPAL, 2010

- Plan Estratégico 2020-2023. Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/1JA10LKYGOxR9oT1dYEYeMdY_DEoK1BuQ
- Rojas Soriano, R. (1984). Introducción y Cap.1 Consideraciones metodológicas para el estudio del proceso salud-enfermedad. En Capitalismo y Enfermedad. México: Folios Ediciones.
- Salgado-de Snyder, V. N., Díaz-Pérez, M. D. J., & González-Vázquez, T. (2003). Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. *salud pública de méxico*, *45*(1), 19-26.
- Sampieri, H., Collado, C. (2010). Los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación científica. RH Sampieri, Metodología de la investigación.
- Sautu, R. (2003). Capitulo II. Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación. Buenos Aires: Ediciones Lumiere.
- Silva, C., Pena, L. D., Batalla, M., & Pedra, M. (2019). La variable interdisciplinar en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental. *Fronteras, n. 13, pp. 83-97*.
- Spadea, A. (2019) "Y ahora ¿Qué hago de mi vida?" Los procesos de externación y la problemática habitacional. Trabajo de Investigación Final. UBA
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3):275-293.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL I JORNADAS PROVINCIALES DE PSICOLOGÍA. Posadas, Misiones.
- Stordeur, M., & Vernengo, M. P. (2019). Intervenciones y acciones terapéuticas.
- Travi, B. (2004). La investigación diagnóstica en Trabajo Social: la construcción de problemas a partir de la demanda de intervención profesional. *Escalada, M., et al. El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención profesional. Buenos Aires: Espacio*.
- Troncoso C, Amaya A. (2016) .Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud
- Ynoub, R. (2014). Cuestión de Método. Aportes para una metodología crítica. Tomo 1. Cengage Learning. México.

- Yoma, S. M., & Herranz, S. M. (2020). Expulsión institucional y situación de calle en salud mental: Una discusión para repensar la externación. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, *5*(1), 6-21.
- Yuni J. y Urbano C. (2014). "Técnicas para Investigar 2. Recursos metodológicos para la preparación de Proyectos de Investigación". Editorial Brujas. Argentina.
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M., Tisera, A., Lenta, M., Lohigorry, J. y Moschella, R. (2014). "Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: Un estudio comparativo entre 2011 y 2013". XI Jornadas Nacionales de Salud y Población.Instituto Gino Germani.

ANEXOS

Anexo I

Constancia del comité de ética e investigación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.

Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte
Especializado en Salud Mental y Adicciones

"1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA"

Por el presente se certifica que el trabajo de investigación **"Abordaje de la salud mental desde los Derechos Humanos: Interpretaciones de los profesionales sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657",** a cargo de Julieta Postizzi Ríos y Antonella Spinelli, ha sido aprobado por el **Comité de Ética en Investigación** del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte el día 24 de febrero de 2023.

COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN
HTAL. LIC. LAURA BONAPARTE

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los 24 días del mes de febrero de 2023

Ministerio de Salud
Argentina

Combate de los Pozos 2133 (1245) C.A.B.A.
Tel.: +54 011 4304-6353

Anexo II

Carta de aceptación del tutor de tesina

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

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL/A DIRECTOR/A DE TESINA

Buenos Aires, 19 de abril de 2023

Por medio de la presente informo a la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires, mi conformidad en desempeñarme como DIRECTOR/de los/as estudiantes Julieta Postizzi y Antonella Spinelli para la realización de su TESINA titulada "Abordaje de la salud mental desde los Derechos Humanos: interpretaciones de los profesionales sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657"

Directora de tesina

Firma:

Aclaración: BURWIEL, Juan Pablo

Teléfono: 1132737677

Mail de contacto: juanburwiel@gmail.com

¿Es docente de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA)? SI

Asignatura y cátedra: Taller I

Cargo:

Número de Legajo:

Anexo III

Consentimiento informado

“Ha sido elegido/a para participar en la presente investigación. La misma será llevada a cabo por las estudiantes de TS, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Spinelli Antonella y Postizzi Rios Julieta, en el marco de la realización de una tesina de grado.

La participación en la misma es voluntaria y consistirá en responder una entrevista, de un tiempo aproximado de 1 hora en la que deberá responder un cuestionario que alude directamente a los objetivos propios de la investigación.

Firmando el presente documento, se accede a que la entrevista sea grabada en su totalidad, para luego ser desgravada textualmente para un futuro análisis.

La información que usted aporte será tratada de manera confidencial y en ningún caso será revelada su identidad.

La participación en la investigación puede ser interrumpida cuando usted lo desee. Tiene la libertad de no responder a la entrevista y/o a algunas de sus preguntas, aún cuando haya firmado este formulario aceptando participar; sin que esto le represente ningún perjuicio.

Habiendo comprendido todo lo que se me ha explicado e informado, tanto espontáneamente como en respuesta a las preguntas, autorizo la realización de las entrevistas y la exposición académica de los resultados del análisis de la investigación, siempre que se preserve la confidencialidad de los datos y mi anonimato.

Fecha _____

Firma y aclaración _____

Anexo IV

Guía de entrevista semi-estructurada

1. Encuadre: Explicamos de qué trata la tesina, los objetivos de investigación y comenzamos a dialogar con el entrevistado.

1.1. -Disciplina
-Años de trabajo en la Institución
-Edad

2. Inicio de la Internación:

2.1. ¿Qué se entiende por "internación" en salud mental?

2.2.¿Cómo influye en tu práctica profesional la condición de internación? (voluntaria-involuntaria)

2.3.¿Cuáles son las discusiones que surgen al momento de iniciar una internación como mejor alternativa?

2.4. ¿Qué nos podrías comentar acerca de la LNSM sobre las internaciones?¿Tenés alguna opinión al respecto?¿Cuál?
2.5. ¿Crees que hay obstáculos para su cumplimiento? ¿Cuáles?
2.6. ¿ Qué situaciones suelen presentar las personas que llegan al dispositivo?
2.7. Además de la presentación clínica, ¿Qué otros factores intervienen en los criterios de internación?
2.8. ¿Qué otros aspectos consideras a tener en cuenta?, ¿Cuáles otros consideran los equipos interdisciplinarios?
2.9. ¿Hay situaciones de vulnerabilidad social que inciden en el proceso de internación?
2.10. ¿Cuáles se dan con más frecuencia?
2.11. ¿ Cuáles son las demandas que presentan las personas en contexto de internación?
2.12. ¿Cómo se relaciona el dispositivo con estas demandas?
2.13. ¿Cuáles son las tensiones entre estas demandas y las estrategias propuestas por los equipos?
2.14. ¿Consideras que la internación satisface en algún sentido estas demandas?
2.15. Cuando se decide iniciar la internación, ¿Hay una serie de pasos a seguir?, ¿La institución tiene algunas prácticas que se suelen llevar a cabo?
2.16. ¿Cuáles son las actividades que encuadran el inicio de la internación?

3. Interdisciplina:
3.1. ¿Qué entendemos por Interdisciplina en salud mental?
3.2. ¿Cuáles son las diferentes posiciones/criterios con respecto a la internación según las diferentes disciplinas?
3.3. ¿Existen o no roles establecidos para cada disciplina en este proceso?

3.4. ¿Durante el proceso de la internación existe algún elemento que genera mayor debate entre las disciplinas?

4.Durante la internación:

4.1. ¿Existen redes de apoyo? ¿Cómo son?
4.2. ¿Cómo influyen las redes de apoyo en el tratamiento de las personas en contexto de internación?
4.3. Generalmente ¿quiénes conforman las redes de apoyo con las que trabajan y/o dialogan?
4.4. ¿Cómo influye en tu trabajo cuando existe una red de apoyo?
4.5. ¿Cuáles son las situaciones que subyacen cuando esa red de apoyo no se compromete?
4.6. ¿Qué entendes por ciudadanía y cómo se relaciona esta en el contexto de internación?
4.7. ¿Qué aspectos se tienen en cuenta durante la internación para la protección y garantía de los derechos?
4.8. ¿Cómo pensas que afecta la internación en la calidad ciudadana de los sujetos?
4.9. ¿Crees que hubo avances en la garantía de los derechos de las personas en contexto de internación en los últimos años?¿En qué prácticas se refleja?
4.10. ¿Consideras que formalmente la LNSM garantiza derechos que en la práctica se discutan o que no pueden materializarse?
4.11. ¿Mediante qué prácticas las personas en contexto de internación ejercen su ciudadanía?
4.12. ¿Crees que los usuarios de salud mental gozan de plena ciudadanía?

5. Sobre la externación:

5.1. ¿Cuándo se considera la mejor alternativa la "externación" para el tratamiento de la persona?

5.2. En el marco de la internación, ¿Se piensa en el tratamiento ambulatorio como una posibilidad de tratamiento?¿Qué otras estrategias se presentan como alternativas?

5.3. ¿Cuáles son los debates que surgen al pensar en la posibilidad de una externación y/o un tratamiento ambulatorio?

Anexo V:

Desgrabación de entrevista

J: Acordate que en cualquier momento que te sientas incomoda o no quieras responder podes pedir que pasemos. Bueno, ¿Disciplina?

E2: Soy Lic. en Terapia Ocupacional.

J: Bien, ¿Hace años que trabajas en la Institución?

E2: Yo hice la residencia acá, la residencia interdisciplinaria en salud mental. En el año 2018 entre y termine en 2021, son tres años. Después hubo 1 año que estuve trabajando acá en la institución, estuve haciendo una jefatura de residencia en otro hospital y volví acá en octubre del año pasado. O sea que, hará alrededor de 4 años, si no contamos el año del medio y contando la residencia 4 años, más o menos, como contratada del hospital digamos no, son algunos meses, más de 6 meses. Pero bueno, en otra forma de contratación diferente al de la residencia.

J: Bueno, pero ya conoces igual como se va formando el hospital…

E2: Si si

J: Bueno genial, ¿Cuántos años tenes?

E2: 29

J: Genial. Bueno, nosotras habíamos separado la entrevista en 3 instancias de internación. El inicio, el durante y el post… le pusimos "externación" pero bueno, vamos charlando si se usa el término o no. La primera pregunta es ¿Qué se entiende por "internación" en salud mental?

E2: Y… para mi la internación es en concordancia con la ley siempre el último recurso que se usa, es una modalidad de tratamiento muy intensivo porque requiere que la persona esté viviendo dentro de la institución, haciendo su tratamiento dentro. Digamos que es algo intensivo a ese nivel y que si bien tiene sus cuestiones buenas cuando realmente es necesaria, también tiene un montón de otras cosas que para mí son perjudiciales para la persona, si esa internación se prolonga en el tiempo, empiezan a aparecer cuestiones que tal vez no están tan buenas … Para mi es eso…como un recurso de última instancia que hay que llevar a cabo cuando realmente es necesaria por todas estas cuestiones que causa, como algunos impactos negativos que puede tener.

J: Genial, ¿Cómo influye en tu práctica profesional la condición de internacional sea voluntaria o involuntaria?

E2: Bueno sí, cambia mucho. En el sentido en que generalmente cuando una persona está internada de forma involuntaria, hay cuestiones obviamente de su consentimiento y a veces del deseo de hacer un tratamiento que tal vez no está. Ya sea por una descompensación o desorganización que en ese momento no está pudiendo consentir, o a veces la persona no quiere hacer el tratamiento de forma de internación pero bueno, se considera que sí es necesaria, entonces ahí sí el primer tiempo es bastante difícil. Bah no sé si es difícil, pero sí se

trabaja para que la persona pueda consentir el tratamiento y se pueda pasar a una condición voluntaria. Al menos desde mi disciplina, cuando ingresa una persona que está muy desorganizada y hay mucha descompensación, tal vez el primer tiempo es un poco de espera, esperar que algo del cuadro se vaya estabilizando y de a poquito empezar a intervenir. Desde terapia ocupacional en ese primer tiempo, yo al menos, trabajo mucho con la organización cotidiana de esa persona, cuestiones más de hábitos a la relación de higiene, de su habitación, de sí mismo o de si misma… Eso es como que realmente te va a… ¿Cómo se dice? Como a... Caracterizar no sería la palabra… pero sí quizá como a definir cómo serán tus intervenciones ya que a veces la persona está deseando hacer este tipo de tratamiento y a veces no, entonces es un trabajo cuando la persona está involuntaria más de a poco pero que al mismo tiempo se busca que esa involuntariazación se revierta rápido, por todas las cuestiones formales que también lleva la involuntarizacion, digo esto de los informes y de más…

J: Si, totalmente. ¿Cuáles son las discusiones que surgen en el grupo que decide llevar a cabo la internación como mejor alternativa? Quizá hay diferentes disciplinas que hay un vaivén ahí… O discusiones propias sobre si es buena la internación para esa persona.

E2: Sí, en este momento institucional, realmente la discusión es si existe un riesgo cierto inminente para la persona, se basa mucho en eso. Si realmente hay una evaluación de riesgo sí, se decide la internación casi sin considerar otra opción, pero porque existe un riesgo para la persona o para otros. Si a veces hay discusiones en relación a… Aca en el hospital se atiende mucho consumo problemático y a veces en el consumo la evaluación de riesgo se complejiza un poco porque tal vez no existe un riesgo cierto inminente como plantea la ley, pero sí vienen habiendo situaciones en las que la persona se expone constantemente a riesgos, entonces ahí sí se evalúa si es necesario una intención realmente. Si esa persona está consciente porque a veces la persona no quería y bueno, esa persona duró 3 días por ejemplo. También lo que a veces se hace es intensificar el tratamiento ambulatorio si viene por externos, si hay posibilidad de que venga más días en la semana, o un hospital de día…

J: ¿Esos serían diferentes dispositivos del hospital?

E2: Claro, ambulatorios, hospital de día y externos, dentro de la institución. Después está el abordaje del territorio que, lo que hace es más trabajo en la comunidad, más atención primaria…

J: Claro y ¿El equipo que va decidiendo la internación sería el equipo de internación ? ¿O serían otros equipos?

E2: Y… por lo general depende si la persona viene haciendo su tratamiento ambulatorio por externos o por hospital de día, por ejemplo…

J: O si llega de afuera digamos…

E2: Claro o si llega de afuera. En los casos que la persona venga haciendo un tratamiento lo va decidiendo el equipo de externos o de hospital de día y siempre se hace como una reunión o un encuentro con la gente de internación, con las coordinadoras de internación y el coordinador de toda el área de internación. Acá en el hospital hay dos internaciones: está internación propiamente dicha y otra es “Cuidados en la Urgencia”, en este momento no tienen diferencias entre sí como en cuánto a criterios, sino que son dos equipos diferentes. En otro momento institucional sí había diferencias de criterios entre una internación y otra,

incluso fueron cambiando de nombres pero bueno… Lo va decidiendo el equipo que venía tratando a esa persona de forma ambulatoria y después en conjunto con las coordinaciones de las internaciones, como que las coordinaciones hacen una evaluación de esa persona y ahí deciden finalmente si se evalúa que hay criterio de internación o no, sino por lo general si es una persona que llega de afuera, o la evalúa la guardia o también está el dispositivo de ADE, que es atención a la demanda espontánea. Ese equipo también puede evaluar la necesidad de internación. Siempre igual está este encuentro previo a la internación con las coordinaciones de las internaciones, como que siempre se trata de decidir entre el equipo de internación y el equipo que recibe a esa persona y que está considerando la necesidad de internación.

J: Perfecto. ¿Qué nos podes comentar acerca de la LNSM sobre las internaciones y que opinión o posición tenes vos al respecto?

E2: Em… o sea acá institucionalmente lo que yo veo ahora realmente es que se está llevando a cabo la internación cuando es el último recurso y existe un riesgo cierto inminente... De hecho ha pasado que otras instituciones derivan acá para la internación, como que lo que se recibe es la queja sobre que no se interna, porque tal vez se está evaluando que realmente no hay un criterio de internación. Yo coincido con la ley en el sentido que tiene que ser algo de último recurso y realmente si esa alternativa es la que va generar aspectos que le beneficien a la persona, porque para mí hay otras instituciones previas antes de llegar a la internación. Intensificar el tratamiento ambulatorio por ejemplo, hacer un seguimiento comunitario donde vive la persona… En su momento, en la pandemia por ejemplo, se iba mucho a la casa de la persona a hacer un seguimiento domiciliario, que tal vez ahora no se usa tanto pero está en esas posibilidades. A veces queda en la disponibilidad del profesional de hacer eso o no, a veces también lo más fácil es que se interne y listo. Pero bueno, realmente ahora se están llevando a cabo internaciones cuando es realmente necesario. También porque se ve mucho actualmente pocas personas internadas en el hospital a lo que era antes. Antes tal vez había 20 personas 30, entre las dos internaciones y ahora como excepcionalmente llegan a 15 ponele, más o menos, no tengo números específicos pero en otros momentos sí la internación era algo que se hacía con más frecuencia.

J: O sea que ¿Tu opinión acerca de LNSM del 2010 coincide?

E2: Sí, de acuerdo totalmente. O sea me parece eso, que la internación tiene que ser un recurso de última instancia y cuando otras alternativas no dieron resultado o no están ayudando a la persona en ese momento.

J: Perfecto, ¿Crees que hay obstáculos para el cumplimiento de la ley y cuáles son los obstáculos?

E2: Sí, hay obstáculos sobre todo en la cuestión comunitaria, o sea para que realmente la internación sea el último recurso como lo plantea la ley tienen que haber otros dispositivos que lamentablemente no están. Sabemos que en salud mental el presupuesto es muy bajo y para mi falta mucho. El mayor obstáculo que encuentro es que no existen o están vaciados dispositivos intermedios como no sé residencias protegidas o un abordaje realmente comunitario y territorial de las problemáticas de salud mental. Para mí si la persona puede tener un equipo de referencia por su barrio que lo vaya viendo una vez por semana o de acuerdo a la necesidad, tal vez con más frecuencia o con menos, para mi, se podrían evitar un montón de internaciones. También hay obstáculos a nivel de intereses políticos y económicos de otros grupos que sabemos que no están a favor de la ley porque pierden sus privilegios. En

relación al consumo, parece que siempre que hay una problemática de consumo la modalidad de tratamiento es la internación y no hay otra alternativa. Para mí los medios con el tema de algunos casos aprovechan para darle con un palo a la ley y decir "la ley no sirve" "no se permite las internaciones" que es mentira, entonces hay obstáculos de grupos que están interesados que la ley no se lleve a cabo. Hace 13 años de la sanción de la ley y hay un montón de aspectos en los que no se evolucionó... o no se trabajó en pos de la ley realmente…

J: ¿Cuáles son esas cuestiones?

E2: ¿Qué cuestiones? Perdón

J: Las que decis que sancionaron pero que todavía no lograron llevarse a cabo, o evolucionaron creo que dijiste…

E2: Esto que la ley plantea sobre que el abordaje de la salud mental tiene que ser desde una lógica de APS, pero eso yo realmente no veo que se esté llevando a cabo. Tal vez en un hospital monovalente como este es difícil ver esas cuestiones sobre si se está modificando o no, pero al menos lo que se ve en las personas que llegan al hospital es que no hay referencia en los barrios. Cuando intentas, en la externación, que la persona vuelva al lugar en donde vive y que pueda hacer su tratamiento con su comunidad, es muy difícil porque no hay dispositivos que reciban a esas personas y que puedan sostener su tratamiento ambulatorio y desde una mirada de atención primaria, menos. Para mí en ese sentido es lo que más se ve obstaculizado.

J: Perfecto, en las otras entrevistas que tuvimos, como te contaba con un psiquiatra y con una TS, nos comentaban que al iniciar la internación se va construyendo una presentación clínica de la persona y que de ahí se ven como ciertos criterios para decidir si se lleva a cabo la internación o no, y yo te quería preguntar ¿Qué factores intervienen en esa presentación clínica? ¿Qué es lo que incluye? o ¿Tu disciplina qué aporta?

E2: Si, em… Para mí esa construcción se va dando espontáneamente, como esto de las conversaciones que se van teniendo entre los equipos y la persona. Desde TO lo que evaluamos para una internación es cómo venía siendo la vida cotidiana de esa persona previo a este momento que está irrumpiendo y qué cuestiones de la cotidianidad están limitadas. Por ejemplo, una persona que deja de alimentarse por estar deprimida o desmotivada, o deja de higienizarse. O sea, cuestiones básicas que hacen a la salud, que se están viendo ahora limitadas y también yo me posiciono desde una mirada más social. Cuestiones tal vez de necesidades básicas que están siendo insatisfechas, como una persona que está viviendo en condiciones realmente en este momento tampoco favorecen a su bienestar de salud general y su salud mental también. Sobre todo desde TO se ve que no es posible que esa persona siga en esas circunstancias porque le repercuten en su salud mental y en su bienestar general.

J: Esas lecturas las podemos hacer nosotros desde diferentes disciplinas y desde una mirada más profesional pero, por ejemplo, estas personas en contexto de internación ¿Qué manifiestan? ¿Cuáles son sus demandas?

E2: Por lo general cuando es algo en relación al consumo de sustancias lo que dicen es "quiero dejar de consumir", o sea lo que se ve mucho es la necesidad del encierro para apartarse de la sustancia. Como un límite externo que esté ahí mediando entre la persona y la sustancia, la demanda es esa: "Me quiero internar para no estar en contacto con el grupo". Se

ve mucho la necesidad de parar ese momento, como un límite externo que ayuda a organizar. También hay personas, que vienen al hospital, que no consumen y a veces hay mucho sufrimiento subjetivo porque la están pasando muy mal, no pueden levantarse de la cama, o si es algo más de descompensación psicótica hay mucho sufrimiento, en cuanto a alucinaciones o delirios que le generan un malestar continuo. A veces es tal la descompensación que obviamente no va haber registro y tal vez es la familia o la red que solicita la internación. Muchas veces también pasa que es la familia que dice "Tiene que internarse para dejar de consumir o para que se ponga mejor" "Se pelea con los vecinos", "Está rompiendo toda la casa"...

J: Claro, y ¿El dispositivo cómo se relaciona con esa demanda subjetiva que manifiesta la persona?

E2: Y… Lo primero que se intenta es tomar lo que el otro trae, empezar el tratamiento o el proceso desde ahi, porque vamos a trabajar con eso, sino termina siendo la demanda de la familia, de la red o del equipo, entonces lo que intentamos es tomar realmente esa demanda para hacerla parte del tratamiento y laburar desde ahí. Hacer de esta el punto de partida... Y bueno, si es necesario, obviamente por momentos ir introduciendo otras estrategias u otras posibilidades…

J: Claro, y además de las problemáticas de salud mental o de consumo problemático ¿Hay situaciones de vulnerabilidad social que se dan como demandas que pueden incidir en la internación?

E2: Sí, sí totalmente. La población que llega al hospital realmente está en condiciones de muchísima vulnerabilidad social, de hecho hay personas que viven en condiciones habitacionales precarias o en situación de calle, entonces obviamente eso influye. O sea se intenta que la internación no venga a resolver una cuestión habitacional pero obviamente que esto va influir en la decisión que se tome. Si hay una situación de riesgo es obvio que influye porque obviamente no es lo mismo vivir en una casa, con una familia que estar en la calle o en un hotel, porque no sabes si te van a renovar el subsidio habitacional o no. Se intenta que este no sea el único motivo pero si obvio que influye en las decisiones.

J: Buenisimo. Cuando se decide iniciar la internación, una vez ya decidida la estrategia ¿Hay una serie de pasos a seguir? Como prácticas que se lleven a cabo…

E2: Y… por lo general cuando la persona ingresa ya se le asigna un equipo. Acá el equipo está compuesto por psiquiatría, psicología, TS, terapia ocupacional y enfermería. Enfermería se incluye en los equipos cuando son de la residencia. Ellos están más que nada en el office organizando todo lo que es la toma de medicación y cuestiones del cuidado cotidiano, pero sí se le asigna una persona de enfermera de referencia, eso se empezó a hacer ahora. Así que bueno, cuando entra la persona lo primero que se hace es asignarle el equipo y se intenta que cuando entra la persona si o si tenga una evaluación ese primer día con el equipo tratante de internación. Hay momentos en los que no se puede ese primer día porque tal vez la persona entró a última hora o entró muy sedada por la medicación, entonces no es posible, pero si no es el primer día es al otro día. Y después lo que se intenta es que la persona sea evaluada o entrevistada, iniciado el tratamiento, todos los días. Si está internada la persona obviamente que es necesario que ese seguimiento sea diario. Yo por ejemplo, en mi caso, a veces no llego a ver todos mis pacientes todos los días, pero si veo que alguien de mi equipo pudo evaluar a la persona me quedo tranquila que alguien la vió.

J: ¿Este seguimiento es individual? ¿O hay algún taller grupal? Sea de educación física, como hoy me comentabas, o algún tipo de tratamiento terapéutico grupal…

E2: Por lo general son entrevistas con la persona y suele ser una entrevista disciplinar o interdisciplinar. A veces uno necesita cuestiones desde la disciplina individualmente con la persona, pero la mayoría de los casos suelen ser en dupla o más personas del equipo. Grupal lo que hay en la internación son los espacios de musicoterapia. que en realidad, no es grupal suelen ser de a dos personas o a veces individual pero sobre todo educación física es grupal.. pero también cada persona va teniendo su plan en esto… Después arteterapia también trabaja de forma individual o en duplas. Si la internación al menos ahora no está teniendo abordaje en grupos digamos…No… Estoy pensando pero no…

J: Bueno genial, ¿Qué entendés vos por interdisciplina en salud mental?

E2: Y… Para mí la interdisciplina es algo sumamente necesario en salud mental, ¡en todo! en todo el ámbito de la salud, pero más en salud mental, por esto que las problemáticas que se presentan son cada vez más complejas y que quedamos super cortos si queremos intervenir disciplinariamente y solos… Considero que es algo necesario y super enriquecedor tanto para la persona que está siendo atendida como para nosotros. Yo tuve la suerte de hacer una residencia interdisciplinaria y realmente el aporte es increíble de otras disciplinas, uno sino viene con una visión de la carrera de grado super acotada y esto es abrir el espectro, abrir el panorama muchísimo más. Para mí es eso, es enriquecer las formas de abordar a esa persona y las problemáticas de una forma más favorable y que obviamente ahí nosotros como profesionales también ganamos un montón, es tener otros conocimientos y otras estrategias que vas tomando de otras disciplinas.

J: Si, siempre la intervención sería en suma de todas las disciplinas pero ¿Suelen presentarse choques paradigmáticos con respecto a las formaciones, marco teórico, lo que sea específico de cada disciplina?

E2: Si, eso también obvio que está, al menos desde terapia ocupacional me pasa que la formación fue muy conductual, donde es esperable tal resultado. Yo venía con ese chip y como que entraba en discusión con otras formas de intervención, que ahora por suerte pude incorporarlas y darle otra vuelta de tuerca a mi intervención. Tal vez, ahora en lo que más veo es en Psicologia y Psiquiatria, porque hay corrientes teóricas muy distintas, ahí suelen cómo estar en desacuerdo en los diagnósticos. Obviamente desde TO también podemos hacer diagnósticos pero no un diagnóstico de esquizofrenia o psicosis…

J: Perdón que te interrumpa..
(se corta la grabación)

J: Ahí comencé a grabar de nuevo. Me estabas diciendo… El choque quizás entre psicología y psiquiatría, que son quienes sí pueden diagnosticar…

E2: Si, claro cómo diagnosticar la cuestión más del padecimiento subjetivo de esa persona... Perdón ¿Lo podemos parar?

J: Si obvio
(Se para la grabación)

J: Bueno ahí vamos otra vez…

E2: Si decía eso, algunas discrepancias más visibles es el desacuerdo en los diagnósticos pero obvio que después hay cuestiones que hacen a la práctica, que uno tal vez, tiene formas más como "Bueno está bien, estamos en un hospital monovalente pero se puede intentar salir un poco del Hospital"... Ir laburando en la cuestión del afuera. Hay personas que no acuerdan con eso, entonces bueno, eso ya no sé si es algo disciplinar sino más bien de posicionamientos más transversales, sobre cómo pensamos la salud mental y el abordaje en salud mental.

J: Claro... ¿Cómo se organiza el trabajo interdisciplinario a lo largo de la internación? Más que nada esto apunta a si existen o no roles establecidos para tratar con los pacientes y las personas en contexto de internación.

E2: No, por lo general no hay roles ya establecidos. Obviamente el psiquiatra es el que se va encargar de la medicación, pero después no hay algo establecido a priori, sino que cada uno va intervenir desde su disciplina, con sus incumbencias de forma interdisciplinar. Obvio que no todas las personas trabajan en interdisciplina... pero lo que veo en general es que en el hospital se trabaja realmente de forma interdisciplinaria. En algunas cuestiones sutiles sí se pueden ver las jerarquías como más hegemonías de ciertas disciplinas pero por lo general no, es un laburo horizontal. De hecho pasa que es mucho más necesario que intervenga Trabajo Social que un Psiquiatra, por ejemplo. Obviamente dependiendo cada caso, pero no… No creo que haya roles asignados.

J: Perfecto, ahora nos vamos a la instancia durante la internación...¿Existen o no existen redes de apoyo? y si es que existen, ¿ Cómo son o cómo suelen ser ?

E2: Depende mucho de cada persona. Lo que vemos mucho en el hospital es que si hay redes de apoyo, están bastante debilitadas. La verdad que lamentablemente son pocos los casos en los que se puede contar con una red que realmente esté ahí brindando el apoyo necesario. Y si eso no está, lo que se trata es de ir armando algo de esa red, tal vez instituciones, organizaciones más barriales, o políticas, dependiendo de las necesidades de la persona, pero si algo de esa red no está, se intenta armarla. Y si no, la que está buena se suele fortalecer. Realmente laburo mucho si está la familia, con la familia o con amigos de la persona. Si hay institución que ya viene acompañando, bueno con las instituciones. Si se intenta eso digamos…

J: Perfecto. Generalmente o en su mayoría, ¿Quienes conforman estas redes de apoyo?

E2: Y… si está la familia, suele ser la mamá o por lo general vemos que la cuidadora siempre es la madre o alguna figura femenina, a veces hermanos, esto en la familia. A veces amigos que tal vez la persona no tiene tanta relación con la familia pero sí con amigos, y después articulamos mucho con algunas instituciones.Cuando son personas que vienen a hacer el tratamiento en el hospital, se articula mucho con la gente de "No tan distinta", que es una organización. No me acuerdo si dependen de lo mismo pero está el "Hogar Frida" que también las chicas de ahí articulan bastante, o sea acompañan bastante a las personas que no tienen otro tipo de red.

J: O sea, ¿El hospital o el dispositivo de internación contacta a estas organizaciones o la persona porque ya formaba parte de la organización?

E2: Por lo general sí, el hospital es quien contacta y a veces una persona que está internada ya viene de tener contacto con esta institución pero porque el hospital en algún momento hace el contacto. También en muchos casos, referentes religiosos también están presentes digamos. Alguna persona que va a la Iglesia y algún referente de la iglesia que acompaña, o tal vez mucho el "Hogar de Cristo" que también tienen referentes, hay personas que por el barrio en que viven está presente esta organización y se acercan… Ellos también.

J: Genial, ¿Y cómo influye en tu trabajo y en tu disciplina cuando existe esta red de apoyo?

E2: Y… cuando existe, la verdad el trabajo es más fácil. Es fortalecer esa red y laburar con esas personas. En cierto punto realmente, cambia el pronóstico que va tener esa persona si hay un ared que se puede ocupar de su cuidado y de brindar el apoyo que necesite esa persona… Al menos desde TO laburamos mucho en los apoyos que va necesitar la persona. Tal vez necesita en algunos aspectos de su vida y en otros no. Entonces eso también, trabajarlo con la familia porque a veces se avasalla a la persona como "Bueno vos ya no podes hacer nada, ni manejar nada ni tomar ninguna decisión", eso hay que ir laburandolo también…

J: Claro, considerando también que generalmente las familias son esa red de apoyo y, dentro de la familia, quizá existieron en el pasado o en el presente, situaciones de violencia entonces también queríamos saber, ¿Existen algunos casos donde es conveniente cortar con esa red de apoyo? Ya sea conseguir otra, o más bien un trabajo más personal…

E2: Sí, en los casos de violencia de género, intentamos cortar con esos vínculos. Obviamente, laburar con la persona para que corte con esos vínculos o, se intenta limitar las visitas del agresor o salidas. Eso realmente desde el equipo no se autoriza, pero bueno, después sabemos que la persona obviamente va tomar sus decisiones, pero si, en vínculos violentos se intenta cortar. Después es la persona que está afuera, tomará su decisión. Pero al menos acá, visitas de una persona que violentó a un paciente de acá por lo general, no las autorizamos. A veces lamentablemente no queda otra. Ahora por ejemplo, hay una usuaria que está atravesando una situación de violencia de género y bueno…

Señor X : Buen dia
J Y E2: Buen dia… (se acerca el señor a hablar, se pausa la grabación)

E2: No hay otra posibilidad porque es la persona que está con los hijos, entonces si ella quiere ver a los hijos, tiene que ver lamentablemente a esa persona.

J: ¿Qué entendemos por ciudadanía y cómo se relaciona esta con el contexto de internación?

E2: Y la ciudadanía sobre todo es la posibilidad de toma de decisiones de una persona y de ejercer esa toma de decisiones con la mayor cantidad de derechos posibles. Que pueda hacer realmente uso de esos derechos y que sean garantizados. La posibilidad de tomar decisiones cotidianas, hasta importantes en el aspecto más político y demás…

J: ¿Cómo pensas que afecta la internación en la calidad de la ciudadanía de esa persona?

E2: Y para mí, está un poco limitada la ciudadanía dentro de un contexto de internación. Al menos en este hospital que es monovalente de salud mental, yo lo entiendo como una institución total, entonces siempre lo que va hacer es avasallar al sujeto y cómo desdibujar la subjetividad de esa persona. De los tiempos que están regulados, las actividades que se hacen, la comida que comen, o sea no se puede decidir casi que nada, entonces para mi está bastante limitada. Obviamente que podemos laburar para que en la medida de lo posible la ciudadanía o la toma de decisiones en lo que pueda se haga. Al menos eso es lo que intentamos, creo. Lo que se puede flexibilizar, se flexibiliza.

J: ¿Crees que hubo avance en la garantía de los derechos de las personas en contexto de internación en los últimos años? ¿En qué prácticas lo ves?

E2: Sí, yo creo que sí o al menos hablando de esta institución, se ve un avance en los derechos de las personas. Poder tomar decisiones en el contexto de la internación sobre todo lo veo en la posibilidad de comunicación con el afuera. Antes estaba mucho más regulado, o sea había dos horarios en el día en el que se podían comunicar con quien quisieran, siempre que eso no fuera contraproducente para la persona, también la posibilidad de salir de la institución como hacer salidas y volver. Ahora por ejemplo en el hospital se permite que si tienen celular que lo tengan una cuestión de tales días y en tales horarios. Acá por suerte el equipo que estamos de internación de 8 a 20 está cubierta entonces, casi que en cualquier momento del día siempre que haya alguien del equipo puede acercarse alguien a ver a la persona.

J: Claro, con respecto a estos derechos humanos o ciudadanos que estamos hablando, ¿Consideras que LNSM formalmente garantiza derechos que en la práctica no se materializan?

E2: Si, sobre todo.. Como esto de favorecer el acceso a la salud y a un tratamiento en su contexto con un equipo interdisciplinario. Todo lo que dice la ley pero después no se cumple en todos lados, o sea realmente no sé si se llega a garantizar para toda la población porque el acceso a la salud y sobre todo a la salud mental para mi está super debilitado. O sea es muy difícil que una persona acceda a tener un tratamiento de salud mental y más en el sistema público. Ya de por sí en lo privado o de obra sociales es difícil y creo, que más en lo público.

J: Total… Entonces de acuerdo con lo que decis, ¿Consideramos que los usuarios de salud mental gozan de una plena ciudadanía o se ven en su mayoría más restringidas?

E2: No, para mí está más restringida en todo. No solo en el acceso a la salud, esto que decíamos del acceso a la vivienda, a condiciones básicas de salud que están limitadas, o sea que no están garantizadas y sobre todo, a veces pasa que un usuario del sistema de salud mental, a veces yo siento que importan acá en el hospital, y después no les importa a nadie. No hay presupuesto garantizado para eso así que... No.

J: Perfecto. Y ahora nos vamos a la última instancia que sería ya el contexto de externación.. ¿Es positivo usar ese término o que consideras por externación?

E2: Sí, acá yo lo uso, y en general lo usamos en el equipo. La externación es un proceso que arranca, en la medida de lo posible, desde que la persona entra ya se piensa en la externación. Muchas veces se dificultan las externaciones por estas cuestiones de falta de acceso a un montón de derechos. Se empieza a pensar, por más que no sea ya la externación, ¿A dónde va

ir a vivir? ¿Quién va ser el referente que acompañe?, si no está la red, armar algo de esa red… Es un proceso que arranca, para mí, desde que la persona entra. Hay que empezar a pensar estas cuestiones que van a hacer a la externación. Obviamente que la externación no es solo que la persona se vaya de la internación... Conlleva todas estas cuestiones que de hecho lo que determina la internación es esto... Se dificulta la externación por cuestiones habitacionales, o por falta de red, o demás.

J: ¿Se suelen pensar otras alternativas con respecto a la externación, como por ejemplo un tratamiento ambulatorio o que la persona vaya a otro dispositivos?

E2: Sí, por lo general siempre la externación conlleva también pensar cómo va continuar el tratamiento de la persona. Siempre es necesario que la persona continúe en un tratamiento ambulatorio Por lo general se intenta que sea cercano a su casa o al contexto en el que vive la persona y si no es posible, se busca otras alternativas, pero eso también suele dificultar a donde va seguir la persona. Lo que se hace desde internación es un tratamiento ambulatorio, como un control semanal con el mismo equipo de internación pero de forma ambulatoria. A veces hay personas que se sostienen durante mucho tiempo ese control ambulatorio, que la verdad no es lo más indicado porque hay cuestiones que la persona tiene que seguir laburando en un tratamiento más prolongado y desde un equipo que hace un seguimiento ambulatorio no se pueden trabajar.

J: ¿Suelen presentarse obstáculos o discusiones con respecto en qué momento se lleva a cabo la externación o el cambio de modalidad?

E2: Sí por lo general esas discusiones existen, o con las familias o las redes de la persona que consideran que la persona tiene que estar más tiempo internada, sobre todo en cuestiones de consumo, que a veces se piensa que la internación tiene que ser de meses… O sea 6 meses o 7. O También los equipos ambulatorios como que a veces consideran, que la persona no está para externar. Realmente desde internación lo que se intenta que por la cuestión por la que ingresa a internación la persona, si está resuelta, y obviamente cuestiones básicas están resueltas o más o menos encaminadas, que la persona se externe. A veces empiezan a aparecer cuestiones contraproducentes en la internación. Así que sí, las diferencias de criterios es entre el equipo de internación y los equipos de ambulatorio, o las familias, o a veces también entre el mismo equipo, que hay personas con cierta prisa por externar y a veces no nos podemos tomar el tiempo si la persona está internada hace mil años… Si, esas discusiones son por lo general.

J: ¿Cómo influye tu disciplina en las decisiones que se van tomando sobre la externación y sobre el tratamiento considerando que es un proceso?

E2: Desde terapia ocupacional lo que tengo mucho en cuenta en la externaciones es cómo va poder desempeñar la persona su cotidianidad, si lo va poder hacer de forma interdependiente, porque para mí la independencia no es que uno pueda hacer las cosas solo, sino que pueda si necesita ayuda, pedir ayuda. Para mí eso conlleva cierta independencia de las personas. Entonces es eso, de qué forma la persona se va poder desenvolver afuera. Desde mi disciplina eso se evalúa mucho, si va necesitar apoyo… Bueno ¿que apoyos?, ¿de qué forma?, ¿quienes lo pueden brindar? o si son apoyos externos que la persona pueda usar… Por ejemplo, alarmas si se va administrar la medicación, organizar esa toma de medicación, usar alarmas, cronogramas, yo al menos oriento bastante a ese lado.

J: Es decir que en esta continuidad del cuidado la institución, ¿Mediante qué prácticas estarán presentes? Porque vos por ahí me estas comentando que se sirven más de las redes de apoyo o de autonomía de la persona pero, ¿El hospital en qué medida sigue presente?

E2: Lo que sí se intenta mucho es hacer este seguimiento ambulatorio. O sea estar presentes también telefónicamente, o sea si la persona vemos que estaba citada a un control y no viene, se intenta llamar a la persona o a la familia. Hacer un seguimiento o continuidad del cuidado estando presente en cierta forma con el control ambulatorio, con el llamado telefónico. Desde que estoy en el hospi no lo hemos hecho pero a veces también, si no hay forma de comunicarnos, ir a la casa de la persona si tenemos la dirección. Como esto, está la apertura para que la persona vuelva al hospital cuando lo necesite. Si la persona se anuncia con su equipo de internación, de seguimiento ambulatorio por lo general siempre alguien se acerca y bueno, se ve como se reorienta eso.

J: ¿Y qué obstáculos se suelen presentar con respecto a este cambio de modalidad en el cuidado y cómo lo abordan?

E2: Y… Tal vez los obstáculos es que no hay recursos donde la persona pueda continuar el tratamiento ambulatorio, entonces el seguimiento ambulatorio del equipo de internación se prolonga mucho en el tiempo y eso no está bueno porque hay cuestiones que la persona tiene que seguir trabajando y se dificulta trabajar en un seguimiento ambulatorio del equipo de internación, que está orientado a otros aspectos. Bueno lo que intentamos es buscar recursos…

J: Quizá otras instituciones, políticas públicas…

E2: Claro! Otras instituciones, sí… Como ir armando algo de eso en la forma en la que se pueda. Después también, hay obstáculos en los que la persona si no tiene recursos para movilizarse al hospital a veces el hospital da como una ayuda económica para lo que es los viáticos para hacer el tratamiento. Es poco dinero pero a veces ayuda. Si sabemos que algo de eso se va presentar, tratamos de gestionarlo previamente o si vemos que va pasar bueno se empieza a gestionarlo anticipadamente. La verdad que es un laburo muy artesanal y que depende del caso a caso. Tal vez la persona vive en un municipio, donde hay una Psicóloga en una salita y tiene la red de provincia de la medicación y es un golazo. Y gente que vive en un municipio que no hay nada y ahí es mucho más difícil. Pero bueno eso, se va intentando armar con lo que hay también.

J: Perfecto, bueno hasta ahí tenemos la guía de preguntas, super respondida. Es una entrevista semiestructurada, entonces te pregunto por último si por ahí hay algo que se nos pasó y que vos quieras contarnos… O alguna reflexión final, algo que vos nos quieras decir por último.

E2: No, para mí eso. Que tenemos que seguir defendiendo la LNSM porque realmente, es una ley avanzada en un montón de derechos para las personas pero que lamentablemente no se termina del todo de implementar, por esto que te comentaba, que hay grupos de intereses con los que la ley no coincide o intereses políticos, económicos que intentan tirarla abajo entonces, como equipo de salud y salud mental, tenemos que militar todo el tiempo. Yo al menos en mi cotidianeidad intento siempre defenderla y para mí ese es el camino. O sea falta un montón en aspectos de la ley pero por suerte tenemos esta ley que para mí, hay pocas cosas que se le pueden criticar o decir algo... Así que bueno eso más que nada.

J: Perfecto..
(Finaliza la grabación de la entrevista).