

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Representaciones sociales acerca del dispositivo de
guardia de salud mental en Diamante, Entre Ríos.*

Autora: Camila Belén Parizzia

Directora: Lic. Rocío Cristina Bertolaccini

Paraná, 15 de junio de 2023



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAYCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales

Trabajo Integrador Final:

"REPRESENTACIONES SOCIALES
ACERCA DEL DISPOSITIVO DE GUARDIA
DE SALUD MENTAL
EN DIAMANTE, ENTRE RÍOS."

Modalidad: trabajo de campo.



Autora:

Parizzia, Camila Belén

DNI: 41.150.748

camilaparizzia@gmail.com

Directora:

Bertolaccini, Rocío Cristina

DNI: 30.165.983

ro.bertolaccini@gmail.com

Paraná, Entre Ríos, 2023

Licenciatura en Psicología.

Agradecimientos:

Porque este trabajo se construyó en compañía de distintas personas que, de diferentes maneras me han acompañado en este camino universitario que tiene su “cierre” en este Trabajo Integrador final, les agradezco profundamente a:

A mi mamá y papá, por transmitirme la perseverancia y confianza a través de su amor absoluto.

A mis hermanos; Nicolás, por ser mi confidente desde siempre; Clara y Máximo por contagiar lo sustancial de la vida a través de sus ojos de niños; son tan incondicionales para mí.

A Iván, mi compañero de vida, por apoyarme y contenerme con amor en cada uno de mis proyectos.

A Rocío, mi Directora, que con tanta paciencia, compromiso y simplicidad hizo de este recorrido más ameno y satisfactorio.

A mis amigas de toda la vida, y las nuevas amistades que la Uader me compartió, que fueron parte fundamental de todo este trayecto, que acompañaron y festejaron con entusiasmo cada paso.

A mi familia en general, por su acompañamiento constante con tanto cariño.

A la Directora y los/as profesionales del Hospital Colonia de Salud Mental de la ciudad de Diamante, que me permitieron realizar las entrevistas posibilitando que esta investigación se lleve a cabo.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN:	5
1.1 Presentación y justificación del trabajo:	5
1.2 Situación problemática:	6
1.3 Formulación del problema:	8
1.3 Objetivos de la investigación:	8
Objetivo general:	8
Objetivos específicos:	8
1.4 Hipótesis o supuestos:	9
1.5 Experiencias relevantes o significativas:	9
2. PERSPECTIVA TEÓRICA	14
2.1 Sobre el concepto de representaciones sociales:	14
2.2 El complejo campo de la Salud Mental:	16
2.2.1 Consideraciones sobre la Salud Mental:	16
2.2.2 El lugar de la Salud Mental en la historia Argentina:	18
2.2.3 Covid-19 y Salud Mental en Argentina:	23
2.2.4 Construcción de la Nueva Ley de Salud Mental. N° 26.657:	25
Constitución de la Ley de Salud Mental. N° 26.657:	27
2.2.5 La Salud Mental en la provincia de Entre Ríos:	32
2.2.6 Acerca de la Institución Hospital Colonia de Salud Mental:	33
Respecto al Perfil Institucional:	33
Una pequeña reseña histórica:	33
2.3 El dispositivo de guardia:	34
2.4 La crisis y la urgencia:	36
2.4.1 Diferencias entre el paradigma biologicista médico y el paradigma analítico:	36
2.4.2 Trauma y Sufrimiento:	39
3. FUNDAMENTOS DE LA ELECCIÓN DE LA MODALIDAD	42
3.1 Tipo de diseño:	42
3.2 Universo o población:	43

3.3 Unidad de análisis	43
3.4 Tipo de muestra:	43
3.5 Técnicas de recolección de la información:	43
3.6 Técnicas de análisis de datos:	44
4. DESARROLLO DEL INFORME:	45
a. PUNTO DE LLEGADA, PUNTO DE PARTIDA:	46
Nosotros profesionales, digamos:	46
b. CONCEPCIONES DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS SUBJETIVAS:	51
Lo subjetivo:	51
Consultorio externo: la atención propiamente dicha:	53
¿Quién atiende lo urgente?	58
c. EL DISPOSITIVO DE GUARDIA NO IMPLEMENTADO:	62
¿Qué significados?	62
Creer: entre lo posible y lo probable:	69
1. La asignación de recursos:	70
2. Lo que marca la Ley:	73
3. La invención de un lugar:	76
5. A MODO DE CONCLUSIÓN:	80
Referencias bibliográficas:	85
ANEXO: Entrevistas:	90
Entrevista N° 1:	90
Entrevista N° 2:	106
Entrevista N° 3:	114
Entrevista N° 4:	120
Entrevista N° 5:	124
Entrevista N° 6:	129
Entrevista N° 7:	135

Resumen:

La siguiente investigación emerge a raíz de dos situaciones. La primera deviene de la cursada de la materia “Prácticas profesionales: clínica psicoanalítica”, surgiendo el interés por la temática. Lo que finalmente le da sentido e importancia para realizar el proyecto de TIF se ubica cuando se desarrolla una pasantía en el Área de Niñez, Adolescencia y Familia (ANAF) en la Municipalidad de Diamante. Se observa allí, en distintas oportunidades, la preocupación por la ausencia de guardias de Salud Mental en la ciudad.

El siguiente Trabajo Integrador Final se orientó por la pregunta de investigación: *¿Qué representaciones sociales tienen los/as profesionales del Hospital Colonia de Salud Mental acerca del dispositivo de guardia de urgencias subjetivas?*

Los supuestos de los que partió esta investigación ubican los dispositivos de guardia como espacios que las instituciones proveen a la comunidad para garantizar un lugar que atienda circunstancias de urgencia subjetiva. Resulta de suma importancia contar con una atención gratuita, equitativa e igualitaria en un dispositivo institucional que disponga de un espacio proclive a la producción de efectos terapéuticos. Además, se considera que la intervención de un equipo interdisciplinario habilitaría una atención más pertinente con mayores efectos terapéuticos en la comunidad.

El objetivo general que guió el presente trabajo trata de: “Describir las representaciones sociales acerca del dispositivo de guardia de urgencias subjetivas que emerge en el imaginario de los/as profesionales del <Hospital Colonia de Salud Mental>, en la ciudad de Diamante- Entre Ríos.”

Para alcanzar este objetivo se utilizó un modelo de investigación cualitativo de tipo descriptivo; en el mismo se realizaron entrevistas semi dirigidas ya que este modo habilita la distinción en cada uno/a de los entrevistados/as. Se utilizaron como herramienta de análisis las frases significativas, con el fin de recabar los elementos más significativos del discurso de los/as profesionales, para la construcción de la representación social que se pretende arribar.

Al ingresar al campo se halló que el dispositivo de guardia no estaba implementado formalmente pero, al encontrarnos con que había atención de casos urgentes, la pregunta y los objetivos se sostuvieron. Finalmente, a partir del análisis de datos realizados se concluye que los postulados pudieron ser verificados. Además se arribó a una reflexión respecto al lugar de las instituciones y profesionales de salud mental, considerando la ley N° 26.657.

Palabras significativas: representaciones sociales; dispositivo de guardia; urgencias subjetivas.

1. INTRODUCCIÓN:

1.1 Presentación y justificación del trabajo:

El presente Trabajo Integrador Final indaga acerca de las representaciones sociales sobre el dispositivo de guardia de urgencias subjetivas emergentes en el imaginario de los/as profesionales de la institución “Hospital Colonia de Salud Mental” en la ciudad de Diamante. Esto con el objetivo de explorar, describir e interpretar dichas representaciones sociales a partir de un acercamiento a los saberes, los sentimientos y las experiencias que disponen los/as profesionales mencionados anteriormente, procurando situar el lugar de las urgencias en el mismo. Siguiendo a Sotelo, 2007: *“Pensar el lugar de la Salud Mental en las instituciones públicas, nos lleva a reflexionar acerca de la demanda que allí llega”* (p. 21).

La Ciudad de Diamante cuenta, según los resultados provisorios del último censo realizado en el año 2022 con una población de 52.632 habitantes. Si nos detenemos a pensar en las instituciones que cuentan con atención de Salud Mental en la ciudad, nos encontramos con una institución pública que se conoce como: *“Hospital Colonia de Salud Mental”*. Otros efectores públicos que cuentan con asistencia psicológica: Centro Integral Comunitario (CIC) que realiza atención primaria de la salud, además del Hospital General San José. Y por último, con servicio de carácter privado, “Si-Sa-Me”. La presente investigación se centrará en una de estas instituciones, en el efector principal de Salud Mental público en la ciudad, el “Hospital Colonia de Salud Mental”.

La temática acerca de las representaciones sociales sobre el dispositivo de guardia de urgencias subjetivas emerge a raíz de dos situaciones; la primera deviene del año 2020 a partir de la cursada de la materia “Prácticas profesionales: clínica psicoanalítica”, donde se desarrolló un trabajo final sobre un caso clínico transcurrido en un dispositivo de guardia por una urgencia subjetiva; surgiendo el interés por la temática. Lo que finalmente le da sentido e importancia para la realización del Trabajo Integrador Final se ubica en el año 2021, cuando se desarrolló una pasantía en el Área de Niñez, Adolescencia y Familia (ANAF) en la Municipalidad de Diamante. Se observó allí, en distintas oportunidades, la preocupación por la ausencia de guardias de Salud Mental en la ciudad. Esto, como futura profesional en el área de la salud mental, me llevó a indagar de un modo más profundo acerca del lugar que las urgencias tienen en las instituciones diamantinas.

Al considerar estas demandas de los/as profesionales y al tener presente los tiempos que corren, del capitalismo y la urgencia generalizada, donde el imperativo de la época es “estar bien”,

donde hay un psicofármaco para cada malestar de los sujetos, y todo está sumergido en el tiempo de la inmediatez. El poder contar con espacios donde los sujetos puedan ser alojados, contenidos, y escuchados, donde pueda establecerse un tiempo para esa problemática en particular que atraviesa es fundamental.

En este sentido, la investigación se centró en recolectar información acerca de los significados, creencias y concepciones que circulan en torno al dispositivo de guardia por los/as profesionales de la institución Hospital Colonia de Salud Mental en situaciones específicas, como lo son las urgencias. El interés por la categoría de representaciones sociales se debió a la posibilidad de condensar la posición que ocupan los profesionales en la institución seleccionada, en particular, por ser un medio a través del cual los sujetos pueden relacionarse con objetos, en este caso, el dispositivo de guardia (Jodelet, 1986).

1.2 Situación problemática:

El tema de la investigación se despliega a partir del lugar que tienen las urgencias en la actualidad, por lo que se dirige a indagar lo que ocurre con el espacio más próximo a la recepción, alojamiento, contención de estas, como lo es un dispositivo de guardia. Las urgencias subjetivas han tomado gran relevancia en los últimos años, ya que responden a un imperativo epocal de inmediatez, además de que, siguiendo a Belaga y Sotelo (2009), el trauma que se ubica en la urgencia está arraigado a un contexto actual que determina su forma. Allí se desarrolla:

Es necesario conocer las coordenadas de la época para situar en cada presentación el trauma subjetivo en tanto causa al sujeto, ya que -como enseña Freud-, el trauma siempre tendrá el carácter de lo umheimlich; de la “inquietante familiaridad”, de una topología exterior/interior. (p. 31)

Las distintas instituciones también se encuentran atravesadas por la época expresa Sotelo (2015) y no escapan al contexto, así como: “*Sus diseños, políticas, intervenciones, alcances y límites*” (p. 76). El sufrimiento neurótico, siguiendo a Sotelo (2004), en la actualidad toma ciertas modalidades de malestar, como: compulsiones, ansiedad, adicciones, ataques de pánico, anorexia, entre otras. En razón de esto, poder contar con un dispositivo que habilite, a partir de diversas maniobras modos en que la palabra pueda articularse, habilitaría a los sujetos un marco de contención, que principalmente aloja “(...) aloja al sujeto, permitiendo cierto cauce, cierta común medida a ese sufrimiento” (p. 110).

La ley de Salud Mental N° 26.657 plantea que los dispositivos de salud mental nuevos deben

ubicarse en los Hospitales Generales o Centros Comunitarios locales. Respecto a la situación actual en Diamante, el Hospital Colonia de Salud Mental no tiene instalado como tal un dispositivo de guardia con un equipo específico. En relación al Hospital General San José, tampoco se encuentran funcionando guardias con equipo interdisciplinario para urgencias de salud mental, respondiendo a estas situaciones desde guardias pasivas, es decir, llamando al médico en caso de urgencia psiquiátrica.

Al dirigirse a las guardias, I. Sotelo (2015) refiere que, las condiciones que ofrecen estos espacios no son en su mayoría hospitalarias, sino más bien, inhóspitas para usuarios, profesionales y familiares. Y esto lo relaciona con que, las guardias son planteadas como un lugar de paso, espacios reducidos, con camillas y no camas y falta de intimidad; esto tiene su correlato en que las primeras guardias de salud mental surgen en los años 60, cuando las consultas por urgencias eran esporádicas. Sin embargo en la actualidad, según diversas investigaciones, la consulta de urgencia es la que prima en la actualidad (Sotelo, 2015).

Al comprender el lugar de las urgencias subjetivas en la sociedad actual, la importancia de tener un espacio que permita alojar la angustia es primordial. Por lo que surgen interrogantes como: ¿Qué significa un dispositivo de guardia para los profesionales de la institución seleccionada? ¿Qué ventajas y cuáles obstáculos pueden ubicar los profesionales respecto a la implementación de un dispositivo de guardia? ¿Qué creencias portan respecto a la atención de urgencias?

Se considera que el siguiente Trabajo Integrador Final permitirá un acercamiento al lugar de las urgencias subjetivas en la comunidad diamantina a través de identificar y analizar las creencias, concepciones y significados de los/as profesionales entrevistados en la institución Hospital Colonia de Salud Mental acerca del dispositivo de guardia. La temática es de especial interés al tener conocimiento del incremento de demandas en el consultorio externo de psiquiatría que tiene la institución.

La selección del Hospital Colonia de Salud Mental para realizar la investigación se debió al ser la única institución de salud mental con gestión pública en la ciudad de Diamante.

1.3 Formulación del problema:

¿Qué representaciones sociales tienen los/as profesionales del Hospital Colonia de Salud Mental acerca del dispositivo de guardia de urgencias subjetivas?

1.3 Objetivos de la investigación:

Objetivo general:

- Describir las representaciones sociales acerca del dispositivo de guardia que emerge en el imaginario de los/as profesionales del “Hospital Colonia de Salud Mental”, en la ciudad de Diamante-Entre Ríos.

Objetivos específicos:

- Analizar los **significados** presentes en el discurso de los/as profesionales del “Hospital Colonia de Salud Mental” respecto al dispositivo de guardia.
- Identificar las **creencias** que configuran a la representación social en el discurso de los entrevistados en relación al dispositivo de guardia en casos de urgencia subjetiva.
- Examinar las **concepciones** que tienen los profesionales respecto a la atención de urgencias que llegan a la institución.

A modo de aclaración, las subdimensiones de las representaciones sociales fueron modificadas al considerar lo sugerido en el dictamen recibido del proyecto de investigación. Así pues, la subdimensiones de: significados, creencias y concepciones se ajustaron de mejor manera a lo que se pretende recolectar en el siguiente Trabajo Integrador Final. A partir de la modificación de las subdimensiones, y de tomar conocimiento acerca de que no se encontraba implementado un dispositivo de guardia como tal en la institución seleccionada, es que se procedió a modificar la construcción como tal de los objetivos específicos.

Finalmente, por estas modificaciones, se procedió a modificar el título del Trabajo Integrador Final de: “El lugar de las urgencias subjetivas. Estudio de un dispositivo de guardia de Salud Mental en la ciudad de Diamante, Entre Ríos”, por: “Representaciones sociales acerca del dispositivo de guardia de salud mental en Diamante, Entre Ríos.”

1.4 Supuestos:

Se considera que los dispositivos de guardia son espacios que las instituciones proveen a la comunidad para garantizar un lugar que atienda circunstancias de urgencia subjetiva. La posibilidad de asistir a un espacio de guardia en salud mental para todo aquel sujeto que, ante las distintas formas

de angustia desbordantes que los eventos de urgencia pueden conllevar, permite habilitar un marco de contención que aloje y contenga, mientras se busca la intervención más conveniente para continuar.

Al comprender la particularidad de las urgencias, se considera que la intervención de un equipo interdisciplinario habilitaría una atención más pertinente con mayores efectos terapéuticos en la comunidad.

Si situamos a las urgencias subjetivas como eventos traumáticos para las personas que las atraviesan, resulta de suma importancia contar con una atención gratuita, equitativa e igualitaria en un dispositivo institucional que disponga de un espacio proclive a la producción de efectos terapéuticos. La posibilidad de habilitar un tiempo de alojamiento y la escucha son de fundamental importancia aquí.

1.5 Experiencias relevantes o significativas:

Los siguientes antecedentes son el resultado de una larga búsqueda de investigaciones relacionadas con la temática de estudio. Cada uno de estos estudios enriquece la producción del Trabajo Integrador Final, a partir de su proceso de investigación y conclusiones alcanzadas en relación a los dispositivos de guardia de salud mental y las urgencias subjetivas.

1. Un primer antecedente refiere a un trabajo a cargo de la Lic. Sotelo, I., y el médico Belaga, G. Además de colaborar integrantes del equipo de investigación de UBA, en el año 2008, titulado: **“Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro.”** La pregunta que orientó el mismo: *¿Cuáles son las características de la población que concurre a la urgencia del Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro en cuanto a su perfil socio-económico-cultural y las circunstancias que lo llevaron a concurrir a la guardia?*

La misma fue publicada en la revista de Investigación de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y tiene un marco psicoanalítico; se trató de una investigación de tipo descriptivo-exploratorio. Su objetivo trató de desarrollar la problemática de la urgencia en la clínica para trazar así un perfil de la población que acude a las consultas de urgencia específicamente en el Hospital General del Conurbano en Buenos Aires, con la aspiración de establecer el tipo de patología y las características de la población que consulta, para en un futuro poder trazar estrategias para la prevención y promoción de

la salud mental.

La investigación surge del trabajo que durante años se articuló entre: Práctica Profesional Clínica de la Urgencia perteneciente al plan de estudios de la Carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, desde el año 1996, con el Hospital Central de San Isidro, es una de las instituciones en la que los alumnos rotan en las guardias y admisiones. En el año 2005 se realizó en este un relevamiento estadístico de la internación de guardia, el resultado fue: 3101 internaciones, 260 correspondían a Salud Mental. Todas ingresaban a través del Equipo de Urgencia. Por estos datos es que surge la necesidad de profundizar la caracterización de la población que acude a la consulta de urgencia y se inició el trabajo.

Esta investigación cobra relevancia como antecedente del presente trabajo integrador final ya que, no solo comparte la perspectiva, el psicoanálisis, sino que además su contenido aporta datos de gran relevancia, como lo son los autores a los que se hace referencia: Aleman, J.; Laurent, E.; Sotelo, I.; Miller, J. A. entre otros. Los conceptos citados y su trabajo coinciden con el modo de plantearse la actual problematización.

2. Un segundo antecedente se ubica en la investigación titulada: **"Los dispositivos para alojar la urgencia en salud mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos"** realizada en el año 2013, (Sotelo et al.).

Los investigadores realizaron una serie de entrevistas semi-dirigidas a 50 profesionales (psicólogos y psiquiatras) que se encontraban a cargo de guardias en hospitales públicos, monovalentes y polivalentes, en CABA y Gran Buenos Aires de la Provincia de Buenos Aires. Las problemáticas que motivaron el trabajo fueron: aumento progresivo de las demandas por urgencias en salud mental, colapso en los dispositivos encargados de abordar estas; y reincidencia de los usuarios que asistían a las guardias. Esto alertó acerca de la necesidad de dispositivos de guardias más eficaces para los tratamientos. La investigación forma parte de una serie de trabajos realizados por la universidad de Psicología (UBA) y contribuyen a la relevación de información acerca de esta temática. Los datos les permiten trazar futuras estrategias para el armado de dispositivos en guardia que permitan un rápido y eficaz tratamiento a las consultas de urgencia en salud mental.

Este estudio se seleccionó en razón de aportar datos significativos acerca del lugar de los dispositivos de guardia a partir del discurso de diversos profesionales. Además, en la misma se utilizó el método de recolección de entrevistas semi dirigidas, al igual que en el presente trabajo.

3. Un tercer antecedente pertenece al Lic. Simon, Luciano G. quien fue alumno de

nuestra casa de estudios Fhaycs-Uader, titulada: **“Características y aspectos relevantes de las intervenciones en urgencias. Un estudio con profesionales que trabajan en el dispositivo: <Equipo soporte interdisciplinario para la asistencia de Urgencias en Salud Mental>, en Guardias de Hospitales Generales (E.S.U.S.M) de la ciudad de Santa Fe”** del año 2016.

Se trató de un estudio con diseño cualitativo de tipo descriptivo que se orientó a conocer y describir las intervenciones del espacio seleccionado. Los aspectos estudiados de la intervención fueron: dimensión institucional, clínica, diagnóstica, el equipo interdisciplinario y la conclusión de las intervenciones. La conclusión fue que las intervenciones tienen un límite dentro del dispositivo y que no siempre coincide con una resolución de la urgencia del sujeto. Esta investigación permitió ahondar en las especificidades del “quehacer” de los profesionales en la atención de urgencias. El mismo aportó una orientación respecto del trabajo con urgencias en hospitales generales.

Esta tesis de grado aporta conocimiento acerca del funcionamiento de un equipo asistencial ante urgencias de salud mental. Además de aportar conocimiento acerca del estudio de características y aspectos relevantes de las intervenciones, siendo puntos de interés en los objetivos planteados de esta investigación.

4. Como cuarto antecedente se seleccionó una investigación titulada **“Dispositivo de Guardia en Salud Mental de un Hospital General: Posible Adecuación a las Reglamentaciones Vigentes”** publicado en el año 2017, el mismo pertenece a Hasicic, M. S., Lattanzi, L. A., Muñoz, L., y Ferrero, G.

Respecto a la metodología implementada, para la recolección de los datos se realizaron entrevistas semi-dirigidas a los referentes claves de la institución seleccionada; además de la observación participante, registro de campo y revisión de documentos. El mismo constituye una sistematización de la práctica desarrollada en el Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas, este se enmarca en el Programa de Prácticas Pre-Profesionales, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

Allí se exploró la posible adecuación del dispositivo de guardia en salud mental a las reglamentaciones vigentes en salud mental. Como conclusión, los aspectos que obstaculizan el proceso de adecuación del hospital a las reglamentaciones vigentes fueron: falta de presupuesto, de recursos humanos (trabajadores/as sociales y enfermeros/as, entre otros), materiales (ficha de guardia y medicación) y edificios (consultorios de guardia). Además, la representación social de los profesionales médicos en clínicas básicas y enfermeras de sala acerca del usuario con padecimiento

mental, como peligroso. La inclusión de estos usuarios al Servicio de Psicopatología se ve dificultada. Uno de esos aspectos es, que sólo se admiten aquellos casos para los que se dispone de dispositivos que los alojen, siendo necesario en esos casos la derivación a otra institución y a otros dispositivos de atención.

Este estudio aporta extenso material al trabajo integrador final, al ser un estudio actual que se encargó de indagar las líneas centrales que presenta el proyecto integrador final, como lo es el dispositivo de guardia y las representaciones sociales de sus profesionales.

5. Un último antecedente es una tesis de grado perteneciente a una estudiante de la Fhaycs-Uader Lic. Luciana Nessier titulado: **“Efectos terapéuticos que se producen, tras el paso por una guardia interdisciplinaria en salud mental, ante una urgencia subjetiva”**, publicada en Paraná en el año 2020. Se trató de un estudio con modalidad de trabajo de campo, con enfoque cualitativo y perspectiva psicoanalítica.

La misma utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional, realizando entrevistas individuales a profesionales que hayan participado de la Guardia Interdisciplinaria del Hospital Escuela de Salud Mental. Se entrevistaron ocho profesionales en total.

Podrían distinguirse los efectos terapéuticos a corto plazo, como: alivio del padecimiento, sensación de alojamiento, reordenamiento del cotidiano quebrantado, advenimiento de un sujeto junto a la implicación del mismo en el padecimiento. Por otro lado, los efectos terapéuticos a largo plazo: relativizar diagnósticos instalados haciéndolos más propios y personales, comprender la internación como un proceso terapéutico, generar nuevas herramientas para responder a la urgencia, que la guardia interdisciplinaria se establezca como una referencia, que la urgencia se instale como un acontecimiento en la vida de los sujetos a partir del cual se genere algo nuevo.

Este último antecedente aporta datos acerca de las urgencias subjetivas en sí mismas, acerca de cómo los profesionales apuntan a alojar estas situaciones y cuáles son los efectos terapéuticos de las mismas, proporcionando a este trabajo información para enriquecer el marco teórico.

2. PERSPECTIVA TEÓRICA

2.1 Sobre el concepto de representaciones sociales:

Respecto a la decisión de indagar acerca de las representaciones sociales, bien lo describe Aguirre L. en su tesis: *“Representaciones Sociales sobre el Alcoholismo en personas que asisten al grupo GOA del Hospital Psiquiátrico Dr. Néstor Sequeiros”* del año 2015:

(...) es un enfoque que intersectan lo psicológico y lo social, que viene siendo muy empleado en las últimas décadas como marco teórico para los estudios cualitativos referidos a la construcción social de fenómenos como la salud-enfermedad, la locura y el cambio tecnológico en la vida cotidiana. (Aguirre, 2015, p. 10)

A partir de la lectura de diversos autores podría decirse que el concepto de **representación social** se compone de aportes tanto de la Sociología, como de la Psicología, y también existe estrechez con la Antropología y la Historia. Además, las representaciones sociales hacen referencia al conocimiento social, son las teorías de los sujetos e incluyen contenidos tanto cognitivos como afectivos y simbólicos, que ocupan un papel significativo para las personas en su vida individual y privada como para la vida y la organización de los grupos en los que habitan.

Según Jodelet D. en su capítulo 13: *“La representación social: fenómenos, conceptos y teorías”* en “Pensamiento y vida social” del año 1986:

La representación que elabora un grupo sobre lo que debe llevar a cabo, define objetivos y procedimientos específicos para sus miembros. (...) la elaboración por parte de una colectividad, bajo inducción social, de una concepción de la tarea que no toma en consideración la realidad de su estructura funcional. Esta representación incide directamente sobre el comportamiento social y la organización del grupo y llega a modificar el propio funcionamiento cognitivo. (p. 469)

Las representaciones pueden construirse, siguiendo a Perera Pérez (2003), a partir de la información de distintos elementos, como los simbólicos y verbales, ya que se encuentran llenos de

significado y sentido personal. Estos elementos se producen en las prácticas sociales de grupos y devienen en objeto focal del trabajo de investigación concreta. Puede ser oportuno su estudio en situaciones donde quiera hacerse inteligible la subjetividad individual y social. Agregando que es mucho más factible en la actualidad, donde pluralidad y singularidad se integran en una continua dinámica, además, del particular que demanda cierto análisis, comprensión e intervención; estas son acciones indispensables para el progreso social. La autora hace un desarrollo por este concepto.

El término de “Representaciones Sociales” fue desarrollado por el psicólogo social Moscovici a mediados del siglo XX, en el estudio que realizó acerca de la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa.

Este autor, dedicado al campo de la psicología social, desarrolló que **las representaciones sociales** son más fáciles de captar en su realidad que en su definición: *“Las representaciones sociales son entidades casi tangibles. Circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto o un encuentro”* (p. 27). Siguiendo a Pérez (2003) la definición de representación del autor las concibe como producción y elaboración de carácter social, no impuestas externamente a la subjetividad.

Siguiendo el recorrido de la autora, Sigmund Freud es uno de los autores que brinda aportes al acervo de la teoría de Moscovici; así como los aportes del campo de la psicología social. Al respecto cita el texto “La Psicología de las Masas” de 1921, donde plantea el carácter social de la psicología individual, como característica constituyente de la vida humana.

Este autor en su texto postula que, hay un hecho sorprendente que refiere cuando un individuo al encontrarse incluido en una multitud -masa psicológica-, siente, piensa y actúa de manera muy diversa. Y se pregunta: ¿Qué es entonces una <masa>, qué le presta la capacidad de influir tan decisivamente sobre la vida anímica del individuo, y en qué consiste la alteración anímica que impone a este último? (Freud, 1921)

Otra autora que sigue y complementa la teorización de Moscovici: Denise Jodelet, quien utiliza la perspectiva etnográfica como medio para enriquecer el trabajo y considera de suma importancia la entrevista en profundidad como herramienta de recolección. Sugiere que se aplique de manera individual esta técnica y su correspondiente análisis ya que sugiere que el número de sujetos debe determinarse por el criterio de saturación, cuando los argumentos comienzan a repetirse se llega al límite de sujetos (Perera Pérez, 2003).

En esta perspectiva optan por estudiar fenómenos empíricamente observables, y siguiendo a

Ritzer en Valles, M. (1999): *“Lo único que es empíricamente observable son las acciones de las personas , entre ellas su discurso. Para los etnometodólogos basta con eso, porque es lo único realmente accesible... [para] descubrir cómo se produce y organiza la vida social”*(p. 164). Sugieren utilizar técnicas observacionales como audio y grabación que registran actividades de la vida cotidiana, como las conversaciones o el uso general del lenguaje (Valles, 1999).

El psicólogo Jean Claude, A. (1994) retoma la hipótesis del núcleo central en las representaciones sociales, que complementa la definición formulada por Moscovici donde refiere:

El análisis de una representación y la comprensión de su funcionamiento necesitan así obligatoriamente una doble identificación: la de su contenido y la de su estructura. Es decir, los elementos constitutivos de una representación son jerarquizados, asignados a una ponderación y mantienen entre ellos relaciones que determinan la significación, y el lugar que ocupan en el sistema representacional (p. 18).

Los elementos periféricos, que se organizan en los alrededores del núcleo y tienen una relación directa con este, según el autor, tienen tres funciones básicas: concreción, regulación y defensa. *“Constituyen lo esencial del contenido de la representación, su lado más accesible, pero también lo más vivo y concreto. Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias”* (p. 23). Estos elementos, al igual que el núcleo, se encuentran jerarquizados, a mayor cercanía al núcleo desempeñan un importante rol en la asignación del significado de la representación, y los lejanos, aclaran, ilustran y hasta justifican la significación (Jean Claude, 1994).

Finalmente, al momento de indagar sobre una representación social tener presente que, es una representación de algo y de alguien; por lo que, en el fondo de cada una se encuentra la relación con el mundo y con las cosas.

2.2 El complejo campo de la Salud Mental:

2.2.1 Consideraciones sobre la Salud Mental:

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) se refirió al respecto:

La salud mental es un problema de salud pública que, especialmente en la coyuntura actual, debe ser abordado a través de acciones estratégicas. En la Región de las Américas, los

trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, y el suicidio representan más de un tercio del total de años vividos con discapacidad, siendo los trastornos depresivos la principal causa de discapacidad. (párr. 1)

El sociólogo Pierre Bourdieu (1984) conceptualiza al campo de la siguiente manera:

Los campos se presentan para la aprehensión sincrónica como espacios estructurados de posiciones (o de opuestos) cuyas propiedades dependen de su posición en dichos espacios y pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes (en parte determinados por ellas). Existen leyes generales de los campos: campos tan diferentes como el de la política, el de la filosofía a el de la religión tienen leyes de funcionamiento invariantes. (p. 109)

La OMS (2001) es una de las instituciones que reconoce que no existe una única definición oficial de salud mental. Según esta, el concepto abarca, entre otros, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional, además de la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales.

El autor Barenblit (1989) plantea que, **el campo delimitado por la salud mental es amplio y complejo**, y que, aún requiere mayor precisión en sus alcances y limitaciones. Finalmente expresa lo siguiente: “(...) *la salud mental debe concebirse como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad*” (p. 1).

“Una disciplina como la Salud Mental, que encuentra sus conocimientos en la doble vertiente de la sociología y la psicología (incluyo al psicoanálisis), se encuentra de inmediato con el problema de los límites” (Galende, 1990, p. 37). Éste expresa que, fácilmente ambas vertientes se prestarán a la fragmentación, ya que involucran aspectos tan complejos como lo es la vida humana.

El autor presenta tres niveles donde justifica, de alguna manera, por qué no puede darse una definición acabada de Salud Mental: en primer lugar “la impregnación de todo lo social”; en segundo lugar habla de “no homogeneidad”, donde se refieren a ‘una sociedad’, ‘una comunidad’ sin velar su constitución dividida; y por último, “singularidades de la población” donde se refiere a que las sociedades tienen distintas características (urbana, rural, marginal, estable, etc.) Allí expresa, los tres niveles, “(...) *deben comprenderse como diferenciaciones mantenidas por fuerza de exclusión, por tendencias conflictivas que generan formas transaccionales, sintomáticas, de existencia social.*” (p.

37). En este doble requerimiento (homogeneización y exclusión) se ejercerá el poder, de aquello que queda como resto (Galende, 1990)..

Las autoras Stolkiner y Ardila Gómez (2012) en *“Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericana”*, hacen referencia a la definición de la ley como una acción positiva en un contexto de posguerra. Además, declaran que habilitó a que, en 1978 la declaración del Alma-Ata complete la definición de salud como: *“(…) un derecho humano fundamental, que requiere de la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”* (p. 60).

La Ley N° 26.657 reconoce a la salud mental en su Art. 3 como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se comenzó definiendo el campo en el que se exploya el presente Trabajo Integrador Final, sobre su complejidad, particularidad y considerando que el concepto de salud mental es muy amplio y variado, ya que: *“Cada cultura influye en la forma en que las personas entienden la salud mental y la consideración que tienen sobre ella”* (OMS, 2004, p. 23). En razón de esto, a continuación se refería a la historia social y política de la Salud Mental en nuestro país.

2.2.2 El lugar de la Salud Mental en la historia

Argentina:

Comenzando por el **Estado Conservador** (1853-1945), esta etapa se inicia con la fundación del Estado Nacional y continúa hasta el advenimiento del primer gobierno peronista. Aquí se configuró un estado liberal clásico, donde el sujeto era el ciudadano que ostentaba derechos civiles y políticos individuales, pero con gran cantidad de excepciones (pobres, pueblos originarios, mujeres, niños y locos o alienados).

Es un tiempo donde no existieron los derechos sociales como tales, se crean instituciones propias de los estados liberales nacientes, como: asilos, orfelinatos, hospitales, entre ellos, los primeros psiquiátricos. Estas instituciones tenían un enfoque médico-científico siguiendo los principios de la psiquiatría europea y anglosajona. En 1929 se configura la Liga Argentina de Higiene Mental, quien presentó las primeras críticas al modelo manicomial. En 1942 se fundó la Asociación

Psicoanalítica Argentina.

La década del 90 fue para Argentina y para la región Latinoamericana en general, sellada por la implementación de políticas neoliberales conforme al Consenso de Washington. En lo que respecta a Salud, se adoptaron recomendaciones de diferentes organismos, como el Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional (“Invertir en Salud” 1990) que, siguiendo a Quercetti, Parenti, y Stolkiner (2015):

En Salud, se adoptaron recomendaciones de organismos supranacionales como el Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional (“Invertir en Salud” 1990) que parecieron reemplazar el lugar de rectoría y formulación de políticas en salud que había conservado la OMS desde su fundación en la posguerra (1948). (p. 196)

Al respecto, las autoras citan ideas de Asa Cristina Laurell, quien refiere que esta reforma evidenció una “(...) *reducción de la responsabilidad del estado en la garantía de derechos sociales entre ellos el derecho a la salud, la mercantilización del sector y debilitamiento de la salud pública; y en definitiva la supresión del derecho a la salud*” (p. 196). Además, las autoras agregan que el término “reforma” conllevó en ese contexto, el sostenimiento de la responsabilidad estatal solo en prestaciones de “servicios básicos” para las “poblaciones pobres”, dejando un amplio respeto de prestaciones libres al mercado, señalando la individualidad económica.

En 1929 se creó la Liga Argentina de Higiene Mental, si bien sus objetivos eran muy amplios formuló las primeras críticas a los manicomios, específicamente a su hacinamiento y maltrato.

La crisis del 30 tuvo sus efectos en Argentina, promoviendo la industrialización incipiente, y desplazando el campo a la ciudad. (Stolkiner, 2016)

Respecto al **Estado de Bienestar** (1945-1976), en la revista *Soberanía Sanitaria*, se señaló al respecto de esta etapa:

En el contexto de la inmensa transformación de un mundo que había visto concretarse el socialismo en Rusia, que había atravesado la primera crisis catastrófica global del capitalismo y dos guerras mundiales, en la Argentina surgió el peronismo, cuya base social fueron los sectores populares y que introdujo una nueva lógica de políticas sociales basada en la idea de derechos y “dignificación”. (...) pero mientras desde el Ministerio de Salud se proponía construir un sistema de salud universal, público y de acceso gratuito, la organización de los trabajadores en la CGT –uno de los pilares del movimiento gobernante– absorbía y

transformaba las mutuales en obras sociales ahora con aporte patronal, generando un modelo de seguridad social de corte bismarckiano. Dos sistemas en uno, que luego evolucionaría hacia la fragmentación. (Stolkiner, 2016, párr. 9)

Una base social de sectores populares que, además, introdujo una nueva idea sobre las políticas sociales. Fue un momento refundacional para el sistema de asistencia, ya que se funda la Secretaria y en 1949 el primer Ministerio de Salud en el país, el mismo a cargo del Dr. Ramón Carrillo. Siguiendo a Stolkiner (2016) el Ministerio propuso designar como “enfermos mentales” a los que nombraban como “alienados”, con el fin de que se los tratara como a cualquier otro enfermo. A su vez comenzaron a reorganizar los establecimientos de internación para que estén más cerca en las ciudades y, para evitar su cronificación, que se los internara en hospitales generales. También se planeó asistencia temprana en los centros de psiquiatría. La psicología en este período toma gran importancia; se realiza el primer congreso y estableciéndose la primera carrera universitaria en el año 1954.

Posterior al golpe de estado de 1955 inicia una etapa de suma inestabilidad para el país. A su vez una creciente organización de resistencias y oposiciones que influyó en la salud mental, seguido de un desfinanciamiento al sector público de la salud. Cabe destacar que las reformas promovidas en el campo de la salud mental provienen de propuestas tecnocráticas durante la dictadura. Surge aquí la Federación Argentina de Psiquiatras.

El **Estado Neoliberal** (1976-2003) irrumpe con el florecimiento del periodo anterior, ante el terror de Estado proveniente de la última dictadura cívico- militar. Comenzó un proceso de desfinanciamiento y descentralización de los servicios generales de salud, desarticulando las propuestas innovadoras en salud mental, desapareciendo las unidades académicas, y fueron víctimas de desaparición y exilio muchos de sus principales protagonistas.

Con el **retorno de la democracia** en 1983 renace el impulso de transformación. Se elaboran las líneas generales para un Plan Nacional de Salud Mental, se impulsan Direcciones y Dispositivos de Residencias interdisciplinarias en algunas provincias. Este período aportó la confluencia novedosa entre Atención primaria de la Salud y Salud Mental, dando la posibilidad futura a una integración (Stolkiner, 2016).

La **crisis hiperinflacionaria** (1989) inició una gran transformación en lo referido a Estado, mercado y sociedad. La reforma propuesta al sistema de salud refería a un mercado de seguros en competencia, donde cada familia debía proveerse los servicios. Desaparece la Dirección Nacional de

Salud Mental.

Entrando en el **Retorno al Estado Social** (2004-2015) son los sucesivos gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernandez; se vuelve a asignar al Estado un rol rector en lo respectivo a la economía, ampliaciones en lo respectivo al mercado y a las políticas sociales con enfoque en derechos humanos. Pero, aunque estaban dadas las condiciones para pensar una transformación en el campo de la salud con política de desmanicomialización, no se presentó como tarea fácil ante el sistema de salud fragmentado y segmentado. En este ciclo el Ministerio de Salud de la Nación tomó inicialmente medidas de crisis: reducir el paquete de prestaciones básicas obligatorio para la seguridad social a un paquete de emergencia, decretar la emergencia sanitaria y atender el problema de la provisión de medicamentos (Stolkiner, 2016).

Siguiendo a la Dra. Stolkiner (2008) en un artículo de la *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, donde la misma desarrolla que:

En 2004 se enuncia el Plan Federal de Salud que postula al Estado como garante de la salud de la población y la equidad en el acceso a los servicios de salud a la vez que plantea limitar la provisión de esos servicios a una: <(…) Canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que brinde cobertura universal básica a toda la población> (Ministerio de Salud de la Nación, 2004) fundando el modelo de atención en la estrategia de APS y en la constitución de redes de atención organizadas según criterios de complejidad que articulen a los diferentes subsectores. (p. 169)

En 2007 el informe de “**Vidas arrasadas**” del CELS y el MDRI publica la situación de las personas que estaban internadas en el país en instituciones psiquiátricas. Emerge la denuncia sobre la existencia de grandes violaciones a los derechos humanos, que generó la necesidad de fundar una legislación que se enmarque desde un enfoque de derechos en políticas públicas.

La Ley Nacional de Salud Mental surge ante las necesidades epocales, y su posterior reglamentación inició procesos de tensiones y pujas entre los actores involucrados. La ley N° 26.657 fue sancionada por el poder legislativo a finales del año 2010 y promulgada por el poder ejecutivo el segundo día de diciembre.

Estado Neo conservador (2016-2019), también conocido como “**Estado Neoliberal**”, liderado por el presidente Mauricio Macri. En una nota realizada a Alicia Stolkiner en el año 2007 por una cadena periodista, comenta que este gobierno impulsa el desmantelamiento de una serie de programas verticales que desde el Ministerio de Salud, que se dirigían a ganar capacidad de rectoría en

los sistemas de salud de las provincias. Además, este tipo de propuestas tiende a mercantilizar el sistema, transformando la prestación de salud en una “*commodity*” y capturar los fondos sociales que se destinan a la salud. El modelo neoliberal, según la autora, tiene como eje el modelo del aseguramiento individual. Aquí surge un aumento de desigualdad social y económica, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Con esta presidencia, en diciembre de 2015 se comenzó a instalar un proceso de degradación del Ministerio de Salud del país, que en septiembre de 2018, terminó perdiendo su rango de Ministerio, pasando a ser una secretaría de gobierno dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Esto implicó entender a la salud como prestaciones individuales de servicios, en el marco de una canasta básica, contraponiendo a lo que se entiende por derechos, lo que culminó en un gran impacto en el campo de la salud mental.

D. Gollan en su capítulo: “Una desvalorización que comenzó en 2016”, perteneciente al compilado de la revista Soberanía Sanitaria expresa: “*Tras tener rango ministerial en 1949, sólo en dos oportunidades en la historia lo perdió: en 1955 y en 1966, es decir, durante dos dictaduras militares*” (p. 4). Menguar a categoría de Secretaría va acompañada de otros ajustes en el presupuesto. Bajar el Ministerio debilita a su vez la función de la rectoría sobre el sistema nacional de salud correspondiente a Nación, como en la conducción del Consejo Federal de Salud (COFESA), en el que participan, no solo Nación, sino también los Ministros de Salud de las provincias (Gollan, 2018).

Dos acciones cobraron relevancia durante esta gestión, según Faraone y Barcala (2020), entre 2018 y 2019 implementaron el “Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental” conforme con el art. 35 de la Ley 26.657. Allí participaron la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, apoyados de forma económica y técnica de la OPS. El objetivo fue caracterizar a la población que estaba internada en las instituciones monovalentes en salud mental. Esto contribuyó a la construcción de un diagnóstico situacional para el diseño de políticas públicas en el campo.

Respecto a este periodo, la autora Stolkiner (2016) desarrolla:

La ley Nacional de Salud Mental, su posterior decreto reglamentario, así como los dispositivos creados para su implementación iniciaron un proceso con tensiones y puja de actores. Tensión que continúa con el cambio de gobierno de diciembre de 2015 porque luego del mismo, y acorde a nuevos postulados neoliberales, se han sucedido presiones para desarticular la Ley Nacional de Salud Mental en sus efectos y para separar la atención de las adicciones de la órbita de la misma. No obstante, el intento de modificar la ley por la vía de cambiar su decreto

reglamentario, en el segundo semestre de 2017, se vio truncado por la resistencia de quienes sostienen la ley. (párr. 25)

Por último, el estado actual, **Estado Socialista** vigente, iniciado en 2020 hasta la actualidad. En diciembre de 2019 asume en la presidencia Alberto Fernández, restituyendo el Ministerio de Salud, con Ginés González García. Recordemos que el 20 de marzo, se declaró la emergencia sanitaria y el aislamiento social preventivo obligatorio por la pandemia de COVID-19, donde el Ministerio en su conjunto focalizó sus acciones en este sentido.

Siguiendo las autoras antes mencionadas, la gestión elaboró recomendaciones referidas salud mental en el marco de la pandemia a distintas localidades del país, comunicadas con documentos, entre ellos, las pautas en atención de personas internadas en los hospitales monovalentes de salud mental o servicios de salud mental de hospitales generales. Además, se elaboraron otros documentos referidos a la posición de la DNSMyA respecto a la necesidad de continuar con los tratamientos en salud mental, con atención remota e información a la población general que se encuentra en aislamiento (Farone y Barcala, 2020).

2.2.3 Covid-19 y Salud Mental en Argentina:

Según la organización mundial de la salud la **COVID-19** es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en República Popular China.

Las **epidemias** son procesos que articulan naturaleza y sociedad, que reconocen dimensiones económicas, políticas, sociales, culturales y subjetivas. En nuestro país -Argentina-, a partir del 20 de marzo regir el aislamiento social obligatorio con intervención de fuerzas de seguridad y algunos episodios de violencia institucional (Stolkiner; 2020).

“Hubo distintas formas de posicionarse y actuar frente al COVID-19, una centrada en la lógica del cuidado solidario y colectivo con marco comunitario y otra centrada en la preservación individual y el control poblacional que fácilmente derivó en estigmatizaciones y exclusiones motorizadas por el miedo. Ambas coexisten y, eventualmente, se articulan de diversas maneras.” (Stolkiner, 2020, p. 25)

En el primer semestre de 2020, el gobierno de nuestro país generó una serie de acciones con el fin de mitigar los efectos de la crisis:

Apoyándose en las fortalezas del sistema de protección social, se pudo reaccionar rápidamente transfiriendo ingresos a las familias más vulnerables con niños/as y adolescentes, a titulares de programas sociales y a personas mayores. Además, se formularon **nuevas políticas de transferencias**, como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) y el Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP), expandiendo la cobertura de protección social y alcanzando a grupos más amplios. Estas iniciativas fueron complementadas por otro tipo de políticas tales como programas para reforzar el acceso a la educación remota, la provisión de bienes y servicios básicos, la inversión en infraestructura y la prevención sanitaria. (Langou et al., 2020, párr. 2)

Durante los meses posteriores, el gobierno impulsó distintas estrategias para paliar la crisis de Covid 19, con políticas de cuarentena o distanciamiento social que fueron recomendadas por los expertos en ciencias de la salud. Sin embargo, distintos medios aseguran que la efectividad de estas medidas se encuentran condicionadas por la estructura social que subyace, ya que existe una enorme brecha en las consecuencias de la crisis entre los sectores de mayores y menores ingresos de la región (Langou et al., 2020).

Al respecto, el Dr. en Psicología J. C. Godoy (2021) señala que:

La pandemia fue como una lupa que ha magnificado los problemas estructurales que venimos teniendo en términos de salud mental en el mundo y en Argentina (...). Indicadores generales y específicos del estado de salud mental como, por ejemplo, nivel de depresión, riesgo de suicidio, ansiedad, estrés, impulsividad, consumo de alcohol y sus consecuencias, y antecedentes de algunos trastornos mentales. (párr. 4)

En la Ed. Especial por pandemia de la Revista Sanitaria, Stolkiner (2020) se refiere a las articulaciones en el **campo de la salud mental durante este complejo proceso de pandemia**, y expresa que:

Tanto a nivel nacional, provincial y municipal se tomaron distintas medidas y se intervino sobre las acciones directas o sobre conflictos entre agentes del campo. Analizarlas y evaluarlas en su complejidad excede este escrito, pero es destacable que se promovieran y pensaran acciones de cuidado y atención en salud mental desde el principio de esta situación absolutamente extraordinaria. (párr. 13)

La Lic. Se refiere al impacto de la situación en las prácticas de salud, dejando un efecto sobre ellas, ya que logró estructuralmente horizontalizar la relación profesional-usuario. En el vínculo terapéutico estaba expuesta la situación de ambos, situación de excepcional vulnerabilidad, que ambos compartían en común (Stolkiner; 2020).

El Ministerio de Salud de la Nación por sus medios de comunicación informó en octubre del 2020, que a través de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en el encuentro con la emergencia sanitaria que fue producto de la pandemia de COVID-19, respecto a que los equipos técnicos se focalizaron en el desarrollo de herramientas para implementar en el Plan de Acción para la Construcción de una Red Nacional de Respuesta en Salud Mental y Apoyo Psicosocial frente a Emergencias y Desastres. De este modo, se implementó el dispositivo “acompañar salud mental”, una nueva línea, gratuita, para asistencia telefónica, que fue atendida por profesionales formados con el objetivo de reforzar el apoyo y acompañamiento a la población.

Bajo el título: “*Argentina presentó nuevo Plan Nacional de Salud Mental junto con la OPS*”, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) se refiere a la situación de **problemáticas de salud mental**, que se agravaron durante la pandemia de COVID-19. Allí aumentaron las afecciones, y a su vez empeoraron las preexistentes. Esto afecta a las personas y a los efectores de salud mental, neurológicos y abuso de sustancias. Por esta razón que, el Ministerio de Salud de la Nación llevó a cabo un **Plan nacional de Salud Mental**, donde se trabajó en un plan para fortalecer el abordaje de estas problemáticas con perspectiva integral y guiada por la Ley N° 26.657, con el objetivo de abordar a la salud mental con acciones que fortalecieron los servicios de salud mental en el primer nivel de atención, además de la rectoría de salud mental, la inclusión social, la promoción y prevención, como la transformación de prácticas, y otras (OPS/OMS, 2021).

De acuerdo al Ministerio de Salud de la Nación, uno de cada tres argentinos presenta un problema de salud mental a partir de los 20 años. Debido a la pandemia, esta problemática inició un diálogo en la sociedad que visibilizó y quitó el estigma a los padecimientos mentales.

2.2.4 Construcción de la Nueva Ley de Salud Mental. N° 26.657:

Según la Organización Mundial de la Salud de Ginebra (2004):

La promoción de la salud mental no es solamente responsabilidad de los ministerios de salud.

Requiere la participación de una amplia gama de sectores, actores y partes interesadas. Los derechos humanos abarcan dimensiones civiles, culturales, económicas, políticas y sociales, y proporcionan así un marco intersectorial para considerar la salud mental a través de la amplia gama de determinantes de la salud mental. (p. 25)

A partir de la lectura de distintos autores se sitúa el momento de quiebre en lo que temática de Salud Mental refiere, cuando el Estado pone en vista y se instala el interés en la violencia institucional a los padecientes de salud mental, al publicarse el libro “Vidas arrasadas”. Allí se visualizó la segregación ejercida a los sujetos en los asilos psiquiátricos de Argentina. Fue un relevamiento a cargo del Centro de Estudios Legales y Sociales y el Mental Disability Internacional. En esa investigación se documentó que 25.000 sujetos que se encontraban en instituciones psiquiátricas del país padecieron violaciones a sus derechos humanos. Situaciones de negligencia, abuso, así como condiciones insalubres y que amenazaban la seguridad de estos pacientes. La investigación concluye que en la mayoría de las situaciones los sujetos internados eran “pacientes sociales”, que estaban institucionalizados, es decir que no tenían la alternativa de desarrollar su vida por fuera de la institución psiquiátrica. En esos largos períodos no contaban con asistencia psiquiátrica, médica, legal o psicosocial, lo que le permitirá finalizar su encierro.

Además de informar acerca de las falla y abusos en los asilos psiquiátricos, los autores remarcaron y estudiaron ciertas situaciones que se daban en puntos específicos del país como en las provincias de San Luis, Buenos Aires y Río Negro, donde sus reformas dan la “ilusión” de poder funcionar de ejemplo a otras localidades del país. Además, dispone de una serie de propuestas para abordar y trabajar sobre las problemáticas desarrolladas. Es por esto que, muchos autores le dan una relevancia indiscutible a esta investigación. Las autoras Faraone y Barcala (2020) plantean que la problemática hacia los usuarios de las instituciones en salud mental acerca de la violación a sus derechos humanos, fue consolidado por el reclamo por parte de distintos actores de la sociedad civil que se vinculan al campo de los derechos humanos. Hasta ese momento existían en el País las Leyes: Ley Básica de Salud N° 153, Ley de Salud Mental -Buenos Aires- N 448 y Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental N° 25. 421.

A partir de la gestión presidencial de Néstor Kirchner puede notarse, considerando la lectura de diversos autores, un retorno de los derechos humanos al discurso en lo que a salud mental respecta, desplazando el discurso tecnocrático del periodo anterior. En materia de leyes, se promulga en 2005 la Ley de Protección Integral del Niño, Niña y Adolescentes; en 2006 la Ley de Educación Sexual, en 2009, la Ley de Trata de Personas y asistencia a sus Víctimas. En el año 2010 es sancionada y

promulgada la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

El **proyecto de la Nueva Ley en Salud Mental** surge al asumir Leonardo Gorbacz en el año 2006 como Diputado Nacional, este emprendió el desarrollo de un proyecto de Ley sobre Salud Mental y Derechos Humanos. Luego de un largo proceso en Diputados, el proyecto se aprobó por unanimidad el 14 de octubre de 2009 y el 18 de octubre se remitió a la Honorable Cámara de Senadores de la Nación. Finalmente la nueva Ley Nacional de Salud Mental fue sancionada con mayoría absoluta en noviembre de 2010 y en diciembre fue promulgada por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner.

Respecto a la conformación de la Ley N° 26.657 Quercetti, Parenti, y Stolkiner (2015) en una investigación del año 2015 desarrollan:

“La Ley SM retoma instrumentos internacionales de Protección en Salud Mental, constituyéndose como la base jurídica necesaria para la transformación de las tradicionales formas manicomiales y asilares de tratamiento de los padecimientos mentales que, en convivencia con otras formas alternativas, tienen aún vigencia en nuestro país.” (p. 195)

A partir de la reglamentación devinieron herramientas útiles para instrumentar la ley 26.657. la autora menciona que, es probable que una de las más importante haya sido la CoNISMA (Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones) A partir de que en ella se articularon los aportes de la mayor parte de los ministerios, paso imprescindible para poder llevar a cabo soluciones a problemas centrales de salud mental como: la promoción de salud y la externación (Cardella, 2016).

Esta institución -CoNISMA- llevó a cabo la creación del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones, con el fin de asesorar, proponer y monitorear medidas precisas para el cumplimiento de la ley 26657; comenzando a sesionar a fines de 2014. Esto ya que, la simple existencia de la ley no significó de manera directa el reconocimiento en la práctica de los derechos (Cardella, 2016).

Según el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, de 2019, en la Argentina todavía hay 12.035 personas internadas en 162 instituciones públicas y privadas. La implementación de la Ley Nacional de Salud mental fue fundamental, ya que:

La institucionalización prolongada por motivos de salud mental es un **problema social, de derechos humanos y de salud pública**. Las organizaciones que suscribimos este documento

detallamos a continuación las medidas que son necesarias para garantizar la desinstitucionalización de las personas internadas y manifestamos nuestra voluntad de participar y aportar en todas las instancias que el Estado habilite para avanzar hacia una salud mental comunitaria. (CELS, 2020, párr. 7)

Constitución de la Ley de Salud Mental. N° 26.657:

La Ley de Salud Mental N° 26.657 es heredera de distintas reformas a nivel mundial, esto puede rastrearse en Galende (1990), respecto a las reformas que tuvo que haber en las prácticas de salud: **a.** comunidades terapéuticas de Inglaterra; **b.** Políticas de sector de Francia; **c.** Las políticas de desinstitucionalización de Italia; y **d.** La psiquiatría comunitaria de EE.UU. En relación a esto:

La superación de la concepción de la institución total como lugar desde el que se otorguen los cuidados que cubran la totalidad de las necesidades del paciente con trastorno mental, ha abierto paso a la búsqueda y establecimiento de nuevas formas de atención, de atención integral, de atención comunitaria, buscando el mantener a los pacientes en su entorno social. (Olabarria y Mansilla, 2006, p. 1)

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), está compuesta por doce capítulos. La misma es una herramienta fundamental en materia de Salud Mental y Derechos Humanos; brinda marco de cumplimiento obligatorio asegurando a todos los que habitan el suelo argentino el derecho de la protección de su salud mental tanto en el sector público como privado.

En los fundamentos desarrollados en el Proyecto de la Ley Nacional, definen a la Salud Mental como un valor humano fundamental, y se reconoce la protección de los derechos sociales y humanos de las personas con trastornos mentales; esta es una obligación del Estado. Además agregan *“(...) el Proyecto de Ley Nacional de Salud Mental, también fue puesto a consideración en numerosos encuentros en distintas instituciones y jurisdicciones del país, recibiendo sugerencias, aportes y el valioso estímulo para continuar adelante en la concreción de este marco normativo”* (p. 13).

La Ley propuso sustituir la idea del manicomio por un enfoque inclusivo y humano. Reconoce la autonomía de los sujetos con padecimientos mentales, y su plena capacidad de decisión sobre su atención y tratamiento. Además, regula las internaciones, enmarcandolas como un recurso terapéutico a utilizarse en situaciones excepcionales. Establece que los tratamientos deben darse de manera interdisciplinaria con los equipos e intersectorial. Desalienta las internaciones indefinidas y las regula con un Órgano de Revisión. Queda prohibido en la misma la creación de nuevas instituciones

psiquiátricas con características de asilo. Además, se establece que el diez por ciento del presupuesto de salud debe estar destinado a la salud mental. Entre las cuestiones más importantes que la misma plantea encontramos: nueva concepción de sujeto; proceso de desmanicomialización; regulación de las internación; y modalidad de abordaje interdisciplinaria. Respecto al primer punto:

A partir de la misma se prohíbe la apertura de nuevos manicomios con el proyecto de adaptar los que actualmente existen hasta sustituirlos por dispositivos en los que el paciente no pierda el vínculo con la comunidad. Entre estos dispositivos se destacan: la atención e internación de pacientes de salud mental en hospitales generales, equipos interdisciplinarios en los centros barriales, centros de día, casas de convivencia, cooperativas de trabajo, acompañamiento terapéutico. (Rojas et al., 2015, p. 132)

El Paradigma PsicoSocial plantea una nueva visión para desarmar los componentes de discriminación y estigmatización del sujeto y abogar por el efectivo acceso a derechos. El autor Enrique Carpinteros escribió un artículo en el año 2011, titulado: *“La Ley Nacional de Salud Mental: análisis y perspectiva”* donde plantea cuatro conceptos que considera centrales para pensar la ruptura de la concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo.

En primer lugar: los derechos humanos. Ubica el establecimiento de la defensa de los derechos de los pacientes modificando el Código Civil; este es un elemento fundamental para impedir las internaciones de personas por su “peligrosidad”. Aquí se reemplaza conceptualmente el criterio de internación que regía a la noción de peligrosidad para sí o para terceros por la “constatación de riesgos cierto o inminente”. Además “Las internaciones involuntarias quedan restringidas y sujetos a control por un Órgano de Revisión en el que participarán organismos de derechos humanos”. Y continua “se propician las internaciones por lazo breve”, etc. (Carpinteros; 2011).

Un segundo elemento refiere al equipo interdisciplinario donde plantea que se deberá promover que la atención en salud mental se encuentre a cargo de un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados. Y se incluyen distintas áreas: de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Además, en relación al proceso de atención se debe realizar preferentemente fuera del ámbito de internación y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, que se base en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (Carpinteros, 2011).

Respecto a la internación, deben ser lo más breves posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica.

El tercer elemento se refiere a las **estructuras manicomiales**. El autor lo postula como otro artículo central que expresa: “Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos...” (Ley N° 26.657, 2010). Esta idea no solo refleja una realidad superadora para el autor, sino que además define el tema de la salud mental como un **trabajo interdisciplinario e intersectorial** (Carpinteros, 2011).

Por último, destaca la reivindicación “absolutamente democrática” que peleamos desde hace mucho tiempo. Cuando la ley dice que “Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental.” El autor finalmente postula que estos cuatro elementos producen una ruptura del orden legal que se basaba en la psiquiatría, en especial en el campo de los derechos humanos (Carpinteros, 2011).

El **Cap. 1** refiere a los **derechos y garantías** de los sujetos con padecimientos en salud mental; compuesto por 2 artículos.

- **Art. 1:** Refiere al objeto de la Ley, de asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el goce de los derechos humanos de aquellos sujetos con padecimientos de salud mental (Ley N° 26.657, 2010).

El **Cap. 2** expresa la **Definición** de la misma en 3 artículos:

- **Art. 3:** Se define a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Debe partirse de la presunción de capacidad de todas las personas (Ley N° 26.657, 2010).

Además, bajo ninguna condición puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base del: Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; elección o identidad sexual; la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

En el **Cap. 4** de la ley conformado por 16 incisos, en el que se reconoce desde el Estado a las personas con padecimiento mental distintos derechos. Entre ellos, **recibir atención sanitaria y social integral y humanizada**, con acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud. Y no **ser identificado ni discriminado** por su padecimiento mental actual o pasado. Derecho a **conocer y preservar su identidad**. Respecto al tratamiento, a ser **tratado con la alternativa terapéutica más conveniente**, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria, Además de ser **informado de manera adecuada y comprensible** de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento. Recibir un **tratamiento personalizado** donde pueda **tomar decisiones** relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades. Respecto a las internaciones, deben ser **supervisadas periódicamente** por el Órgano de Revisión.

Respecto a las **modalidades de Abordaje**, el Cap. 5 refiere que debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un **equipo interdisciplinario** integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. A partir de la ley se equiparan las responsabilidades y ya no se observa una preeminencia de la figura médica; la atención debe darse, preferentemente, fuera del ámbito de internación con un marco interdisciplinario e intersectorial. Además, la prescripción de medicación debe responder únicamente a necesidades fundamentales de la persona, y se administra exclusivamente con fines terapéuticos (Ley N° 26.657, 2010).

El **Cap. 6** refiere al **Equipo interdisciplinario** en su único artículo:

- **Art. 13:** los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar cargos de conducción y gestión de servicios y las instituciones.

El **Cap. 7** refiere a las **Internaciones**, compuesto por 16 artículos; este apartado se encarga de regular las internaciones de salud mental, ya que la misma 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.

La misma debe ser lo más breve posible; además de que, toda disposición de internación, dentro de las cuarenta y ocho horas, debe cumplir con tres requisitos: **a)** La evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que **justifican la internación**, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra. **b)** La búsqueda de datos disponibles acerca de la **identidad y el entorno familiar**. Y **c) Consentimiento informado** de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión. Respecto a las internaciones involuntarias, las mismas deben notificarse obligatoriamente en un plazo de diez (10) horas al Juez competente y al órgano de Revisión. Un punto muy importante que propone este capítulo es la prohibición de creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, del ámbito público o privado.

En el **Cap. 9** se expresa la **Autoridad de aplicación** de la misma, donde refiere que el Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad de aplicación. Esta debe encargarse de realizar un Censo Nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público como privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando distintos datos, detallados en la misma. Dicho Censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de dos años. Además la autoridad de aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales (Ley N° 26.657, 2010).

2.2.5 La Salud Mental en la provincia de Entre

Ríos:

La provincia de Entre Ríos cuenta con una **Dirección de Salud Mental** que se encarga de garantizar el acceso al cuidado de la salud mental de los entrerrianos desde la prevención, la promoción y la atención, a través de la red de efectores de salud pública de la provincia (hospitales especializados, servicios de Salud Mental, equipos y referentes que prestan funciones en los distintos niveles).

Esta se compone de una **Dirección de Salud Mental en Atención Primaria**, su función es promover abordajes en Salud Mental basados en la comunidad, que garanticen accesibilidad y detección temprana de las problemáticas de Salud Mental en la población en el primer nivel de

atención. Una **Dirección de Abordaje Integral de Consumo Problemático**, su rol es la prevención, promoción, asistencia y rehabilitación de las problemáticas de consumo, a través de la implementación de las estrategias de atención primaria de la salud. Un **Programa de Violencia Social** que trabaja en la prevención y abordaje en situaciones de violencia familiar dentro del marco de la Ley Provincial N° 9198 de Prevención de la Violencia Familiar. Además de un **Programa de Prevención del suicidio**, que se ocupa de la prevención de la problemática de suicidio, haciendo foco en la población adolescente y joven.

Actualmente, en Entre Ríos hay cuatro hospitales monovalentes (Diamante, Rosario del Tala, Federal y Paraná): el **Hospital Dr. Luis A. Ellerman** de Rosario del Tala, fundado en 1937; el **Hospital Escuela de Salud Mental** ubicado en Paraná, fundado en 1963; el **Hospital Colonia Dr. Raúl Camino de Federal** fundado en 1968 y el **Hospital Colonia de Salud Mental** de Diamante fundado en 1974.

La **Ley 10.445** adhiere a la ley 25.657 en su primer artículo en el año 2013, a partir de la promulgación de la misma, en el año 2016, la provincia cuenta con un **Órgano de revisión local**, que cuenta con las mismas funciones que el de la Ley Nacional. La Autoridad de aplicación de esta es la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia.

Según la resolución N° 1 de la Secretaría Ejecutiva es a través del dictado de la Ley 10.445 que se diseñó un esquema de integración interdisciplinaria e intersectorial, que tiene como objetivo garantizar el respeto de la dignidad y la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental y, de los derechos humanos de quienes resultaron usuarios de los servicios de salud mental.

El **Consejo Consultivo Permanente en Salud Mental** es un dispositivo que se contempla en la Ley N° 26.657. En la provincia de Entre Ríos fue creado en octubre de 2021, mediante la Resolución N° 250 del Ministerio de Salud, y se conforma por ocho entidades de distintos sectores de la sociedad. Su objetivo general es fomentar la participación activa de todos los sectores de la sociedad en las políticas públicas de salud mental, garantizando espacios de construcción colectiva en el marco de la implementación de la Ley Nacional 26.657 y la Ley Provincial 10.445.

De acuerdo al Censo Nacional de Personas por Motivos de Salud Mental, realizado en 2019, la provincia de Entre Ríos registró un total de 342 personas internadas en hospitales monovalentes, 68% en instituciones públicas y 32% en instituciones privadas. De acuerdo al documento, se observó una disminución del 30% en las internaciones respecto del censo en el año 2017.

2.2.6 Acerca de la Institución Hospital Colonia de Salud Mental:

Respecto al Perfil Institucional:

El Hospital Colonia de Salud Mental está ubicado entre las calles Echagüe y Noailles S/N, al noroeste de la ciudad de Diamante (Entre Ríos), en un predio de aproximadamente ocho hectáreas. Es un Hospital con Internación Monovalente de Salud Mental (Nivel IV), pertenece al sector público, respondiendo por vía jerárquica a la Dirección General de Salud Mental perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos.

Teniendo en cuenta sus dimensiones, el mismo puede ser clasificado como Hospital Monovalente Mediano, alojando a una población con tiempos de internación mayor de 60 días.

La institución posee dependencia de la Administración Pública Provincial (Min. Salud) y su jurisdicción comprende la totalidad del Departamento Diamante y localidades cercanas según establece el Artículo 30 de la Ley N° 26.657 en relación a las derivaciones.

Una pequeña reseña histórica:

El 8 de abril de 1974, por medio del Decreto N° 1103 (1974) del Poder Ejecutivo Nacional y mediante gestiones realizadas por el diamantino Dr. Domingo Liotta (por entonces Secretario de Salud Pública de la Nación), se crea La Colonia de Rehabilitación Mental Diamante, destinada al tratamiento e internación de personas masculinas con discapacidad mental (Proyecto de ley, expdte: 5288-D-2009, 2009).

A efectos de implementar la puesta en marcha del referido servicio, se adecuó parte de las instalaciones del ex Regimiento 3 de Artillería, un edificio antiguo que desde 1930 pertenecía al Ejército Nacional Argentino. Además de la remodelación edilicia, se debió dotar a la institución de recursos humanos para alcanzar los objetivos propuestos, por lo cual la Secretaría de Estado de Salud Pública debía proponer la estructura orgánica con dependencia jerárquica y funcional de la Subsecretaría de Medicina Asistencial y Rehabilitación a través de la Dirección Nacional de Salud Mental.

En lo que se refiere al funcionamiento, contaba con un sector asistencial, un sector de rehabilitación, talleres protegidos y talleres de producción. Los primeros pacientes llegaron en el año 1976, provenientes del Hospital Nacional José T. Borda, de Buenos Aires.

Finalmente, en 1994, se inicia la transferencia del servicio a la Secretaría de Salud de la Provincia de Entre Ríos, lo cual se concreta en 1996.

La institución está compuesta por dos grandes dispositivos, que a su vez en su interior contienen otros: el **dispositivo de internación**, el mismo solo es habilitado para usuarios masculinos; este se compone de otros dispositivos como: Dispositivo buffet; dispositivo Mandala; dispositivo de externación; estos espacios apuntan, según sus profesionales a reformar y dar herramientas que el usuario pueda desarrollar mayor autonomía, poder desarrollarse y desenvolverse en la sociedad.

Y el **Dispositivo de Consultorio externo** de psiquiatría, al mismo pueden asistir masculinos y femeninos a partir de los 18 años de edad, con o sin obra social; el mismo cuenta en su interior con el Dispositivo de admisión, compuesto por un equipo interdisciplinario de: Lic. psicóloga, Lic. trabajadora social y enfermero/a.

2.3 El dispositivo de guardia:

Según la Real Academia Española (2021) el término “dispositivo” proviene del lat. dispositus, part. pas. de disponere 'disponer', es decir, dispuesto. Un dispositivo, siguiendo a Sotelo (2015) refiere a un artificio que es construido para alcanzar, lograr ciertos objetivos por medio de acciones de las que se pretende lograr un resultado previsible.

En el campo de la Salud Mental, se lo utiliza para nombrar distintos procedimientos de asistencia institucional y hospitalaria, en la comunidad analítica se lo emplea para nombrar el dispositivo creado por Freud -<dispositivo analítico>- que sostiene la práctica analítica, cuyos pilares son: la asociación libre, la interpretación y la transferencia. (Sotelo, 2015, p. 165)

En el capítulo “*El dispositivo de la urgencia en un Hospital General. <Un día de locura.>*” Arellano (2005) da cuenta que, es producto de la época que la urgencia sea lo que más se atiende en una institución. Respecto a los dispositivos de guardia, lo define como un espacio que “(...) *intenta mediante su accionar dar una respuesta a ese real que se impone, buscando que surja un efecto de subjetivación en los pacientes que concurren. En ocasiones se logra el aval del sujeto, y el consentimiento de hablar*” (p. 159). Un marco para comenzar a pensar en la instalación de estos nuevos dispositivos, sus espacios, atención y profesionales, es lo que plantea la Ley N° 26.657, como se mencionó en un apartado anterior, respecto al abordaje interdisciplinario, las internaciones reguladas y la preponderancia del lazo comunitario.

Según Sotelo (2011), en la actualidad, los dispositivos de guardia en salud mental en Servicios

Públicos se hallan dos modelos en los hospitales generales públicos en Argentina: en primer lugar la guardia tradicional de resolución de la urgencia en 24; se enmarca en los paradigmas médicos que tiene como objetivo la desaparición de síntomas o la reducción máxima, priorizando el riesgo y la peligrosidad para sí o para terceros. El modelo varía: 1- Hospital sin psiquiatra ni psicólogo de guardia. La urgencia la resuelve el profesional en un plazo máximo de 24 hs por alta o derivación. 2- Hospital con psiquiatra de guardia: La urgencia la resuelve el profesional en un plazo máximo de 24 hs por alta o derivación. 3- Hospital con psicólogo y psiquiatra de guardia: Esta urgencia es resuelta por el profesional en un plazo de 24 hs por alta o derivación a hospital psiquiátrico o consultorios externos en Salud mental.

En segundo lugar, un nuevo dispositivo de resolución de urgencias en un proceso. El mismo se sostiene en el paradigma psicoanalítico que entiende que el diagnóstico y tratamiento de la urgencia abarca en primer lugar la peligrosidad y riesgo, a la vez que la subjetivación de la urgencia, esto es el compromiso del sujeto con su padecer y con el tratamiento que estará dispuesto a darle.

En relación a la atención, Laurent en *“Hijos del trauma”* propone no ceder al modelo cuantitativo, podría pensarse en las clasificaciones de los distintos DSM O CIE, sino más bien considerar que siempre visualizar la dimensión subjetiva, es un sujeto en particular, su inconsciente, y lo que para este es las palabras que quiere decir. Y expresa:

Proponemos no inscribir a los sujetos traumatizados en grandes categorías anónimas, sino intentar encontrar con ellos su particularidad, y no para aislarlos de los otros, no para enfermarlos en una particularidad, sino porque no se puede volver a aprender al Otro sino encontrándose como sujeto. (p. 29)

El servicio de salud: dispositivo de guardia se enmarca en la Ley de Salud Mental N° 26.657, cuando en el art. 6 refiere a que los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente Ley (Sotelo, 2015).

En su libro *“Datus: Dispositivo Analítico para el Tratamiento de Urgencias Subjetivas”* se refiere al rol de las instituciones en las urgencias, y manifiesta que, por el aumento de urgencias de salud mental fue necesario inaugurar, crear una “especialidad”. Allí desarrolla que, en el año 2001, se creó en Argentina la: “Sociedad Argentina de Emergencias”, que tuvo como objetivo fomentar la difusión de la disciplina medicina de urgencias y emergencias. Ya por el año 2010 se aprueba la

“emergentología” como especialidad de la medicina desde el Ministerio de Salud Pública de nuestro país. (Sotelo, 2015).

Finalmente, la autora plantea que, a diferencia de diversas propuestas que sostienen que toda tragedia colectiva traumatiza, el campo psicoanalítico difiere, y plantea otra visión, expresando que lo característico allí es la incapacidad del sujeto en particular de poder resolver, responder adecuadamente al acontecimiento que le sobrevino, lo que da lugar a la precipitación de diversos efectos patógenos en la organización psíquica de este (Sotelo, 2015).

2.4 La crisis y la urgencia:

2.4.1 Diferencias entre el paradigma biologicista médico y el paradigma analítico:

Si se comienza por buscar la definición del concepto “**crisis**” en el Diccionario de la Real Academia Española, se encuentra con lo siguiente:

Del lat. crisis, y este del griego κρίσις kṛísis. **1.** f. Cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados. Crisis de la estética renacentista. **2.** f. Intensificación brusca de los síntomas de una enfermedad. Crisis asmática, alérgica, epiléptica, de tos. **3.** f. Situación mala o difícil. Un equipo en crisis. (RAE, 2022)

Según diversos autores las crisis tienen que ver con un punto crucial y decisivo. En la disciplina médica, suelen emplearlo para hacer referencia a cambios bruscos, profundos, que pueden llevar a la muerte de la persona. La palabra tiene distintos significados en el idioma, como: momento culminante de la enfermedad, contienda, elección y juicio. Respecto al concepto de **crisis**, hacemos referencia a una intensa afectación emocional que se manifiesta en el sujeto ante una situación determinada.

La autora Michele Petit (2009) en el prólogo de su libro: “*La lectura en tiempos de crisis*”, describe que dos países principalmente nutrieron sus reflexiones, *Argentina y Colombia*, y expresa: “*El primero ha atravesado en los últimos años por una crisis económica sumamente grave, que ha*

desembocado en un desastre social sin precedente y una multiplicación de las patologías ligadas al estrés, la depresión, el pánico” (p. 24). Si bien este libro tiene varios años, la situación de crisis económica no es distinta en el año 2022, entendiendo el contexto global, el país no es ajeno a los grandes estragos producto de la pandemia mundial Covid-19 que comenzó en el año 2020, además de situaciones de Guerra, como la que sufre Ucrania que inevitablemente generan movimientos sociales, laborales, políticos y económicos. Estos acontecimientos según diversas fuentes, como la OMS, han generado, entre otras problemáticas, un aumento en las problemáticas de salud mental.

Otro concepto es el de urgencia; este tiene distintas referencias, como: la cualidad de urgente; necesidad o falta apremiante de lo que es menester para algún negocio; caso urgente; y sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos (RAE, 2021). Estas son algunas lecturas de lo urgente. Para entender más en profundidad este concepto, se desglosa en “urgencia médica” y “urgencia psicoanalítica” con el objetivo de una descripción con mayor precisión.

Para comenzar, la **urgencia médica o psiquiátrica**, esta se encarga de restituir la salud mental. Busca la restitución de la salud, buscando la capacidad del sujeto para “afrontar” el contexto. Como primer paso se busca determinar si hay riesgo de algún acto violento o acto suicida; una vez seguro el paciente se continúa con la indagación de la urgencia. Este puede volver a su casa tras la indagación médica y “solucionada” la urgencia o quedarse bajo observación médica por unos días, siendo ingresado al servicio de internación de ser necesario. Este tipo de urgencia es producida en casos donde el sujeto o la situación social o familiar que llegó al límite (Garnendia, 2004).

Siguiendo al autor Garnendia (2004) el acto médico en la urgencia se organiza como una necesidad apremiante, precisando rapidez de actuación, no importa la causa. Respecto a la eficacia que puede tener la farmacología por su efecto inmediato sobre el síntoma, no debemos olvidar que no aborda la causa que provocó el estado, ya que a corto o mediano plazo, el paciente puede regresar a emergencias, en muchos casos con los síntomas de la consulta anterior. Es importante la promoción y sostenimiento de los equipos interdisciplinarios en los espacios asistenciales de salud mental.

Respecto a esto, la autora Sotelo (2011) desarrolla lo siguiente:

Para la medicina la urgencia se define como la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia, por lo cual es necesaria la intervención y el diagnóstico médicos. La emergencia, en

cambio, es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. (p. 2)

Hay muchas urgencias, las sociales e individuales, la de fondos libidinales, las económicas o amorosas, arrebatadas sea por pérdidas reales o imaginadas, las invasoras, urgencias oníricas, que pueden incluso desencadenar una psicosis o, en cambio, las que llevan a un sujeto a querer dormir, el mayor tiempo posible. Sotelo (2011) retoma los dichos de S. Freud respecto al concepto, este habla de un quiebre de la homeostasis en la vida del sujeto, cuando se rompe el equilibrio que sostenía la vida, las relaciones con otros, el propio cuerpo, el trabajo, los lazos amorosos y familiares.

Desde el psicoanálisis, el autor Seldes (2004) se refiere a las urgencias como una **“ruptura de la cadena significativa”**, esto produce un efecto mortificante en el sujeto angustiado ya que no puede representar el significante que no se articula. Esto deja al sujeto sin los recursos que el lenguaje suele facilitarle. La angustia es una de las principales características que puede hallarse en estas.

En psicoanálisis, retomando Garnendia (2004), no hay un tratamiento específico para las urgencias subjetivas, más bien invita al despertar del sujeto; *“Si la vida es algo que nos es dado, el modo de habitarla es nuestra responsabilidad. Que cada uno habite esta vida según su deseo, sin el peso del Ideal ni la liviandad de la melancolía”* (p. 68). Podría decirse, siguiendo al autor, que esta urgencia es una noción que está íntimamente ligada al psicoanálisis. Por su parte, Sotelo (2005) expresa una metáfora sobre la experiencia subjetiva de la urgencia, en la que una gran oleada inunda el día de una persona, arrasando con todo a su paso, *“(…) aparece en la vida y en el relato de quienes lo padecen como un antes y un después, como aquello que ha quebrado la vida, la ha transformado, fracturado, produciendo muchas veces un sufrimiento insoportable”* (p. 100).

A partir de la lectura de diversos autores, la urgencia se manifiesta a partir de una gran variedad de presentaciones sintomáticas, desde las angustias, miedos, fobias, como grandes oscilaciones del ánimo, amnesia, hasta desencadenamiento o desestabilización psicótica. Lo que diferencia a una urgencia subjetiva de una urgencia social, psiquiátrica, médica, etc., es la dimensión de un analista. Respecto a esto, el médico psiquiatra y psicoanalista Gustavo Stiglitz (2004) en su texto:

Inventar la lengua que se habla, sobre eficacia y psicoanálisis”; plantea: “Nuestro punto de partida es el siguiente: hay lo traumático contingente, lo imprevisto como los accidentes, las catástrofes (aclaremos que no en el sentido de catástrofe natural, sino de catástrofe subjetiva) las pérdidas, todo lo no calculado por el sujeto; y hay lo traumático por estructura, lo

traumático de la lengua. (p.86)

Lo que desarrolla este es que, el último punto se hace presente por la vía de lo traumático contingente, es decir, aquello que resiste a lo simbólico, lo que Lacan nombró como: lo real sin ley. Ante esto, el autor se pregunta ¿Cómo es que no vivimos en estado de urgencia permanente? y responde, por la operación del lenguaje. Y refiere a que en distintas ocasiones el analista debe apoyar el sentido, acompañar al analizante en su reconstrucción, es decir, el mantener lazos con los otros, el orden social, el gran Otro.

De este modo, el modo de resolución de una urgencia dependerá de quien la lea; Retomando a la autora Sotelo: *“El diagnóstico, el tiempo que se ofrece, las intervenciones que se decidan, dependen de la concepción de sujeto, de síntoma, de cura, así como de la posición de quien reciba dicha urgencia”* (Sotelo, 2015, p. 47)

2.4.2 Trauma y Sufrimiento:

El psicoanalista Galende refiere en su libro “Psicoanálisis y Salud Mental” que, el **sufrimiento colectivo** ya no es el mismo que Freud mencionaba en su tiempo, y cita lo que éste se refirió en su momento, un tiempo de grandes crisis de guerra: catástrofes naturales, epidemias que producen la muerte y guerra. Aunque en la actualidad donde nos encontramos “terminando/saliendo” de una gran pandemia a nivel mundial, Covid-19, la que conlleva restricciones y aislamientos, y la muerte de muchas personas (se estima que a nivel mundial fallecieron más de 6.39 millones de personas). En la actualidad se presentan como un “estupor silencioso”: maneras groseras y sutiles de narcotización, aunque no menos perjudicial que las pequeñas adicciones que embotan la sensibilidad frente a distintos estímulos (agradables y desagradables); pérdida de las relaciones de amor; la libertad; sufrir los efectos de la lucha contra la naturaleza; Se nos ha anonimizado a los sujetos (Galende, 1990).

Lo que el autor presenta en 1990 puede sostenerse y ampliarse en la actualidad; y que puede constatarse en autores como: Laurent en: *“Hijos del trauma”*; Belaga en: *“La urgencia generalizada”*; Seldes en: *“La urgencia subjetiva”*; y Sotelo en: *“La invención de un lugar para la urgencia”*, *“Otras respuestas a los tiempos de urgencia”*; entre muchos otros.

En *“Hijos del trauma”* el autor desarrolla como todos seremos, de alguna manera, hijos del “trauma real” en mayor medida que en el pasado. Se refiere a nuevas clasificaciones del DSM IV y el Manual europeo ICD-10, allí se refiere al fenómeno de la **inseguridad social**, donde la ciencia pretende una causalidad programada de los sujetos. Es a causa de esto que, todo lo que no sea

programable en un sujeto, devendrá en trauma; E. Laurent (2004) expresa en su texto:

Estamos ante un fenómeno que busca su traducción en el plano científico, y especialmente en el interior de la psiquiatría que se encuentra en la interfaz entre la descripción científica del mundo y lo que excede, es decir, la inmersión del sujeto en la sociedad. (p. 24)

Siguiendo al autor, hay tres factores que participan en lo que denomina la **extensión de la clínica del trauma**: la extensión de la experiencia psiquiátrica de los traumas de guerra en países democráticos, como la primera guerra mundial y la guerra de Vietnam, donde el trauma como categoría sale del campo estrecho de la psiquiatría militar para transformarse en una perspectiva general ligada a fenómenos clínicos que se ligaban a la vida social por las catástrofes individuales y colectivas. En segundo lugar, la extensión respecto al lugar que se le habilita a las secuelas en los campos de concentración, los psiquiatras descubren un síndrome de culpabilidad del sobreviviente, con fenómenos como ansiedad, depresión y trastornos somáticos varios; Y en tercer y último lugar, la extensión de la toma en cuenta de la patología civil del trauma, yendo más allá del sufrimiento del niño, niña. En estas extensiones, se entiende la experiencia traumática como “(...) *Aquella que comporta un riesgo importante para la seguridad o la salud del sujeto. La lista de los peligros mezcla catástrofe técnica, accidente individual o colectivo, agresión individual o atentado, guerra y violación*” (Laurent, 2004, p. 27).

Algo similar ocurre con el médico psiquiatra y psicoanalista Guillermo Belaga, en el capítulo titulado: “*La urgencia generalizada*”, donde se refiere a que “*En resumen, existe una patología propia de las megalópolis donde se mezcla cualquier tipo de catástrofe técnica, de accidente individual o colectivo, con la agresión individual, la violencia urbana, la agresión sexual, el terrorismo, etc.*” (p. 35).

Allí el autor desarrolla un nuevo fenómeno, denominado “**urgencia generalizada**”, que engloba las urgencias subjetivas, también llamada crisis y aspectos de la tradicional emergencia psiquiátrica; para el libro compilado de Sotelo: “*Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*”. Allí expresa que, esto corresponde a un **nuevo orden social**, resultado del mundo transformado por las ciencias y globalización económica, que se caracteriza, siguiendo al autor, por la caída de las tradiciones. Conversa con otros autores, como Anthony Giddens, quien también ilustra esta situación, en la que menciona una “tecnocultura”, que produce dos efectos, y menciona: vivir en una “incertidumbre fabricada” que atraviesa todo ámbito de la vida; y, como consecuencia del fin mencionado del orden tradicional, surge la caída de guiones grupales, como las clases sociales, la

familia pequeña, la función de las mujeres y el de los hombres, que antes orientaban y situaban a los sujetos en lo denominado: identificaciones sociales estables. Es por esto que, como sujetos, debemos hacernos cargo aún más, de la propia definición, de reafirmarnos en los modos clasificados como de satisfacción autónoma (Belaga, 2009).

La autora Sotelo (2015) se refiere a las grandes catástrofes de los últimos años:

Chernobil en 1986, la destrucción de las Torres Gemelas, el atentado en la estación ferroviaria de Atocha y, en la República Argentina, los atentados a la embajada de Israel (1992) y a la AMIA (1994), la tragedia en la disco República de Cromañón (2004), la tragedia del tren sarmiento en Once (2012), e incluso la tragedia de barracas (2014) en la que murieron 9 bomberos y un agente de defensa civil, al tratar de apagar un incendio. (p. 32)

Según la autora esto puede leerse desde otro autor, como Oscar Zack (2005) quien afirma que en las catástrofes surge al descubierto tanto la fragilidad de los sistemas de cuidado, prevención y protección que el estado moderno se encuentra en la responsabilidad de proveer, además de la escasez de recursos sanitarios necesarios para actuar en un “tiempo de urgencia” por la ruptura de la cadena significativa, de sentido (Sotelo, 2015). Finalmente expresa: *“Se trata de una nueva forma de manifestación de lo real, que exige una renovación de los paradigmas clásicos de la práctica clínica”* (p. 32).

3. FUNDAMENTOS DE LA ELECCIÓN DE LA MODALIDAD

“Es a través de lo colectivo, de lo público, la forma como se transforma y se “cientifica” el pensamiento sobre la sociedad y sus espacios, entre ellos el de la salud” Mario Testa (como se citó en Gómez y Stolkiner, 2012, p. 4).

3.1 Tipo de diseño:

El siguiente proyecto de investigación presenta un **diseño cualitativo** con un marco conceptual **psicoanalítico**. La decisión de esta elección corresponde a las herramientas que esto aporta, complementado con una modalidad de trabajo de campo, ya que permite adquirir información empírica para la realización del Trabajo Integrador Final.

Al tratarse de un **enfoque no estructurado**, desarrolla Maxwell (1996): *“(…) permiten al investigador centrarse en lo particular del fenómeno estudiado; ofrecen generalización y comparabilidad por validez interna y comprensión del contexto, y son particularmente útiles para comprender los procesos que llevaron a resultados específicos”* (p. 1). La elección permite a su vez priorizar al sujeto no solo en lo particular de su trabajo en el campo seleccionado, sino interactuar con lo singular de cada profesional de salud mental que habita el dispositivo, dando lugar a la propia subjetividad que otro tipo de diseño no habilita.

El diseño es de tipo **descriptivo**, ya que se acerca a las representaciones sociales, siendo esta una recolección de un intenso análisis y posterior construcción de significaciones, que precisarán del detalle de la descripción.

3.2 Universo o población:

La población investigada en el proyecto se centró en los/as profesionales que se desempeñan en el Hospital Colonia de Salud Mental de la ciudad de Diamante- Entre Ríos en el año 2022.

3.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis consistió en el discurso de los/as profesionales del Hospital Colonia de

Salud Mental de la ciudad de Diamante. Al tratarse de una metodología de investigación psicoanalítica, una vez en el campo, se trabajó con quienes habitaban el espacio y se dispusieron a participar de la siguiente investigación. Se realizaron siete entrevistas semi dirigidas, los/as participantes son: Lic. En Psicología, Lic. Trabajo social, Tec. En Acompañante terapéutico, Medica clínica, y Médico psiquiatra, además de la Directora de la institución.

3.4 Tipo de muestra:

Entendiendo la muestra como: *“Cualquier subconjunto, amplísimo o limitadísimo, de miembros de una población que se investiga”* (Marradi et al., 2007, s/p) se utilizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional, ya que los/as profesionales del Hospital Colonia de Salud Mental fueron seleccionados al ingresar al campo de investigación.

3.5 Técnicas de recolección de la información:

En la recolección de datos se aplicó la técnica de:

- **Entrevistas individuales semi dirigidas**: como herramienta principal, para describir y caracterizar a partir del discurso de los profesionales de Salud Mental la representación social del dispositivo de guardia. Las mismas se construyeron con preguntas guías con el fin de encaminar hacia los objetivos del presente trabajo, habilitando así la posibilidad de formular nuevas preguntas, no previstas con anterioridad, que emerjan como pertinentes.

Las mismas fueron grabadas para asegurar la veracidad de lo transmitido y poder analizarlas; Los/as profesionales fueron informados con anterioridad. Además, se le requirió a la directora de la institución que firmara un acuerdo acerca del consentimiento acerca de entrevistar a los/as profesionales que decidan hacerlo, dentro de la institución.

Aquí es importante señalar que, en un primer momento, cuando se realizó el proyecto de investigación del trabajo integrador final, se seleccionó junto con las entrevistas individuales semi dirigidas, la técnica de observación participante. Pero, finalmente, al momento de realizar la investigación como tal, se consideró que no era necesaria tal técnica para la construcción de las representaciones sociales, por lo que se decidió no utilizarla en el mismo.

3.6 Técnicas de análisis de datos:

Respecto al análisis de datos, luego de la transcripción de las entrevistas y posteriores lecturas de estas, se utilizó como herramienta el análisis de **frases significativas** para así recabar los elementos más significativos del discurso de los/as profesionales, para la construcción de la representación social que se pretendió arribar.

Las autoras Badano y Díaz (2012) en su trabajo refieren a dos aspectos para operar sobre el texto de la desgravación: **temas y modos**. Los temas aluden: *“Más específicamente, aquéllas reiteraciones que marcan la pertinencia de las palabras y que ordenan la situación espacial y temporal (social-política-cultural-económica) de la persona que se habla a sí misma como destacándose y distinguiéndose del conjunto”* (p. 3). Por modos *“Se habla de algo-temas, pero lo que se dice está ligado a un significante, y no a otro, para esa persona en esa instancia de enunciación que tiene que ver con el espacio que le brindamos para ¿Su desquite? ¿Su reflexión? ¿Su momento -antes no pudo, ahora sí-?”* (p. 3). Por último, las autoras aluden a **“categorías de sentido”** para referirse a las unidades de significación, que mediante una forma arrojan a la entrevista al extremo de la significación posible.

Para concluir el análisis se tuvo en consideración lo expresado por las autoras respecto a que *“El documento a escribir sobre la entrevista es una narración. Su entramado es el producto articulado entre temas y modos bajo la mirada ordenadora del objeto de estudio”* (p. 4).

Esta técnica artesanal y flexible permitió recabar la información necesaria para acercarse a los significados, creencias y concepciones respecto al dispositivo de guardia de urgencia subjetiva, sin perder la singularidad del relato de los/as profesionales participantes de la investigación.

4. DESARROLLO DEL INFORME:

El siguiente análisis se realizó en el marco de un Trabajo Integrador Final; se utilizó la modalidad de trabajo de campo de tipo descriptivo; esto se debió a que el acercamiento a los sujetos interrogados en la propia institución de interés, habilitó una recolección empírica de información que aportó datos significativos a la investigación. Es un trabajo cualitativo, con enfoque psicoanalítico, priorizando la singularidad del discurso de cada uno de los sujetos entrevistados, sin perder la subjetividad que cada relato aporta a la construcción de la representación social. Siguiendo a Augsburger (2004) tener presente la subjetividad es un aporte de gran significación para la exploración de la expresión colectiva en relación a los procesos de salud- enfermedad mental, que participan en las formas de vivir, enfermar, padecer, y sanar.

El análisis de las entrevistas se realizó con el fin de arribar a la construcción de las representaciones sociales en caso de urgencias subjetivas de los profesionales del Hospital Colonia de Salud Mental acerca del dispositivo de guardia.

En total se realizaron siete entrevistas a profesionales del Hospital en la ciudad Diamante, entre ellos: un técnico en acompañamiento terapéutico, dos licenciadas en psicología; una licenciada en trabajo social; una médica clínica y un médico psiquiatra; además de la Directora de la institución.

Se realizó la desgrabación y transcripción fiel de las entrevistas que habilitó la posibilidad de un acercamiento más detallado al discurso de cada uno/a respecto a la temática. Posteriormente se realizó el análisis en el que se recolectaron diversos elementos correspondientes a significados, concepciones y creencias que dieron lugar a arribar a las representaciones sociales; para ello se recurrió al análisis de frases significativas con el método propuesto por Badano y Díaz (2012).

Las **categorías temáticas** que ordenaron el informe son:

- a. Punto de llegada, punto de partida;
- b. Concepciones de la atención de urgencias subjetivas;
- y c. El dispositivo de guardia no implementado.

a. PUNTO DE LLEGADA, PUNTO DE PARTIDA:

Todo <habla> en las instituciones en la medida en que lo sepamos escuchar”Gregorio Kaminsky, 1994, p. 9).

Nosotros profesionales, digamos:

Para comenzar, puesto que se trata de un conjunto de personas que comparten un espacio, un tiempo y unas instancias discursivas institucionales, se refiere en esta instancia a los/as profesionales de la institución y los dispositivos actualmente disponibles en la misma, para de esta manera darle un marco a las representaciones emergentes.

Se inició este apartado con la frase de G. Kaminsky en razón de que, la investigación fijó sus objetivos específicos en describir, por medio de las frases significativas de los/as entrevistados, las representaciones sociales del dispositivo de guardia de urgencias subjetivas por medio del discurso de estos. Un aspecto clave es comprender el discurso como una serie de palabras y frases que se emplean con el fin de manifestar lo que los sujetos piensan, creen o sienten, y en la medida en que “todo habla en las instituciones”, como refiere el autor, la descripción e interrogación del discurso de quienes las habitan se consideró un recurso de gran importancia para recolectar datos del campo de la salud mental.

*“Bueno, **nosotros** estamos trabajando en función obviamente de los **lineamientos de la ley de salud mental** y eso ha resultado en una gran transformación ya sea para el hospital como las **prácticas que llevamos adelante los profesionales del hospital**. Bueno, una de las cuestiones que se ha **trabajado** mucho a partir de la ley es sobre el tema de las externaciones” (Psicóloga, entrevista N° 2, p. 105).*

Este fragmento fue tomado aleatoriamente, para señalar su uso; en cada entrevista el mismo fue utilizado de manera repetitiva en el discurso de los/as profesionales, por lo que aparece con excesiva frecuencia en la totalidad de las mismas. En las distintas entrevistas se pudo distinguir en el discurso de los/as entrevistados/as el uso pronombre personal “**nosotros**” al momento de referirse a la

institución o al trabajo realizado en la misma, lo que es importante ya que: *“La representación que elabora un grupo sobre lo que debe llevar a cabo, define objetivos y procedimientos específicos para sus miembros”* (Jodelet, s/f, p. 470).

El “**nosotros**” se ubicó entonces, como un proceso de internalización que tienen **recíprocamente** los/as profesionales al narrar el trabajo en la institución, los equipos, la atención, etc. Se entiende que, por consiguiente, habilita a cada uno/a de los/as entrevistados a construir un vínculo como **grupo**.

Por lo tanto, se ubica a los/as profesionales como grupo al entender que este proceso de internalización identificado a través del discurso les posibilita un **hacer común** en la institución. Esto se consideró importante de ubicar en razón de que los/as profesionales de salud, son productores del dispositivo que habitan y producto del mismo..

De acuerdo con Pichón Rivière:

Un grupo es un conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio y articulados por su mutua representación interna, se proponen en forma explícita o implícita una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles. (Pichón Rivière como se citó en Schvarstein, 1992, p.34)

A partir de lo planteado por el autor, se puede situar aquí la **mutua representación interna** de los participantes de esta investigación respecto al momento de construcción de las representaciones sociales en correspondencia con dispositivo de guardia de urgencias subjetivas.

Además, en las distintas entrevistas emerge la forma de trabajo que tienen y las tareas que los ocupan en la actualidad como profesionales del Hospital. En relación a esto, se manifestó el **esfuerzo mutuo** por un trabajo interdisciplinario e intersectorial como encomienda la nueva ley de Salud Mental, pero también las dificultades que se les presentan, ellos mencionan:

*“Yo creo que **nosotros tratamos, tratamos de hacer un trabajo interdisciplinario**. Digo tratamos porque es difícil, yo creo que también, uno va **aprendiendo digamos, con sus compañeros de trabajo**. Acá los usuarios, que están internados tienen digamos, tienen asignado un **equipo de profesionales** y que **apuntamos a trabajar interdisciplinariamente**”* (Trabajadora social, entrevista N° 3, p. 109).

La institución llegó a ser habitada por 150 usuarios en sus inicios; en la actualidad, gracias al trabajo de externación propiciado por sus profesionales siguiendo la Ley de Salud Mental, habitan allí 51 usuarios. Distintos referentes del campo de la salud mental han hecho referencia a la relevancia del trabajo institucional bajo el cumplimiento de la normativa vigente, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Ley de Derechos del Paciente N° 26.529, Ley de Identidad de Género N° 26.743.

Respecto a esto, otro punto donde se ubicó el trabajo en grupo de los/as profesionales fue, en relación a las externaciones, surgió en la mayor parte de las entrevistas realizadas. Refieren que como **institución** se encuentran concentrados en los últimos años en el **trabajo de externación de usuarios**, tanto los profesionales como la directora de la institución hicieron referencia al mismo, y lo **orgullosos** que estaban de haber logrado tales avances; a su vez hicieron alusión a las dificultades que el proceso conlleva con usuarios pertenecientes a otras ciudades, que están hace muchos años en la institución y respecto a recursos, como la casa de medio camino; espacio con el que no cuentan en la actualidad pero que se está trabajando y gestionando su ejecución.

*“Bueno, una de las cuestiones que se ha trabajado mucho **a partir de la ley es sobre el tema de las externaciones**. Bueno en el hospital, había muchos usuarios, por decirte, para que tengas una idea, había 150 pacientes y bueno, hoy tenemos 52 pacientes (...)”.* (Trabajadora social, entrevista N° 2, pp. 105-106)

“Es un hospital que en su momento cuando yo ingresé a trabajar, hace veinte años, había 150 usuarios, actualmente no llega a 60 usuarios, entonces hubo un importante trabajo de externación, y de que cada persona, con la cual podríamos hacer este tipo de trabajo, pueda continuar su tratamiento en su ciudad de origen ¿no? o en la ciudad en la que se encuentran sus vínculos ¿no? perfecto, un poco el trabajo que hacemos” (Psicóloga, Entrevista N° 3, p.114).

Entre las dificultades mencionadas respecto a este trabajo, se encuentran: **los recursos**. Allí surgieron algunos proyectos como institución, como la “casa de medio camino” y el “Hospital de día”:

“Y entendemos que no se pueden abordar solamente desde el aspecto sanitario porque de nada le va a servir a una persona que establezca su cuadro o su situación digamos subjetiva, y después se vaya y no tenga donde vivir o no tenga que comer.” (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, Pp. 94).

Esto llevó a reflexionar sobre las definiciones de salud y salud mental que se indicaron en el marco teórico de la investigación. Si bien se cuenta con ello, en muchas ocasiones, las “cosas obvias” no se reflejan en la teoría, pero pueden verse vislumbradas en quienes trabajan y habitan instituciones de salud mental.

Algunos de estos elementos pueden rastrearse en lo que plantea la Ley de Salud Mental vigente, como los derechos de los usuarios -sujetos de derecho-, como el acceso gratuito e equitativo; a preservar su identidad; el ser acompañado antes, durante y después del tratamiento; a que se supervisen las internaciones; derecho a recibir información de manera comprensible y a tomar decisiones respecto a su tratamiento. Y si bien también en la misma se halla que las instituciones deben adaptarse a lo expuesto en la ley a partir de dispositivos alternativos, hay ciertas falencias que los/as profesionales ubicaron respecto a la creación, articulación e implementación de los mismos. Esto se desarrollará con mayor precisión en los próximos apartados.

Otro término que fue tomado del discurso de los/as profesionales, captado de manera repetida en las distintas entrevistas al momento de expresarse respecto al trabajo, proyectos o la propia institución en general, fue: “**digamos**”. Usado como muletilla, podría pensarse, por el conjunto de los/as profesionales que habitan el Hospital Colonia de Salud Mental.

*“Esto comienza a partir de la ley de salud mental y no tan a partir. Llegó un tiempo por ahí que se empezó a entender que la persona no se tenía que quedar a vivir acá cuando ingresaba, sino que tenía que cumplir un tratamiento, como cualquier tratamiento en salud **digamos**” (Acompañante terapéutico, entrevista 1, p. 92).*

*“O si un profesional de otra especialidad está atendiendo un paciente en el horario de consultorio externo y ve que está en crisis, el médico de guardia, **digamos**, también lo ve, el San José por ejemplo, y según la magnitud del cuadro y no puede esperar a un turno programado este bueno, hacen la derivación, y estando **nosotros en nuestro horario laboral lo recibimos y trabajamos como si fuera un servicio de guardias**” (Méd. psiquiatra, entrevista N° 7, pp.136-137).*

Desde el campo psicoanalítico, Sigmund Freud (1972) en “Psicología de las masas y análisis del yo” expresa que no existe tal oposición entre la psicología individual y la psicología colectiva, esto ya que aunque la primera toma por objeto al individuo y estudia aquellos medios y vías de los que se sirve para obtener satisfacción, en esa búsqueda no consigue más que abstraerse de las relaciones que

existen entre el individuo y sus semejantes. Y expresa: *“Y es que el otro juega siempre en la vida del individuo el rol de un modelo, de un objeto, de un socio o de un adversario (...)”* (p. 83).

Es por esto, y considerando lo hasta aquí desarrollado, es que se arriba a la conclusión respecto que los/as profesionales de la institución pueden situarse como un grupo que tienen una mutua representación interna, que se identifica en el **“nosotros”** utilizado en múltiples ocasiones para referirse a los equipos de trabajo, a los dispositivos, entre otros puntos.

Esto le da singular interés a esta muletilla, ya que se expresa desde el plural, lo que compromete no solo al profesional como tal, sino que engloba a otros que participan en lo que, podrías pensar, **hay que decir** respecto a la institución Hospital Colonia de Salud Mental.

Ahora bien, esto también puede ubicarse desde lo propuesto por el autor respecto a: **“La identificación”**. El autor propone tres aspectos diferentes de la misma; en primera instancia se encuentra la forma más primitiva de apego afectivo a un objeto; en segundo lugar, la identificación como uno de los mecanismos que pueden resultar del conflicto edípico. Y por último, la **identificación al rasgo**, es decir: *“(...) puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegue a percibirse en una persona que no es objeto de las pulsiones sexuales”* (Freud, 1921, p. 101). Es aquí donde se ubica al grupo de profesionales de la institución, donde ellos se identifican unos con otros a partir de un vínculo con un ideal común.

Finalmente, esta lectura de las relaciones intersubjetivas de los/as profesionales habilita un marco institucional y relacional para la construcción del objetivo general de esta investigación, las representaciones sociales propiamente dichas. La razón por la que se seleccionó la categoría de “Representaciones sociales” para enmarcar esta investigación se fundamenta en la intención de descubrir en el interior de la institución Hospital Colonia de Salud Mental las actuales concepciones, significados, ideas y creencias que circulan en relación dispositivo de guardia de urgencias subjetivas.

b. CONCEPCIONES DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS SUBJETIVAS:

Todo empieza con una hospitalidad.
(Petit, 2009, p. 30)

Lo subjetivo:

Considerando que la presente investigación fue impulsada por el interés acerca del lugar que las urgencias subjetivas tienen en la localidad Diamantina, se comenzó indagando acerca de aquello que los/as profesionales comprenden por “urgencias subjetivas”, ya que: *“Decir <urgencias> es reunir en plural múltiples concepciones a las cuales escriben diferentes discursos”* (Vaschetto, 2004, p. 163).

A partir de lo recolectado del discurso de los/as entrevistados, respecto a lo que comprenden como urgencias subjetivas, se puede considerar que la mayor parte de los estos coinciden en conceptualizar a las urgencias subjetivas como un **punto de ruptura, de quiebre**, en el que una persona que se encontraba transitando de manera cotidiana su vida, de repente, ante un hecho o situación, se rompe esa homeostasis en la que se encontraba, y deja a ese sujeto en un estado de gran angustia y sin palabras ante lo que le ocurre. Aunque hay diferentes lecturas de la misma, esta es una lectura que pudo rastrearse en la mayor parte de las entrevistas.

*“Yo lo puedo pensar como un **punto de quiebre digamos**, un punto de quiebre o de, en donde se agotan los mecanismos de defensa del sujeto y que requiere la intervención profesional digamos profesional de la salud mental. Pero, como te decía hoy, si bien puede estar asociado a una cuestión psicosocial por decirlo así, **hay muchos factores determinantes digamos que no solamente tienen que ver con el ámbito sanitario digamos, las condiciones habitacionales, las relaciones familiares, las relaciones sociales sean, todas tienen su influencia para que una persona llegue a un punto de urgencia, de quiebre digamos, en donde pueda entrar en crisis viste** (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, p.104).*

*“(…) yo pienso que las **urgencias subjetivas** bueno, tienen que ver con que la persona, el **sujeto viene desarrollando bueno, su vida**, con cierto podemos decir equilibrio, más allá de las dificultades y problemáticas cotidianas, **pero en algún momento, por algo, se produce una ruptura de ese equilibrio, de la homeostasis** podríamos decir en términos freudianos, y bueno (Psicóloga, entrevista N° 2, p. 108).*

Aquí puede ubicarse además, del concepto de urgencia subjetiva como tal, el concepto de salud mental que se construyó en el marco teórico del trabajo. Respecto a la complejidad de esta problemática, la manera en que esta se entrama en la época puede vislumbrarse en lo que llega a la consulta, en lo que denuncian los/as profesionales respecto a sujetos excedidos de angustia, y que estas se encuentran determinadas por múltiples variables, como: contexto, época, situación económica, habitacional, orgánico, legal, relacional (Sotelo, 2015).

Aun así, a una de las entrevistadas, cuando se le preguntó acerca de lo que comprende de urgencias subjetivas, no respondió de manera directa: *“¿En qué situaciones? Te reitero que nosotros acá no trabajamos con urgencias, porque, si tenemos hace un tiempo un dispositivo de entrevistas de admisión. **Si ha ocurrido** que, bueno, estas admisiones.(…) en esa **instancia se evalúa la necesidad** o no de que esa persona requiera o no la **atención** del servicio de psiquiatría. **Nos ha sucedido** que en la misma entrevista de admisión se evalúa la necesidad de **atención inmediata** por lo cual el turno se trata de dar en el día que se hizo la entrevista”* (Trabajadora social, entrevista N° 3. pp. 28/29). A pesar de esto, podríamos ubicar a partir de los elementos nombrados como: instancia, evaluación, necesidad y atención inmediata, que la profesional comprende a las urgencias como situaciones no programadas, espontáneas, y que precisa un espacio de atención.

Una segunda instancia a considerar, es la mención de las urgencias subjetivas como sinónimos a través del concepto de **“crisis”** y **“crisis aguda”**; además, una profesional mencionó no conocer el concepto y no pudo hacer ninguna referencia al respecto, como es el caso de la médica clínica.

Algunos fragmentos de lo relatado por los profesionales: *“Y bueno, aparece ahí una desestabilización, una **crisis aguda** donde bueno, la persona, por ejemplo, las relaciones que tenía con otras personas, lo amoroso, el trabajo, se ve trastocado por esto que le está pasando”* (Psicóloga, entrevista N°2; p. 108).; *“(…)La urgencia subjetiva se denomina o se puede denominar más en relación a la **crisis agudas** en salud mental”* (Med. psiquiatra, entrevista N° 7. p. 146).

La psiquiatra y psicoanalista Mónica Favelukes (2018) respecto a esto, plantea en su Trabajo presentado en la Mesa «Desde el psicoanálisis: las urgencias» lo siguiente:

Podemos pensar las urgencias como CRISIS: son repercusiones emocionales de situaciones esperables, como las crisis vitales o de eventos contingentes provenientes del mundo exterior (como una pérdida, un desastre, un accidente) (*Krisis* del griego: decisión). Importan tanto el factor externo como la manera de entenderlo y afrontarlo, como el significado para el sujeto. Más allá de lo manifiesto, se juega un sentimiento de indefensión, de vulnerabilidad; es necesario solucionarlo de inmediato, pero predomina una sensación de incapacidad. (s/p)

Este nuevo elemento, que ubica como sinónimo al concepto de urgencia con el concepto de crisis, se repite en los/as entrevistados, por lo que se tendrá en cuenta para los próximos apartados ya que, este modo de articular el concepto puede reflejarse, o no, al momento de reflexionar sobre la atención, el tiempo y los recursos que se consideran necesarios en casos de urgencia subjetiva.

Como se mencionó al comienzo, si bien los distintos modos de nombrar la urgencia subjetiva coinciden en gran parte de las entrevistas, respecto a lo que plantean diversos autores del campo psicoanalítico, donde refiere que la urgencia se puede manifestar como dolor, un sufrimiento insoportable, o señal de que algo no anda, en el que se presenta una ruptura aguda. También el paradigma médico hegemónico tiene un fondo de significado en las representaciones construidas por los/as profesionales de la institución, esto ya que se ubica a las mismas como sinónimos, o igual a las crisis o crisis aguda. Pero, así como lo plantea la psicoanalista Favelukes, no por leerse de esta manera se pierde la visión de que allí hay un sujeto en el que importan los factores externos, como el significado y la manera de entenderlo para el sujeto.

Consultorio externo: la atención propiamente dicha:

Recordemos que el Hospital Colonia de Diamante está compuesto por el Dispositivo de Consultorio Externo de Psiquiatría, que se encuentra ubicado dentro de la misma. A su vez, el mismo contiene en su interior el Dispositivo de admisión; que está compuesto por un equipo interdisciplinario de: Lic. en psicología, Lic. En Trabajo Social y Enfermería, estos puestos son rotativos entre los profesionales. El dispositivo se encarga de evaluar a los sujetos que llegan con una derivación para el consultorio externo.

Según el relato de los/as profesionales, el dispositivo de Consultorio Externo de Psiquiatría en el último tiempo se ha visto sobrepasado con la demanda de atención: “*Si lo que se ha incrementado mucho es el consultorio externo(...)*” (Trabajadora social, entrevista N° 3, p. 117; “*(...) las*

*internaciones han disminuido, pero ha **aumentado la demanda de consultorio externo**, esa es la impresión que yo tengo. Y las demandas, son de todo tipo. En el sentido de que, gente que viene con mucho malestar, sufrimiento (...)* (Psicóloga, entrevista N° 2; pp. 107-108) Estas son algunas de las frases significativas donde pudo identificarse como creció la demanda en este dispositivo: “**se ha incrementado mucho**”; “**aumento**”. Pero además, lo que se señaló en aumento fue el malestar y sufrimiento con que los sujetos llegan a estas instancias, lo que puede leerse respecto a los tiempos que corren, nombrados como urgentes por diversos autores, o de urgencia generalizada.

Aquí es importante recordar además que, en el año 2020 comenzó una pandemia a nivel mundial por el **Covid-19** la cual aún hoy, año 2022 se transitan sus estragos. No es un dato menor el mencionar que, según distintos medios de comunicación y fuentes oficiales de salud, como la OMS, las consultas por problemas relacionados con la salud mental se incrementaron de manera global por esta pandemia. Ante estas situaciones, los equipos de la institución expresaron que en esta instancia se generó un dispositivo telefónico para recibir consultas de salud mental, y que a través del mismo también se trabajaban consultan interinstitucionales con otros profesionales del campo. Sin embargo, los/as profesionales refieren que allí se encontraron con que casi no fue utilizado por la comunidad. Por lo que podrían hacerse ciertas lecturas respecto a la funcionalidad del dispositivo telefónico y su capacidad de alojamiento ante estas situaciones.

A partir de lo recolectado hasta aquí, se indaga acerca de lo que los/as profesionales observan como lo que más llega al consultorio, en términos observables y de escucha, respecto a la **sintomatología**. Surgieron aquí distintas categorías para nombrar, como: diagnóstico y demanda. Lo que más apareció allí:

- Consumo problemático de sustancias;
- Depresión; sensaciones de angustia, Crisis de angustia;
- Violencia;
- Ideación suicida; intentos de suicidio;
- Crisis de ansiedad; ataques de pánico.

Como expresa Sotelo (2004): “*Todo hecho es un hecho de discurso; por lo tanto dependerá de cómo se lean estos hechos*” (p. 99). En razón de esto, al consultar respecto a la sintomatología actual que llega al consultorio externo de psiquiatría o el dispositivo de internación, los/as profesionales mencionaron: consumo, angustia, depresión, violencia, suicidio y ansiedad. Esto, si bien no fue nombrado como “urgencia subjetiva” por los/as entrevistados, puede rastrearse en distintos autores como tal, respecto a los síntomas contemporáneos o urgencias subjetivas. En relación a esto autores

como: Sotelo, Belaga, Laurent, entre otros, coinciden en pensar esta problemática entramada en la época:

La violencia se multiplica, se difunde, se pluraliza y, sin duda, se articula con la urgencia, siendo creciente su aparición en diversas modalidades, aunque esta no sea la causa de la consulta. El <ataque de pánico>, la fenomenología más frecuente en las guardias, contiene los significantes de la época: ataque y pánico, elevados a la categoría de trastorno (Sotelo, 2015, p. 34).

De esta manera, se arriba a la conclusión de que, aunque no todos los/as profesionales ubiquen el concepto de urgencias subjetivas, estas pueden identificarse en la institución Hospital Colonia, tanto en las demandas que llegan como en los casos que se atienden en los dispositivo de consultorio externo y en el de internación. Como se planteó al inicio de esta investigación, puede sostenerse que las urgencias subjetivas son una problemática creciente, que se entrama en una época compleja, en la que se exige responder a ciertos imperativos, y funcionar en la lógica capitalista. Lo que lleva a sostener la pregunta para aquellos sujetos que no pueden o no tienen recursos ante esto: ¿Qué lugar tienen las urgencias en la comunidad diamantina?

Respecto a esto, durante las entrevistas, surgió que el dispositivo de admisión fue **ampliado** en sus días de atención, justamente por la demanda de atención en el consultorio externo:

*“Te iba a decir esto de la entrevista de admisión. **Hace un tiempo** las entrevistas de admisión solo se hacían los días miércoles, y generalmente se daban dos turnos, a la mañana, y bueno. Desde hace ya un tiempo **se incorporó también** los días viernes, ¿viste?”* (Psicóloga, entrevista N° 2, p. 111)

Allí, surgió además, que la atención de este dispositivo es variada, y que en algunos casos estos se ven en la tarea de recibir “**derivaciones urgentes**” para evaluar la necesidad de tratamiento de ese sujeto:

*“**Nosotros**, de todos modos, cuando tenemos entrevista de admisión, bueno **escuchamos** la situación y bueno, si por eso te decía, **si es necesario** en ese momento, **se le da turno para el profesional que esté en ese momento**. Pero bueno, por ahí, ellos tienen por ahí organizado la agenda del consultorio externo. No te podría decir yo, bien, por ahí, como la manejan, pero*

bueno, **hay bastante gente** que está de consultorio externo” (Psicóloga, entrevista N°2, p. 112).

*“Que pueden ser bueno, los intentos de suicidio, o las personas con trastorno de personalidad y se autolesionan, atacar a alguien más, hay que ver después si fue por una cuestión psicopática o psicótica, los mismos ataques de pánico, dramas familiares que **hay un emergente que es el que más se descompensa y viene y hay que atenderlo no cierto**” (Med. psiquiatra, entrevista N° 7, p. 145).*

Cuando se consultó a quienes habitan el dispositivo de consultorio externo -Med. Psiquiatra y Lic. Psicología- acerca de la frecuencia con la que se reciben **demandas de atención de casos urgentes** en el mismo, mencionaron: “mmm, **seguido** te podría decir. (...) **pasa seguido esto**, de que, generalmente **hacemos quedar a la persona que el psiquiatra se incorpore al equipo y que tenga una asistencia, lo más inmediata...posible**” (Psicóloga, entrevista N 6, p. 132). “Yo diría, probablemente, una vez por semana, una vez cada quince días seguro. Más o menos promedio, **por lo menos, si, puede ser más, dos por semana, dos cada quince días**” (Méd. psiquiatra, entrevista N°7, p. 145).

Considerando las respuestas recolectadas en las entrevistas, se podría ubicar en relación a las consultas o casos urgentes como situaciones que están en aumento en la institución. Como se mencionó con anterioridad, los/as profesionales ubican como sintomatología cotidiana, preponderante lo que diferentes autores con perspectiva psicoanalítica ubican como “**urgencias subjetivas**”. Esto lleva nuevamente a considerar el contexto de post pandemia que se está atravesando como sociedad, y como está afectó y afecta a los sujetos en su salud mental.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la complejidad del covid-19 afectó a la salud mental de los sujetos, pero además, los servicios de salud mental, tanto neurológicos como de abuso de sustancias se vieron afectados o interrumpidos, a partir de la necesidad de priorizar la atención a la emergencia.

En relación a esto, el Dispositivo de Estadística que es el encargado de, entre otras funciones, llevar a cabo un seguimiento cualitativo de los usuarios en los dispositivos del Hospital, compartió información acerca de la cantidad de usuarios que transitan el dispositivo de Consultorio externo.

El mismo cuenta con una planilla en la que se considera: mes, total de usuarios, con obra social, sin obra social, usuario femenino, usuario masculino. Al observar estos números, pudo ubicarse un aumento de consultas de usuarios femeninos y masculinos. Otro dato significativo refirió a que las consultas de mujeres son más comunes que las de masculinos.

Respecto a estos números, el personal que compone el dispositivo, como algunos de los/as profesionales entrevistados, se refirió al aumento de usuarios en el contexto de post pandemia, y también ubicaron que en su mayoría, estas consultas son de mujeres. Algunos de ellos/as hacen referencia a que esta mayor cantidad de usuarias femeninas se relaciona con que el Hospital es exclusivo para varones en el dispositivo de internación, sean breves o prolongados, por lo que ciertas usuarias deben “conformarse” con una atención diaria del consultorio externo.

Además, señalan este aumento progresivo de usuarios respecto a la ausencia de otros dispositivos con esta atención que sobrecargan al dispositivo de consultorio externo. Respecto a esto, uno de los profesionales menciona:

*Acá funciona en el hospital lo que es un consultorio externo de psiquiatría, el **único efector en la ciudad que aborda esta demanda.** (...) lo ideal, o a lo que se apunta, es que el Hospital San José, que es un hospital público general, **también esta demanda se pueda diversificar digamos por así decirlo,** y no quede solamente en el Hospital Colonia al consultorio externo de psiquiatría (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, p.95).*

Recordemos que el Ministerio de Salud de la Nación desarrolló el Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025, en el que su objetivo es abordar a la salud mental a través de acciones que contemplan el fortalecimiento de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención, la rectoría de salud mental, la inclusión social, la promoción y prevención, entre otras medidas. A pesar de esto, distintas fuentes se refieren al desborde de los dispositivos ya existentes; una nota del diario Clarín, escrita por un médico psiquiatra requiere: “*Se observa en la atención diaria de los servicios de psiquiatría, sean públicos o privados, muchos de los cuales no dan abasto para atender las consultas en la actualidad.*” (Abdala, 2022, p. 1)

Este aumento progresivo de la demanda de urgencia en Salud Mental, denunciada en un primer momento, anterior al comienzo de la investigación por profesionales del área de niñez de la ciudad, y una vez en el campo, por los/as profesionales entrevistados en la institución; además del sobrecargo de dispositivos tradicionales para responder a la demanda, así como la reincidencia de los pacientes en las guardias del consultorio externo, podría concluirse que dan cuenta de la necesidad de nuevos dispositivos que den respuestas eficaces para su tratamiento.

Lo hasta aquí expuesto en el segundo apartado es más bien descriptivo ya que, la información hasta aquí desarrollada permite enmarcar y analizar con mayor conocimiento del campo las

concepciones propiamente de atención de urgencias subjetivas, como se expuso en uno de los objetivos específicos.

¿Quién atiende lo urgente?

En un primer momento, de conversación con la Directora de la institución se tomó conocimiento de que la misma no cuenta con un dispositivo de guardia. Pero al ingresar al campo y comenzar las entrevistas se comenzó a tomar conocimiento de la llegada de “casos urgentes” a los dispositivos de consultorio externo e internación. Por lo que, más propiamente concerniente a los objetivos específicos, se examinaron las concepciones de los/as profesionales respecto a la atención de urgencias subjetivas que llegan a la institución.

Es por esto que, se comenzó a indagar acerca de la historia de la institución, sobre si existió con anterioridad guardias de algún tipo. Ante esto se ubicaron tres tipos de respuesta: **a.** Nunca existió un dispositivo de guardia; **b.** Un antiguo dispositivo telefónico; **c.** Y un dispositivo de guardia no implementado.

Más allá de las tres categorías planteadas por los/as entrevistados, al analizar las frases significativas que emergieron de su discurso, en ciertos puntos se pudo identificar, capturar que se realizaban “**guardias pasivas**” y la **atención de urgencias**; aunque estas en muchos casos no eran reconocidas propiamente por todos los/as profesionales entrevistados. Elementos como la intersectorialidad, para reforzar la atención de urgencias, o el respaldo a una institución, por la falta de recursos profesionales para responder situaciones de urgencia subjetiva, las derivaciones urgentes; son algunos de los indicadores que permitieron ubicar esta atención en la institución. Algunos de los relatos refirieron:

“Nosotros, el tema de la atención, por consultorio externo viste son con turnos programados en el caso, pero bueno por ahí la derivación dice: “urgente”, entonces se le da lo más pronto posible el turno, y en la entrevista de admisión ahí se decide, si es una situación en que la persona bueno, está en crisis, se le da intervención enseguida al psiquiatra, y ahí se decide si, va a ser tratamiento ambulatorio o si precisa de, si es necesario algún otro tipo de intervención” (Psicóloga, entrevista N° 2, p. 108).

“También ha sucedido que cuando pasa la evaluación del psiquiatra se ha visto la necesidad de que esa persona quede internada. Entonces eso por ahí se, son situaciones que se dan, si bien no hay una guardia y demás por ahí coincide de que, en esa entrevista se evalúa la

necesidad de atención inmediata y precisa internación, se realiza digamos. No es que se deja, no, o, pasa para otro día, cuando uno tiene que actuar e intervenir en la medida de una urgencia, se termina realizando” (Trabajadora social, entrevista N° 3, p. 115).

Las concepciones que aparecieron en relación a esto son compartidas por los/as profesionales que trabajan en la institución, respecto a la **dificultades** que conlleva recibir y atender estas situaciones en el Dispositivo Consultorio Externo de Psiquiatría o por fuera del mismo, en el dispositivo de Internación.

Las razones planteadas por los/as entrevistados respecto a las complicaciones presentadas o la imposibilidad de pensar en la implementación del dispositivo de guardia podría englobarse en: “recursos”, en mayor medida, **“recursos profesionales”**. Como menciona el Técnico en Acompañamiento Terapéutico:

“Eso por ahí lo que se me ocurre que te podría responder, pero bueno, creo que todo tiene que ver cómo te decía, con una estrategia y una política digamos que no se puede implementar sin los recursos necesarios, es decir, trabajadores no precarizados, condiciones dignas digamos y bueno, con los medios necesarios, como te decía, un abordaje en la comunidad implica la, también la necesidad también de un recurso de movilidad, por ejemplo, tener disponible una ambulancia, un vehículo con un chofer que te pueda trasladar hasta el lugar, que el equipo mismo cuente con ese recurso. Como que una cosa no puede darse sin la otra ¿no?” (Entrevista N° 1, p. 101).

La autora I. Sotelo (2015) afirma, a partir de diversos estudios que ha hecho desde la Universidad de Buenos Aires, que: *“En la opinión generalizada de la población el Hospital público, gratuito y para todos, es un reaseguro (...) allí se encuentran los mejores profesionales y en caso de patologías graves el hospital público es una garantía.”* (p. 50) En el caso de la ciudad de Diamante, podríamos decir que la atención en salud mental tiene ciertas falencias, ya que sus urgencias no tienen atención garantizada. Esto puede pensarse desde lo articulado en nuestro marco teórico, por la misma autora, cuando se refiere a la insuficiencia de los **recursos sanitarios** provenientes del estado moderno para actuar frente a situaciones de urgencia. (Sotelo, 2015)

Respecto a esto, uno de los tres psiquiatras que participa del Consultorio Externo se refirió a las **grandes dificultades** que la atención de casos urgentes conlleva al **“agregarse”** a la agenda del Dispositivo:

*“(…) lo que ocurre a veces es **muy difícil** porque tenemos, por ejemplo, los turnos programados, el seguimiento de los pacientes de consultorio externo y los pacientes que están internados, y a veces tenemos una crisis con los pacientes de consultorio externo ((risa)), **es decir que están esté en el hospital no cierto; pero bueno, están alojados ¿no?** en tratamiento médico crónico, y a veces también tenemos alguna evaluación programada, entonces bueno, se nos complica la labor” (Med. psiquiatra, entrevista N° 7, p. 137).*

La atención se agrega al dispositivo ya que no existe este como tal, o un equipo específico que pueda abordar estas situaciones. Por lo que, los/as profesionales que trabajan en el dispositivo de admisión, consultorio externo de psiquiatría e internación se encuentran sobrecargados de demanda, que genera dificultades que no son propias de lo urgente, sino más bien, de la organización artesanal que deben “inventar” estos profesionales para poder responder a esas demandas. Este elemento en particular, muy arraigado a lo que son recursos, será exployado en mayor medida en los próximos apartados, referidos a los significados y creencias respecto al dispositivo de guardia.

Otras concepciones que surgieron en torno a las urgencias subjetivas fueron al respecto de la **época actual** que transitamos. Recordemos que esto fue ubicado con anterioridad en la perspectiva teórica de la investigación, considerándolo uno de los factores esenciales en la preponderancia de estas urgencias subjetivas. Así hace alusión el acompañante terapéutico en su discurso:

*“Por eso creo que es una cuestión muy intra subjetiva y que tiene que ver muchísimo si, con la influencia de lo que es el **sistema de vida al cual estamos desarrollandonos** digamos; para decirlo en un concepto, la **forma de vida del capitalismo**, creo que ese es un factor determinante en la salud mental de la persona. Si lo tendría que resumir en una palabra, sería **complejidad**” (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, p. 104).*

G. Belaga (2004) en su apartado “La urgencia generalizada” menciona que el mundo moderno está ligado, anclado aquello que es programable para el sujeto: “

Entonces ya el mundo no se rige por el reloj de la eficacia, el <tiempo es dinero> de una época, sino que se abrió paso a una relación en que el mundo es un <programa de computación>, y en este sentido la conocida neurosis de destino freudiana queda ligada a lo que es programable.” (p. 15)

El autor retoma la idea desplegada por E. Laurent en “Hijos del trauma” y desarrolla, que todo aquello que no sea posible programar podrá advenir en trauma. Ante esto, se hace la pregunta: **¿Qué instituciones necesitamos?** lo que lo lleva a retomar su recorrido por Philippe Aries, donde se refiere a la crisis actual de la institución familiar debe dirigir su vista hacia la decadencia de la ciudad y sociabilidad pública. Allí reflexiona acerca de, al tener en vista la complejidad de la institución familiar en la sociedad moderna, las instituciones ubicadas en ese lugar - el familia-, a su manera, suplantaran sus funciones, de manera variada, como por ejemplo: las que siguen el modelo de la iglesia, el ejército, etc. Es ante esto que Belaga abre un abanico en el que, los autores que participan de su compilado han intentado hacer una diferencia, en la que: *“(...)inaugura la posibilidad de implementar una lógica colectiva que tiene en cuenta el rasgo de cada uno”* (p. 18).

Esto lleva a pensar acerca de la institución objeto de estudio, Hospital Colonia de Salud Mental y preguntar ¿Es la institución que los usuarios, la comunidad necesitan? ¿Precisa un dispositivo de guardia en su estructura? ¿Qué creencias se le presentan a sus profesionales acerca de la ausencia de un dispositivo de guardia implementado?

Las concepciones recolectadas hacen referencia a un aumento en la demanda de servicios de salud mental, propios de la **época actual**, que exceden a los sujetos, y se encuentra determinado por múltiples y complejos entramados, cómo se desarrolló anteriormente. Entiéndase, variables múltiples como lo social, económico, institucional, orgánico, entre otros. Otro aspecto en relación a las concepciones en torno a la atención de urgencias, refiere a que es un **trabajo difícil**, pero este no tiene que ver directamente con la atención de la problemática de salud mental, sino más bien, con la ausencia de un dispositivo implementado, es decir, un equipo específico que se encargue de estos, para así no obstaculizar las consultas y atención en el Consultorio externo de psiquiatra.

De esta manera, se puede concluir este apartado considerando que, si bien no está implementado formalmente un dispositivo de guardia en la institución Hospital Colonia de Salud Mental, la atención de urgencias existe. Y además, si bien en las concepciones surgió la sobrecarga del sistema de salud por el contexto actual, la no implementación del mismo genera que la atención sea complicada y dificultosa, al no contar con recursos necesarios, como los humanos, económicos, habitacionales, entre otros.

c. EL DISPOSITIVO DE GUARDIA NO IMPLEMENTADO:

Querer instituciones particulares no es querer un área reservada más, una nueva segregación, es querer que en cada espacio constituido por una determinación institucional nos orientamos en lo que respecta al sufrimiento psíquico, hacia la existencia de la cadena inconsciente, huella del Fracaso propio de cada uno, y no hacia la identificación común.

Laurent (como se citó en Sotelo (comp.) 2009, p. 118)

¿Qué significados?

El objetivo general de la investigación se centró en describir las representaciones sociales emergentes en el imaginario de los/as profesionales del “Hospital Colonia de Salud Mental” acerca del dispositivo de guardia en casos de urgencia subjetiva. Es por esto que se abordará uno de los objetivos específicos, respecto a los diversos significados en torno a lo que es un "Dispositivo de guardia".

Para comenzar, la Real Academia Española define el término “**significado**” como: Del part. de significar; **1.** adj. conocido, importante, reputado; **2.** m. Sentido de una palabra o una frase; **3.** m. Cos que se significa de algún modo. **4.** m. Ling. concepto: representación mental. Distintos campos como la semiótica, lingüística, definen al significado como aquel contenido mental que se le da a determinado signo lingüístico; es decir, la idea o concepto que se asocia a lo perceptible de un signo y al objeto que representa.

Respecto a la pregunta ¿Qué significa para vos un dispositivo de guardia? Algunas de las articulaciones que emergieron en los significados construidos por los profesionales son: **equipo; tiempo; espacio; evaluar y recursos.** Así, un dispositivo de guardia es un lugar, un espacio para recibir urgencias, crisis y emergencias, en el que se cuenta con una serie de profesionales, en lo posible un equipo interdisciplinario que asisten a quien llega. A continuación, analizaremos cada uno de los significados captados.

Comenzamos analizando uno de los significados, el de **equipo**, surgieron distintos componentes del mismo, pero siempre haciendo alusión a la posibilidad de más de un profesional y que estos pertenezcan a distintas disciplinas:

“(…) entiendo que la pregunta es dispositivo de guardia en salud mental, **cuando pienso en un dispositivo de guardia** bueno pienso en, no sé si en un **equipo** pero, **por lo menos en profesionales**, digo profesionales porque **obviamente tiene que ser interdisciplinario(…)**” (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, p. 100) (…)*“Los aspectos relevantes... bueno, en principio este... que sea **interdisciplinario**”* (Psicóloga, Entrevista N° 6, p. 129). (…)*“Claro, lo que uno conoce o tiene no cierto mente o constructo colectivo ¿no? y propio en relación a una **guardia**, uno entiende que va a haber: profesionales las 24hs atentos por si hay una emergencia o una urgencia”* (Med. psiquiatra, entrevista N° 7, p. 135).

Componiendo este significado, nos encontramos con la aparición del equipo interdisciplinario. Se les preguntó a ciertos entrevistados respecto a su trabajo a partir de los lineamientos instaurados por la ley, y sobre los aspectos relevantes de un dispositivo de guardia; en repetidas ocasiones emerge allí, el **trabajo de manera interdisciplinaria**: *“(…) pienso en un dispositivo de guardia* bueno, pienso en, no sé si en un **equipo** pero, por lo menos en profesionales, digo profesionales porque obviamente **tiene que ser interdisciplinario**” (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, p. 100).; *“Acá los usuarios, que están internados tienen digamos, tienen asignado un equipo de profesionales y que **apuntamos a trabajar interdisciplinariamente**”* (Psicóloga, entrevista N 2, p. 109).; *“Necesariamente vos tenes que llevar un **trabajo en equipo** con otras disciplinas ¿no? Yo no... **obviamente un trabajo interdisciplinario** (…)*” (Trabajador social, entrevista N° 3, p. 115).

En estos fragmentos encontramos algunas de las frases significativas de los profesionales en relación a la interdisciplinariedad: **“tiene que ser”, “apuntamos a trabajar”, “estamos tratando de hacer”, “que sea”, “necesariamente vos tenes que”** son algunos de los elementos discursivos que componen los significados respecto al dispositivo de guardia, como un equipo interdisciplinario.

El enfoque interdisciplinario surge como reconocimiento de la complejidad de los problemas del mundo, cuya solución no siempre se agota con el análisis, evaluación dentro de las fronteras de una disciplina, aislada del resto del saber (Muñiz, 2014).

El dispositivo de guardia como conformado por un equipo de profesionales, también trajo consigo el elemento de: **“sostén”**:

*“Cuando uno trabaja además en **conjunto** con las otras áreas ¿no? creo que todos los que estamos involucrados en esa tensión nos sentimos también **muy resguardados nosotros**, no cierto y, bueno, ya en ese momento uno empieza a pensar a ver..., que va a ser la mejor desde cada área de intervención, y **uno se siente acompañado también por los colegas** ¿no? porque a veces son casos realmente dramáticos”* (Med. psiquiatra, entrevista N° 7, p. 138).

Este elemento, el sostén, se encuentra profundamente arraigado al trabajo interdisciplinar, ya que el mismo requiere de un primer esfuerzo de integración. Esto lleva a recordar que el **abordaje interdisciplinario** en el campo de la salud mental se planteó por la Ley 26.657, y una de las lecturas respecto a este punto se respalda en poder dar una respuesta necesaria al campo de la salud mental, y lograr alcanzar una visión integral de la problemática que permita arribar a otras respuestas para los problemas que se presentan en el actual sistema de salud mental.

*“Nosotros lo que tenemos acá son entrevistas de admisión para la consulta con psiquiatría y lo hacemos de **manera interdisciplinaria**, y uno ve lo rico que es que cada uno aporte desde su disciplina, de su campo de saber, y de pronto escuchar desde ese lugar es fundamental”* (Psicóloga, Entrevista N° 6, p 129).

Por consiguiente, uno de los significados que se construyen en torno al dispositivo de guardia de urgencias subjetivas tiene relación con la necesidad de contar con un equipo de trabajo, es decir, más de un profesional, y con abordaje interdisciplinario ya que esto se considera aporta un marco de contención a los/as profesionales, además de enriquecer sus prácticas. Estos significados en torno al elemento equipo, junto con los elementos de interdisciplina y sostén, se retoma nuevamente en el próximo apartado respecto a las creencias de los/as profesionales respecto al dispositivo.

Un **segundo significado** respecto del dispositivo de guardia, fue la categoría de **“tiempo”**. Lo que los profesionales mencionan es que no están de acuerdo con la construcción colectiva o demanda epocal de atención inmediata, soluciones mágicas. Plantean más bien allí la posibilidad de habilitar un espacio a la escucha, indagar acerca de cómo una persona llegó a ese estado, si alguna vez ya le ocurrió, si está solo o acompañado, si puede hablar o no, es decir, subjetivar esa urgencia, crisis, emergencia.

*“(...) me parece necesario **deconstruir la noción también de guardia como un equipo expectante de superhéroes a la expectativa de que pase algo y que se solucione** ¿no? porque siempre se tiene esta noción de **problema-solución**, sino bueno que tenga una mirada más amplia porque ya sabemos que estas situaciones cuando se presentan hay toda una transversalidad de situaciones que derivan, en una crisis por ejemplo”* (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, p. 101).

*“(...) hay cuestiones que... se deben resolver, qué se debe asistir de **manera urgente** pero, no por ser urgente tiene que ser rápida digamos, sino que tiene que haber alguien que pueda acompañar una situación crítica ¿no? (...) No porque sea urgencia debe atenderse inmediatamente, la **inmediatez**”* (Psicóloga, entrevista 6, p. 129).

La dimensión del tiempo está muy comprometida en la guardia; aunque de manera habitual los sujetos puedan presentarse a estos dispositivos con un: “no hay tiempo” o “debe solucionarse de inmediato”, es tarea de cada profesional el introducir un tiempo en esa urgencia, dando lugar así a la comprensión. La autora Elena Levy Yeyati (2004) respecto a la dimensión temporal de la consulta de urgencia expresa:

“(...) se caracteriza por su excepcionalidad: es solo una. En ese tiempo no sólo se trata de reconocer si estamos ante un caso llamado grave sino que también se deben tomar decisiones de suma importancia para la vida de alguien, como por ejemplo, internarlo o medicarlo. (p. 116)

Respecto a esto, se encuentran distintas referencias de los/as profesionales en psicología y trabajo social, con respecto al relato médico, en relación a los tiempos de atención. Se seleccionaron dos fragmentos que ejemplifican esto; una de las **Lic. en Psicología** entrevistadas respecto a los aspectos relevantes de un dispositivo de guardia expuso: *“Puntualmente que, **no porque sea urgente, tiene que ser rápido, inmediato, sino que justamente, bien pensado...** y brindando esto, un lugar, un tiempo, y pensando en cuáles son las otras intervenciones para esa persona en particular”* (Entrevista 6, p. 133).

En el campo analítico, a diferencia de la evaluación psiquiátrica, el diagnóstico se ubica del lado del sujeto; en un primer plano se localiza al sujeto a partir de la escucha, de sus dichos, poniendo a decir al sufrimiento y padecimiento, lo que habilita la lectura de lo particular de una situación urgente.

Cuando se le preguntó al **médico psiquiatra** por esto, los aspectos relevantes de un dispositivo de guardia, él discernió de su compañera respecto al tiempo de la atención: “(...) *aspectos relevantes es, lo más relevante es la **disponibilidad** de la intervención ¿si?*”(…) “*Primero la **inmediatez** de la atención, lo antes posible, si hace falta algún recurso medicamentoso para empezar a mejorar el cuadro y que el paciente no empeore no cierto también (...)*” (Méd. psiquiatra, entrevista Nº 7, p. 139) Este profesional remarcó que la atención de estas situaciones tiene un carácter de intervención inmediata, por lo que se requiere disponibilidad constante.

Respecto a esto, el médico psiquiatra Jorge Blidner (2004) expresa que lo urgente, la urgencia, es toda aquella situación donde la velocidad de respuesta es tomado como un factor “decisivo y decisorio”. El psicoanalista J. Garnendia repasa ciertas definiciones “clásicas” respecto a la urgencia psiquiátrica, y observa: “(...) *una relación de causalidad entre la psicopatología y la necesidad de tratamiento inmediato*” (p. 46) Por lo que, este modo de capturar un significado de dispositivo de guardia como “inmediato” y “disponibilidad” corresponden directamente con el paradigma médico hegemónico. Así mismo, tener presente que, en el saber médico convencional, se halla un sujeto pasivo del acto médico, donde la respuesta debe ser inmediata (Baudini, 2005).

Finalmente, a partir de la lectura del artículo: “El empleo del tiempo y la práctica psicoanalítica en el hospital público”, que se desprende de la investigación UBACyT 2010-1012; los autores señalan al dispositivo desde Foucault, como un conjunto heterogéneo de ciertos elementos que se articulan entre sí, por lo que conforman una red compleja de relaciones. Además, este autor postula que las instituciones, los discursos, las disposiciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, entre otros, son aquello que es dicho pero también “no dicho”.

A su vez, estos elementos articulados entre sí tienen una función específica en un momento histórico determinado, responden así a una estrategia que incluye y supera los límites del hospital. Lo que nos lleva nuevamente a las reflexiones ya mencionadas respecto a la época actual que se habita.

Por último, los autores del artículo concluyen, que por lo anterior mencionado, los **dispositivos de atención** que un Hospital produzca, genere:

Es por ello que los dispositivos de atención que el Hospital produce no son ajenos a los parámetros propios del modelo capitalista actual cada vez más exitista que avanza <imponiendo sus imperativos de optimización, rapidez y rentabilidad social>. Exigencias que

también afectan al funcionamiento de los dispositivos en el Hospital donde la experiencia del tiempo se convierte también en una carrera por ganarlo. (p. 684).

Por lo anterior mencionado se puede concluir que la dimensión del tiempo arraigada como significado del dispositivo de guardia de los/as profesionales entrevistados no es ajena a las instituciones y dispositivos que habitan, además del contexto histórico y político donde este se ubica, y al campo disciplinar al que cada uno/a pertenece.

Al considerar esto, implementar y sostener espacios que habiliten un tiempo de detención, escucha y alojamiento para los sufrimientos actuales podría habilitar grandes efectos terapéuticos en la población.

Un **tercer significado**, que emerge con la pregunta sobre el dispositivo de guardia fue, la posibilidad de pensar un: "**Espacio**":

“Concretamente acá no hay guardias y en “el Hospital General San José” tampoco. En el marco de la ley lo que corresponde es que los hospitales generales de las provincias y en el país, como la ley nacional dice, tengan cada uno en su hospital su respectiva área de salud mental, ¿no? su equipo, su espacio” (Trabajadora social, entrevista N° 3, p. 114).

*“Entonces creo que esos son aspectos fundamentales, **brindar un espacio** de intimidad, seguridad, de confianza, este donde la persona puede desplegar algo de lo que sucede e incluso puede llegar a formular una pregunta de qué es lo que le pasa, por qué está así” (Psicóloga, entrevista N° 6, p. 129).*

Dentro de lo que se menciona como espacio, puede hallarse y articularse el significante “alojar”, que se rastreó en algunos fragmentos de la entrevista de los profesionales. El espacio de guardia como un lugar de alojamiento para la persona que se encuentra ante una crisis, urgencia o emergencia.

*“(…) en principio para **alojar** simbólicamente, subjetivamente a la persona que está en crisis, o que requiere de acompañamiento particular, profesional... Segundo para orientar esa demanda entre comillas, no quiero decir que de entrada haya una demanda pero, para orientar qué es lo que le pasa a esa persona y que puede estar necesitando en ese momento” (Psicóloga, entrevista N° 6, p. 130).*

La autora I. Sotelo (2005) en su texto que tituló: “La invención de un lugar para la urgencia” desarrolla una experiencia en particular respecto a un “espantoso suceso”: el incendio en el recital de Cromañón en diciembre de 2004. Un aspecto clave de este escrito es como hace referencia a las guardias: “Este **espacio** fue una respuesta; una invención, un dispositivo para **alojar** la urgencia de cada sujeto que se **acercara**” (p. 97). Estas palabras coinciden con los significados construidos a partir del discurso de los/as profesionales en relación a las guardias, respecto a la posibilidad que tienen estas de alojar a los sujetos, contenerlos y/o orientar en lo que pueda necesitar en ese momento tan singular.

Pertinente con este desarrollo, y considerando la situación particular de la institución donde no hay un dispositivo de guardia implementado, citamos lo expresado por la psicoanalista Tomasa San Miguel en el mismo compilado (2005): “Cuando el dispositivo no está, ¿Desde donde operamos?” (p. 141). Esta pregunta la retomaremos nuevamente más adelante.

Un **cuarto aspecto** que emergió entre las representaciones, evocaciones de los entrevistados fue: “**Evaluar**”:

*“Siempre van a ir primero al hospital San José, si el equipo de ahí **evalúa** que no puede contener la situación o que requiere tratamiento, o en una crisis aguda que se requiere medicación, o lo que se llama un SOS que es un inyectable, ahí sí se deriva(...)”*
(Acompañante terapéutico, entrevista N°1, p. 98)

*“Me parece que son **situaciones en las que uno más tiene que pensar: que hacer, como hacer, con quien hablar, con quien no hablar, evaluar si esa persona viene acompañada, si no, en qué contexto vive... evaluar que factores protectores hay, factores de riesgo hay... bueno, me parece que **justamente la urgencia también nos habla de que uno se lleve a pensar**, qué intervenciones no se han realizado antes, que le paso a esta persona antes, porque llegó a estar en este estado, que se puede hacer a futuro para que no vuelva a pasar; este... todo esto es un poco de lo que pienso de la urgencia**”* (Psicóloga, entrevista 6, p. 133).

Esto puede comenzar a analizarse desde lo expresado por la psicoanalista E. Levy Yeyati (2004) ya que en su texto “Sobre el manejo de la urgencia” trabaja respecto al problema de riesgo y la evaluación. Al respecto postula:

La práctica de urgencia es una práctica informada que se desprende de un conocimiento terapéutico y de una ética, por lo tanto se espera que al finalizar una consulta de esta naturaleza el profesional pueda **arribar a una conclusión** que le permita establecer **estrategias terapéuticas** a

seguido de acuerdo con cierta aproximación diagnóstica y una apreciación del riesgo que incluya alguna predicción evolutiva del caso - al menos en el corto plazo. (p. 115)

Por lo que, este elemento puede articularse como una estrategia terapéutica propia del espacio de guardia donde, aunque se tenga que actuar con cierta rapidez, es necesario realizar cierta ecuación que permita arribar a ciertas conclusiones acerca de la problemática de ese sujeto en particular. Esta estrategia fue mencionada por los/as profesionales entrevistados al momento de referirse a la función del dispositivo de admisión, sea para el dispositivo de consultorio externo de psiquiatría o al de internación, se definió como un espacio de evaluación del equipo interdisciplinario, para evaluar qué tipo de atención procesa el sujeto que atraviesa la urgencia.

Por último, se les preguntó a los/as profesionales respecto a: ¿Que es un dispositivo de guardia? ¿Cuáles son los aspectos relevantes del mismo? y ¿Consideran necesario la implementación del dispositivo? Dos tipos de respuesta emergieron allí, por un lado algunas ideas que representan, evocan al dispositivo de guardia, que allí se capturó a “los recursos” como significado; pero, por el otro, esta categoría emergió como creencia, y se retomará en el siguiente apartado. Algunos de las frases significativas recolectadas del discurso de los profesionales:

*“(...) actualmente es que no hay recursos profesionales en las instituciones de salud, y entonces, se **termina trabajando como se puede con las circunstancias...las condiciones de trabajo de cada institución.** (...) Entonces bueno, el lugar es fundamental y súper necesario, ahora después hay que ver **cuál es la realidad de cada institución** y que se puede hacer ¿no?”* (Psicóloga, entrevista N° 6, p. 130).

En primer lugar, para pensar los recursos, se debe pensar en un presupuesto, este se lo puede entender como:

El presupuesto es un instrumento fundamental del sector público que tiene por objetivo ordenar y reflejar en términos monetarios las decisiones de política según prioridades económicas y sociales, a fin de lograr la programación y proyección de los gastos para alcanzar los objetivos y las metas propuestas. (Florencia Álvarez Taboada, 2022, parr. 1)

La Ley Nacional de salud mental en su artículo N° 32 establece un presupuesto necesario para poder pensar cambios reales en el modelo manicomial hacia uno con enfoque comunitario. Los nuevos

dispositivos propuestos en la ley con el objetivo de suplantar los ya establecidos en las instituciones psiquiátricas precisan de diversos recursos, que fueron mencionados y denunciados en las entrevistas por los/as profesionales del Hospital Colonia de Salud Mental, que no pueden ser pensados sin un presupuesto.

*“(...) en términos más macro digamos, la pregunta la tengo que asociar a lo que es la asignación de recursos, es decir que no se pueden pensar en dispositivos de guardia sin **asignación de recurso**, sin los **recursos adecuados** digamos, y eso bueno ya refiere a cuestiones de medidas políticas, políticas sanitarias ¿no?”(Acompañante terapéutico, entrevista N°1, p. 100).*

Según un informe realizado por esta autora en un informe de ACIJ en el año 2022 respecto a los recursos asignados al campo de la salud mental:

Para avanzar hacia un presupuesto transparente, inclusivo y con enfoque de derechos en materia de salud mental es necesario que el Estado incremente las partidas presupuestarias, implemente un sistema de etiquetado eficaz e incorpore indicadores y metas que evidencien que efectivamente la asignación de los recursos del Estado está redirigiéndose del manicomio hacia la comunidad. (Florencia Álvarez Taboada, 2022, parr. 1)

De esta manera, podemos concluir que, para poder pensar un dispositivo de guardia con un equipo, tiempo, espacio y evaluaciones, es necesario considerar los recursos disponibles a nivel institucional. No es posible desarticular esta categoría de su presentación.

Entendiendo que el elemento de “Recursos” surgió articulado en la categoría de creencias, se continuará su análisis y descripción allí.

Creer: entre lo posible y lo probable:

Para continuar, arribaremos a otro de los objetivos planteados en la investigación, que se refiere a identificar las creencias que componen las representaciones sociales de los entrevistados en relación al dispositivo de guardia de urgencias subjetivas.

Para comenzar, la Real Academia Española define el término “**creencia**” como: De creer; 1. f. Firme asentimiento y conformidad con algo; 2. f. Completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos; 3. f. Religión, doctrina.

Las creencias son uno de los componentes lingüísticos que conforman las representaciones sociales; es por esto que se consideró relevante identificarlas en el discurso de los entrevistados; estas fueron: **1.** La asignación de **recursos**; **2.** Lo que marca la **Ley**; y **3.** La invención de un lugar.

1. La asignación de recursos:

En el apartado anterior se analizaron los significados de los/as entrevistados respecto a los significados en torno al dispositivo de guardia, además de indagar acerca de las concepciones de urgencias subjetivas, y un **tema** que emergió en ambos fue el de: **recursos**.

Asimismo, si bien no se encontró un dispositivo de guardia implementado formalmente, si pudo identificarse en el discurso la atención de casos urgentes, por lo que se indago acerca de las creencias en torno al dispositivo y si consideraban necesario la instauración de uno en el Hospital.

En el trabajo de identificación de estas -creencias-, se ubicó la **asignación de recursos**.

(...) por ahí no hay horarios para uno desestabilizarse o afectarse sino que eso puede pasar en cualquier momento y es importante que en ese momento haya disponibilidad, de recursos, de profesionales, equipos para atender la situación ¿no? Creo que, si eso se hace es más factible que la persona pueda en principio ser asistida, y no... no termine yendo de una institución a otra; y en segundo lugar pueda ser pensada también las intervenciones a seguir con esa persona. Creo que esas son las ventajas fundamentales” (Psicóloga, entrevista N° 6, p. 130).; “Es difícil porque, primero no está programado... En ese momento, supongamos, tenemos quince pacientes con turno (...) y somos los mismos de siempre ((risas)). Entonces, claro, ahí haría falta también gestión de recursos aunque no sea de guardia, sino de planta ((risa)) pero bueno, esa es otra historia, pero bueno, forma parte de toda la problemática” (Med. psiquiatra, entrevista N° 7, p.144).

Un elemento que puede ubicarse como arraigado a esta creencia de recurso es la de “**equipo**”, el recurso propiamente profesional. Esta creencia, se analizó anteriormente respecto a los significados que rodeaban al dispositivo.

Retomando el desarrollo anterior, un dispositivo de guardia confiere a elementos que la propia ley de salud mental 26.657 categoriza; como en su artículo 8 respecto al abordaje, donde refiere que debe promoverse una atención en salud mental a cargo de un **equipo interdisciplinario** integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Otro punto importante se ubica en el capítulo 10 respecto a la autoridad de aplicación, donde en su artículo 32 expresa que, de un modo progresivo y en un plazo que no supere los tres años de implementación de la ley, el poder ejecutivo debe incluir en sus

proyectos de **presupuesto** de salud mental un incremento hasta alcanzar un 10% de ese presupuesto total en salud.

*“(...) es una **falencia** del hospital, que como te decía, en realidad debería haber(...)Acá nos pasa esto, no somos muchos y tenemos que abordar dispositivos, externación, atención, articulación; **entonces de cierto modo se va deteriorando la calidad del servicio**. No digo que no se cumplan los objetivos ni nada, pero obviamente que **si vos tenes un equipo abocado únicamente a lo que es por ejemplo urgencias sería mucho mejor**. Pero bueno, actualmente no contamos con eso” (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, p. 96).*

*“A **nosotros** nos pasa que, bueno, **acá somos** tres psicólogas, tres psiquiatras, dos trabajadoras sociales... y dos acompañantes terapéuticos, que están desde hace pocos años, más el cuerpo de enfermería ¿no? **y somos** ((risa)): equipo de admisión, equipo de acompañamiento en sala, equipo de externación... para **sumar además una guardia sería casi inviable en esas condiciones; eso no quiere decir que no sea necesario**” (Psicóloga, entrevista N° 6, p. 131).*

Respecto a esto, Elichiry (2004) plantea que la integración interdisciplinaria se realiza por medio de los participantes del equipo de trabajo, que por grupos aportan prácticas convergentes. La autora plantea distintos requisitos para pensar la **posibilidad de trabajo interdisciplinario**: el trabajo en equipo, que es un elemento que aparece constantemente en los/as entrevistados; intencionalidad, como la relación provocada, esta es mencionada por los/as profesionales; flexibilidad, que se pesquisa en la posibilidad de los profesionales de plantear una apertura en la búsqueda de nuevos modos de trabajo; cooperación recurrente, como los trabajos en equipo en sala de internación como en el dispositivo interdisciplinario; y reciprocidad, como el intercambio de ideas, proyectos, códigos lingüísticos, etc. Así pues, se puede considerar que los/as profesionales de la institución se encuentran en vistas a una, en términos de la autora, “integración sistémica”.

Algo semejante postula Stolkiner (1986), con respecto a que existen dos tipos de prácticas: las de investigación interdisciplinaria y la de configuración de equipos asistenciales interdisciplinarios. Este último se constituye por distintas profesiones y cada una representa una disciplina.

Además, la autora expresa que este tipo de equipo, el interdisciplinario, puede leerse como un grupo, esto puede retomarse en la lectura realizada en el primer apartado, respecto a la mutua representación interna.

De esta manera, se sostiene que, si bien no existe un dispositivo de guardia implementado formalmente, los/as profesionales del Hospital en casos de urgencia responden desde una integración sistémica:

*“(...) si hay una situación que amerite digamos una intervención, obviamente no se va a, **si le corresponde el hospital obviamente se hace cargo, pero no hay un equipo conformado que aborde las guardias de lo que son problemáticas de salud mental, urgencias subjetivas digamos; lamentablemente no hay**”* (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, p. 101)

*“(...) lo más cercano es esto que tenemos. Bueno cuando el San José deriva... o cuando otras instituciones **derivan acá y vemos que la persona está mal, bueno, si, por supuesto que se la atiende, se arma un equipo, se la asiste**”* (Psicóloga, entrevista N° 6, p. 129).

Respecto al presupuesto, distintos medios de comunicación como TN, Clarín, La Nación, entre otros, han comunicado al respecto de esta situación, el incumplimiento de lo establecido en el proyecto de ley N° 26.657; algunos de sus titulares son: “Deuda histórica del Presupuesto: se destina menos de un cuarto de lo que corresponde a Salud Mental”; A su vez, la Asociación Civil por la Igualdad y la justicia (ACIJ) postuló en su informe *“Presupuesto 2021: Salud Mental: recursos insuficientes y concentrados en el manicomio”*:

El análisis de los recursos que el Estado Nacional destina a salud mental y la forma en que estos se distribuyen evidencian que a 10 años de la ley 26.657 la sustitución definitiva del sistema manicomial es una deuda pendiente. En estos años, **el Estado no ha cumplido** con la obligación legal de destinar el 10% del gasto total en salud a salud mental, y continúa invirtiendo una gran cantidad de fondos en instituciones monovalentes que, según nuestra normativa, deberían haberse cerrado. (p. 20)

En concordancia con esto, I. Sotelo (2015) refiere a partir de una de las investigaciones realizadas desde la UBA respecto a los dispositivos para alojar urgencias de salud mental que aún no se destinan los suficientes recursos, tanto a nivel provincial como nacional para alcanzar la implementación de la ley, como lo son, por ejemplo: *“(...) el incremento de profesionales en la guardia y en los servicios de salud mental, la creación de casas de medio camino, un sistema de acompañamientos terapéuticos, etc”* (p. 135).

En consecuencia, se puede concluir que, un aspecto clave de los dispositivos de guardia es la asignación de distintos recursos, como: políticas sanitarias establecidas, medios económicos, recurso humano, entre otros; ya que son medios necesarios para poder pensar en un espacio de atención de urgencias con un equipo de salud mental propiamente dicho. Sin los recursos necesarios, se cae en el riesgo de que la ley 26.657 se quede impresa en el Boletín Oficial del Ministerio de Salud, pero vacía de cualquier contenido, además de reducirse a un intento de transformación. (Sotelo, 2015)

2. Lo que marca la Ley:

I. Sotelo a partir de los resultados obtenidos en una de sus investigaciones alude que, tanto los profesionales psicólogos como los psiquiatras coincidieron en que desde lo planteado por la ley hasta llegar a su implementación hay una distancia grande, “(...) *ya que la realidad institucional tiene escollos vacíos que la ley no considera*” (p. 132). Este fragmento <los vacíos que la ley no considera> podría enmarcarse, conteniendo la creencia de los/as profesionales entrevistados respecto a donde debe implementarse el dispositivo de guardia.

De esta manera, esta creencia que componen el discurso de los/as entrevistados tuvo su origen en lo planteado en nuestra Ley de Salud Mental N° 26.657. Si bien esta apareció en distintos momentos de las entrevistas, hubo dos preguntas claves donde emergieron “**¿Consideras que es necesario el funcionamiento de un dispositivo de guardia de salud mental actualmente en la comunidad?**” y “**¿Qué opinión tienes respecto a la ausencia de un dispositivo de guardia implementado en este Hospital?**” Respecto a esta creencia, podría dividirse en dos aspectos:

Un primer aspecto que sostiene: “**si es necesario**”, “**es algo que le falta a Diamante**” en relación a la instauración de un dispositivo de guardia: “*Si, si, si. Todo lo que pueda, digamos, mejorar, digamos, la calidad de vida, y la atención hacia la sociedad estaría, si*” (Trabajadora social, entrevista N 3, p. 3118). “*Como mencioné anteriormente si **considero que es necesario** (...)*” (Directora, entrevista N° 5, p. 126). “*Y... **creo que, que si, que debería haber** (...)*” (Psicóloga, entrevista N 6, p. 131).

Aunque se conoce que un punto muy importante de la ley sancionada en 2010 refiere a la prohibición de creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, del ámbito público o privado; y además, que las internaciones en salud mental deben realizarse en Hospitales generales. Y si bien el Art. 11 de la misma explicita que debe promoverse el desarrollo de dispositivos como:

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

Según los/as profesionales entrevistados, algunos de estos dispositivos aún no se han establecido, organizado, presupuestado, implementado, y esto que genera ciertas dificultades en el trabajo en el Hospital. Por ejemplo, el Hospital General San José de la ciudad no cuenta con un equipo de salud mental en sus guardias.

En relación a la asignación de recurso de internación en Hospitales Generales se han generado problemas ya que, la infraestructura propia de estas instituciones no está “preparada” para recibir a este tipo de pacientes, y al no estar el personal formado en dicho campo, también se generan situaciones de temor y rechazo (Sotelo; 2015). Esto es señalado por los entrevistados de la institución Hospital Colonia respecto al **estigma** que aún existe en el campo de la salud mental, y como la no implementación de estos dispositivos en espacios comunitarios propaga esta estigmatización de las problemáticas de salud mental. Como refiere el Tec. En Acompañamiento terapéutico:

“Entonces bueno, en ese sentido, si bien se aborda y se atiende la demanda del usuario que ya está acá, todo el tiempo se está pensando y proyectando en construir otros espacios que empiecen a derriban los muros materiales e imaginarios que hay respecto a la locura, la peligrosidad, el estigma; y entender a las problemáticas de salud mental como parte de la salud integral digamos” (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, p. 98).

Teniendo esto presente, los/as profesionales expresan estar trabajando en pos de la Ley N° 26.657, expresan así, el intento por generar nuevos dispositivos que puedan atender las demandas de salud mental, que descompriman la atención del efector de consultorio externo de psiquiatría que tiene la región, aunque algunos tienen sus limitaciones en los recursos habitacionales, territoriales, humanos, etc. pero que este trabajo presenta ciertas dificultades al momento de aplicarse.

De manera que, un segundo aspecto emergente en las creencias de los/as entrevistados encontró su respaldo en la Ley de Salud Mental: “*debería funcionar en todo caso en el hospital*

*general”, “Porque está establecido en la ley digamos”, “En el marco de la ley lo que corresponde es”, estos son enunciados recuperados de distintos fragmentos de los entrevistados, como: “Yo creo, considero que la, desde mi punto de vista, más que un equipo de guardia, osea primero que **debería funcionar en todo caso en el hospital general (...)**” (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, p. 102).*

***En el marco de la ley lo que corresponde es que los hospitales generales de las provincias y en el país, como la ley nacional dice, tengan cada uno en su hospital su respectiva área de salud mental, ¿no? su equipo, su espacio”** (Trabajadora social, entrevista N° 3, p. 114).*

*“Porque, haber... no es un tema mío en este caso, sino de todos los profesionales del Hospital viste que, uno no se explica porque no, no se puede... llevar a cabo... lograr no cierto?... lograr esto. **Si bien, hoy por hoy, según la ley vigente, el servicio de guardia de psiquiatría y todos los integrantes deberían trabajar en el Hospital General, pero tampoco existe; esta solamente el médico de guardia que se queda después de las 13hs, solito mi alma como se dice en criollo ((risa)9 por ejemplo**” (Med. psiquiatra, entrevista N° 7, p. 143).*

De acuerdo a los/as entrevistados, en el Hospital Colonia de Diamante se instauraron ciertas líneas de trabajo correspondientes a lo planteado en la Ley de Salud Mental de nuestro país, como lo es el trabajo en equipo, equipos interdisciplinarios, el dispositivo de externación, intervenciones en la comunidad y grandes proyectos como: la casa de medio camino y el Hospital de Día. Pero de igual manera, manifiestan la existencia de contingencias que se les presentan como institución que les impiden seguir la normativa, lo escrito en la Ley. Como refieren las autoras S. Faraone y A. Barcala:

Aunque la LNSM establece la implementación en la comunidad de prácticas alternativas y sustitutivas de la internación monovalente, tal como mencionamos, estas han encontrado límites a partir de las políticas públicas desarrolladas en Argentina, particularmente las políticas sociales y de salud. (2020, pp. 130-131)

El informe de situación confeccionado por el equipo ATE de Salud Mental de Entre Ríos del año 2018 expresa al respecto de esta situación que, las condiciones laborales dadas en la provincia de Entre Ríos son muy precarias, tanto en los aspectos salariales, como contractuales, de salud, de insumos básicos, pero además en el modo en que un dispositivo se inserta, o no, en la red de salud y la estructura administrativa. Esto fue desarrollado en el anterior apartado pero también se involucra en el actual, ya que, las condiciones laborales precarias se relacionan directamente con los recursos asignados al campo.

De igual manera, debemos considerar que la Ley de Salud Mental supone un nivel para todos -universal-, pero no por eso se debe anular la singularidad, ya que quedarse únicamente en el primer plano anula las diferencias -singularidades- de a quienes ampara la misma. El poder sostener un equilibrio, una tensión entre lo universal y lo singular es un desafío de aquellos, trabajadores y profesionales que habitan estos dispositivos en el marco de la salud pública. Además no hay regla, norma sin que haya de por medio una interpretación viviente de aquella.

Es por esto que, los profesionales pertenecientes a una instituciones de salud mental deberán dar lugar a la singularidad, sin tomar al sujeto en masa por identificación. (Ballesteros, et al; 2015)

Esto dirige a la tercera creencia: “la invención de un lugar”, ya que si bien tiene mayor preponderancia el enunciado respecto a lo que la ley dicta, en el discurso de los/as profesionales entrevistados, estos mismo a partir de una mutua representación interna de lo que implica esta problemática de salud mental, como son las urgencias subjetivas, se han “organizado” de manera “artesanal”, para poder responder en estas circunstancias. De este modo, los/as profesionales del hospital colonia a partir de la de las condiciones y recursos que posee la institución que habitan, han logrado un equilibrio entre lo universal de la ley y su singularidad.

3. La invención de un lugar:

Para finalizar, entre los significados que fueron captados y analizados del discurso de los/as diferentes profesionales entrevistados, resultó la posibilidad de pensar el dispositivo de guardia como: espacio, equipo, tiempo, evaluar y recursos , y sobre esto, se identificó la creencia del: “**Trabajo artesanal**” en relación al dispositivo de guardia en casos de urgencia subjetiva. Esto nos lleva a retomar la pregunta citada con anterioridad respecto a que es lo que ocurre cuando no existe el dispositivo como tal no está ¿desde dónde se opera? (Tomasa San Miguel, 2005).

Si bien la Ley N° 26.657 plantea un elemento crucial como: “**Los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios**” cuando se refiere a que las internaciones de salud mental deben darse en Hospitales generales, hay una realidad, como estuvimos identificando con anterioridad, y es la dificultad, falencia que existe respecto a esto por la insuficiencia de recursos para responder o seguir lo planteado en nuestra Ley de Salud Mental. Ante esto, los profesionales de la institución Hospital Colonia, si bien han referido en distintos momentos que el Hospital General “debería” contar con esto, responder a la ley, hay una realidad que ellos plantean que responde a no contar con los recursos profesionales, como lo es un equipo de salud mental, y concluye en un

desborde en la atención del Consultorio externo de psiquiatría; y a su vez, en la atención de casos o derivaciones “urgentes” en una guardia no implementada:

Bueno, haber, entonces ¿qué podríamos hacer? porque sabemos que los hospitales generales, por la misma idiosincrasia del hospital, por más que exista la ley, tienen serias dificultades para poder contener y ayudar... Ayudar no es el término, y atender y asistir a los pacientes día tras día después de un hecho de esta magnitud ¿no? (Med. psiquiatra, entrevista N° 7, p. 141).

*“También nos ha sucedido, como bien vos sabes, está San José, no hay un médico psiquiatra y bueno, osea, ha sucedido que por ahí, los directores coordinan, pide una **colaboración**, donde esa persona se siente descompensada en el “Hospital San José” para que la persona pueda ser atendida con el médico que trabaja acá en la institución” (Trabajadora social, entrevista N° 3, p. 115).*

De manera similar, en el año 2019 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación publicaron un documento titulado: “Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina” donde se expresa que, desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, trabajadores de distintos hospitales coincidieron en que no fueron establecidos los lineamientos comunes para la organización de aquellos servicios en el trabajo concreto en salud mental. Por lo que, **cada hospital debe organizarse** con los recursos humanos e infraestructura que disponían en el momento para atender las demandas de salud mental.

*“Haber... que esté **instaurado formalmente, no**. Tiene que ver con... como se puede denominar, con **organización interna**, como se dice... de los que estamos en este momento porque, claro no hay ni siquiera médicos de guardia clínica activa no cierto, hay guardias pasivas pero bueno esa es otra historia, que trabajan para los pacientes que están internados estos médicos clínicos de guardias pasivas... entonces.. este, **es en coordinación y bueno en consenso**, en este caso la directora y los profesionales que estamos, **y sería más artesanal**.. la frase por así decirlo... en ese aspecto, por así decirlo” (Med. psiquiatra, entrevista N° 7, p. 143).*

Si bien los/as entrevistados dejan en claro que, un dispositivo de guardia formalmente instalado no existe, no es gestionado, es una falencia; otro elemento que emerge con esto es que, de igual manera la atención de urgencias existe. Podemos considerar, a partir de lo hasta aquí recolectado, que los/as profesionales que habitan, participan e intervienen el Hospital Colonia de Salud Mental se

han organizado internamente para que la misma pueda responder a las demandas de la comunidad diamantina, habilitando el alojamiento a aquello no esperando, urgente, que se presenta como sintomatología actual, como lo son: la violencia; el consumo problemático; las ideas o intentos de suicidio; y los estados de angustia y crisis.

De este modo, algunos de los elementos que más se repitieron y se encontró mayor significación por parte de los/as profesionales a lo largo de las diferentes entrevistas respecto al trabajo en la institución fueron: la organización interna, el consenso, la coordinación, y el trabajo artesanal. Esto, cómo se desarrolló anteriormente, se articuló con la ausencia de políticas públicas que respaldan a los/as profesionales en su labor dentro de la institución, tanto en recurso económico, como infraestructural, como más recurso humano.

El modo según el cual una institución como el hospital organiza su obrar, creando dispositivos, permite concebir un esquema de acción para tratar las urgencias. Más allá de los casos particulares, el profesional puede apoyarse en tales esquemas en un sentido general. (Elena Levy Yeyati, 2004, p. 117)

Respecto al modo artesanal de atención, en la organización emerge la constitución de equipos interdisciplinarios (enfermería, Lic. en psicología, y Lic. en trabajo social) y la disposición de estos profesionales por ofrecer una instancia que aloje, contenga. Como refiere una de las psicólogas entrevistadas: “(...) *lo más cercano es esto que tenemos. Bueno cuando el San José deriva... o cuando otras instituciones **derivan acá y vemos que la persona está mal, bueno, si, por supuesto que se la atiende, se arma un equipo, se la asiste.***” (Psicóloga, entrevista N° 6, p. 129) Entonces, cuando el dispositivo no está ¿desde donde operamos? Esto se pregunta Tomasa San Miguel en el Compilado de Inés Sotelo (2009), y al respecto expresa “*Creo que se trata del deseo del analista, más allá del dispositivo que indicaría transferencia (...). Deseo que no siempre opera abriendo el juego pero que nos lleva a sostener una ética, la singularidad*” (p. 141).

En relación a esto, se describe en distintas instancias que los/las profesionales de la institución nombran las “guardias pasivas” de los psiquiatras, aunque estas de un modo “formal” no existen, sino que, nuevamente, es un modo en que los trabajadores del Hospital han podido organizarse para poder responder a la derivación o demandas de casos urgentes que llegan:

*“También, los psiquiatras, más allá de que concurran a la mañana tienen una guardia pasiva, que en ese caso **deben concurrir acá, evaluar la situación y abordarla.** Los psiquiatras*

digamos no cumplen guardias pasivas, no es que si están en su domicilio y llega una citación un miércoles a la tarde y ellos estuvieron a la mañana se van a hacer presentes y van a venir a evaluar esa situación. En realidad no, no, a guardia acá se le llama habitualmente cuando vienen, como no vienen todos los días, el día que vienen se le dice el que está de guardia.” (Acompañante terapéutico, entrevista N° 1, p. 96).

“Si nosotros estamos presentes el paciente puede traer un familiar, lo puede traer este un trabajador de acción social, o un trabajador del Hospital San José de las guardias médicas de clínica médica. O si un profesional de otra especialidad está atendiendo un paciente en el horario de consultorio externo y ve que está en crisis, el médico de guardia, digamos, también lo ve, el San José por ejemplo, y según la magnitud del cuadro y no puede esperar a un turno programado este bueno, hacen la derivación, y estando nosotros en nuestro horario laboral lo recibimos y trabajamos como si fuera un servicio de guardias” (Med. psiquiatra, entrevista N° 7, pp. 136-137).

Si bien la preponderancia de la figura psiquiátrica puede identificarse en el discurso de los/las profesionales; puede vislumbrarse que esto no impide la habilitación de la palabra en casos urgentes. Se puede concluir que se trata de un trabajo de invención en el que no se tiene como fin el control químico de la angustia, lo impulsivo, sino más bien, dirigirse en la búsqueda de ampliar el discurso (Gustavo Sobel, 2004).

En conclusión, si bien la Ley N° 26.657 plantea ciertos lineamientos respecto a la atención e internación de salud mental, y considerando que este es un discurso que hace lazo social en la institución investigada, en ciertos lugares no pudo implementarse esto aún, como lo es en el Hospital General de Diamante, por lo que, retomando lo publicado en “Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina” del año 2019: “(...) entendemos necesario ser cautelosos a la hora de pensar el achicamiento y cierre de los hospitales psiquiátricos pues, la reducción paulatina de camas en monovalentes no necesariamente implica su sustitución vía la creación de nuevos servicios y dispositivos comunitarios” (p. 31). Es a partir de esto que los/as profesionales trabajan en la atención de urgencias subjetivas desde sus posibilidades, en “colaboración”, compartiendo recursos, haciendo red con otras instituciones y trabajando interdisciplinariamente en equipos de intervención.

Finalmente, en razón de que la presente investigación fijó como objetivo general el describir aquellas representaciones sociales que emerjan en torno al dispositivo de guardia de los/as profesionales del Hospital Colonia de la ciudad de Diamante, se destaca que: “Las representaciones

sociales tienen una doble función: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible, perceptible.” (p. 505) Por esta razón, este análisis permitió analizar las concepciones, significados y creencias respecto a la atención de urgencias subjetivas y el dispositivo de guardias formalmente no implementado, lo cual se considera habilita la posibilidad de re pensar sobre aquello extraño o invisible que aún permanece en las instituciones de salud mental en los márgenes de la Ley N° 26.657.

5. A MODO DE CONCLUSIÓN:

Este trabajo integrador final partió de los siguientes postulados: los dispositivos de guardia son espacios que las instituciones proveen a la comunidad para garantizar un lugar que atienda circunstancias de urgencia subjetiva. La posibilidad de asistir a un espacio como tal, público, a todo aquel sujeto que, ante las distintas formas de angustia desbordantes que los eventos de urgencia puedan conllevar, habilita un marco de contención. Este mientras se busca la intervención más conveniente para continuar, aloja a la persona.

Además, se consideró que la intervención de un equipo interdisciplinario habilitaría una atención más pertinente con mayores efectos terapéuticos en la comunidad. Por esta razón, un aspecto clave del dispositivo es contar con una atención gratuita, equitativa e igualitaria en un dispositivo institucional que disponga de un espacio proclive a la producción de efectos terapéuticos.

A partir de allí se seleccionó el Hospital Colonia de Salud Mental de la ciudad de Diamante para indagar acerca de las representaciones sociales que los/as profesionales portaban en su imaginario, al respecto del dispositivo de guardias de urgencias subjetivas. Si bien al ingresar al campo nos encontramos con que la institución no cuenta con un dispositivo de guardia instaurado formalmente, sus profesionales refieren al trabajo con urgencias por lo que la investigación continuó. Nos preguntamos: *“¿Qué representaciones sociales tienen los/as profesionales del Hospital Colonia de Salud Mental acerca del dispositivo de guardia de urgencias subjetivas?”*

El objetivo general se dirigió a describir las representaciones sociales acerca del dispositivo de guardia que emerge en el imaginario de los/as profesionales del “Hospital Colonia de Salud Mental”, en la ciudad de Diamante- Entre Ríos. La herramienta de análisis seleccionada fue un recurso ágil y flexible que permitió analizar el discurso de los/as profesionales por medio de las frases significativas emergentes en estos, sin una formación particular en análisis de discurso. De esta manera, se logró identificar, examinar y analizar distintos elementos que permitieron arribar a la construcción de las representaciones sociales.

Es importante señalar que, si bien la Ley de Salud Mental no está enmarcada en la pregunta problema de la investigación, tiene un gran apartado conformando el marco teórico, considerando que fue un emergente preponderante que surgió en cada una de las entrevistas realizadas con las/os profesionales además, de tener un rol preponderante en el análisis de dicho Trabajo Integrador Final.

A partir del ingreso al campo, de la realización de entrevistas y posterior desgrabación y

análisis de frases significativas, se comenzó por ubicar a los/as profesionales entrevistados, respecto al modo de trabajo en la institución, lo cual se considera un aspecto fundamental ya que, el objetivo final consistió en conocer sus representaciones sociales. El análisis de las relaciones intersubjetivas arrojó que, los/as profesionales que habitan la institución pueden ubicarse como un grupo, con una mutua representación interna, considerando lo capturado en su discurso, respecto al modo de referirse a la institución y a sus compañeros: *“Cada grupo, como cada sujeto, crea su propia identidad, y ésta tiene que ver con un proceso de reconstrucción permanente, pues se trata de un proceso de configuración dinámica, en el que el conjunto de historias particulares, de las voces de sujetos diversos revelan lo colectivo o grupal.”* (p. 9) Este primer análisis habilitó un marco institucional y relacional para la construcción del objetivo general de la investigación.

Se logró examinar las **concepciones** que tienen los/as profesionales respecto a la atención de urgencias que llegan a la institución, lo cual era uno de los objetivos específicos. En un comienzo se tomó conocimiento de que la institución no contaba con un dispositivo de guardia como tal, pero una vez dentro del campo y posterior comienzo de las entrevistas, emerge en lo relatado por los/as profesionales la llegada y atención de “casos urgentes” a los dispositivos de admisión, consultorio externo e internación.

Se procedió a indagar respecto a si existieron en cierto momento guardias de algún tipo, y en relación a esto se ubicaron tres tipos de respuesta: **a.** que nunca existió un dispositivo de guardia; **b.** un antiguo dispositivo telefónico; y **c.** un dispositivo de guardia no implementado. Sin embargo, aun así, más allá de las tres categorías identificadas, en distintos momentos del discurso de los/as entrevistados afloró a la superficie la **atención de urgencias**; con distintos elementos como la intersectorialidad, el respaldo a una institución a la que le faltan los recursos profesionales, y las derivaciones.

Finalmente, se arribó a la conclusión de que las **concepciones en torno a la atención de urgencias** refieren a que el aumento en las demandas de sus servicios son propios de la época actual, determinados por múltiples y complejos entramados. Otro de los elementos que refirieron en las concepciones hace alusión a un **trabajo dificultoso**, pero esta dificultad no tiene que ver directamente con la atención de la problemática de salud mental, sino más bien, con la ausencia de un dispositivo implementado, es decir, un equipo específico que se ocupe de estas situaciones. Las concepciones recolectadas hicieron referencia a la falta de otros espacios y recursos profesionales en la institución Hospital Colonia de Salud Mental o en el Hospital General de la ciudad que se ocupen de estas situaciones, para así no obstaculizar las demandas y atención del consultorio externo de psiquiatra en general.

Respecto a esto, se verifica uno de los supuestos planteados al inicio de la investigación, respecto a considerar la necesidad de un espacio de intervención, y la participación de un equipo interdisciplinario, podríamos sumar específico, para habilitar una atención más pertinente con mayores efectos terapéuticos en la comunidad.

En segundo lugar, se analizaron los **significados** presentes en el discurso de los/as profesionales del "Hospital Colonia de Salud Mental" respecto al dispositivo de guardia. En relación a la pregunta ¿Qué significa para vos un dispositivo de guardia? Algunas de las articulaciones que emergieron en los significados construidos por los profesionales son: **equipo; espacio; tiempo, evaluar y recursos.** En razón del análisis realizado de cada uno, se pudo arribar a construcción del significado que está presente en el discurso de los/as entrevistados respecto a que el dispositivo de guardia es un espacio, que debería contar con un equipo específico de profesionales para la tarea, idealmente interdisciplinario, en el que se cuenta con un tiempo para evaluar la situación y alojar al sujeto en crisis, pero que necesariamente precisa de la asignación de recursos, como lo son las políticas sanitarias, recurso humano, habitacional, y espacial.

Esto coincide con lo planteado en el postulado inicial, respecto a que el dispositivo de guardia es un espacio que las instituciones deben proveer a la comunidad para así, garantizar un lugar que atienda circunstancias de urgencia subjetiva; y considerando que, la intervención de un equipo interdisciplinario habilita una atención más pertinente que tiene mayores efectos terapéuticos en un sujeto, comunidad. Por último, el dispositivo institucional que pueda disponer a su comunidad este espacio es proclive a la producción de efectos terapéuticos.

Y por último, se analizó el último de los objetivos específicos, en relación a las **creencias**; aquí se pudieron ubicar 3 grandes creencias que contienen a su vez distintos otros elementos en su interior, que se comparten en ciertos puntos con lo analizado anteriormente respecto en los significados. Las tres grandes creencias que se reconocieron se trataron de: **a.** La asignación de recursos; **b.** Lo que marca la **Ley**; y **c.** La invención de un lugar.

- Respecto a **"La asignación de recursos"** se arribó a la conclusión de que, un aspecto clave que constituye las creencias de los/as profesionales respecto a dispositivos de guardia es la asignación de distintos recursos, como: políticas sanitarias establecidas, medios económicos, recurso humano, entre otros; ya que son medios necesarios para poder pensar en un espacio de atención de urgencias con un equipo de salud mental propiamente dicho.

Es importante aclarar que, si bien en un primer momento de construcción de los supuestos que

constituyen este Trabajo Integrador Final, no se tuvo en cuenta la categoría de recursos, a partir de la construcción total del marco teórico y posterior análisis de la investigación, se ubicó a los recursos como elemento fundamental para pensar el campo de la salud mental, sus dispositivos institucionales como tal y las posibilidades de sostener prácticas reales de trabajo.

- En segundo lugar: **“Lo que marca la Ley”**, esta creencia que emergió con gran fuerza en el discurso de los/as entrevistados tuvo su origen en lo planteado en la Ley de Salud Mental N° 26.657. En relación a esta creencia, se la dividió en dos aspectos para su análisis: en primer lugar: respecto a que el dispositivo de guardia es una necesidad para la comunidad; y un segundo elemento respondió específicamente a la Ley de Salud Mental: respecto a quien le corresponde la responsabilidad de que el mismo funcione.

Finalmente, esta creencia habilitó poder pensar en la tercera: “la invención de un lugar” ya que, si bien es una realidad que el enunciado respecto a lo que la ley dicta tiene gran preponderancia en los/as profesionales, esto no impidió que los mismo, a partir de una mutua representación interna de lo que implica la problemática de urgencias de salud mental, se encuentran “organizados” de una manera “artesanal”, para de esta manera poder responder en estas circunstancias. De este modo, los/as profesionales del hospital colonia a partir de la de las condiciones y recursos que posee la institución que habitan, han logrado un equilibrio entre lo universal de la ley y su singularidad.

Por consiguiente, esto respalda otro de los postulados, respecto a la importancia de contar con espacios de contención y alojamiento para situaciones de urgencia. Sin embargo, otro elemento que cobra nuevamente relevancia aquí son los recursos.

- Por último: **“La invención de un lugar”**; los dichos de los/as entrevistados dejan en evidencia la siguiente conclusión; que aunque un dispositivo de guardia formalmente instalado no existe en el Hospital Colonial, no fue gestionado, o es una falencia; de igual manera la atención de urgencias existe. Es por esto que, se ubica como otra gran creencia en el imaginario de los/as entrevistados, el trabajo en el dispositivo de manera “artesanal”, “organizada por los profesionales”, “a pulmón”. Finalmente, se arribó a la conclusión de que los/as profesionales trabajan en la atención de urgencias subjetivas desde sus posibilidades, en “colaboración”, compartiendo recursos, haciendo red con otras instituciones y trabajando interdisciplinariamente en equipos de intervención.

Siendo así, se verificó otro de los postulados iniciales, respecto a que la posibilidad de un sujeto en situación de urgencia de poder asistir a un espacio de guardia en salud mental público, permite habilitar un marco de contención que aloje y contenga, mientras se busca la intervención más

conveniente para continuar. Esto y que, es algo que los/as profesionales, tanto en sus significados como en las creencias emergió como importante en frases significativas como: “si alguien lo necesita se asiste, “si estamos se atiende”, siendo que lo urgente “no espera” contar con la presencia de profesionales que coordinen, trabajen en equipo, con atención interdisciplinaria e intersectorial como lo son las derivaciones o trabajos de externación, propician la habilitación de espacios de alojamiento y contención.

A modo de conclusión, me referiré a la situación particular del Hospital Colonia de Salud Mental. El análisis arrojó datos de suma significatividad para tener conocimiento del estado de la institución, en ciertos puntos del Hospital General de la localidad, además del lugar de los/as profesionales que habitan la primera. Dos elementos se considera que tuvieron gran participación en las entrevistas y en el análisis de las mismas como tal, que refiere a la asignación de recursos y la toma de decisión política, así como lo que establece nuestra defendida Ley de Salud Mental N° 26.657.

Lejos de instaurar quejas sobre la ley, ya que se considera es una herramienta que brinda y respalda a todos los usuarios y profesionales del campo de la salud mental con derechos, internacionales controladas y abordajes acordes al caso por caso, con equipos interdisciplinarios y corriendo del foco la medicación a no ser que sea necesaria. Hay elementos, o más bien metas que aún no se pueden alcanzar, y tienen que ver con un artículo crucial de la misma ley, como lo son la asignación de recursos para las instituciones de salud mental. Aunque el artículo 32 de la misma planteó, allá por el 2010 que de manera progresiva a la sanción de la misma, “en un plazo no mayor a tres años” se debería alcanzar un 10% de presupuesto en salud mental del presupuesto total de salud; esto aún hoy, año 2022, a 12 años de la Ley, no se cumple, ni está cerca de estar alcanzado.

Por lo que, es una lucha que como futura profesional de la salud mental me preocupa y conmueve, respeto a las verdaderas posibilidades que tienen las instituciones de salud mental de generar dispositivos que se adapten a la presente ley, y respecto al lugar en el que quedan los/as profesionales trabajadores de las mismas.

Para concluir, enfatizó la importancia que tiene esta investigación a nivel académico, e institucional para la localidad de Diamante, ya que aporta datos relevantes para el campo de la salud mental, en particular al Hospital Colonia de Salud Mental. Se apuesta porque el análisis y conclusiones arribadas en el presente Trabajo Integrador Final puedan servir a los/as directivos y profesionales de los Hospitales, General y Colonia de la ciudad, para seguir bregando por los derechos de los usuarios de salud mental y mejores condiciones de trabajo para quienes trabajan en las mismas.

Referencias bibliográficas:

- Abdala, N. (2022, 02 21). Pandemia: las consecuencias que dejó en la salud mental. *Clarín*, (9681). Recuperado en: https://www.clarin.com/viva/pandemias-consecuencias-dejo-salud-mental_0_119VfyBD5r.html?gclid=CjwKCAjw7p6aBhBiEiwA83fGuqSpY7wF2LZUgLK2Pu9Aic8G4WB6PDiAUS1BLITrskkzrLNX-AR-IxoCzSAQAvD_BwE
- Arellano, F. (2005). El dispositivo de la urgencia en un hospital general. “Un día de locura”. En I. Sotelo (Ed.). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Augsburger, A. S.; Gerlero S. S.(2004)”La inclusión de la subjetividad en la epidemiología: identificando nuevos paradigmas.” *Revista Psicología y Sociedad*, Número 16. Mayo; pp. 71-80.
- Belaga, G. (2004) (Comp) “La urgencia generalizada: la práctica en el hospital”. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
- Cardella, A. (2016, 21 de octubre). La Ley Nacional 26657, su texto y su contexto [jornada científica] 4as. Jornadas Científicas: “Salud Mental y Derechos Humanos”, Santiago del Estero, Argentina. Recuperado en: <https://apdh-argentina.org.ar/sites/default/files/u7/La%20Ley%20Nacional%2026657,%20su%20texto%20y%20su%20contexto.pdf>
- Centro de Estudios legales y laborales [CELS] (2020, 3 de noviembre) *A 10 años de la ley nacional de salud mental: propuestas para saldar una deuda histórica*. <https://www.cels.org.ar/web/2020/11/a-10-anos-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-propuestas-para-saldar-una-deuda-historica/>
- Díaz, R., Badano M. R. (2012) “Análisis de la entrevista. Frases significativas”. Maestría en Trabajo Social – FTS – UNER.
- Faraone, S., Barcala, A. (2020) “A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: Coordinadas para una cartografía posible”. Ed. Teseo.
- Ferrera, F. (2002) “Conceptualizaciones del campo de la salud” en “Teoría social y salud”. Ed. Catálogo.
- Freud, S. (1921) *Psicología de las masas y análisis del Yo*. En OC, T. XVIII. (1a Ed.) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. (1 Ed.). Ed. Paidós.

- Godoy, J. C., y López Steinmetz, C. (2021). *La pandemia, una lupa para ver los problemas de salud mental en Argentina – Saneurociencias*. Sociedad Argentina de Investigación en Neurociencias. Recuperado en: <https://saneurociencias.org.ar/2021/11/03/la-pandemia-una-lupa-para-ver-los-problemas-de-salud-mental-en-argentina/>
- Jean Claude, A. (2001) *Las representaciones sociales: aspectos teóricos*. En Jean Claude, A. (1 Ed.), *Prácticas sociales y representaciones* (pp. 11-31) Editorial Coyoacán, S. de C. V
- Jodelet, D (s/f). *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría*. En S.Moscovici. (Ed. 1.), *Psicología social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 469-494). Paidós.
- Kaminsky, G. (1994) Cap 1. *Propuestas*. En Kaminsky, G. (3 Ed.), *Dispositivos institucionales* (pp. 9-27)
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental (2010). Publicada en el Boletín el 02/12/2019. Argentina. Recuperada de: <http://fepra.org.ar>
- Langou G., Kessler, G., Della Paolera, C., y Karczmarczyk M. (2020). *Impacto social del COVID-19 en Argentina. Balance del primer semestre del 2020*. CIPPEC. Recuperado en: <https://www.cippec.org/publicacion/impacto-social-del-covid-19-en-argentina-balance-del-prim-er-semestre-del-2020/>
- Marradi, A., Archenti, N., Piovani, J. I. (2007) *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina. Emecé Editores S. A.
- Maxwell, Joseph A. (1996) *Qualitative research design. An Interactive approach*. Cap. 5: Métodos. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Motta M.; Necesitaba un abrazo [imagen] Recuperado en: <https://www.marcelamotta.com/MarcelaMottablancoynegro.html>
- Muñiz, M. (2014). *El abordaje interdisciplinario de la salud mental. Situación actual a partir de la ley 26.657 y el decreto 603/2013*. pp. 1-9. Recuperado en : <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/13445/1/abordaje-interdisciplinario-salud-mental.pdf>
- Nessier, L. (2020) *Efectos terapéuticos que se producen, tras el paso por una guardia interdisciplinaria en salud mental, ante una urgencia subjetiva*. Tesis de Grado Lic. en Psicología UADER. Paraná.
- Olabarria, B., y Mansilla, F. (2006). *Ante el burnout: cuidados a los equipos de salud mental*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12. (1) 1-14. Recuperado en: <https://pdfs.semanticscholar.org/16f7/0a070a35aa9b6f91dbe535de574dae8e7c05.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2004) “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2021, 7 de octubre). *Argentina presentó el nuevo Plan Nacional de Salud Mental junto con la OPS*. <https://www.paho.org/es/noticias/7-10-2021-argentina-presento-nuevo-plan-nacional-salud-mental-junto-con-ops>
- Perera Perez, M. (1999) *A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. Informe de investigación. La Habana.
- Petit, M. (2009). Prólogo. En: *El arte de la lectura en tiempos de crisis*. (pp. 9-29) Editorial Oceano S. L
- Quercetti, Florencia, Parenti, Mariana y Stolkiner, Alicia (2015). *Desafíos en el campo de la salud mental Argentina: un análisis a la luz de los actuales procesos de globalización y las políticas regionales*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado en: <http://www.aacademica.org/000-015/621>
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. Recuperado en: <https://dle.rae.es>
- Rojas, M. A., Santimaria, L., Fevre, M., Santimaria, G. (2014) *Incidencias de la ley nacional de salud mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras*. *Anuario de Investigaciones*, XXI (),131-137. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994057>
- Simón, L. (2016). *Características y aspectos relevantes de las intervenciones en urgencias. Un estudio con profesionales que trabajan en el dispositivo „equipo soporte interdisciplinario para la asistencia de urgencias en salud mental, en guardias de hospitales generales (e.s.u.s) de la ciudad de Santa Fe*. Tesis de Grado Lic. en Psicología UADER. Paraná.
- Sotelo, M. I., y Belaga, G. (2005) *Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia*. Revista de Investigación UBA (Recuperado en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo1.pdf
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. 1ra ed. Buenos Aires, Argentina. JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2011). *Los dispositivos asistenciales para la urgencia en salud mental*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad

de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado en:
<https://www.aacademica.org/000-052/873>

- Sotelo, I., Belaga, G., Rojas, A., Leserre, L., Santimaria, L., Coronel, M., Mèndez, P. Gabriela, M., Antonella S., Moraga, P., Marini, M., Mazzia, V., Paturllanne, E., Cruz, A., Tustanoski, G., Fazio, V., Castro, M., Triveño, G., Fevre, M., Santimaria, G., Rodriguez, L. y Grischpun, L. (2013). *Los dispositivos para alojar la urgencia en salud mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado en:
<https://www.aacademica.org/000-054/889.pdf>
- Sotelo, I. (2015) *Datus. Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Editorial Grama
- Stolkiner, A. (1986) *De interdisciplinas e indisciplinas*. En Elichiry, Nora (Comp) (1987) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. (pp. 313-315) Bs As: Ed. Nueva Visión
- Stolkiner, Alicia Sobre el artículo: *Hacia la Construcción de una Política en Salud Mental* Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XVII, núm. 2, 2008, pp. 167-171 Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina
- Stolkiner, A. (2016) *Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental*. En Dossier de Salud Mental. Revista Soberanía sanitaria. Recuperado en:
<http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental>
- Stolkiner, A., Ardila Gómez, S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanas*. Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría.

ANEXO: Entrevistas:

Entrevista N° 1:

- La siguiente entrevista fue realizada a un Técnico Universitario en Acompañante Terapéutico del Hospital Colonia de Salud Mental de la ciudad de Diamante. La misma se realizó el día 13 de abril con una duración de 55 minutos de -09:11hs a 10:04 hs. Anónima.

Datos de Contexto de construcción de la representación:

Lugar de residencia: Diamante.

Años de trabajo en la institución: 8 años.

Profesión: Técnico universitario en acompañamiento terapéutico.

Otra formación: Operador comunitario en consumo problemático.

Años de experiencia en su puesto actual: 3 años.

Participación/función en la institución: Dispositivos AT, elaboración de proyectos institucionales.

Observaciones: La primera entrevista se planeó para realizarse el 7 de abril con la Directora de la institución, pero al llegar al ingreso de la misma el encargado se comunica con la Directora y esta le dice que no podrá recibirme. Ante esto, me contacto para acordar un nuevo día y horario y se pacta un nuevo encuentro para el día 13 de abril.

Al llegar el día le escribo unos minutos antes para confirmar el encuentro, a lo que la Directora me envía un mensaje de audio vía Whatsapp: *“Hola Camila, ¿Cómo estás?, buen día. Mira, disculpa que te molesta, vos vas a pensar que yo no te quiero atender, pero no es así. A las nueve tengo la capacitación de la Ley Micaela y a las once hs reunión de equipo. Si vos quieres venirte igual, para no dilatarlo, venite, yo hablo con alguno de los, puede ser con el acompañante terapéutico y que, él te indique, acompañe en lo que vos necesitas, te parece (...).”*

Al llegar a la institución el profesional me busca para ingresar y me invita a pasar a la oficina. Es un gabinete que comparte con otro compañero de la misma disciplina, que en ese momento no se encontraba. Era una habitación de mediano tamaño, iluminada, que se armaba con una mesa en medio y 4 sillas, dos de cada lado. Del lado del profesional, por detrás, se ubicaba una mesa con una computadora de escritorio. La puerta es de madera, con pestañas de ventana que pueden abrirse, pero se encontraban cerradas, además de tener un pestillo (traba) que cerraba la puerta.

Entrevistador: Comenta el tema de investigación y el marco en el que se realiza mientras se acercan al espacio donde se realizará la entrevista.

Entrevistado: para empezar, existen dos tipos de internaciones según la ley, la involuntaria y la involuntaria; esto ya marca una diferencia en el tratamiento. Por ejemplo: en la internación voluntaria, el usuario, tiene todo el derecho digamos de dar por terminado el tratamiento y salir por la puerta que entro, y no tiene ninguna consecuencia. En la internación involuntaria es diferente porque es el equipo quien decide el alta clínica, pero de todos modos también se puede ir, no se lo puede retener, pero si hay un protocolo donde se le tiene que dar aviso a la policía.

No así de los que vienen, que son internaciones involuntarias por parte del juzgado. Esas son situaciones derivadas del juzgado, que son medidas de protección, que eso si se establece un plazo de tratamiento; generalmente no se establece de antemano. Generalmente se deriva al Hospital Colonia para tratamiento, por ejemplo, no sé, situación de un homicidio, y después se van pidiendo informes al equipo tratante y el equipo del juzgado va evaluando qué medidas tomar, Por ejemplo: realizar salidas transitorias, visitas a los familiares, y después, más allá que el equipo, es decir cuando el paciente está en condiciones de tener el alta, son ellos quien tienen la potestad digamos de sacar la medida de seguridad, levantarla, y que la persona pueda salir del hospital. Esas son dos cosas diferentes, lo aclaro porque por ahí, no sé, en el imaginario que acá vienen asesinos, no sé, está el estigma. Son personas que cometieron delitos ante la ley pero en realidad hay todo un aparato que considera que tiene que cumplir tratamiento ahí, y nosotros, sobre todo trabajadores, profesionales no podemos quedar ahí engrapados en el discurso... Más allá de que pasa, porque se repite acá, digamos de estigmatizar a una persona que cometió un homicidio digamos, y no abordarlo como una problemática de salud mental.. Lo aclaro porque es algo que pasa en todas las instituciones monovalentes, nosotros estamos en contacto permanente con otras instituciones y es algo que aparece.

Entrevistador: **¿Es un discurso que circula?**

Entrevistado: Si, digamos. Tiene que ver más con una cuestión social o, ese estigma asociado del estigma a la peligrosidad viste, por desconocimiento y miedo y se engloba todo dentro de lo mismo.

Entrevistador: **¿Consideras que más allá de los avances que trajo la ley hay discursos que se mantienen vigente?**

Entrevistado: Si, está vigente. Y como te decía, no solo está vigente en la sociedad sino que se replica en, quienes son parte también de la sociedad, en los mismos trabajadores, profesionales, en los equipos incluso. Ahora, nosotros por ahí trabajamos...trabajamos mucho con el equipo de Victoria, del Hospital Salaberry, ellos derivan mucho acá, argumentando generalmente que no se puede contener al usuario. Y por ejemplo, posturas así de ese tipo, se presentan frecuentemente, ya tienen una carga de esto se: tiene que estar encerrado porque no podemos hacer más nada. Nosotros consideramos la internación como un recurso terapéutico pero el último recurso. Entonces, cuando nosotros indagamos que se hizo antes, que dispositivos intervinieron, qué propuestas, no aparece nada en realidad; aparece la medicación, pero al margen de eso no hay nada. Entonces decís, como los propios equipos abordan así los problemas y después... Entonces, la ley está, es un marco que regula, va que tendría que regular las prácticas, pero que muchas veces no se aplica.

Entrevistador: **¿Consideras que tiene falencias?**

Entrevistado: En realidad, podríamos hablar de esto, porque también hay una realidad que es el tema presupuesto, que cuando entras a indagar un poco; Nosotros por ejemplo, estamos hace bastante peleando (risa), por es una pelea, para hacer una casa de medio camino en Diamante. Porque, otras de las situaciones es, que tenemos usuarios con muchos años de internación, que han perdido sus vínculos familiares, que no hay una red de contención para cuando el alta se produzca ese usuario tenga donde vivir, quien, no sé, quien pueda establecer con él el retorno a la comunidad. Por ejemplo una persona de Paraná, obviamente que estuvo acá parado en el tiempo, que veinte años después se le da el alta y sacarlo y decirle: anda para allá, chau. Los vínculos muchas veces se perdieron o, muchas veces hay situaciones por ejemplo que no hay vivienda o demás, entonces bueno necesitamos de esos dispositivos intermedios en muchos casos. No podemos justificar o seguir justificando una internación por una problemática social como lo es la falta de vivienda. Porque incluso la ley lo marca, que la internación se puede prolongar otras problemáticas sociales, pero en la realidad te encuentras con que no están esos dispositivos todavía y tampoco hay recursos. Entonces, el equipo queda engrapado en eso, que el usuario está en condiciones de ser externado pero si lo extendemos queda en la calle, quedas ahí; se tiene que hacer todo un trabajo de articulación, buscar alquiler, los alquileres son todo un tema también, porque ellos generalmente están en situaciones precarias, cobran una pensión mínima, la mayoría pensión mínima no contributiva, que se la dan acá por discapacidad, que hoy debe andar alrededor de los 23.000 pesos. Y hoy tener un alquiler legar con papel y todo, con las garantías, eso hace que se precarice ya el lugar donde van a vivir, porque alquilan en negro entonces no tienen mucho que exigir, las condiciones no son las ideales; después el consto que implica vivir y cubrir

necesidades básicas que acá están cubiertas, por ejemplo la alimentación. Por eso, me fui de tema, pero el tema de la ley, pasa eso, que por ahí hay algunos grises, algunas cuestiones que quedaron ahí, no digo que se tengan que re evaluar; pero nosotros nos hemos dado cuenta que sin un presupuesto adaptado en realidad es difícil, porque hay muchas cuestiones que tienen que ver con la externación, pero bueno, se trabaja para eso de todos modos.

Entrevistador: En relación a esto que me estás comentando, yo vi una noticia de que el hospital trabaja en un plan de externación. **¿Cómo se está llevando a cabo la externación de usuarios? ¿Hay áreas en la ciudad que implementen acciones comunitarias de inclusión en salud mental?**

Entrevistado: ¿Vos te referís al plan de adecuación, puede ser?

Entrevistador: Al plan de externación de los usuarios que se encuentran internados en el hospital. La noticia fue de un medio de la ciudad, el hospital la compartió.

Entrevistado: Porque una cosa es el plan de adecuación y otra el plan de externación. Ahí te entendí, te había malinterpretado. Si, hay diferentes dispositivos dentro del hospital que se apuntalan en reformar y dar herramientas que después el usuario pueda desarrollar y desenvolverse en la sociedad, por esto que te decía. Porque ¿Qué pasa? Las últimas internaciones que ha habido, salvo las que son derivadas del juzgado, por ejemplo, son generalmente breves. La persona ingresa, hace un tratamiento, en caso de una crisis aguda que lo desestabiliza, una vez que se estabiliza se da de alta y continua con su vida. Esto comienza a partir de la ley de salud mental y no tan a partir. Llegó un tiempo por ahí que se empezó a entender que la persona no se tenía que quedar a vivir acá cuando ingresaba, sino que tenía que cumplir un tratamiento, como cualquier tratamiento en salud digamos. Pero qué nos pasa, nosotros, la colonia se inauguró en el '94, en el '96 llegaron los primeros pacientes, porque eran pacientes no eran usuarios, incluso al día de hoy alguno de ellos quedan; entonces, ¿Qué nos pasa? tenemos que trabajar con usuarios que hace 20, 30, 35 años están internados y que, como te decía hoy, esto es una comunidad cerrada; si bien el hospital hace más de una década comenzó a abrir sus puertas, los usuarios empezar a salir, a concurrir a eventos; si alguna vez fuiste al festival ellos siempre van, al corso de Strobel, al motoencuentro, a las ferias. Eso no siempre se hizo, lo que nos pasa es que hay usuarios, algo básico, no saben, porque nunca lo implementaron, no saben usar el cajero automático; ellos tienen su tarjeta, la tarjeta generalmente está acá en una área que se llama "arancelamiento" que siempre se acostumbraba que el trabajador de acá sacaba el dinero, lo dejaba ahí y el usuario lo retiraba. Nosotros por ejemplo, en el sector de acompañamiento terapéutico junto con

las psicólogas y trabajadoras sociales, empezamos a trabajar esas cuestiones. Por ejemplo, realizado salidas para que el usuario pueda manejar el cajero automático, pueda usar su dinero, pueda comprar con crédito; porque cuando el usuario es externado no va a contar con todo este.. esta dinámica que hay acá, se las tiene que arreglar solo. Porque hay casos en que los familiares que acompañan y casos que no, la persona no tiene digamos ningún familiar que acompañe. Entonces nosotros comenzamos a trabajar dentro de estos ejes, hay dispositivos que apunta a esto, el mayor grado de autonomía que pueda adquirir esa persona para el día de mañana, que sea externado, pueda tener una adaptación lo más pronta posible. O por ejemplo, otro dispositivo, el dispositivo de cocina, le brindan herramientas para aprender a cocinar. Hábitos de higiene, hábitos saludables, deportes; hay una kinesióloga también que tiene su dispositivo y trabaja muy bien. Hay dos psicopedagogas también que trabajan en cuestiones relacionadas a la educación; hay una unidad educativa que funciona acá que es para escuela primaria, pero que brinda la posibilidad a los usuarios de terminar la escuela primaria. Y lo que te decía de las psicopedagogas, ellas trabajan con una plataforma, creo que se llama “ATAMA” o algo así, que su función es poder continuar los estudios secundarios online, de forma virtual. Entonces, ahí hacen un trabajo más personalizado pero están cursando con el acompañamiento de las psicopedagogas, dentro del hospital, proyectando para el día de mañana, cuando sea externado, el tiempo que pasó acá, además de abordar sus problemáticas no se detengan todos los demás aspectos de su vida; que no quede acá, y deje de hacer lo que le gustaba por ejemplo. Siempre se apunta a que el tratamiento sea adaptado al deseo del usuario, a sus necesidades y que no sea estandarizado. Antes se acostumbraba mucho a eso, se armaba un taller, entonces en el taller se intentaba encajar al usuario ahí, no importaba si eso tenía o no que ver con el usuario, si le iba a aportar un recurso el día de mañana. Simplemente se le enseñaba eso para que haga algo, entretener.

Nosotros por ahí cambiamos, cambiamos, tenemos otra visión de la salud mental como un proceso, un proceso que está determinado por múltiples factores no solamente factores biológicos, psicológicos, sino también factores culturales, económicos y sociales, que tienen que ver con esto, con la singularidad de la persona, de un sujeto. Entonces, en base a eso, las propuestas, esto que vos leíste digamos, tienen a esto; por ejemplo, de nada le va a servir a un usuario que, por ejemplo que sabe manejarse afuera en hacer compras, cocinar, y de más porque ya lo hacía, que nosotros lo incluyamos en un dispositivo de cocina, si él ya lo sabe hacer, a no ser que sea de interés de él. La propuesta también debe venir de los usuarios, sino quedamos siempre en un lugar asimétrico en la que intentamos bajar una línea y que el usuario se adapte a eso, por suerte ese modo está cambiando.

¿Pudiste ver en la entrada que hay un buffet, la cafetería que nosotros llamamos? Ese antes se llamaba dispositivo kiosco, incluso funcionaba acá. bueno, en ese dispositivo por ejemplo, en este momento hay dos usuarios que están, ingresaron acá por el juzgado, hace muchos años que están acá por

diferentes motivos; estos usuarios tienen un trabajo hoy en día acá, trabajo que es remunerado digamos, se les paga, ellos atienden no solo a las personas acá sino a las personas que vienen al consultorio externo de psiquiatría. Y bueno, tienen un trabajo y están a la par con, hay una musicoterapeuta que es la encargada de la cafetería en este momento, y el dispositivo tiene que ver con eso; no es un taller ocupacional o, por decirte, donde se produzcan productos por decir así, sino que es un dispositivo que busca desarrollar habilidades o recursos que tengan que ver con lo laboral, para el día de mañana, por ejemplo, por decirte, puedan tener en su curriculum que estuvo trabajando como atención al público en una cafetería. Porque también entendemos que esto va a ser más útil que, por ahí, que algo que no tenga nada que ver con sus intereses pero se lo incluya de igual manera para tenerlo entretenido.

Con respecto a con qué áreas trabajamos, nosotros entendemos que es fundamental el trabajo intersectorial, la articulación con las demás instituciones, por esto que te decía que entendemos a la salud mental como un proceso. Y entendemos que no se pueden abordar solamente desde el aspecto sanitario porque de nada le va a servir a una persona que establezca su cuadro o su situación digamos subjetiva, y después se vaya y no tenga donde vivir o no tenga que comer. Por ejemplo, en los casos que se han dado externación acá en la localidad hemos articulado por ejemplo con los comedores municipales, que eso le posibilita a la persona, al menos de lunes a viernes, cubrir sus necesidades básicas de alimentación. También articulamos con educación acá también, si bien con la pandemia, ahora recién está funcionando de nuevo, había usuarios que iban, hacían la secundaria semipresencial es ESJA en la escuela independencia, y después volvían acá. También hicimos convenio con los clubes, creó con el club atlético hay un convenio de colaboración recíproca. Y bueno, ahí ya te mencione: educación, deportes, bueno también, en relación a la vivienda, hay un grupo de usuarios que están inscriptos en los programas de vivienda, que después van por sorteo. Bueno, después obviamente están los sectores de salud, con el área de salud, con el centro de salud municipal, hace poco tuvimos una reunión con Ulises -Coordinador de Salud- y para nosotros es fundamental armar una red de trabajo intersectorial. Porque justamente apostamos a la inclusión a la integración del usuario después de la sociedad, no podemos nosotros aislarlo y pretender después que ese usuario tenga herramientas, si ni siquiera nosotros desde la institución trabajamos articuladamente con otras instituciones. Pero, es un trabajo difícil también, porque siempre, por empezar, el tiempo, nunca hay tiempo por ahí, es muy difícil reunirse, porque cada área, sector tiene sus demandas, pero se está intentado establecer que no se puede trabajar de forma independiente, porque no da resultado y además agota las instancias. Si bien son objetivos más macro, se pretende eso, lograr un trabajo articulado y además que cada institución conozca el trabajo de la otra. Por ahí, nos ha pasado de reunirnos y darnos cuenta que, por ejemplo, nosotros no sabíamos de los talleres culturales que tenía la municipalidad, o

los talleres que tiene la coordinación de educación de adultos, eso también lo remarco. Antes de la pandemia se vino trabajando mucho tiempo con lo que es coordinación de jóvenes y adultos, con las diferentes propuestas de formación laboral, por ejemplo, carpintería, herrería, costura, panadería, todas estas propuestas que se daban en la comunidad propiciaron la inclusión del usuario. Imagínate lo bueno que es que puedan pensar actividades fuera de la institución, justamente haciendo hincapié en el trabajo intersectorial de la inclusión del usuario en la comunidad. También en un tiempo participamos de la feria verde que se hacía, que estaba a cargo de una chica del INTA, se había armado un dispositivo de huerta acá, y después los usuarios participaban en la plaza, y bueno todo eso fomentaba el trabajo comunitario viste. Seguramente muchas cosas se me escapan pero hay, se viene trabajando de este modo.

Entrevistador: ¿Cuáles son las demandas que recibe mayoritariamente el hospital? ¿Cómo se resuelve la atención? (En términos de atención ambulatoria, internación o derivación).

Entrevistado: los datos estadísticos yo no los manejo, hay un sector que se llama “estadística” que si quieres después te puedo hacer el contacto en cualquier caso. Pero bueno, acá funciona en el hospital lo que es un consultorio externo de psiquiatría, el único efector en la ciudad que aborda esta demanda. Siempre está lleno, así que la demanda es enorme, esto nos permite a nosotros también hacer una lectura, de que sería re importante, incluso la **ley lo marca**, si bien se está trabajando aún no, está traccionando eso; bueno, lo ideal, o a lo que se apunta, es que el Hospital San José, que es un hospital público general, también esta demanda se pueda diversificar digamos por así decirlo, y no quede solamente en el Hospital Colonia al consultorio externo de psiquiatría. Por un montón de cuestiones digamos, por empezar, por la carga y lo estigmatizante que sigue siendo para una persona venir hasta la colonia a ser evaluado; hay un dispositivo de admisión conformado por tres profesionales que evalúan.

Entrevistador: ¿Qué profesionales conforman el dispositivo de admisión?

Entrevistado: generalmente hay una psicóloga, trabajadora social y un enfermero; esto va variando, generalmente, no está establecido que tienen que ser esas tres profesiones pero son las que generalmente están abocadas a ese dispositivo.

Ese dispositivo de admisión evalúa si la persona que consulta es necesario que haga tratamiento psiquiátrico, porque es un consultorio externo de psiquiatría, si necesita internación, siempre internación voluntaria o, simplemente puede ser derivado a tratamiento psicológico en el CIC (Centro

Integral Comunitario) o el Hospital General, porque acá no hay consultorio externo de psicología, si hay en centros de salud de la ciudad. Entonces, este dispositivo como te decía evalúa la necesidad y la demanda, si es necesario que se inicie un tratamiento o no. Porque muchas veces son consultas digamos que no requieren un tratamiento.

Entrevistador: Entonces **¿La atención psicológica solo se le ofrece a los usuarios de la institución?**

Entrevistado: Claro, el usuario generalmente se le brinda un tratamiento psicológico, psiquiátrico, también, somos dos técnicos en acompañamiento terapéutico, hay también como te decía otras áreas como psicopedagoga, psicoterapéutico, kinesióloga, profesores de educación física, ellos están más abocados a dispositivos, no a consultorio. Pero lo que es a la comunidad, a quienes no son usuarios, que viene de afuera a recibir tratamiento solo se ofrece atención psiquiátrica. Eso también, como te decía hoy, por empezar no nos dan los recursos; hoy en día debe haber 53 usuarios, y hay 3 psicólogos, por ahí se re dificultaría recibir demandas externas, no se daría a basto. pero bueno, por suerte hay en la comunidad atención psicológica. Después hay servicio de enfermería las 24hs, eso si, el enfermero en la sala está las 24hs. Por ejemplo, como generalmente los psiquiatras concurren a la mañana, cuando hay situaciones a la tarde o fines de semana, es enfermería, hay un jefe de enfermería y tres subjes, y cada sala, que hay tres salas tiene su jefe de enfermería. A lo que iba es que el servicio de enfermería brinda atención 24 hs., en los casos que ocurren o que vienen derivados del juzgado es el enfermero el primero en recibir la situación.

También, los psiquiatras, más allá de que concurren a la mañana tienen una guardia pasiva, que en ese caso deben concurrir acá, evaluar la situación y abordarla. Los psiquiatras digamos no cumplen guardias pasivas, no es que si están en su domicilio y llega una citación un miércoles a la tarde y ellos estuvieron a la mañana se van a hacer presentes y van a venir a evaluar esa situación. En realidad no, no, a guardia acá se le llama habitualmente cuando vienen, como no vienen todos los días, el día que vienen se le dice el que está de guardia

Entrevistador: **¿Puedes ubicar algo en relación a la sintomatología que más se presenta en la actualidad?**

Entrevistado: bueno viste que te pregunte por el tema, es por ejemplo es una falencia del hospital, que como te decía, en realidad debería haber, yo creo que en el hospital escuela hay un equipo que cumple digamos, está abocada a la urgencia, a las guardias. Acá nos pasa esto, no somos muchos y tenemos que abordar dispositivos, externación, atención, articulación; entonces de cierto modo se va

deteriorando la calidad del servicio. No digo que no se cumplan los objetivos ni nada, pero obviamente que si vos tenes un equipo abocado únicamente a lo que es por ejemplo urgencias sería mucho mejor. Pero bueno, actualmente no contamos con eso.

Mira, la sintomatología últimamente hay mucho de consumo problemático y depresión, también, yo lo que pasa te soy sincero, en realidad, a lo que es el diagnóstico clínico los A.T no hacemos diagnóstico. Nosotros por ahí, que es nuestra profesión, abordamos el diagnóstico situacional, no es que no lo tengamos en cuenta o lo descartamos pero tratamos de no centrarnos únicamente en la sintomatología específica del diagnóstico. Porque eso muchas veces termina siendo una cuestión burocrática. Acá se ve mucho, en los certificados de discapacidad, hay personas que se las clasifica, porque es una clasificación, en una esquizofrenia para que se le otorgue certificado. Sin embargo muchas veces se está en duda, una persona puede traer ciertos síntomas pero no sabemos también si es parental, no sé si se entiende digamos. Pero bueno si, en los usuarios que están actualmente te diría que 60% tiene diagnóstico de psicosis, es lo que ha ido quedando. Los diagnósticos generalmente son psicosis y mucho consumo problemático de sustancia.

Lo de consultorio externo no te lo podría decir porque no tengo esa información pero se podría conseguir; hay una persona que es la encargada del sector de estadística que ellos tienen toda esa información. Pero como te dije hoy, en muchos casos requiere tratamiento y en otros no.

También muchas situaciones de violencia digamos, también abuso. El otro día hablábamos con Ulises -Coordinador de Salud- respecto a la cantidad de abusos, y las que se conocen, que llegan a ser denunciadas, después hay muchísimos que no se reportan, denuncian. De eso se ven mucho las consecuencias después en la salud mental y en la consulta. Después de una situación de violencia o de abuso derivan por supuesto en un tratamiento, y lo importante es que se cuenta con esa herramienta. Pero nos pasa eso como te decía, que nosotros por ahí estamos intentando revertir que no solamente digamos haya una atención en un consultorio externo de psiquiatría, sino por ejemplos ahora, lo que estábamos haciendo, un proyecto en realidad que lleva años el proyecto, estuvo parado por la pandemia; pero la idea es abrir un hospital de día. El hospital de día la idea era que funcione afuera, pero bueno no contamos por ahí con los recursos. La idea esta, no sé si conoces espacio mandala.

Entrevistador: no conozco.

Entrevistado: Espacio mandala era una sala de internación y después se transformó en una sala con distintas propuestas terapéuticas; la idea es que ahí pueda desarrollarse un hospital de día. La idea es para personas que necesitan por ahí un tratamiento ambulatorio sin discriminar también por género, no se si te diste cuenta acá que son todos hombres o personas reconocidas por el sexo masculino. Y

nosotros por ahí, esa es otra carencia del hospital, el abordaje de las problemáticas que discriminan por género digamos, que tendrá que ver ¿no? Si solo los varones tuvieran que tener tratamiento.

Entonces, nosotros lo que proponemos era la apertura de este hospital de día, que se aborden otros tipos de problemáticas, que sean ambulatorias. Que si bien se desarrollarían acá, que contamos con el espacio físico, la idea es también que las personas empiecen a referenciarse con el hospital no solo como un lugar de internación, de estigma, sino como un lugar de tratamiento de salud mental digamos. Eso por un lado, el hospital de día, y por el otro, la casa de medio camino que eso es algo que está bastante avanzado, eso sí va a quedar exclusivo para usuarios, por las problemáticas que te explicaba que, están dadas las condiciones de alta pero no las condiciones naturales. Entonces bueno, en ese sentido, si bien se aborda y se atiende la demanda del usuario que ya está acá, todo el tiempo se está pensando y proyectando en construir otros espacios que empiecen a derriban los muros materiales e imaginarios que hay respecto a la locura, la peligrosidad, el estigma; y entender a las problemáticas de salud mental como parte de la salud integral digamos.

Entrevistador: Vos me comentabas que los enfermeros realizan guardias de 24hs, ¿estas son solo con los usuarios del hospital? Es decir ¿Respecto a una demanda espontánea, por una urgencia, se reciben en el hospital?

Entrevistado: No, osea, si hay alguna situación por ahí que se presenta en el Hospital General San José, ahí si viste que está la atención de enfermería y médicos las 24 hs, aunque creo que las guardias de los médicos son generalmente pasivas. Siempre van a ir primero al hospital San José, si el equipo de ahí evalúa que no puede contener la situación o que requiere tratamiento, o en una crisis aguda que se requiere medicación, o lo que se llama un SOS que es un inyectable, ahí sí se deriva. Y si son situaciones en que intervino la policía es re complicado, porque encima que la persona está en crisis, imagínate también que te traiga la policía, todo un tema. Pero, pasa, que por ejemplo pasa a la tarde o fines de semana, que es una situación que el Hospital General no puede abordar, y ahí se deriva digamos o se traslada acá -Hospital Colonia- y después digamos, ya te digo si es una internación involuntaria no pasa por el dispositivo de admisión, si requiere admisión puede ser que tenga una internación breve, de 48hs si no me equivoco, y en esas 48 hs. el equipo tiene que determinar si es viable el tratamiento, si es necesario o no, simplemente fue una crisis que se abordó, fue el momento y después se verá. Porque en realidad nosotros consideramos, como te comentaba, la internación sea el último recurso, pero para que sea el último recurso también tenemos que tener otros dispositivos en la comunidad que justamente hagan un trabajo de prevención y de promoción; y no llegar directamente a la crisis. Esto es lo que pasa generalmente, al no haber, o por ahí la persona al no consultar bueno,

deriva justamente en situaciones críticas que después ya estalla, y tiene que abordarse la problemática ya en otro grado, en otra situación. Pero respondiendo puntualmente a la pregunta, por ahí pasa eso, si el Hospital San José que es el que tiene el servicio las 24hs de atención no puede contener la situación o considera que no está dentro de su competencia si, se deriva para acá, por derivación. Así también por ejemplo, cómo te decía hoy, otros efectores como Victoria o Crespo, siempre el tratamiento se tiene que hacer en el efector más cercano a la localidad. Entonces Diamante engloba lo que serían esas zonas, las zonas de Crespo, Valle María, incluso llega a Victoria, porque de los cuatro monovalentes, Diamante es el más cercano entonces. Si por ejemplo, es una situación donde interviene un juzgado bueno, deriva al Hospital Colonia de Diamante. Aparte de que en las demás ciudades no haya también dispositivos de salud mental digamos, que aborden estas problemáticas, por lo que se termina cayendo siempre en la internación. Pero también entendemos que 12 años después de la ley, todavía no es nada para modificar todas estas formas de trabajo y la perspectiva que se tenía en los centros de salud mental. Nosotros consideramos que va a ser un trabajo muy a largo plazo, porque incluso hay muchas, como te decía, resistencias internas. También el trabajo interdisciplinario genera mucho recelo; hay muchas posturas diferentes por la misma formación. No todos tienen una formación digamos de salud mental comunitaria, que haga hincapié en los derechos humanos; hay otras formaciones por ahí que no están emparentadas con eso, o lo están pero desde otros lugares, entonces siempre hay tensión por decirlo así.

Pero bueno, es un campo muy amplio y obviamente siempre va a haber discordias, diferencias y de más; pero lo importante es siempre nosotros por ahí, con mis colegas es auto emprendernos como una tarea diaria, de día a día seguir promoviendo este tipo de abordaje, y que bueno y respetar la ley que si bien va a ser siempre cuestionada, al día de hoy siempre que pasa algo o ves una noticia no sé, por ejemplo ves una noticia que dice que una persona esquizofrénica mató a otra, y de eso se arma toda una escena que en realidad tiene otros intereses por detrás que son de corporaciones médicas y que tienen mucha fuerza. Sabemos que siempre va a estar cuestionado nuestro trabajo, que se va a intentar volver atrás, pero también depende mucho de nosotros como trabajadores del campo forzar o trabajar en pos de que esto se mantenga vigente.

Entrevistador: es muy interesante todo esto que traes en relación a la Ley de Salud Mental con lo real de lo institucional, en relación a los movimientos que pudieron comenzar a darse en las instituciones pero como todo es una construcción progresiva. Pero también, respecto a las dificultades reales que puede tener su aplicación, y las discordias que moviliza dentro de las instituciones mismas, con sus trabajadores.

Entrevistado: por eso yo te decía hoy que, nos pasa en las reuniones de equipo y reuniones con otras instituciones que por ahí inconscientemente, porque hemos trabajado con un montón de cuestiones propias, que si uno no las trabaja surgen digamos, claramente porque todos además de una formación académica estamos influidos por nuestra cultura, por lo social y toda esta tendencia a la discriminación, la estigmatización, está y está vigente. Y bueno, por eso te decía que es un trabajo diario, y nosotros nos pasa mucho con los propios colegas, viste esto también, del loco peligroso, “viste que un esquizofrénico mató”, entonces osea, que la ley, y esto de cuestionar,. Entendemos que si por empezar no abordamos situación por situación, no consideramos eso, estamos cayendo en lo mismo que se hacía antes digamos, en englobar todas las problemáticas o todas las situaciones en general, en lo mismo, anular la singularidad y subjetividad de cada persona y, bueno, hacer tratamiento estandarizado que contengan y excluyan de la sociedad lo que a la sociedad no le gusta ver. Bueno ahí ya me voy de tema pero es algo que pasa viste, incluso acá.

Te voy a decir lo que es la lógica manicomial, hay cuestiones por ejemplo que el usuario tiene que cada dos o tres días afeitarse, y eso ¿A qué responde? en realidad responde ¿A qué criterios? ¿Qué beneficios aporta en términos de salud mental que un usuario tenga que afeitarse casi todos los días? Y en realidad responde, si uno revisa un poco, a lógicas militares que tienen que ver con cuestiones de antaño, pero que se mantienen vigentes, y que generalmente ni siquiera se cuestionan. Nos ha pasado por ahí que un usuario joven que ha entrado con pelo largo y barba, y que sin embargo ha tenido que modificar su forma de ser para adaptarse qué criterios que en sí, si uno se pone a indagar, ni siquiera tienen un fundamento escrito y que son prácticas que están instauradas y establecidas así, instituidas y que bueno ni siquiera son cuestionadas por los propios trabajadores viste. Es gra, es grave, pero como te decía hoy, nosotros a veces sin darnos cuenta también caemos en algunas cuestiones de esas; pero tratamos por ahí sí, de cuestionar todo el tiempo como el modo en el que trabajamos, porque tampoco es que la ley nos brinde todas las herramientas para hacer las cosas de un modo que tengan el impacto esperado, las consecuencias son re diversas digamos en representación de la ley. Pero si creemos, que es necesario estar constantemente cuestionándonos y revisando nuestras prácticas digamos, para no perpetuar estas cuestiones que se fueron perpetuando que te decía, y que todavía siguen vigentes.

Entrevistador: **¿Qué significa para vos un dispositivo de guardia?**

Entrevistado: yo te diría primero que en términos generales primero, en términos más macro digamos, la pregunta la tengo que asociar a lo que es la asignación de recursos, es decir que no se pueden pensar en dispositivos de guardia sin asignación de recurso, sin los recursos adecuados digamos, y eso bueno ya refiere a cuestiones de medidas políticas, políticas sanitarias ¿no? Es decir, primero pensar y

elaborar una estrategia que contemple el dispositivo de guardia como un recurso necesario en una comunidad, en una ciudad, en situaciones digamos.

Después bueno, entiendo que la pregunta es dispositivo de guardia en salud mental, cuando pienso en un dispositivo de guardia bueno pienso en, no sé si en un equipo pero, por lo menos en profesionales, digo profesionales porque obviamente tiene que ser interdisciplinario, que puede estar constituido por lo menos por más de un profesional digamos; equipo sería como lo ideal pero bueno, lo pienso en esto en la conformación de un equipo que esté dispuesto y disponible a abordar una descompensación, una crisis digamos, una emergencia subjetiva que lo requiera Pero que yo no la pienso como anclada en una institución, sino más bien como un dispositivo dinámico digamos. Es decir, que pueda por ejemplo acercarse a un domicilio cuando se presente una situación, que pueda ser, digamos, no se si suplantar sería la palabra, pero que pueda complementar digamos el trabajo que se intenta hacer desde la justicia. ¿A qué voy con esto? Ya que por ahí en cierta situación puede intervenir por ejemplo, la policía, y bueno, se va a actuar más desde la fuerza, desde otra lógica, en cambio el equipo obviamente va a tener, un dispositivo de guardia tiene otros recursos para intervenir. Eso por ahí lo que se me ocurre que te podría responder, pero bueno, creo que todo tiene que ver cómo te decía, con una estrategia y una política digamos que no se puede implementar sin los recursos necesarios, es decir, trabajadores no precarizados, condiciones dignas digamos y bueno, con los medios necesarios, como te decía, un abordaje en la comunidad implica la, también la necesidad también de un recurso de movilidad, por ejemplo, tener disponible una ambulancia, un vehículo con un chofer que te pueda trasladar hasta el lugar, que el equipo mismo cuente con ese recurso. Como que una cosa no puede darse sin la otra ¿no?

Y bueno, para finalizar te diría también que me parece necesario deconstruir la noción también de guardia como un equipo expectante de superhéroes a la expectativa de que pase algo y que se solucione ¿no? porque siempre se tiene esta noción de problema-solución, sino bueno que tenga una mirada más amplia porque ya sabemos que estas situaciones cuando se presentan hay toda una transversalidad de situaciones que derivan, en una crisis por ejemplo. Entonces, también no trabajar, no esa presión del equipo que resuelve la crisis, sino que, en el momento que intervenga ahí después pueda haber, pueda continuar una intervención, se pueda derivar por ejemplo a otro dispositivo, no que se tapone la crisis digamos ¿me entender? sino darle espacio, después a trabajar sobre eso ya sea en otros dispositivos o en otros sectores digamos pero, pero que no quede en una intervención aislada, a eso me refiero.

Entrevistador: **¿Existió en algún momento en esta institución algún servicio o dispositivo de guardia?**

Entrevistado: por ahí es esto que te decía, si hay una situación que amerite digamos una intervención, obviamente no se va a, si le corresponde el hospital obviamente se hace cargo, pero no hay un equipo conformado que aborde las guardias de lo que son problemáticas de salud mental, urgencias subjetivas digamos; lamentablemente no hay. Lo que sí hubo durante la pandemia fue guardia telefónica, eso sí, donde cada profesional tenía un día asignado y el teléfono estaba prendido las 24hs, pero fijate que no, lo que pasó, casi no hubo demanda, la gente no llamaba. Se hizo la campaña de difusión de los números y demás pero no tuvo impacto digamos, no se consultaba, por ahí alguna consulta siempre puntual que derivan de pasar el número del hospital para solicitar un turno, pero no. Era una guardia remota, por decirlo así viste, no era presencial digamos. Pero ya te digo, mi posición por ahí personal, que todo recae por ahí en una cuestión de recursos, no sé si de recursos de en cuanto a presupuesto. Porque otras de las cosas que la ley implica es que cada usuario que se va de alta es una cama que se cierra. Osea, por ejemplo, antes llegó a haber incluso, en el 2011 por ahí, no en 2011 no, en 2001, 150 usuarios digamos, y hoy hay 50, 52 viste. Todas esas camas que se fueron cerrando es decir que no puede seguir, no es que hoy hay vigente porque hay 50 hay 100 camas de externación, no, se tiene que ir achicando cada vez más. Pero el recurso financiero de esa cama sigue estando, entonces no, digo, hay que hacer toda una transformación de ese recurso que está destinado a eso, bueno, des destinarlo a otro dispositivo, a otro tipo de intervención a otros tipos de profesionales, que se les pueda pagar por ahí desde las guardias médicas, que antes se hacían, ahora creo que las sacaron. Pero bueno pasa esto también que, primero que no hay muchos profesionales en Diamante digamos, hay profesionales pero no que estén generalmente, están más abocados al consultorio particular digamos, igualmente tampoco hay cargo, esa es otra problemática. Ninguna de las psicólogas que hay acá, ni nosotros -Acompañantes terapéuticos- estamos en un cargo digamos, ¿Me entendes? No es que hay; creo que de psicóloga hay un cargo pero no si sí, no hay concursos. Pasa más o menos, como decirte, como pasa en la UADER digamos, hay muchas adscripciones, hay muchos nombramientos digamos, pero al no haber cargos digamos queda re precarizada la situación también del trabajador. Entonces, capaz que no se, se convoca a alguien y dice: mira te vamos a pagar por guardias, y vos sabes que no te va a convenir eso, entonces vos apuntas a otro tipo de trabajo. Y bueno eso deriva en que después no quieran agarrar las guardias y eso. Entonces si bueno, una lástima verdad que no haya una guardia para ese tipo de situación, pero es también la realidad, tampoco vamos a decir que está todo bien.

Entrevistador: **¿Consideras que es necesario el funcionamiento de un dispositivo de guardia de salud mental actualmente en la comunidad?**

Entrevistado: Yo creo, considero que la, desde mi punto de vista, más que un equipo de guardia, osea primero que debería funcionar en todo caso en el hospital general, porque, bueno primero, porque está establecido en la ley digamos, que los hospitales generales tienen que conformar equipos de salud mental y si bien ahora hay un chico que empezó y hemos tenido contacto con él, y bueno por suerte él hizo la residencia ahí en Risam, tiene otra perspectiva por ahí, no con las que nos encontramos por ahí con psiquiatras de la vieja escuela, por decirlo así,. Pero bueno, el creo que está haciendo una residencia, algo así no sé, no hay confirmado todavía un equipo que pueda abordar esas situaciones puntuales. Para mí, lo que más tendría que haber son dispositivos territoriales, digo que, no esperar a que la demanda venga, sino hacer el trabajo de prevención y promoción, y bueno trabajar articuladamente. Es lo que estamos haciendo ahora con los centros de salud por ejemplo, en detectar esas situaciones y abordarlas no en la urgencia, no que derive en una urgencia sino bueno en un trabajo de atención primaria , en que los equipos puedan llegar a las personas y no que la persona tenga que llegar. Porque muchas veces no llegan, digamos, osea, nosotros podemos evaluar estadísticamente los que consultan, pero ¿Y todos los que no consultan? o por ejemplo, el caso de la problemática del suicidio ahí no llego nadie, ya es tarde digamos, viste. Entonces en base a eso que pasa también y que se puede hacer digamos para abordar situaciones que después no deriven o en urgencias, en crisis o, en suicidios, por ejemplo, que es algo que pasa y que se habla solamente cuando pasa , cuando es noticia y después bueno, no se habla más; como se transmite en los medios también viste. Pero redondeando te digo eso sí, si estaría bueno que haya una guardia, osea sería útil, pero no sé si, si la demanda lo amerita, sino más bien amerita que me parece a mí otro tipo de trabajos previos. Lo ideal sería que hubiera otros, pero bueno por algo empezar.

Entrevistador: Respecto a lo que señalaste antes del género en el hospital **¿Que ocurre en caso de demandas femeninas?**

Entrevistado: en cuanto al consultorio externo no es exclusivo masculino, digamos, es abierto, eso sí, mayores de 18 años tienen que ser, ya sea para las admisiones o para el tratamiento digamos. Pero lo que es internaciones el hospital si es una situación de una persona que se identifica con el género femenino digamos, el Hospital Escuela si tienen internación, si bien están separados, si hay salas para mujeres digamos. Y también, pero bueno en el ámbito privado, esta SiSaMe. Pero justamente nosotros, en esto por ahí de adecuar digamos el hospital monovalente a esta nueva perspectiva en salud mental, lo que proponemos es que desde un inicio, digamos en lo que sería un hospital de día, tenga esa apertura digamos, y comenzar a despegarnos digamos de eso de que el Hospital Colonia aborda: personas sexo masculino, no sé. Pero bueno, como ya te decía, en cuanto a lo que es consultorio

externo si no, digamos aborda lo que es mujeres, a todos, no se discrimina por así decir por género digamos.

Pero consideramos nosotros que en un futuro digamos va a tener que empezar a abordarse esto, porque hay leyes además que lo establecen digamos; en realidad, si vamos a lo que hay, sería una institución que está en falta porque no está establecido en ningún decreto que el Hospital Colonia tiene que atender la demanda del sexo masculino, solamente fue algo que se dio así desde sus inicios. Los pacientes que vinieron acá, que los trasladaron del hospital Borda de Buenos Aires en el '76 eran todos varones, y es como que eso quedó instituido hasta el día de hoy. pero bueno nos parece re, no re importante, sino que nos parece que es un derecho y que se tiene que abordar, no se puede seguir mirando al costado ante esto y bueno, justamente tiene que nacer también de nosotros también que las propuestas sean inclusivas en todo sentido. Pero cuando ya hemos tirado el tema, digo tirado porque con Iván por ahí o las psicólogas con las que tenemos otra formación, somos otra generación, somos persistentes. Ya te digo, las primeras resistencias son internas digamos, porque enseguida ya se piensa como que es va a traer otros problemas acá de temas, no sé, entonces bueno es súper complejo porque en realidad no, que tiene que ver el sexo de la persona con sus problemáticas de salud. pero ya te digo, consultorio externo si, después tenes al hospital general que también hay atención psicológica ahí , pero para lo que es internaciones si, el ámbito privado que acá en Diamante es SiSaMe, y sino derivación al Hospital Escuela de Paraná que es el efector público más próximo.

Entrevistador: Para finalizar **¿Cómo definirías las urgencias subjetivas?**

Entrevistado: a ver, que pregunta. Yo lo puedo pensar como un punto de quiebre digamos, un punto de quiebre o de, en donde se agotan los mecanismos de defensa del sujeto y que requiere la intervención profesional digamos profesional de la salud mental. Pero, como te decía hoy, si bien puede estar asociado a una cuestión psicosocial por decirlo así, hay muchos factores determinantes digamos que no solamente tienen que ver con el ámbito sanitario digamos, las condiciones habitacionales, las relaciones familiares, las relaciones sociales sean, todas tienen su influencia para que una persona llegue a un punto de urgencia, de quiebre digamos, en donde pueda entrar en crisis viste. Pero bueno, también relaciones, lo que es lo intersubjetivo, lo que es la forma de vincularse con el otro. Me parece que si lo definiría, yo te estoy diciendo lo que vos me preguntaste, no, pero me parece que no puede haber una definición porque en la definición estaría anulando la subjetividad, porque podría entrar en una situación estandarizada o en un criterio único para una crisis; sin embargo una crisis tiene que ver con lo subjetivo, entonces en todo caso, cada crisis va a tener que ver con distintas aristas que van a tener que ver con el sujeto digamos, lo que pueda desestabilizar o producir una crisis en vos no va a

ser lo mismo que en mi, en tu vecino y de más. Por eso creo que es una cuestión muy intra subjetiva y que tiene que ver muchísimo si, con la influencia de lo que es el sistema de vida al cual estamos desarrollando nos digamos; para decirlo en un concepto, la forma de vida del capitalismo, creo que ese es un factor determinante en la salud mental de la persona. Si lo tendría que resumir en una palabra, sería complejidad.

Entrevista N° 2:

- La siguiente entrevista fue realizada a una profesional psicóloga del Hospital Colonia de Salud Mental de la ciudad de Diamante. La misma se realizó el día 6 de mayo con una duración de 46 minutos de -08:55hs a 09:41 hs. Anónima.

Datos de Contexto de construcción de la representación:

Lugar de residencia Diamante.

Años de trabajo en la institución: 7 años.

Profesión: Lic. en psicología.

Otra formación: Maestría en Salud Mental en curso.

Años de experiencia en su puesto actual: 7 años.

Participación/función en la institución: atención de usuarios internados y parte del equipo que conforma el dispositivo de admisión para atención de consultorio externo.

Observaciones: ingreso a la institución sin inconvenientes ya que me tenían agendada. La profesional me estaba esperando afuera de su oficina y me invitó a pasar. Era un cuarto pequeño, con poca luz, con un escritorio en medio y dos sillas, una de cada lado. Me señala para que me siente. Visualizo que la puerta tiene un gran pestillo de seguridad.

Las respuestas de la entrevistada fueron muy cortas, hasta que, al considerar que se terminaron las preguntas doy por finalizada la misma y apago la grabadora. Ante esto, la profesional toma otra postura en la silla, que ubico como relajada, ya que pasó de una posición recta con las manos sobre el escritorio a apoyarse en el respaldo y comenzar a gesticular con sus manos, además de comentar: “(...) *Ahora que ya no estás grabando (...)*”. Ante mi inexperiencia, como lo que se estaba comentando era de gran interés para la investigación aviso a la profesional que comenzará a grabar nuevamente, a lo que la misma hace silencio y vuelve a su posición anterior, y cuando la grabación comienza, toma nuevamente un vocabulario académico/institucional que terminó a las pocas palabras.

Entrevistador: **¿Qué podrías comentar acerca del funcionamiento de la institución con respecto a los planteamientos de la Nueva Ley de Salud Mental?**

Entrevistado: Bueno, nosotros estamos trabajando en función obviamente de los lineamientos de la ley de salud mental y eso ha resultado en una gran transformación ya sea para el hospital como las prácticas que llevamos adelante los profesionales del hospital. Bueno, una de las cuestiones que se ha trabajado mucho a partir de la ley es sobre el tema de las externaciones. Bueno en el hospital, había

muchos usuarios, por decirte, para que tengas una idea, había 150 pacientes y bueno, hoy tenemos 52 pacientes, más allá de que algunos han fallecidos, a muchos se le ha ido dando el alta. Yo creo que bueno, en principio digamos que el trabajo se ha apuntalado en ese sentido. Y además de, pensar las internaciones en caso de que sean necesarias, bueno como una internación transitoria, es decir lo más breve posible como dice la ley, y que brinde los cuidados que necesite ese usuario, sujeto en ese momento, con la idea de poder re organizar de alguna manera un poco los distintos aspectos de su vida y pueda darse de algo, y eso implica un gran trabajo.

Entrevistador: ¿Cuándo comenzó este trabajo con el proceso de externación de usuarios?

Entrevistado: Yo estoy trabajando en el hospital desde el año 2012, empecé con suplencias transitorias y ahora estoy con una suplencia extraordinaria, ósea que tengo más contigüidad, y bueno desde ese tiempo fuertemente en ese sentido, pero bueno sobre todo en estos últimos años, que se ha podido trabajar en estos procesos de externación y para dar el alta. Lo importante también es que bueno, acá bueno había muchos usuarios que eran de otras localidades, incluso otras provincias, bueno había una persona que era de Paraguay, entonces bueno pudo volver a su país, estuvo mucho tiempo acá, así que, eso también es tema. Porque también la ley nos dice que eso también, que me parece fundamental, que la persona debe recibir atención en su lugar de residencia, en su comunidad, entonces tratamos de que esto sea así.

Entrevistador: ¿Consideras que más allá de los avances que propone la ley de salud mental hay viejos discursos que se mantienen vigentes?

Entrevistado: Sí, sí. Eso también que nosotros lo vemos, si bien uno apunta a que eso se vaya modificando, pero sí. El estigma es algo, bueno, está presente, pero bueno también eso se va modificando de a poco.

Entrevistador: ¿Qué dispositivos están funcionando actualmente dentro de la institución?

Entrevistado ¿Dentro de la institución? Bueno, a ver, el hospital, digamos, cuenta, por decir así digamos, con dos, yo lo pienso así, dos grandes dispositivos, que es el de intervención y el de consultorio externo de psiquiatría. Para el consultorio externo de psiquiatría funciona el dispositivo de admisión, ósea la persona que requiere o necesita de atención, con médico psiquiatra, tiene que venir a la institución, solicitar el turno y traer una derivación. A partir de eso está el equipo de admisión,

conformado por una trabajadora social, enfermera y psicóloga; digo psicología porque somos tres psicólogas las que trabajamos. Y bueno, y a partir de esa entrevista, ahí sí, bueno obviamente si escucha si es necesaria la consulta o es necesario otro tipo de intervención. Y bueno, después el de internación, dentro del dispositivo de internación funcionan otros dispositivos.

Entrevistador: **¿Cómo cuáles dispositivos?**

Entrevistado: nosotros tenemos con las otras dos psicólogas, un dispositivo para el trabajo con personas que tienen mayor deterioro cognitivo, que lo trabajamos en la sala viste. También tenemos bueno, un dispositivo de ensamble que está en otra sala. Y también los talleres que se hacen en sala mandala, sala mandala funciona también como un dispositivo. También está el dispositivo de externación, es una sala que se reacomodo el, el año pasado, esta sala, pensada en un primer momento para usuarios que estaban en proceso de externación y con posibilidades de alta. En el hospital tenemos tres salas donde están los usuarios, sala dos, tres y cuatro, en la sala dos es donde está este dispositivo.

Entrevistador: **¿Qué trabajos aborda ese dispositivo?**

Entrevistado: Y, el trabajo, en realidad, bueno ahí, son usuarios que están en condiciones de alta, que se trabaja sobre todo el tema de la autonomía de ellos, digamos que ellos puedan ir incorporando habilidades, que por el tema de la internación la han perdido, de alguna manera, ha disminuido, que puedan recuperar, que puedan volver a tener ese tipo de actividades. Ellos por ahí ya se manejan más solos, más allá de que acá hay cuestiones de, que siguen funcionando, en esa sala, como en el resto, el tema de la **medicación**, si bien se la dan los enfermeros, ellos tienen conocimiento de qué medicación es, bueno, ellos ya sabes, más allá de los horarios, porque están tomando ese tipo de medicación. por ejemplo también, ellos se organizan en la sala para poder, bueno limpiarla, porque la idea es que ellos también puedan organizar sus horarios en relación a actividades de la vida cotidiana también, si bien los horarios están impuestos, por ejemplo, el tema de los horarios, de las comidas, que ellos puedan comenzar a hacer estas cosas solos, a esto apunta el dispositivo.

Entrevistador: **¿Cuáles son las demandas que mayoritariamente recibe la institución?**

Entrevistado: Bueno, por ahí, en esto de que las, bueno hoy en día, como te decía, las internaciones te decía que se trata de que sea el último recurso, pero claro que si la persona lo necesita digamos se

interna a la persona. Por un lado, es que, podríamos, yo creo, las internaciones han disminuido, pero ha aumentado la demanda de consultorio externo, esa es la impresión que yo tengo. Y las demandas, son de todo tipo. En el sentido de que, gente que viene con mucho malestar, sufrimiento, por algún tipo de, no sé, algún desencadenamiento de una psicosis, o cuestiones que tienen que ver más con la angustia. Personas que vos la escuchas, y plantean que bueno, tienen ataques de pánico, ellos mismo te dicen viste, algo, bueno también, algunas situaciones, situaciones de violencia. personas que vienen con mucho malestar y que bueno, ahí surgen digamos, distintas manifestaciones clínicas, la ideación suicida, no, el tema del consumo, el consumo problemático de sustancias, también es algo.

Entrevistador: **¿Cómo se abordan o resuelven esas demandas?**

Entrevistado: nosotros, el tema de la atención, por consultorio externo viste son con turnos programados en el caso, pero bueno por ahí la derivación dice: “urgente”, entonces se le da lo más pronto posible el turno, y en la entrevista de admisión ahí se decide, si es una situación en que la persona bueno, está en crisis, se le da intervención enseguida al psiquiatra, y ahí se decide si, va a ser tratamiento ambulatorio o si precisa de, si es necesario algún otro tipo de intervención.

Entrevistador: **¿Podrías ampliar un poco respecto a lo conversado anteriormente de la sintomatología que se presenta en la actualidad?**

Entrevistado: si, creo que, es como, amplio. Por eso te decía de esta manifestaciones clínicas de, malestar, personas que, bueno esto refieren que se sienten mal, incluso con síntomas físicos, síntomas de angustia, crisis de, ante esas situaciones crisis de llanto, el tema del consumo, como está siendo el consumo en ese momento, si es un consumo donde la persona no puede parar respecto a eso consumo. Es, bueno, personas con mucho sufrimiento y van relatando cómo lo sienten, como lo viven, y bueno también situaciones como te decía, alucinaciones; por ejemplo, en términos de síntomas ¿no?

Entrevistador: **¿Cómo definirías a las urgencias subjetivas?**

Entrevistado: bueno, yo pienso que las urgencias subjetivas bueno, tienen que ver con que la persona, el sujeto viene desarrollando bueno, su vida, con cierto podemos decir equilibrio, más allá de las dificultades y problemáticas cotidianas, pero en algún momento, por algo, se produce una ruptura de ese equilibrio, de la homeostasis podríamos decir en términos freudianos, y bueno. Y bueno, aparece ahí una desestabilización, una crisis aguda donde bueno, la persona, por ejemplo, las relaciones que

tenía con otras personas, lo amoroso, el trabajo, se ve trastocado por esto que le está pasando. Ahí es interesante también poder situar, digamos, incluso, en estas situaciones, ahí, bueno en qué contexto irrumpe esta crisis, bueno ¿qué le paso? no sé, se desencadenó esto, estalló esta crisis.

Entrevistador: **¿Consideras necesario el funcionamiento de un dispositivo de guardia en salud mental para la comunidad?**

Entrevistado: ¿En el hospital San José no están funcionando?

Entrevistador: En el hospital general hay guardias médicas pasivas, hasta donde se me informó no hay un equipo para atender urgencias de salud mental.

Entrevistado: Tenía entendido que sí, en el Hospital San José. Y si es necesario, no sé muy bien extendido cómo funciona el Hospital San José. Tenía entendido que las emergencias inmediatas ellos la atendían, y después bueno, eso es lo que tenía entendido, que después dependiendo de la situación bueno, derivaran o no. pero si, es re importante que haya digamos, bueno, sobre todo, un equipo digamos, que atienda estas situaciones.

Entrevistador: **¿Qué podrías comentar respecto al trabajo entre profesionales y trabajadores dentro de la institución? ¿Tienen algún tipo de experiencia con el trabajo interdisciplinario?**

Entrevistado: Yo creo que nosotros tratamos, tratamos de hacer un trabajo interdisciplinario. Digo tratamos porque es difícil, yo creo que también, uno va aprendiendo digamos, con sus compañeros de trabajo. Acá los usuarios, que están internados tienen digamos, tienen asignado un equipo de profesionales y que apuntamos a trabajar interdisciplinariamente. El equipo está constituido por una trabajadora social, un médico psiquiatra y un psicólogo. y bueno si, es un desafío. Creo que, en esto de lo que, te digo, tratamos, porque bueno a veces, no es tan fácil, por distintas cuestiones, pero bueno creo que, vamos, bueno en ese camino. Sobre todo para, más allá de la especificidad de cada una de las profesiones, poder pensar y acordar estrategias de trabajo, sobre todo, para, sobre todo trabajo de externación, ¿no? que continuemos haciendo.

Entrevistador: Volviendo a las guardias; **¿Funcionó en algún momento en esta institución algún servicio o dispositivo de guardia?**

Entrevistado: No. Lo que sí funciona para los pacientes, usuarios, es, son, las guardias de psiquiatría, guardias telefónicas, por llamarlo de alguna manera, en realidad lo llamamos así. Por ejemplo, si hay algún usuario que no está bien, hay una crisis, bueno se llama al profesional que está en esa guardia, el médico psiquiatra, para bueno, informarle y bueno ver que indicación puede hacer.

Entrevistador: **¿Quieres comentar algo más respecto al plan de externación?**

Entrevistado: Tal vez para agregar, en relación al trabajo que nosotros hacemos por ejemplo es, además de escucharlos, de poder crear generar una red con otras instituciones, sobre todo cuando la persona se va. Eso requiere que nosotros articulamos con profesionales de otras instituciones, ya sea de salud o otro tipo de instituciones, bueno en pos de que cuando esa persona se vaya pueda ser contenida. Eso es un trabajo, también se requiere de reunirse, juntarse permanente. Pensaba también en, el tema de la pandemia, fueron bueno 2020, 2021 bueno, dos años muy complicados para todos, pero también para bueno los usuarios digamos, bueno, difícil también, y ahí también que el trabajo fue distinto. Si bien se pudo trabajar con externación y se externaron algunos pacientes, también hubo ahí, no, esto que irrumpió con la pandemia, que también hizo que algunas cosas en ese momento no se pudieran hacer, se retrasaran, ¿no? Digo retrasaran porque veníamos trabajando de una manera y bueno lo modificó todo, a todos ¿no? En el trabajo noto mucho. Pero bueno, estamos retomando. Incluso nosotros somos mucho de, de en esto, de poder articular con otras instituciones, somos de ir, viajar, reunirnos, bueno, eso no se podía hacer, así que bueno se implementó de manera remota, pero bueno ahora estamos retomando esa manera.

Entrevistador: **respecto al dispositivo, ¿Cuantos usuarios hay actualmente?**

Entrevistado: bueno son, siete usuarios que están ahí en ese dispositivo. Ahora por ejemplo, yo te decía que bueno en un principio una de las dificultades que tenemos, supuestamente ahora va a haber más presupuesto por eso, es que **no tenemos casa de medio camino.**

Creo que te dije que en un principio, no recuerdo bien pero si no te lo digo ahora, ese dispositivo era para usuarios en proceso de externación, son ahora siete usuarios. Pero bueno, por una cuestión de reacomodación, y de ver por ahí cuestiones que hacen a, pensar digamos, estrategias para los usuarios, se ha pensado también en, pasar, trasladar, cambiar, a otros usuarios que están también, son mas auto validos, pero que en este momento es difícil pensar con ellos la externación, por distintos motivos, por ejemplo, judiciales.

Entrevistador: **¿En qué consiste, cómo se trabaja en el dispositivo?**

Entrevistado: Ellos, es una sala digamos como las demás, ellos tienen, las salas son muy amplias, esta es una sala que tiene, trece camas, en este momento como te decía son siete usuarios Ellos tiene lo que es la parte lo que es el comedor, donde ellos hacen su, sus comidas ¿no? Y en general son usuarios que hacen diferentes tipos de actividades ¿no? Por ejemplo, trabajan en el buffet, que también es un dispositivo, dispositivo que trabajan usuarios de la institución, ellos atienden, son los encargados, más allá de que hay un profesional que coordina pero, varios usuarios que están en esa sala trabajan ahí. Y hacen otro tipo de actividades, dentro de la institución, taller de cocina, taller de panadería, perdón no. Está el taller de panadería pero de los usuarios que están ahí no están en el taller de panadería. hay, aca en la escuela funciona también, clases de educación primaria, así que también hay usuarios que participan de eso, tiene todos los días una docente que les da clases. Y usuarios que hacen salidas ¿no? Que hacen salidas que, en general eso, bueno, el tema de las salidas terapéuticas, trata de que los usuarios puedan salir, salvo en periodos de pandemia más críticos. Pero bueno, son usuarios que manejan, hacen salidas, compran sus cosas, están aprendiendo el tema del manejo de su tarjeta. La mayoría de los usuarios de acá tienen su beneficio de pensión así que, bueno ellos, junto con el acompañante.

Interrupción: tocan la puerta

Entrevistado: te iba a decir esto de la entrevista de admisión. Hace un tiempo las entrevistas de admisión solo se hacían los días miércoles, y generalmente se daban dos turnos, a la mañana, y bueno. Desde hace ya un tiempo se incorporó también los días viernes, ¿viste?

Entrevistador: **¿Aumentó la demanda?**

Entrevistado: Sí. En un principio se empezó: “Bueno da un turno los viernes”, pero ahora ya se incorporó. Bueno esto, que generalmente tenemos el dispositivo los días miércoles y viernes. Si pasa, que a veces los turnos que dicen urgente en una derivación y la persona no viene, también ahí me parece importante pensar para quién es la urgencia ¿no?

Finaliza la entrevista, se apaga la grabación. La profesional comienza a conversar acerca del funcionamiento de la institución con sus profesionales; se le pide autorización para volver a grabar.

Entrevistado: (...) el tema de los psiquiatras, por ahí, bueno, un poco para pensar, cómo sigue funcionando la hegemonía médica. Pero, bueno nosotros acá tenemos tres psiquiatras, y bueno, el hospital está cubierto todos los días, por uno de los psiquiatras.

Entrevistador: **¿De lunes a domingo?**

Entrevistado: No, de lunes a viernes.

Y bueno, ellos por ahí son los que van organizando digamos la agenda para el consultorio externo. Nosotros, de todos modos, cuando tenemos entrevista de admisión, bueno escuchamos la situación y bueno, si por eso te decía, si es necesario en ese momento, se le da turno para el profesional que esté en ese momento. Pero bueno, por ahí, ellos tienen por ahí organizado la agenda del consultorio externo. No te podría decir yo, bien, por ahí, como la manejan, pero bueno, hay bastante gente que está de consultorio externo.

Entrevista N° 3:

- La siguiente entrevista fue realizada a una profesional trabajadora social del Hospital Colonia de Salud Mental de la ciudad de Diamante. La misma se realizó el día 6 de mayo con una duración de 25 minutos de -08:35 hs a 08:56 hs. Anónima.

Datos de Contexto de construcción de la representación:

Lugar de residencia: Diamante.

Años de trabajo en la institución: 21 años.

Profesión: Lic. Trabajo Social.

Otra formación: -.

Años de experiencia tiene en su puesto actual: 21 años.

Participación/función en la institución: Jefa de división de área de servicio social.

Observación:

Logró realizar esta entrevista por medio de uno de los profesionales entrevistados que me hace el contacto.

Ingreso a la institución sin inconvenientes y me dirijo al espacio donde se encuentran las oficinas, me encuentro al primer profesional que entreviste, quien me guía a la oficina de la Trabajadora social.

Ya que en la oficina había otros profesionales, me guió a otro espacio, que luego identificó como sala de espera; era una habitación pequeña, iluminada, con una mesa rectangular con tres sillas de un lado y una del otro. La puerta tenía el mismo formato que las demás, con la diferencia que no tenía ventanas ya que se encontraba dentro de otra habitación. No tenía demasiados detalles.

Las respuestas fueron considerablemente cortas, la profesional no parecía interesada en el tema, además de parecer no responder desde su lugar en la institución. Esto ya que, en algunos momentos, parecía desconocer áreas que la implican o no entendía las preguntas.

Al terminar la entrevista consultó si podía tomar una fotografía de la sala, para mi registró, la profesional dudo, y luego me dijo: *“Deberías consultarle a Noelia -directora-, yo no puedo darte esa autorización.”*

Entrevistador: explica el tema de interés de la investigación y la modalidad de la entrevista. Se solicita permiso para grabar.

Entrevistado: bueno para empezar, lo que la ley concretamente propone obviamente son las internaciones para una persona que tiene un diagnóstico en salud mental, o que requiere la atención

¿no? sean concretamente derivadas a un hospital general, y cada hospital general tenga su área de salud mental, que allí pueda ser internado. No es lo que sucede por ejemplo en el hospital general San José de la ciudad de Diamante. Si podemos decir que, en la provincia de Entre Ríos, más que nada en la costa del Uruguay, estas áreas de salud mental si ya están constituidas ¿no? Está, por ejemplo, el “Centenario”, el Hospital de Gualeguay que es el “Hospital San Antonio”, bueno, hay, por ejemplo, en Concordia también, este, está el Hospital Felipe Heras. Acá en la costa del Uruguay, perdón, en la costa del Paraná obviamente tenemos, el Hospital Escuela de Salud Mental, que si efectivamente tiene, tienen una guardia activa, por esa razón que vos bien conoces digamos, que aquellas personas que no pueden llegar a contener, que son derivadas del Hospital San José son este, derivadas, al “Hospital Escuela” para su atención inmediata.

Decime si esto más o menos te ayuda. Concretamente acá no hay guardias y en el “Hospital General San José” tampoco. En el marco de la ley lo que corresponde es que los hospitales generales de las provincias y en el país, como la ley nacional dice, tengan cada uno en su hospital su respectiva área de salud mental, ¿no? su equipo, su espacio; por ejemplo, en el Hospital Fermín Salaberry ahí si hay área de salud mental y tiene una pequeña, no recuerdo bien la cantidad de camas, pero sí, hay unas, alrededor de seis, ocho camas, dispuestas para internación. Y bueno ¿Por qué es importante esto? podríamos traer que otra de las cuestiones que marca la ley es que la persona haga un tratamiento lo más cercano a su domicilio ¿no? lo más cercano a sus vínculos, sus referentes. Un poco trabajamos, tratamos, trabajando en relación a esto. Es un hospital que en su momento cuando yo ingresé a trabajar, hace veinte años, había 150 usuarios, actualmente no llega a 60 usuarios, entonces hubo un importante trabajo de externación, y de que cada persona, con la cual podríamos hacer este tipo de trabajo, pueda continuar su tratamiento en su ciudad de origen ¿no? o en la ciudad en la que se encuentran sus vínculos ¿no? perfecto, un poco el trabajo que hacemos.

No sé si te responde, o vos haceme preguntas más específicas.

Entrevistador: Si traje preguntas. Para empezar **¿Cómo definirías las urgencias subjetivas?**

Entrevistado: Bien, ahí, en ese término ¿qué es lo que vos...? ¿Cómo lo considerarías?

Entrevistador: lo que comprendes del concepto, las características de las personas en esta situación.

Entrevistado: ¿En qué situaciones? Te reitero que nosotros acá no trabajamos con urgencias, porque, si tenemos hace un tiempo un dispositivo de entrevistas de admisión. Si ha ocurrido que, bueno, estas admisiones, se hacen este, los días miércoles, dos admisiones, esto lo maneja digamos el área de

estadística, el área de consultorio externo. Siempre las personas que ingresan tienen que traer una derivación correspondiente para... Estas admisiones digamos, son atendidas por un trabajador social, psicólogo, y enfermera, en esa instancia se evalúa la necesidad o no de que esa persona requiera o no la atención del servicio de psiquiatría. Nos ha sucedido que en la misma entrevista de admisión se evalúa la necesidad de atención inmediata por lo cual el turno se trata de dar en el día que se hizo la entrevista.

También ha sucedido que cuando pasa la evaluación del psiquiatra se ha visto la necesidad de que esa persona quede internada. Entonces eso por ahí se, son situaciones que se dan, si bien no hay una guardia y demás por ahí coincide de que, en esa entrevista se evalúa la necesidad de atención inmediata y precisa internación, se realiza digamos. No es que se deja, no, o, pasa para otro día, cuando uno tiene que actuar e intervenir en la medida de una urgencia, se termina realizando. También nos ha sucedido, como bien vos sabes, está San José, no hay un médico psiquiatra y bueno, osea, ha sucedido que por ahí, los directores coordinan, pide una colaboración, donde esa persona se siente descompensada en el “Hospital San José” para que la persona pueda ser atendida con el médico que trabaja acá en la institución.

Entrevistador: Hablando de la institución **¿Que dispositivos están funcionando actualmente?**

Entrevistado: bueno, osea, el servicio, está el servicio de psiquiatría, para el día de los externos e internos. Está el servicio de psicología, únicamente para los pacientes internos. Después también está la sala cinco, que es donde funciona espacio mandala, donde se realizan una serie de talleres con los usuarios digamos, trabajan con la psicopedagoga digamos, el tema de la lectura, la estimulación cognitiva, este, hay una cafetería digamos, que tiene un proyecto que hace poco que esta, hace poco no, hace bastante que está pero empezó a funcionar este año, donde los usuarios van haciendo distintas tareas, por ejemplo algunos alimentos, la parte de panadería, un espacio de huerta, todo eso está encuadrado en una línea, del programa promover, que es la línea dos. Es un programa donde pagan a través de estos programas que se bajan, a través de los municipios, ellos están inscriptos y reciben un monto mínimo mensual por este tipo de tareas que realizan.

Entrevistador: **¿Qué podrías comentar respecto al funcionamiento de la institución en relación a los planteamientos de la ley 26.657?**

Entrevistado: bueno concretamente, yo hace veinte años que trabajo acá, estuve en un momento en que esta ley no estaba, pero, más allá, uno, trabajo, para llevar adelante un trabajo, necesariamente vos tenes que llevar un trabajo en equipo con otras disciplinas ¿no? obviamente un trabajo

interdisciplinario con psicología, acompañantes terapéuticos, con enfermería, con el médico psiquiatra, digamos, las distintas disciplinas. Tenemos, antes uno, una abogada. Cuando yo empecé a trabajar solo teníamos un psiquiatra (risas) y un enfermero. Así que bueno, en eso hubo un, digamos este, se amplió un poco la mirada de la institución, y se está digamos coordinadamente con distintas disciplinas. Nosotros estamos tratando de hacer un trabajo interdisciplinario. Interinstitucional porque, obviamente, estamos constantemente en contacto con hospitales, con este, centro comunitarios, con registro civil, con jefatura departamental, con los distintos juzgados, es algo que no lo podemos dejar de concebir en ningún momento porque es algo que es así digamos. El trabajo diario te lo requiere continuamente. Digamos, que vos, nosotros por ejemplo, te mencione que son cuatro monovalentes en la provincia, no tenemos, hay algunos usuarios que son de la ciudad de Paraná aún, pero tenemos por ejemplo muchos usuarios, que vienen derivados, o empiezan con un oficio judicial por ejemplo de la ciudad de Victoria. Yo te mencioné que en la ciudad de Victoria hay un, está el Hospital Fermín Salaverry que es un Hospital General hay un área de salud mental, así que esas personas que ingresan acá deberían ¿no? ser asistidas en el Hospital Fermín Salaverry. La persona es de Victoria y es lo que corresponde. Más que nada, porque obviamente, la persona está, ingresa acá y es asistida acá, pero bueno, después tenemos que pensar en el trabajo de externación, lo cual con la distancia ¿no? por ahí, este, es un poco más de, digamos, requiere más esfuerzo, más inversión porque obviamente hay que hacer viajes y demás, siendo que esta persona podría ser asistida en su lugar de origen

Entrevistador: ¿Qué ocurre que las personas son traídas hasta Diamante y no se abordan en Victoria?

Entrevistado: Bueno, es una pregunta que nosotros nos hacemos permanentemente, porque en realidad, nosotros acá, tenemos el psiquiatra, el trabajador social, psicólogo, acompañante terapéutico, tenemos exactamente el mismo equipo que tienen ellos, digamos, un poco, es una pregunta que nos hacemos. Porque por ahí, la justicia continúa con esta cuestión de derivar de oficio, así, viste, es algo que yo, digamos, cuando yo empecé a trabajar acá era algo cotidiano, que ingrese una persona sin evaluación de... y hoy lo que marca la ley ¿no? obviamente es que la persona... La evaluación tiene que hacerla el personal competente, osea, estamos hablando del médico psiquiatra, del psicólogo, trabajador social, esté, esto de que la derivación la termine firmando un juez. Yo entiendo que indicar que la persona sea asistida, evaluada y demás, pero si el juez es de Victoria debería indicar que esto suceda en la ciudad de Victoria, no acá. Así que bueno, esto por ahí requiere... Tenemos varios usuarios de la ciudad de Victoria, así que, este, estamos trabajando con la externación de los mismos.

Entrevistador: Te consulto **¿Vos formas parte del dispositivo de admisión del consultorio externo?**

Entrevistado: Si.

Entrevistador: **¿Podrías dar alguna referencia de cuáles son las demandas que recibe mayoritariamente el hospital?**

Entrevistado: ¿Te referís al diagnóstico?

Entrevistador: si quieres podes hacer referencia; pero mayormente lo que traen los sujetos al consultorio externo, la sintomatología, lo corpóreo, lo que escuchas.

Entrevistado: bueno, lo que pasa, por ahí, esta es una pregunta como para consultar por ahí, los diagnósticos, osea, que es lo que más prevalece ¿no? Si hay muchas situaciones de: consumo problemático, depresión, ansiedad, digamos, quizás, es lo que más prevalece al momento.

Entrevistador: **Esta pregunta tiene que ver un poco con lo que conversamos anteriormente, para ampliar un poco: ¿Con qué frecuencia se reciben derivaciones del Hospital General de Victoria? ¿Cuántas derivaciones provienen de oficios judiciales?**

Entrevistado: comparando un poco ¿no? comparando un poco con años anteriores, hay muchos menos ingresos ¿no? Antes era como que, en la semana, o en el mes tenías tres ingresos, y estaba o sea, no se decirte, no hace veinte años que trabajo, hace diez años era algo totalmente regular que en la semana ingresaron dos, tuviera cuatro ingresos en el mes. Si bien yo te comente estas situaciones de que por ahí, tenemos derivaciones o por ahí ingresos de usuarios por un oficio judicial, es algo que si bien por ahí puede suceder, no es algo que se dé cotidianamente en la actualidad. Es como que, progresivamente, en el marco de la ley, esto se fue aceitando mucho más. Comparando con años anteriores, esto no es algo que se da regularmente. Si hay, a ver capaz, estamos hablando del primer semestre de este año, capaz que hubo, dos o tres ingresos, no es mucho. Si lo que se ha incrementado mucho es el consultorio externo, el consultorio externo si, se ha incrementado muchísimo.

Entrevistador: **¿Quién o quiénes (profesionales o trabajadores) se encargan de recibir estas derivaciones?**

Entrevistado: el equipo tratante. Osea que, ingresa un usuario, y esta persona tiene que, se le designa un equipo: psiquiatra, psicólogo, trabajador social, y este equipo trabaja en la situación de este usuario hasta que sea externado. posterior a eso, si esta persona es una ciudad... un digamos que se domicilia acá en la ciudad, el tratamiento ambulatorio, esta persona tiene el alta de internación, no el alta médica, entonces, posteriormente a eso la persona continúa su tratamiento de manera ambulatoria ¿no? en la ciudad de Diamante. Y si por ejemplo, la persona, no se es, departamento Diamante pero no está domiciliado acá y es General Ramírez el Hospital este, el Hospital de Ramírez tiene un médico psiquiatra así que bueno, coordinamos turno para que esa persona continúe allí su tratamiento.

Entrevistador: **¿Las entrevistas de admisión a quienes se les realiza?**

Entrevistado: Lo que pasa es que... por el dispositivo de admisión se pasa siempre.

Entrevistador: **¿Tanto para ingresar como usuario a la institución como para quienes participan del consultorio?**

Entrevistado: Si. Un dispositivo para evaluar la necesidad o no de la atención del servicio de psiquiatría. Por eso yo te decía que, en realidad, en esta cuestión de la urgencia, si bien acá no hay una guardia y de mas, ha habido situaciones en las que ese dispositivo de admisión, que supuestamente sirve para evaluar la instancia a psiquiatra, el psiquiatra, se evalúa en esa instancia, esta persona necesita el turno hoy, se le dice, por ejemplo: “¿dispones de un tiempito para que el médico te vea hoy?”, accedemos al turno en el día y si el médico evalúa que, en realidad no lo hace solo porque lo hace con el psicólogo, evalúa que esta persona tiene que quedar internado, que se quede. Eso no es una urgencia, no es una guardia, pero sí una urgencia para intervenir en el momento.

Entrevistador: Para finalizar **¿Consideras que es necesario un dispositivo de guardia de salud mental en la comunidad?**

Entrevistado: Si, si, si. Todo lo que pueda, digamos, mejorar, digamos, la calidad de vida, y la atención hacia la sociedad estaría, si. Pero creo que esa guardia, tendrá que estar en el Hospital General. Porque, porque bueno así está en el marco de esta ley, para continuar trabajando tal cual plantea la ley veintiséis seis cincuenta y siete, plantea que debe estar en el hospital General.

Entrevista N° 4:

- La siguiente entrevista fue realizada a una profesional médica cardióloga que participa de guardias con los usuarios del Hospital Colonia de Salud Mental de la ciudad de Diamante. La misma se realizó el día 13 de mayo con una duración de 8 minutos de 10:05 hs a 10:13 hs. Anónima.

Datos de Contexto de construcción de la representación:

Lugar de residencia: Diamante.

Años de trabajo en la institución: 15 años.

Profesión: Médica.

Otra formación: cardiología.

Años de experiencia tiene en su puesto actual: 15 años.

Participación/función en la institución: Clínica médica y cardiológica.

Observaciones:

La profesional se enteró de la investigación y como trabajadora de la institución se ofreció a participar. Me contacté con ella y me invitó a acercarme a su consultorio privado para realizar la entrevista.

A pesar de su larga trayectoria en una institución de salud mental, no pareció conocedora de la Ley N° 26.657 o sus incumbencias al momento de las preguntas. Las respuestas fueron considerablemente acotadas dentro de un lenguaje profesional. Al terminar con las preguntas se finalizó la grabación, pero se registró unas líneas que resultaron de interés, al dejar el lenguaje profesional y realizar un chiste.

Entrevistador: Para comenzar **¿Cómo describirías el funcionamiento de la Institución en relación a la nueva ley de salud mental?**

Entrevistado: Si, el trabajo en equipo, sobre todo se realiza más en consultorio externo, donde están los psiquiatras, que hacen las admisiones, osea, serían las entrevistas a los pacientes, y ellos trabajan en conjunto con las psicólogas. Nosotros los clínicos atendemos únicamente a los usuarios de la sala. Cuando el paciente ingresa, o los que ya están, no vemos consultorio externo. En sala si trabajamos, junto con psiquiatra, psicóloga, ayudante terapéutico, bueno, enfermería, y hacemos un equipo, si, multidisciplinario.

Entrevistador: **¿Podrías hacer alguna referencia a las demandas que recibe mayormente el hospital? En relación a los sujetos que son ingresados como usuarios, ya sean internaciones cortas o no.**

Entrevistado: Sí, ¿los diagnósticos? La mayoría en porcentaje es por consumo.

Entrevistador: **¿Con qué frecuencia se abordan derivaciones provenientes del Hospital General San José y con qué frecuencia derivaciones del Hospital General de Victoria? ¿Y cuántas de estas provienen de oficios judiciales?**

Entrevistado: Ahora la mayoría que se interna es por oficio. No se internan más pacientes por voluntad propia, ya no se interna más. De victoria muchísimo (risa) es más, la mitad del Hospital debe ser de Victoria , y del San José, se ven por consultorio externo. Se ve, se sigue mucha gente, sobre todo mujeres, que no pudieron ser ingresadas en la colonia porque es solo de hombre, se siguen si por consultorio externo. Pero de Victoria muchísimo.

Entrevistador: **¿Por internaciones de corto plazo?**

Entrevistado: Y, no menos de un año, la mayoría.

Entrevistador: **¿Cuántos ingresos hubo desde que comenzó el año al momento?**

Entrevistado: ¿Cuántos habrán ingresado? Y, nosotros hace dos semanas tuvimos un ingreso, capaz que hacía dos meses que no había ningún ingreso. Se están dando muchas altas también. El tema es que por ahí, obviamente que, si es de Victoria se hace todo en conjunto con el Hospital de allá para que siga al paciente.

Entrevistador: **¿Por qué consideras que se derivan a internación en Diamante los casos de Victoria, considerando que tienen Hospital con área de salud mental?**

Entrevistado: Eso es lo que siempre hablamos con los psiquiatras, porque siempre fue un problema. Es como que ellos te dicen que **no los pueden controlar**, así, esas son las contestaciones.

Entrevistador: **Estas derivaciones que llegan ¿Quien o quienes (profesionales o trabajadores) se encargan de recibirlas?**

Entrevistado: la admisión se hace en conjunto con el psiquiatra, un psicólogo, trabajadora social y un enfermero.

Entrevistador: **¿Siempre pasan por la admisión para ser atendidos?**

Entrevistado: La admisión es más, ya cuando hay. Osea, el consultorio va, veinte por día por lo menos atienden los psiquiatras; y la admisión es cuando es un posible ingreso.

Entrevistador: **¿Consideras que se abordan casos de urgencia?**

Entrevistado: si está el psiquiatra se atiende a la mañana todos los días; Porque hay psiquiatra, hay tres psiquiatra y van todos los días, distintos días., pero bueno. Pero después, no se puede, nosotros no atendemos, únicamente a los usuarios. Si vienen, entra, ya sea un ingreso por oficio o un brote de un paciente ahí sí, nos comunicamos por teléfono, tienen guardias pasivas ellos, nos dicen lo que hacerle al paciente y ya está. Si está complicado el caso: Robayo.

Entrevistador: **¿Tienes conocimiento del concepto de Urgencia Subjetiva?**

Entrevistado: No.

Entrevistador: **No pasa nada. ¿Consideras que es necesario el funcionamiento de guardias de salud mental en la comunidad?**

Entrevistado: Si, aunque el Hospital San José tiene un manejo, mínimo, de guardia psiquiatra. Ósea.

Entrevistador: **¿Quiénes la abordan?**

Entrevistado: Acá médicos de guardia. Acá, más o menos, tenemos idea de cómo tratar pero no como el psiquiatra. Y hay medicaciones que por ahí no, lo único que hay es tranquilizantes, Diazepan, Lorazepan, después no hay otra cosa. Pero si, yo creo que falta eso, falta a Diamante.

-Se corta la grabación pero se sigue conversando-

Entrevistador: -comenta al respecto de lo que se entiende como urgencia subjetiva.

Entrevistado: refiere a que no había escuchado el término. Comienza a conversar nuevamente acerca de las guardias, refiriendo que los médicos saben más o menos que hacer, a partir de su comunicación con los psiquiatras, y que muchas veces uno no sabe “(...) ya veo lo pasas para el otro lado(...)” –risa-.

Entrevista N° 5:

- La siguiente entrevista fue realizada a una profesional kinesióloga que participa como Directora del Hospital Colonia de Salud Mental de la ciudad de Diamante. La misma se realizó el día 19 de agosto con una duración de 25 minutos de 10:00 hs a 10:25 hs. Anónima.

Datos de Contexto de construcción de la representación:

Lugar de residencia: Diamante.

Años de trabajo en la institución: desde 2007-2016 (Lic. en Kinesiología). 2016-2022 (Dirección Hospital Colonia).

Profesión: Lic. en Kinesiología.

Otra formación: Capacitaciones de Salud Mental y Gestión.

Años de experiencia en su puesto actual: siete.

Participación/función en la institución: Dirección.

Observación: me comunico por primera vez con la directora en el mes de marzo, para conocer las posibilidades de ingresar a la institución donde ella es directora para realizar mi trabajo integrador final. Le escribo en un primer momento vía Whatsapp para consultarle cómo prefiere que le comente al respecto de la investigación, si por llamada, presencialmente, o por la misma red. A lo que me contestó que prefería por whatsapp. Finalmente la entrevista pudo concretarse en el mes de agosto.

Al llegar a la institución no tengo inconvenientes para ingresar, me acompañan hasta la oficina de la directora. Al llegar había que atravesar otra oficina para llegar a la de ella; me invita a pasar y sentarme. La habitación era bastante amplia, con más muebles y decoración que las demás oficinas, las puertas eran antiguas, de madera. En el medio de la oficina había un gran escritorio de madera, que estaba acompañado por cuatro sillas, me invita a sentarme de un lado, ella se encontraba enfrentada. Para comenzar le comentó los objetivos de la investigación y lo que se pretende investigar, al expresar que lo comprendía se le da inicio a la entrevista.

A modo de aclaración, sucede que, cuando las entrevistas fueron grabadas, hubo un inconveniente en la grabación que hizo que se perdiera la mitad de la misma. Ciertas respuestas fueron parafraseadas, pero parte importante no estaba registrada. Por lo que intento escribirle a la Directora, explicándole lo sucedido y si era posible reunirnos en algún momento a retomar esas pocas preguntas. Me contesta “ok”, de igual manera aclaró que, entendiendo las dificultades de encontrarnos, podíamos buscar otra alternativa para contestarlas; no recibo respuesta.

Entrevistador: **¿Podría brindar información respecto a la historia de la institución?**

Entrevistado: La historia es una historia larga, viste. Era el regimiento 3 de artillería 1970 por ahí, en 1974 digamos el director de salud, el ministro de salud de la nación era Domingo Liotta, que trabajaba con Perón digamos, bueno de ahí es que cierra el Regimiento tres de artillería y se convierte en un lugar de alojamiento digamos. Estuvo como un año con empleados solamente trabajar sin pacientes que eran en ese momento. Y después en 1975 por ahí vinieron, se llama el colectivo de los, el tren de los locos le decían, que vino la mayor cantidad de gente que había en ese momento era del Borda, de Buenos Aires, y ahí arrancó el hospital digamos. Bueno de ahí se fue cambiando, hoy en día no tenemos más ingresos que no sean fuera de la región digamos, nuestro círculo que nos corresponde digamos. Pero la mayoría de los usuarios de ese entonces, diría que casi el cien por cien eran del Borda y del Hospital Bonaparte, otro hospital que hay en Buenos Aires, viste; y bueno, ahí arranco la colonia, con cambios, te estoy hablando de cuarenta y ocho, cuarenta y nueve años atrás. Era el Regimiento tres de artillería, esto tiene una connotación muy importante digamos, los soldados, hay una historia.

Entrevistador: Hubo un evento que se realizó como excursión...

Entrevistado: Si, se sigue haciendo, por tierra Chaná. De vez en cuando, mostrar un poco la historia de ese regimiento. La parte de ahí atrás está toda declarada Patrimonio Nacional digamos, entonces está todo como estaba en ese entonces. De esa parte, lo único que nosotros utilizamos es una esquinita que es el lavadero, que eso sí está más o menos nuevo, el resto está como hace cuarenta y ocho, cuarenta y nueve años digamos.

Entrevistador: **¿Qué podría comentar respecto a la institución en el momento de su ingreso?**

Entrevistado: Yo ingreso en el año 2017, no... otra cosa, nada que ver. Yo ingresé y había 150 (enfatisa el numero) usuarios (suspiro), y cuando yo ingreso a la dirección había 120 usuarios, en el 2016, en el 2007 había 150, y a la actualidad hay 50, de los cuales, no, ha cambiado el cien por cien, más que nada en relación a los derechos de los usuarios. Antes, te hablo de cuando yo arranque acá, en el 2007, era un hospital, con pabellones, con gente amontonada, sin respetar sus derechos, muy vulnerable. Bueno eso cambio el cien por ciento, ahora están totalmente independizados los que se puedan; tienen calefacción, ventilación aire acondicionado, se cocina en alguna parte...algunos de

ellos se cocinan, hacen talleres laborales, salen a la sociedad, hacen talleres con la comunidad, la comunidad vienen acá, tenemos la escuela. Cosas que antes eran ni pensadas, antes era como que estaban, porque era como un alojamiento. Ahora, tienen su propia autonomía, algunos son mucho más independientes, y tienen derechos, que yo creo que en ese año había muchos derechos vulnerados. Yo creo que eso es un cambio que hizo la ley, en el 2010 cuando arrancamos a trabajar fuertemente con la ley, cambio, hizo un antes y un después en relación a los derechos de los usuarios. Ahora, la idea es que cada uno, los que puedan externar salgan con un, con una salida laboral, con una capacidad para poder defenderse que antes no existía.

Sin embargo, quedan muchísimos de esos usuarios del Borda, que son abuelitos, que están muy deteriorados cognitivamente, que no tienen ni una posibilidad de externación. Por más que queramos transformar y cerrar el psiquiátrico, a esos abuelitos hay que buscarles una alternativa, llámese un centro de adultos mayores, alguna casa con un atención continua de 24 hs porque han perdido cualquier tipo de capacidad, vos imaginate cuarenta y ocho años internados acá, no sabes siquiera servirse un vaso de agua porque lo hacían los enfermeros.

Eso era algo que pasaba también, hace mucho tiempo, antes, los afeitaban, los cambiaban, ahora la idea es que ellos se afeitan, se cambien, para no perder y caer en esa institucionización... institu... institu... que se logra cuando vos estas mucho tiempo institucionalizado, esta, no me voy a acordar ahora. Hay un montón de capacidades cognitivas que vos tenes en la vida diaria que acá no las tenes, al enfermero le era mucho más fácil darte la pastilla y darte una jarra con agua, que explicarte que estas tomando, para qué lo necesitas, que entiendas que lo tenes que tomar porque lo necesitas, era todo muy automatizado, por lo que se perdieron un montón de capacidades. Esa es la idea de no seguir haciéndolo. Y bueno, con estos abuelos que te digo que están desde ese entonces es complicadísimo (enfatisa). Por eso, es ahora cuando la ley dice, no más de un tiempo prudente de internación, es para evitar todo este tipo de pérdidas, si bien perdidas con la comunidad y la socialización, sino también todo este tipo de cosas vistas.

Entrevistador: ¿Existió en algún momento en la institución (Hospital Colonia de Salud Mental) servicio o dispositivos de guardia?

Entrevistador: No... nunca funcionó un dispositivo de guardia en la institución.

Entrevistador: ¿Te parece necesario el funcionamiento de un dispositivo de guardia para alojar urgencias subjetivas? En caso de que si, desarrolla.

Entrevistado: Como mencioné anteriormente si considero que es necesario, pero teniendo en cuenta el trabajo que se está realizando desde la institución, siguiendo la ley de salud mental, las guardias deberían instalarse en el Hospital General San José.

Entrevistador: **¿En qué situaciones se utiliza el dispositivo de admisión?**

Entrevistado: Todo usuario que entre a la institución debe pasar por el dispositivo de admisión; precisar, en lo posible de una derivación para asistir. Lo componen distintos profesionales, hace años que trabajamos de manera interdisciplinar, con psicóloga, trabajadora social y enfermeros. (Parafraseado)

Entrevistador: **¿Cómo se resuelve la atención en la institución? (En términos de atención ambulatoria, internación o derivación)**

Entrevistado: Dependiendo el caso, el consultorio externo es con atención ambulatoria, las internaciones son más que nada con oficios judiciales, muchos del Hospital de Victoria, la mayoría te diría... Esta es otra problemática, porque, por ejemplo, al momento de externar es muy dificultoso poder realizarlo en otra ciudad, lejos de los referentes o familiares, es casi seguro que esa persona vuelva al Hospital. (Parafraseo)

Termina la entrevista por lo que se detiene la grabación.

Entrevistador: bueno sería eso, muchas gracias por el tiempo.

Entrevistado: Espero te haya servido, pero es bueno esto que te decía. Para mí lo más importante es considerar los derechos de los pacientes; antes desaparecía gente y no pasaba nada, ¿me entiendes? Acá por ejemplo, en la gestión anterior desapareció un usuario ¿dónde está ese usuario? Había personas internadas que no se sabía quiénes eran, de dónde, porque habían llegado a la institución... Y ahora eso es impensado, los usuarios tienen derechos... yo creo que por ahí viene también lo de los tiempos de internación, para que no pasen estas cosas. o lo de intervenciones lo más cercano del lugar de residencia, por las complicaciones que antes te comentaba que nos implica externar fuera de Diamante, las limitaciones..

Acá tuvimos una situación de un hombre, capaz conoces el caso, que hace unos años lo encontraron deambulando en los semáforos de Paraná... Bueno el termina acá, con muchas dificultades para

comunicarse porque hablaba guaraní. Él llegó NN, no sabíamos quién era, de dónde venía, hace cuanto que estaba así. Ahí el equipo de acá que la verdad es muy bueno, hicieron un laburo gigante y dieron con familiares de él; era de Paraguay y tenía una familia inmensa allí. Con esto el órgano de revisión nos dio una mano inmensa, se hizo un gran trabajo, al final parte del equipo lo llevó a Paraguay a que se encontrara con su familia, tenía como 10 hermanos, sus padres, abuelos, todos en Paraguay, la madre contó que lo daban por muerto... Se lo reconoció porque le faltaba un dedo. Parafraseo

Entrevistado: bueno, espero que te haya servido, si más adelante precisas ampliar algo, o si necesitas entrevistar a otro profesional me decís, yo te hago el contacto.

Entrevistador: la entrevista estuvo muy bien, te agradezco por hacerte un lugar. Si, la entrevista necesitaría realizarle una a alguien de enfermería que trabaje en el dispositivo de admisión.

Entrevistado: ¿Tienes tiempo ahora? Te consulto ya si hay alguien.

Entrevistador: Si puedo.

Entrevistado: –toma el teléfono y llama. Hola X -nombre- ¿habrá alguien disponible de enfermería que trabaje en el dispositivo de admisión? Estoy con una chica que está haciendo su trabajo de investigación y necesita hacerle unas preguntas... Dale, decile que venga a mi oficina, acá vemos cómo nos organizamos.

Ahí viene uno de los enfermeros. Bueno, como te contaba con los enfermeros es un tema. Con la que hablaba era jefa de enfermería, genial enfermera asistencial, pero para las nuevas tareas que implica la ley es un tema... por ahí para ellos era más fácil darles las pastillas con agua antes de explicarles porque toman eso, como y demás; lo mismo con tareas como afeitarse, prefieren afeitarnos ellos, más rápido que enseñarles cómo se usa una cuchilla, hacia donde, o como sea afeitar. Para las tareas fuera de la institución también porque te dicen que no están para niño, así que cada vez que necesito alguien para los trabajos fuera de la institución es un tema. Pero bueno, fijate vos ahora cuando hagas la entrevista. a

Llega el enfermero, nos presenta y nos dice que vayamos a la cafetería para hacer la entrevista.

- La entrevista con el profesional enfermero no pudo ser desgravada ya que también fue perdida junto con parte de la entrevista a la directora. De igual manera se consideró que no era

conocedor de la temática en general y sus respuestas no aportaron material significativo a esta investigación, por lo que no se procedió a la recuperación por parafraseo.

Entrevista N° 6:

- La siguiente entrevista fue realizada a una profesional psicóloga que participa del dispositivo de admisión perteneciente al Consultorio externo de psiquiatría del Hospital Colonia de Salud Mental de la ciudad de Diamante. La misma se realizó el día 26 de agosto con una duración de 21 minutos de 09:02 hs a 09:21 hs. Anónima.

Datos de Contexto de construcción de la representación:

Lugar de residencia: Valle María.

Años de trabajo en la institución: 10 años.

Profesión: Lic. en Psicología.

Otra formación: Especialista en clínica con niños y adolescentes.

Años de experiencia tiene en su puesto actual: 10 años.

Participación/función en la institución: Psicóloga.

Observaciones: logró acordar una reunión con la profesional a partir de que otro profesional a quien le realice la entrevista con anterioridad me hace el contacto.

Al llegar a la institución desde el ingreso me acompañan a una oficina en la que se encontraba ella con otros/as profesionales; me invito a que nos acerquemos a otro espacio que iba a estar desocupado para así estemos más cómodas. La habitación era muy similar a las demás, con una puerta balcon de madera, con ventanas recubiertas por pestillos plegables de madera, un escritorio en el centro con dos sillas de cada lado. No parecía haber, al menos a simple vista, algún tipo de decoración o adorno. La puerta tenía un pestillo del lado de adentro.

La misma se mostró predispuesta a responder las preguntas, aportando grandes desarrollos en las respuestas.

Entrevistador: **¿Qué significa para vos un dispositivo de guardia?**

Entrevistado: Bueno, es un espacio en donde se reciben situaciones que podemos llamar de urgencia o crisis subjetiva que requieren atención interdisciplinaria, ya desde hace un tiempo venimos trabajando de una manera interdisciplinaria. Lo que sucede acá es que, como estamos en un proceso de transformación del hospital... y el hospital local, que es el Hospital San José, debe decirse la ley, y debe internar allí a las personas que tengan alguna problemática de salud mental... En principio, las urgencias o las situaciones de crisis deberían ser atendidas ahí, y las personas internadas ahí. Lo que pasa acá, en Diamante en particular es, a veces el Hospital San José recibe estas primeras consultas, y

a veces nos deriva para acá, cuando son situaciones que por ahí no se pueden abordar, trabajar en el Hospital San José, las derivan acá, sobre todo, porque acá, hay tres especialistas psiquiatras, ¿no? Ahora en el Hospital San José hace un tiempo que hay uno, pero en una época no había, entonces como que faltaba, al no estar totalmente constituido un equipo de Salud Mental en el Hospital San José, bueno hicimos este ida y vuelta ¿no? Pero la idea justamente es que todas estas situaciones puedan ser abordadas en el San José, y nosotros transformar este... transformarnos y crear dispositivos que sean abiertos a la comunidad. No sé si te han contado que hay un proyecto por crear un Hospital de día, para crear un Hogar para adultos mayores, bueno... eso está encaminado... por ahí lo más próximo es la creación de una casa que va a ser un dispositivo habitacional para que esos dos o tres usuarios que están aquí internados y que no tienen referentes sociales ni familiares y que no pueden ir por su propia cuenta a vivir solos. Entonces la idea es que funcione como un dispositivo intermedio.

Entrevistador: ¿Podría mencionar los aspectos que te resultan relevantes respecto a un dispositivo de guardia de salud mental?

Entrevistado: Los aspectos relevantes... bueno, en principio este... que sea interdisciplinario. Nosotros lo que tenemos acá son entrevistas de admisión para la consulta con psiquiatría y lo hacemos de manera interdisciplinaria, y uno ve lo rico que es que cada uno aporte desde su disciplina, de su campo de saber, y de pronto escuchar desde ese lugar es fundamental. Después porque bueno, hay cuestiones que... se deben resolver, qué se debe asistir de manera urgente pero, no por ser urgente tiene que ser rápida digamos, sino que tiene que haber alguien que pueda acompañar una situación crítica ¿no? Entonces creo que esos son aspectos fundamentales, brindar un espacio de intimidad, seguridad, de confianza, este donde la persona puede desplegar algo de lo que sucede e incluso puede llegar a formular una pregunta de qué es lo que le pasa, por qué está así. Porque bueno, uno acá ve diversos motivos, a veces esta la situación totalmente crítica de cuadros de excitación psicomotriz que es necesario una medicación y donde el sujeto no está por ahí en condiciones de habilitar la palabra todavía, ni para pensar que es lo que le pasa. Pero también hay otros casos que vienen derivados desde la justicia y que vienen con que los mandan, y están acá porque los mandan y tienen que cumplir. Entonces también es importante trabajar sobre esa cuestión. Bueno, creo que todo eso ¿no?... a un posible dispositivo de guardia, que por ahí lo más cercano es esto que tenemos. Bueno cuando el San José deriva... o cuando otras instituciones derivan acá y vemos que la persona está mal, bueno, si, por supuesto que se la atiende, se arma un equipo, se la asiste.

Entrevistador: ¿Desde el consultorio externo?

Entrevistado: sí, generalmente comunican o: la Dirección o comunican a estadística, y estadística es quien nos informa, “hay una situación así, y van a estar trayendo a la persona”. Y bueno, quienes estemos conformamos el equipo, y ahí evaluamos, si es pertinente internarlo, si es necesario derivarlo... bueno, que tipo de asistencia requiere.

Entrevistador: **En relación a guardias, en general, ¿Qué lugar crees que tiene un equipo de salud mental?**

Entrevistado: Haber, lo pienso en relación a dos preguntas: el lugar que debería tener o el lugar que tiene actualmente (risas). Digamos, el lugar que debería tener sería fundamental ¿no? Porque justamente incluir a los equipos de salud mental en las guardias implica salirnos de esta dicotomía cuerpo-mente ¿no? En donde las afecciones físicas son atendidas de determinada manera y en determinado lugar y las psíquicas en otros; cuando en realidad somos, bueno, un combo, una mezcla, no sé, creo que es fundamental. Si lo que pasa actualmente es que no hay recursos profesionales en las instituciones de salud, y entonces, se termina trabajando como se puede con las circunstancias...las condiciones de trabajo de cada institución. Hablamos por ejemplo de que, el Hospital General de Diamante hace años que tiene un equipo de salud constituido, pero ahora se está constituyendo, está yendo un psiquiatra por ejemplo, hay una trabajadora social, una psicóloga... Entonces bueno, el lugar es fundamental y súper necesario, ahora después hay que ver cuál es la realidad de cada institución y que se puede hacer ¿no?

Entrevistador: **¿Qué ventajas podemos destacar y cuáles obstáculos respecto al dispositivo de guardia como espacio de alojamiento de urgencias?**

Entrevistado: bueno, me parece que es fundamental un poco por esto que te decía anteriormente; en principio para alojar simbólicamente, subjetivamente a la persona que está en crisis, o que requiere de acompañamiento particular, profesional... Segundo para orientar esa demanda entre comillas, no quiero decir que de entrada haya una demanda pero, para orientar qué es lo que le pasa a esa persona y que puede estar necesitando en ese momento... Y aparte porque, por ahí no hay horarios para uno desestabilizarse o afectarse sino que eso puede pasar en cualquier momento y es importante que en ese momento haya disponibilidad, de recursos, de profesionales, equipos para atender la situación ¿no? Creo que, si eso se hace es más factible que la persona pueda en principio ser asistida, y no... no termine yendo de una institución a otra; y en segundo lugar pueda ser pensada también las intervenciones a seguir con esa persona. Creo que esas son las ventajas fundamentales.

Entrevistador: **¿Qué opinión tienes respecto a la ausencia de un dispositivo de guardia implementado en este Hospital?**

Entrevistado: Y, creo que, que sí, que debería haber... pero a la vez creo como te decía anteriormente que también debería haber equipos tanto en el Hospital San José como en el nuestro. A nosotros nos pasa que, bueno, acá somos tres psicólogas, tres psiquiatras, dos trabajadoras sociales... y dos acompañantes terapéuticos, que están desde hace pocos años, más el cuerpo de enfermería ¿no? y somos (risa): equipo de admisión, equipo de acompañamiento en sala, equipo de externación... para sumar además una guardia sería casi inviable en esas condiciones; eso no quiere decir que no sea necesario. Pero también me pregunto, si estamos trabajando para que el hospital cambie y para generar otro tipo de dispositivos y bregar porque (levanta el tono) las internaciones en salud mental tienen que estar dentro de las internaciones que se consideran físicas o como clínicas... Bueno, apuntar a que sea el Hospital San José también, que pueda bregar por eso tipo de asistencia ¿no? pueda brindar este... entonces bueno, son como varias cuestiones, y que rondan lo mismo que venía conversando anteriormente.

Entrevistador: **¿Existió en algún momento en esta institución algún servicio o dispositivo de guardia?**

Entrevistado:...Que yo sepa no, que yo sepa no. Lo que hubo en pandemia, pero que no era un dispositivo de guardia sino más bien como una, como un... un espacio de asistencia telefónica, que tenía horarios, por la mañana y por la tarde, para recibir consultas de la comunidad. Qué derecho tuvimos consultas... no en masividad, fueron algunas, pero también asistimos a personal que trabajaba en otras instituciones, a través de una comunicación telefónica y un seguimiento, de esa manera. Es lo único que recuerdo.

Entrevistador: **¿Qué concepciones tenes respecto al abordaje de lo que son derivaciones urgentes?**

Entrevistado: Y... me parece que es importante siempre en particular las derivaciones... explicarle a la persona: a donde va, para que...intentar poner palabras si la persona por ahí no está en condiciones de encontrarlas; pero... que en esa articulación, esa persona afectada vaya con un acompañante, preferentemente alguien de referencia para él, que haya una comunicación previa entre las instituciones para esperar a esa persona y para organizar, y además para, porque a veces hasta que derivan a alguien que en realidad no es para esta institución, no es para... haber, no es que no sea para

esta institución, los servicios que hay acá no le van a ayudar en ese momento, entonces capaz sea necesario derivarlo a Paraná. Entonces, creo que, lo fundamental es que haya articulación entre instituciones, que hacen una derivación.

Entrevistador: **¿Con qué frecuencia en tu rol en el dispositivo de admisión se presentan casos urgentes en el consultorio externo de psiquiatría?**

Entrevistado: mmm, seguido te podría decir. ¿Qué es lo que hacemos ahí? Como generalmente todos los días hay psiquiatra, al menos un psiquiatra, porque generalmente (acentúa la palabra) ante esas situaciones algún tipo de medicación es necesaria. Esa persona le hacemos la admisión, trabajamos con ella sobre lo que le sucede y, intentamos que el psiquiatra la vea el mismo día. Si no hay psiquiatra, ahí si necesitamos que esa persona sea medicada, hablamos con el Hospital San José o, a la guardia del Hospital Escuela en Paraná. Pasa seguido esto, de que, generalmente hacemos quedar a la persona que el psiquiatra se incorpore al equipo y que tenga una asistencia, lo más inmediata...posible.

Entrevistador: **En tu experiencia ¿Con que modalidad/sintomatología se presentan las urgencias? Si puede describir**

Entrevistado: Y mira, últimamente han sido muchos intentos de suicidio...sensaciones de angustia, de tristeza, síntomas depresivos... Estaba pensando, hace bastante que no aparece, tipo, descompensaciones de tipo psicóticas, viste con alucinaciones. La mayoría en el último tiempo han sido por: intentos de suicidio, por pensamientos relativos a la muerte o a no querer vivir más, bueno eso ha sido la mayoría.

Entrevistador: **¿Me podrías describir cómo funciona el dispositivo de admisión y que profesionales lo componen?**

Entrevistado: Bueno, generalmente, la persona que quiere un turno se acerca al Hospital, puede ser personalmente o telefónicamente, se dirigen al área de consultorio externo desde ahí se les brinda un turno para la entrevista de admisión, a veces estas derivaciones provienen de otras instituciones. Si hay una condición, y es que (suspira) cuando vienen a la entrevista de admisión vengan con alguna derivación... (suena el celular por una llamada, la profesional corta) ya sea del médico clínico, que lo sugiere, que sugiere la consulta con psiquiatría, este, o la institución que solicita por ahí es defensoría.

(Llaman nuevamente, pide detener la entrevista para responder porque era del Hospital)...Recordame donde quede...

Entrevistador: con la condición, que debían traer derivación.

Entrevistado: Si... por ahí hay situaciones que llegan sin derivación y se lo atiende igual, se realizan preguntas para saber de qué se trata, pero, sobre todo porque, nos parece importante que haya... haber, que quien deriva pueda explicar porque deriva, que haya ahí una primera instancia, algo de lo que le pasa a esa persona. A veces nos pasaba

que vienen y te dicen “no sé”, y no sabemos quién no había derivado. Otras que sí, que son personas que te cuentan: “me pasa esto, me pasa aquello”, no, pero no siempre. Así que bueno, llegan, con esa derivación generalmente; cuando ingresa se le pide una serie de datos, este los datos personales, informan de que les pasa y luego pasan a la entrevista en sí misma, que la integran una psicóloga, una trabajadora social y un enfermero, ese es el equipo.

Entrevistador: **Bueno, para terminar sería ¿Qué concepciones tenes acerca de las urgencias subjetivas?**

Entrevistado: ¿urgencias?

Entrevistador: subjetivas.

Entrevistado: bueno, justamente esto que te decía hoy... de que, no porque sea urgencia debe atenderse inmediatamente, la inmediatez. Me parece que son situaciones en las que uno más tiene que pensar: que hacer, como hacer, con quien hablar, con quien no hablar, evaluar si esa persona viene acompañada, si no, en qué contexto vive... evaluar qué factores protectores hay, factores de riesgo hay... bueno, me parece que justamente la urgencia también nos habla de que uno se lleve a pensar, qué intervenciones no se han realizado antes, que le paso a esta persona antes, porque llegó a estar en este estado, que se puede hacer a futuro para que no vuelva a pasar, este... todo esto es un poco de lo que pienso de la urgencia. Puntualmente que, no porque sea urgente, tiene que ser rápido, inmediato, sino que justamente, bien pensado... y brindando esto, un lugar, un tiempo, y pensando en cuáles son las otras intervenciones para esa persona en particular.

Entrevista N° 7:

- La siguiente entrevista fue realizada a una profesional médica psiquiatra que participa en el Hospital Colonia de Salud Mental de la ciudad de Diamante. La misma se realizó el día 6 de septiembre con una duración de 55 minutos de 15:21 hs a 16:16 hs. Anónima.

Datos de Contexto de construcción de la representación:

Lugar de residencia: yo vivo, actualmente vivo en Paraná, desde el año 2000. Pero soy cordobés, nacido en Córdoba. Bueno, mi familia obviamente, padres y hermanos viven todos en Córdoba. Dicho esto, bueno, en el año 2003 fue que empecé a trabajar acá en Diamante no cierto.

Años de trabajo en la institución: 19 años aquí. Y en total en la provincia en Salud Mental y van a ser 23

Profesión: Claro, me recibí de médico. Si mal no recuerdo allí por el año '98 y después en el año 2000... bueno, empecé a hacer clínica, clínica médica en Córdoba y en el año 2000 rendí en varias instituciones para ingresar a hacer una residencia, en ese momento no se decía psiquiatría, porque como uno es médico el objeto de estudio va a ser no cierto la mente y lo que se denomina el padecimiento psíquico, enfermedad mental o bien, está en boga lo que es, criterios diagnósticos de algunos libros ¿no? Y las clasificaciones que lo llaman trastorno. Pero bueno, sí, este... Yo a partir del 2000 empecé la residencia en salud mental entonces en el Hospital Escuela de Salud Mental, este sí, ahora sí...

Otra formación: si yo, haber... como no he rendido diplomatura, no cierto, ni he rendido maestría... pero me dedico a estudiar con APSA, la asociación de psiquiatras de Argentina, ¿no? Y con otros psiquiatras con más años de experiencia en tratamiento y estudio de las adicciones, yo me considero lo que se llama adictólogo no cierto. Es decir, médico especialista en psiquiatría y adictólogo, porque bueno he participado en grupos de trabajo, he escrito artículos, he investigado, bueno... además no cierto, de tratar a los pacientes este que en una proporción muy grande no cierto, además de su... por ahí está mal dicho además de su problema primario en salud mental, en un gran porcentaje puede haber adicciones, o hay adicciones, ya sean comportamentales o químicas, si, o ambas risas) o combinadas.

Participación/función en la institución: el cargo se llama “profesional asistente” no cierto, entonces... nosotros atendemos a los pacientes que derivan para atención, y/o una posible... internación si el problema de salud así lo requiriera ¿no? Entonces, después seguimos a los pacientes

que fueron ingresados en sala, no cierto, seguimos la evolución del paciente, se trabaja para estabilizarlo no cierto, a ver en qué punto pueden recuperar ¿no? Lo que se llama recuperación o rehabilitación en psiquiatría. Y por supuesto en conjunto se trabaja con asistencia social, con psicología, con acompañamiento terapéutico, terapia ocupacional, kinesiología, etc. ¿no? Y bueno, el objetivo es siempre que el paciente... pueda volver a su medio habitual no cierto, con su familia, su trabajo, hacer su vida normal, ¿sí? Pero claro, hay muchas dificultades después a veces, muchas veces diría, para lograr esta reinserción en su medio ¿sí?

Años de experiencia en el puesto actual: 23 años casi.

Observaciones: esta entrevista fue posibilitada por la médica clínica, quien hizo de intermediario para lograr el encuentro. Al aceptar el profesional psiquiatra se me comparte un mail para poder comunicarme con él, finalmente terminamos por comunicarnos vía Whats App.

La comunicación comenzó en el mes de mayo, comentándole más en profundidad acerca del tema y los objetivos de la investigación. La entrevista como tal logró concretarse en el mes de septiembre, por distintos motivos personales del profesional fue difícil concretar el encuentro.

Cuando pudo pactarse un día en común para la entrevista, el profesional me invita a que me acerque a un centro de consultorios en los que él atiende para realizarla.

Al llegar debí esperar unos minutos para que el profesional llegue al centro; una vez allí, me invitó a entrar. La oficina era un espacio luminoso, pero no por luz natural; se notaba era un espacio compartido con otra profesional por elementos de otras áreas de la medina, además de títulos con otro nombre. La habitación estaba dividida por un amplio escritorio de madera en la que había tres sillas, dos del lado del consultante y otra del suyo.

La entrevista como tal fue amena, se mostró interesado por participar de la entrevista, además las respuestas fueron muy completas.

Entrevistador: ¿Qué significa para vos un dispositivo de guardia?

Entrevistado: claro, lo que uno conoce o tiene no cierto mente o constructo colectivo ¿no? y propio en relación a una guardia, uno entiende que va a haber: profesionales las 24hs atentos por si hay una emergencia o una urgencia. Derecho, yo después de terminar la especialidad, acepté ser médico de guardia del Hospital Roballos, por un periodo breve, justamente por las dificultades que, por ejemplo, después de las 13hs se queda el médico psiquiatra de guardia solo (risas) cuando digo solo es sólo. Entonces a veces era como muy complicado, uno entre en un estado ya no de... lo que se conoce como síndrome del quemado del profesional... porque, antes de las 13 están todos los profesionales trabajando, pero después de las 13 habitualmente en la guardia quedan, si son hospitales no cierto, en

las guardias médicas quedan médicos. Y en el Hospital Escuela de Salud Mental en un cargo de Médico psiquiatra de guardia... al estar la residencia, depende de cómo se coordina, a veces por más horas tienes otros profesionales trabajando en conjunto. Pero bueno, lo ideal sería que quizás fuera, dos psiquiatras de guardia activas, no cierto, dispositivo de guardias activas, y mejor aún sería con el acompañamiento que hoy por hoy, si te digo te miento, no sé cuántas horas está trabajando, el médico de guardia psiquiatra con un colega psicólogo o un colega asistente social, eso ya hoy por hoy no te lo puedo definir porque no sé a ciencia cierta, algunas horas colabora más la RISAM, a veces otros profesionales digamos de la institución ¿no? como de planta permanente. Acá en la Colonia nunca existió, nunca se gestionó, por más que, a ver... lo consideramos una necesidad, lo hemos hablado con los diversos directores que han ido pasando de crear un servicio de guardia que sea guardia activa, es decir que haya profesionales... y si, las 24hs no cierto por si algún, algún, alguna urgencia, o una emergencia en salud mental que amerita la intervención a los fines de prevenir mayor drama, bueno, en el paciente y la familia, bueno; y empezar ya la recuperación, apurarnos un poco con eso también...

Entrevistador: Bien...

Entrevistado: Si... no sé si necesitas que te aclare algo...

Entrevistador: no sé si vos quieres agregar algo...

Entrevistado: claro, después está lo que se llama, que existe ¿no? en todo el país, el sistema de guardias pasivas, que es un sistema donde, los jefes o directores por así decirlo, de las instituciones, pueden decidir esas guardias pasivas... a ver, qué profesional es más necesario, por llamarlo de algún modo, el cual a ver, claro, según la demanda claro, que tiene la institución, esa guardia pasiva puede ser por un médico, psicólogo u otro profesional, que si no hay ninguna crisis no se presenta en la institución, pero, si hay una crisis no cierto, de la comunidad, que esté, recurren a la institución, ahí se lo llama para que venga a la institución, o venga y, bueno, empiecen a intervenir no cierto, que eso es lo que se llama guardia pasiva. Pero bueno, imagínate que es engorroso tener el sistema de guardias pasivas, pero bueno, lo ideal son las guardias activas, pero bueno, sí, se habló siempre pero nunca se gestionó, y/o eso ya no lo puedo decir tampoco porque no he sido director de la institución, desde el Ministerio de salud tampoco se concretó, o bueno se llevó a cabo este dispositivo, es decir se concretó este dispositivo.

Entrevistador: bien...

Entrevistado: Acá en Diamante por supuesto, me estoy refiriendo. Si nosotros estamos presentes el paciente puede traer un familiar, lo puede traer este un trabajador de acción social, o un trabajador del

Hospital San José de las guardias médicas de clínica médica. O si un profesional de otra especialidad está atendiendo un paciente en el horario de consultorio externo y ve que está en crisis, el médico de guardia, digamos, también lo ve, el San José por ejemplo, y según la magnitud del cuadro y no puede esperar a un turno programado este bueno, hacen la derivación, y estando nosotros en nuestro horario laboral lo recibimos y trabajamos como si fuera un servicio de guardias. Dicho esto, lo que ocurre a veces es muy dificultoso porque tenemos, por ejemplo, los turnos programados, el seguimiento de los pacientes de consultorio externo y los pacientes que están internados, y a veces tenemos una crisis con los pacientes de consultorio externo ((risa)), es decir que están esté en el hospital no cierto; pero bueno, están alojados ¿no? en tratamiento médico crónico, y a veces también tenemos alguna evaluación programada, entonces bueno, se nos complica la labor. No sé si termine ahí la... (risa)

Entrevistador: vos si por ahí querés agregar algo o si más adelante quieres volver no hay problema.

Entrevistado: okey. Claro, el tema que me preguntate.

Entrevistador: **¿Qué lugar consideras que tiene un equipo de salud mental en las guardias?**

Entrevistado: si, yo creo que el equipo de trabajo debe ser o es primordial, digo debe ser porque... claro, históricamente no, quien queda de guardia generalmente es un médico. Hay especialidades, obviamente si un paciente va por una angina, por un dolor fuerte de panza, bueno, la anamnesis y el examen físico del médico, si amerita una intervención urgente no cierto, una cirugía no programada, bueno hay que realizarla porque si no el paciente se muere (risa); si es angina no se va a morir, se da el tratamiento antibiótico, seguimiento, bueno, o virosico... con la pandemia que hemos padecido, y tenemos aún algunos coletazos, bueno pero se estudia no cierto, y si hace falta un tratamiento urgente se lo realiza por supuesto. Pero claro, ya lo que es Salud Mental como, haber... viene la persona ¿no? con una crisis, por ejemplo un ataque de pánico este, una crisis de explosividad, bueno, no solamente son esos síntomas, que uno puede observar, mejor dicho, síntomas que percibe el paciente ¿no? lo que te cuenta, y los síntomas que uno puede evaluar a nivel físico, como latidos, pulsaciones, frecuencia respiratoria, evaluar el estado de conciencia, es, haber, que paso a nivel familiar, que pasó en el trabajo, que paso con la familia, esto es de ahora o es que se vino acumulando, o fue apareciendo y fue mermando espontáneamente. Entonces sí, necesitamos que este, por ejemplo, el médico por así decirlo psiquiatra, que esté la asistente social para empezar a intervenir más rápido, para involucrar a la familia en la recuperación, el psicólogo o la psicóloga por supuesto para que pueda ir... haber evaluando y analizando de dónde pudo venir este proceso, ya sea del espectro de una crisis de ansiedad o del espectro de una crisis de impulsividad, o bueno de un trastorno psicótico; y bueno empezar a evaluar y intervenir. Entonces, si, sí, porque una sola persona... digamos que no es lo mejor, no es lo

mejor para nada, nada... A veces se hace, porque si uno está solo, se arremanga y (risa) hay que hacerlo. Ósea que, por eso te digo, tengo la experiencia de haber trabajado solo, por ejemplo en el Hospital Escuela como médico psiquiatra de guardia, supónete, a la siesta, a la madrugada, unos conflictos importantes a veces. Por ejemplo, peleas entre pacientes que estaban internados, a veces por orden judicial del fuero penal no cierto, porque están condenados o procesados, y los custodios se terminan peleando hasta físicamente con estos pacientes... entonces bueno, uno debe intervenir, ¿a quién atiende, al paciente o al policía? ¿no? por supuesto colabora enfermería. Enfermería por supuesto viste, como que es parte del andamiaje de un Hospital convencional por así decirlo. O así fuera enfermería comunitaria, también como que son otras intervenciones ¿no? Antes se denominaban auxiliares de la medicina, pero el enfermero tiene su función específica depende en qué servicio, pero por supuesto, es colaborativo, debe ser colaborativo además... Cuando uno trabaja además en conjunto con las otras áreas ¿no? creo que todos los que estamos involucrados en esa tensión nos sentimos también muy resguardados nosotros, no cierto y, bueno, ya en ese momento uno empieza a pensar a ver..., que va a ser la mejor desde cada área de intervención, y uno se siente acompañado también por los colegas ¿no? porque a veces son casos realmente dramáticos.

Por ejemplo, un intento de suicidio... dicho así, que no se malinterprete, encima lo trae la policía, lo traen dos policías que a veces el policía no se si esta de la mejor forma capacitada, a veces sí, a veces no (risas) a veces no tanto, y bueno, viene esposado y bueno ¿le saco las esposas o no se las saco? Y uno a veces le pide “saquele las esposas” y dice “no, no pero tenga cuidado porque...”, bueno entonces viste, es peligroso, es una área (risas) de la salud, peligrosa en relación a la atención, para todos los involucrados. Después tenemos la ambulancia esperando a ver si el paciente se queda, si no se queda, que ya se altera el chofer porque se tiene que ir (risa) es todo un lío, es todo un lío. Entonces bueno, uno siempre busca serenarse ¿no? que nos serenemos el conjunto de, de lo que estamos asistiendo y bueno trabajar en la mejor forma posible. También colabora gente de estadística, porque a veces están pendientes por el tema del papelerío viste, en relaciona confirmar una internación que hay que avisar... al juzgado de la ciudad, ya sea de familia, y bueno además hay que confirmarle después al órgano de revisión, bueno, también se le informa; y al mismo juzgado, supónete que es un juzgado este de... garantía, un juzgado de garantía y de ejecución de penas... Aunque generalmente el juzgado ya ordena la internación, en cambio, los jueces, digamos del otro fuero, ellos piden evaluación, evaluación para una posible internación. Porque la ley de Salud mental en ese sentido este no, no, no legislo, o no se metió en el fuero ya... pensando en hecho de crimen...criminalidad manifiesta como pacientes que vienen del penal en un momento estaban en tratamiento, fueron evaluados y el juez. Bien, escuchando a otros actores del penal, que trabajan también tiene su psiquiatra, su psicóloga o su psicólogo, bueno y en un momento deciden que debe continuar igual su tratamiento aun estando, por

ejemplo condenado por homicidio, en un hospital psiquiátrico ¿sí? Entonces bueno, uno lo recibe y empieza a hacer informes ¿no? en ese caso. Ahora, si no son estos juzgados, bueno, hay que evaluar, y ver que va a ser. A veces la evaluación la pide el defensor no cierto, por supuesto en conocimiento de la jueza o el juez, y ahí ya tenes que ver a ver, digo ver también qué otras posibilidades de otro seguimiento u otro dispositivo en ese momento la internación del paciente. Por, por todo lo que implica subjetivamente y todo lo que implica objetivamente no cierto. Entonces si no es fácil, no es fácil. No sé dónde nos quedamos...

Entrevistador: no, yo por ahí voy viendo porque por ahí depende por donde quedamos voy viendo con qué pregunta seguir no más...

Entrevistado: si...

Entrevistador: **Bien.. ¿Qué aspectos te parecen relevantes en un dispositivo de guardia?**

Entrevistado: aspectos relevantes es, lo más relevante es la disponibilidad de la intervención ¿sí? Porque hay casos que hay que evaluar, si el paciente está por ejemplo, en una crisis de ansiedad y está hiperventilando, por ejemplo, ayudarlo a que empiece a respirar lento, con respiraciones que (inhala) no cierto, llene sus pulmones y exhale... no se usa tanto pero servía no cierto usar, antes se usaban las bolsas viste de las radiografías, que el paciente un ratito respire dentro de esta bolsa y de ese modo, por una cuestión metabólica que no viene al caso, logras que el paciente se empiece a serenar y deja de hiperventilar, porque esa hiperventilación te puede generar hasta una contractura muscular ¿no? por un lado. Porque uno por ahí puede ver una cuestión de... ataque de pánico pero, o de angustia, pero a ver si el dolor, si hay un dolor muscular y es la cara interna del brazo yo puedo pensar que es una angina de pecho, además del dolor en el área por ejemplo del corazón ¿no? pensar en una angina de pecho, un infarto o un pre infarto, entonces como que... También necesitaría, yo creo que, algunos lo tienen, todo hospital psiquiátrico o monovalente como se dice en forma más delicada (risa) un médico clínico de guardia activa. Viste, como que hay que definir ¿no será un infarto de miocardio o un pre infarto? o bueno algo menos, una angina de pecho, y bueno si, ataque de pánico viste como que por ahí, el psiquiatra necesitaría por ahí la colaboración del médico clínico. Que a veces de hecho los hubo también, lo que se llama guardia pasiva de clínicas viste.

Cada institución, cada ciudad, cada provincia, también según cómo administran los recursos, este, pero bueno. Primero la inmediatez de la atención, lo antes posible, si hace falta algún recurso medicamentoso para empezar a mejorar el cuadro y que el paciente no empeore no cierto también... lo podemos utilizar; a veces necesitamos vista, la colaboración de los enfermeros, vista y claro, haber, la

guardia... Si fuera una guardia como uno la, la puede idealizar ¿no? que ahí mismo podríamos tener como línea directa, obviamente con otras instituciones que pudieran evaluar otra cuestión clínica o no, pero por ejemplo, un paciente con un trastorno adictivo crónico, ¿no? que en este momento, supongamos que por un consumo de cocaína... A veces el consumo, esto que se llama... por ejemplo un paciente consumir de cocaína, generalmente viene asociado con alcohol, porque esto, están tan pasados de rosca que quieren tranquilizarse entonces toman alcohol que serena (risa) después otra vez cocaína porque ya lo sereno de mas, no cierto esto, hablando vulgarmente no cierto, y... son sobredosis. Pero a veces la misma dosis que hace unos meses le generó una crisis de pánico ahora si se la genera, esa misma dosis ya por el deterioro y el consumo crónico; esto en neurología lo llaman el “quildilnou” como una activación de mas ya provocada por el uso de sustancias psicoactivas y el paciente tuvo una crisis de ansiedad enorme, hasta puede tener alucinaciones, o... si, o ideas paranoicas... y perfecto, vos resolver esto pero ¿después que haces? por qué ¿amerita una internación psiquiátrica?. Que de hecho sea de paso, según la ley debería ser en instituciones polivalentes adecuadas para pacientes con patologías... no cierto... o patologías, o un padecimiento psíquico agudo y crónico también. pero bueno, pensando en el caso de un paciente crónico con adicciones yo creo que, en ese momento, resuelta la intoxicación no cierto, o el cuadro que generó la intoxicación ¿si? Después viene un periodo breve que sería de deshabitación, es decir desintoxicación, deshabitación en unos días pero vos, ahí mismo ya podrías coordinar si tuvieras instituciones especializadas para que pueda empezar un tratamiento en una comunidad terapéutica, por ejemplo, con supervisión obviamente médica, psicológica, social, acompañamiento. Entonces como que, o es por decirlo así, el paciente, o se va a la casa ¿no? O tiene que quedarse en, lo voy a entrecomillar yo, en lo espantoso (hace comillas) de una internación psiquiátrica, y no tenes otra opción. Porque generalmente las clínicas viste que tenes que programar, o las comunidades terapéuticas, con mucho tiempo... y entrevistas con la familia y el paciente. Entonces, además faltan dispositivos especializados por ejemplo en adicciones, por decírtelo de este modo. Si bien... por ejemplo, en unos barrios existen los CICS por ejemplo, este como decía antes los dispensarios, podes tener un equipo de salud, también el equipo de salud mental va a estar trabajando seguramente en el horario típico ¿no? de mañana, hasta... el mediodía. Entonces, tampoco tenes como referentes, obviamente según el horario para que el paciente después pueda ser supervisado, o agentes sanitarios que vayan a la casa para ver cómo van evolucionando, si toma la medicación, o acompañantes que estén contratados por los cics, por los centros de salud; o a veces el mismo el hospital no tienen recursos humano para hacer el seguimiento, suponete a la hora por ejemplo. Entonces estás como en una encrucijada ...que no es fácil... por el equipo además, terminar... viendo que es lo mejor para el paciente no cierto. Se trata por supuesto, de que el paciente nos dé el consentimiento, ahora si es un caso muy grave que el paciente está fuera de juicio, aparte

como lo marca la ley si el paciente no está en su sano juicio, tiene el juicio crítico suspendido o desviado complementamente y no puede decidir, y bueno, el equipo toma la decisión, justamente para evitar un riesgo mayor, que se dañe el, o lastime a un familiar no cierto, o bueno (risa) no familiar, alguna persona esté... digamos... de su medio, que de hecho ha ocurrido, historias hay un montón, lo hay a nivel local y regional...este... me quedo ahí porque si sigo hablando (risa).

Entrevistador: como vos quieras...

Entrevistado: sí.

Entrevistador: **Bueno por ahí podemos seguir con esta pregunta que engloba lo que me comentabas sobre ¿Qué ventajas podrías comentar y obstáculos respecto al dispositivo de guardia como espacio de alojamiento en casos de urgencia?**

Entrevistado: Claro, si... a ver. Hace aproximadamente tres semanas un caso concreto, por supuesto no reveló quién es el paciente o lo que ocurre pero, el Hospital San José... deriva a un joven porque en ese momento él había... habló como se dice en la jerga, hecho un brote, y había... igual obviamente no (risa) lo vas a describir porque no tiene que ver con la pregunta concreta. Había matado a cuchillazos a su perro ¿sí? Entonces viene sin poder hablar, una congoja gigante que no le permitía expresarse por haber matado a su perro, y el mismo no se explicaba como había hecho esto, porque el, bueno, ama... amaba a su perro ¿no? A partir de ahí, yo estaba tratando en ese momento, en esa instancia no de atención en urgencia, en realidad era una emergencia porque era un periodo muy corto de tiempo había ocurrido todo... con una psicóloga y una enfermera, porque asistente social ya no había disponible... en esta oportunidad... este, y, y bueno, apareció el tema de una problemática interpersonal con el abuelo no cierto, con su abuelo que él se encontraba viviendo. Entonces bueno, uno dice (risa) un mataperros como se dice vulgarmente (risas) viste como apareció, se empezó a desplegar todo un abanico de... haber de situaciones haber... que uno puede ir analizando que lo habían llevado a esa situación. Bueno, él estaba entre acongojado y furioso, osea que era... como le hablo... como le pregunto, que le puedo decir y estaba la mamá y la tía esperando afuera, afuera en el pasillo digo, después las entrevistamos. Entonces, le planteamos a la mamá “mire mama, mire señora, él aceptó, porque él mismo... haber, tiene miedo de sí mismo de cómo va a ir reaccionando en estas horas y no se explica cómo llegó a esto”..., por supuesto, este... él acepta quedarse unos días en el hospital, para un mejor control y tratamiento más intensivo no cierto, y un seguimiento bien (risa) cerquita ¿no? del paciente ¿no?... Y la madre dice “no por favor doctor, acá en el hospital psiquiátrico no, por favor le pido que aca no lo deje”. Bueno, haber, entonces ¿qué podríamos hacer? porque sabemos que los hospitales generales, por la misma idiosincrasia del hospital, por más que exista la

ley, tienen serias dificultades para poder contener y ayudar... Ayudar no es el término, y atender y asistir a los pacientes día tras día después de un hecho de esta magnitud ¿no? Bueno, entonces, haber, un poco a ver, ¿quién estará en el hospital de guardia? ya eran como las dos y media de la tarde, además la mamá nos dice, mira que importante que esté la mamá, que esté la familia, nos dice “no yo tengo buena relación con uno de los doctores”, porque ya lo conocía de antes, lo conocía al hijo, entonces bueno, logramos que el doctor diga “bueno, por tres días yo estoy en el box de guardia dice, si puede estar en...” bueno, si puede estar... se le explicó, se le informó al doctor que el paciente ya había recibido un tratamiento medicamentoso por urgencia ¿no? ya se le había degradado como iba a seguir su tratamiento medicamentoso por vía oral, que en este momento no estaba ni agresivo ni con ideas de autoeliminación ni de... agresivas hacia terceros ¿no? Entonces bueno, coordinamos, estuvo esos tres días, después vino a control y hasta el momento sigue tratamiento ambulatorio.

Entonces, mira... no cierto, están las leyes... están los dispositivos... mira como justamente el pedido de la mama... ahí podríamos haber tenido la negativa del hospital que dicen “no, no... no tenemos camas... un paciente muy agresivo acá por favor no...” por más que exista la ley, y bueno... seguimos por supuesto teniendo que ingresar en el hospital monovalente no cierto. Pero bueno, este no fue el caso, y este muchacho sigue tratamiento psicológico y tratamiento psiquiátrico, y está bueno, hasta ahora fav... digo evolucionando, favorablemente.

Osea que obstáculos no... yo diría que al contrario (risa) en una guardia, podemos tener obstáculos, claro, al momento de querer articular con otras instituciones sí, eso pasa... muy seguido, viste... o no hay camas, o la comunidad le tiene miedo, la familia te dice “no, doctor o doctora (risa) lo que fuer... yo no lo recibo porque le tenemos terror”. Hace un tiempo, por ejemplo, un paciente... muchos pacientes de otras ciudades ¿no? van al hospital Escuela, o a Diamante o en su defecto al Hospital de Federal, hospital monovalente no cierto. Habíamos coordinado con el paciente el tratamiento con el hospital Salaberry, y cuando se le avisó a la mama, ese día que ya estaba programada el alta... es un paciente que venimos interviniendo hace muchos años, osea se lo estabiliza, hace tratamiento, vuelve a Victoria vive con la mama; en Salaberry tienen equipo de Salud Mental... bueno, un hospital grande. Bueno, en esta última oportunidad, la mamá va al juzgado y le dice al defensor que ella de ningún modo va a aceptar al hijo en su casa, por más que le digan que esté de alta. Entonces, el defensor obviamente informó al juez, y nos prohibieron, entre comillas, que el paciente sea externado... porque a madre decía que podía llegar a lastimarla... y el paciente ya estaba compensado, estabilizado... haber se había ido trabajando en el vínculo materno filial ¿no? un hombre de cuarenta años, la madre tiene su edad... pero así y todo, acá fue al revés, la mama dijo “no, yo no quiero saber nada porque me puede llegar a agredir, lastimar” entonces le informa esto al juzgado de Victoria y el Juzgado dice “no,

ustedes no lo pueden... esté... regresar a su medio”, bueno. Entonces, bueno (risa) es difícil, es difícil, el paciente todavía está en el hospital, la familia ya no puede hacerse cargo, no quiere, toda una historia también de sufrimiento familiar también ¿no? pero, por ley, el hospital debería alojarlo si fuera necesario y continuar el tratamiento allá, pero están los obstáculos de la justicia también... entonces se hace difícil... Pero la guardia en sí, son todos beneficios, no hay ningún obstáculo. No había, ni hay en una guardia interdisciplinaria. Al contrario todos beneficios para el paciente y para los profesionales.

Entrevistador: bueno, más específicamente con el tema ¿Cual es tú opinión respecto a la ausencia de un dispositivo de guardia implementado?

Entrevistado: si... uno puede decir, si, es una falencia que... según pasan los años uno la sigue planteando y bueno, no sé, no se gestiona obviamente, por eso me parece... haber, no lo digo yo, lo dice toda la comunidad, lo dice el mismo hospital, es un fallo en la gestión, en las políticas públicas no cierto... osea porque...no es que digan, por ejemplo, esto estamos hablando en el supuesto caso que dijeran, por ejemplo: “bueno muy bien, se gestionó, están los recursos, se va a adecuar, mejor dicho se va a crear una guardia activa ¿no? en salud mental, en ese caso el hospital monovalente porque sigue funcionando... bien ¿qué profesionales están disponibles?...” No es que ocurrió por ejemplo que un doctor dijo “no vivo muy lejos, yo no voy a estar 24hs en el hospital porque tengo otra actividad... o bueno psicólogo, asistente social, un acompañante...”, ni siquiera llegamos a ese punto de decir no hay nadie disponible... nunca fue... gestionado esa, esa es la palabra ¿no? motivos, habría que preguntarles no cierto a los... bueno... al Ministerio, a Dirección de Salud Mental, hoy por hoy, está la Directora, bueno cuales son los motivos, no lo sabemos ((risa)) Porque, haber... no es un tema mio en este caso, sino de todos los profesionales del Hospital viste que, uno no se explica porque no, no se puede... llevar a cabo... lograr no cierto... lograr esto. Si bien, hoy por hoy, según la ley vigente, el servicio de guardia de psiquiatría y todos los integrantes deberían trabajar en el Hospital General, pero tampoco existe; esta solamente el médico de guardia que se queda después de las 13hs, solito mi alma como se dice en criollo ((risa)) por ejemplo. Entonces... es dificultoso, pero bueno, ahí no se sinceramente cual es... tiene que ver con... la decisión política no cierto. Porque a veces tenes recursos y muchos para algunas cosas que... puede ser importante no cierto pero, ¿Que más importante que esto? digo por decir algo, o cuantas cosas importantes hay como lo que es atender una persona en crisis en salud... salud mental ¿no?

Entrevistador: Bien, en tu tiempo en la institución ¿Existió en algún momento servicio o dispositivo de guardia de algún modo?

Entrevistado: haber... que esté instaurado formalmente, no. Tiene que ver con... como se puede denominar, con organización interna, como se dice... de los que estamos en este momento porque, claro no hay ni siquiera médicos de guardia clínica activa no cierto, hay guardias pasivas pero bueno esa es otra historia, que trabajan para los pacientes que están internados estos médicos clínicos de guardias pasivas... entonces.. Este, es en coordinación y bueno en consenso, en este caso la directora y los profesionales que estamos, y sería más artesanal.. la frase por así decirlo... en ese aspecto, por así decirlo.

Entrevistados: ¿Qué experiencia tenes respecto al abordaje de derivaciones urgentes en el consultorio externo de psiquiatría?

Entrevistado: Es difícil porque, primero no está programado... en ese momento, supongamos, tenemos quince pacientes con turno, obviamente nos estamos refiriendo a, o más, veinte, al hospital Público, porque somos los mismos profesionales hace más de veinte años, y la población crece, y las enfermedades mentales crecen como cualquier enfermedad, y somos los mismos de siempre (risas). Entonces, claro, ahí haría falta también gestión de recursos aunque no sea de guardia, sino de planta (risa) pero bueno, esa es otra historia, pero bueno, forma parte de toda la problemática. Entonces bueno, una dice “mmm ¿y ahora?” porque esta persona... claro, con la entrevista solam, la anamnesis, los síntomas que yo veo, los síntomas que me cuentan, y la medicación y/o... el psiquiatra hace una psicoterapia pero son intervenciones más breves, entonces ¿cómo haces... ¿cómo seguís? Entonces, necesitas... por ejemplo, una internación si bien el hospital monovalente tenes que llamar a los otros profesionales, porque uno no lo puede decidir solo no cierto, porque está implementada esta ley además... Entonces, bueno haber, se va a poder internar aquí, hay camas, no hay camas disponibles, quién lo va a querer recibir dicho en criollo (risa), muchas veces el Hospital Escuela te dice “no pero no tenemos camas”, viste... como, a veces el no tenemos camas... bueno porque hay un paciente de permiso pero la cama hay que cuidarla para él... porque vamos a hablar del permiso; o realmente están todas las camas ocupadas. Porque, en vez de crearse más camas como cualquier especialidad, cirugía, traumatología, oncología, es como que la cama de psiquiatría era mala palabra o, es mala palabra. Entonces, años atrás si un paciente se externaba después de mucho tiempo esa cama había que desarmarla y darla de baja, bueno... y si hay una epidemia, o si epidemia de pandemia de covid que aparte llevo a problemas de salud mental, bueno, colchones en el piso, esa era la solución , después.

Entonces viste, a veces las políticas en salud mental son como esquizógenas (risas) nos enloquecen a todos. Bueno, sí, es complicadito, a veces es complicadaso cómo se dice en Córdoba, la magnitud del problema, este... y bueno, sí, si, si, no es fácil. Pero bueno, a veces pasa y te están esperando diez

pacientes más y la farmacia cierra a las 13, y esos pacientes necesitan su remedio para seguir el tratamiento; entonces sí, sí, a veces te genera un estrés enorme, viste, no es todo el tiempo, no son todos los días, pero bueno pasa. A veces logramos hacer como una internación domiciliaria, pero no es que este, no sé, en un código de trabajo, tenes que hacerlo, así como a pulmón, si el papa lo puede cuidar ahí en la casa, si, ¿pueden contratar un enfermero? no, no hay dinero, ¿hay algún agente sanitario disponible? que el San José tiene, el hospital, la Colonia no tiene, pero si uno...

(La entrevista se interrumpe porque tocan la puerta)

Entrevistado: No sé dónde quedamos...

Entrevistador: respecto a los recursos...

Entrevistado: ah sí...bien el padre puede, me dice que le hace caso, bueno, ¿usted lo puede cuidar en su casa que no se escape? si, bien ¿quién puede ayudar? nadie, bueno a usted le hace caso. Bueno, el paciente, ¿vas a hacer el tratamiento... vas a tomar bien los remedios... te comprometes.... quieres salir adelante? Bueno si, entonces como que.

Entrevistador: volvemos a lo artesanal.

Entrevistado: Y por decirlo de algún modo porque no tenes un dispositivo. Si bien otra vez esta hora, la promesa de una casa de medio camino, igualmente en este caso tampoco sería para una crisis viste, una problemática de esta magnitud con un paciente que se escapa, roba, compra droga, se intoxica, así repetidamente, y cuando vos lo entrevistás es un santo; en ese momento, viste bueno. Haber, responde bien en relación a la entrevista, le propone al papa que lo va a obedecer, bueno, pero bueno... es ahí, ese el recurso, es el papa, y no tenes mucho más, viste recurso. O bueno sí, tal vez algún enfermero se puede dar una vuelta y colaborar, pero bueno viste, sigue siendo a pulmón, o tracciona sangre como dice una colega asistente social mía Favotti, traiciona sangre dice (risa). Sí.

Entrevistador: **siguiendo esto que conversamos ¿Con qué frecuencia, no estadísticamente, se presentan casos urgentes en el consultorio externo?**

Entrevistado: Yo diría, probablemente, una vez por semana, una vez cada quince días seguro. Más o menos promedio, por lo menos, si, puede ser más, dos por semana, dos cada quince días.

Entrevistador: **en tu experiencia ¿con qué modalidad se presentan estas urgencias?**

Entrevistado: Si bueno, lo cierto es que los mas dramáticos son los intentos de suicidio, si, osea sí, intentos autolítico, después están las depresiones, es decir los síndromes depresivos ya en un nivel si se quiere de gravedad o de descompensación. Por ejemplo, cuadros depresivos larvados que en un momento se manifiesta la depresión francamente, y aparece la angustia, el llanto, los pensamientos nihilistas negativos por más que no intento lastimarse ni lastimar a nadie; y las crisis de ansiedad, los ataques de pánico, pero generalmente es como que están ya diferidos, porque antes estuvieron en el Hospital San José, viste que son auto limitadas los ataques de pánico, pero después ya si vienen como al otro día, o a los dos días vienen al Hospital como en urgencia aunque ya pasó la urgencia. Entonces sí, yo diría, intentos auto lítico, depresiones descompensadas, síndrome depresivo y los trastornos de pánico. Bueno, y después las esquizofrenias agudas o descompensadas en cuarto lugar, lo que es la parte de crisis, crisis de... aguda no cierto.

Entrevistador: **Por último sería ¿Cuál es tu concepción, concepciones acerca de las urgencias subjetivas?**

Entrevistado: si, si si. Claro, la urgencia subjetiva se denomina o se puede denominar más en relación a las crisis agudas en salud mental. Que pueden ser bueno, los intentos de suicidio, o las personas con trastorno de personalidad y se autolesionan, atacar a alguien más, hay que ver después si fue por una cuestión psicopática o psicótica, los mismos ataques de pánico, dramas familiares que hay un emergente que es el que más se descompensa y viene y hay que atenderlo no cierto. Por supuesto nunca tenemos que, a ver, nunca tenemos que sesgar lo que es la atención. Porque la crisis subjetiva obviamente debemos ver siempre lo objetivo, es decir los síntomas objetivos y ver la parte subjetiva de la situación crítica, para poder intervenir en ambas ¿no? A veces puede ser más subjetiva y a veces más objetiva, a veces una melange, una mezcla, y vos entonces tenes que empezar a, tenes el ovillo, empezar a empezar justamente a, se dice ¿desilvanar? como cuando uno, creo (risa) que empiezas como el ovillo todo hecho un bollo lo empezas a ver como dónde está el principio del ovillo, lo empezas a ver dónde sigue, para después volver a armar el ovillito correctamente ¿no? componer la situación, que la persona se vaya sintiendo bien, vaya pudiendo pensar en lo que paso; si logra tener conciencia de enfermedad, porque hay gente que tiene conciencia de situación, te dice “sí, recién me trajeron al loquero” bueno, Hospital Colonia o al Hospital Escuela, o a la clínica SiSaMe, aja, pero “no, no porque el vecino me insulta y me está vigilando” y capaz que el familiar te dice “no si el vecino está a diez cuadras”; pero no tiene conciencia de su problema de padecimiento psíquico ¿no cierto? de su enfermedad . Entonces, ver si logramos que tenga conciencia de su problema de salud porque va ayudarlo a él mismo pueda intervenir, en a ver... decir “bueno, sí, aparte de saber dónde estoy o se lo que está pasando, que estoy en tratamiento, me voy dando cuenta que no estoy muy bien

(risa) mentalmente hablando, entonces eso también ayuda al mismo tratamiento, es un tratamiento en sí mismo. Digo, no solo el doctor te dice toma este remedio o la psicóloga te dice que tenes que hacer tratamiento psicológico, o la asistente social la manda a la mama sin recursos a gestionar una pensión por discapacidad para que también ayude, viste ese recurso para lo que necesite, no cierto, la familia, o el paciente en la situación, y el mismo paciente diga “ah bueno, la verdad que si tengo que estar mejor, me doy cuenta que algo está mal”. Hay pacientes que si se dan cuenta que no están bien y al toque, y hay otros que ya es un proceso un poquito más largo. Entonces sí, sí, yo creo que está muy bien que se denomine crisis subjetiva a una crisis aguda en salud mental.