

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

*Puntualizaciones en torno a las representaciones de
los trabajadores de la salud sobre la atención con
internación de pacientes con padecimiento mental en
un hospital general.*

Autor: Franco David Mazzuchini

Dirección: Valeria Yonson – Gustavo Papili

Paraná, 15 de Noviembre de 2022



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

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes
y Ciencias Sociales.

Licenciatura en Psicología.



FHAyCS



Diseño a cargo de los integrantes
del dispositivo sustitutivo
PATITOS EN FILA

Puntualizaciones en torno a las representaciones de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padecimiento mental en un hospital general

Directora: Yonson, Valeria
Director: Papili, Gustavo

Mazzuchini, Franco David
DNI.: 35.770.677
franco.d.mazzu@gmail.com

Noviembre 2022

Investigación de Campo

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

El presente escrito va dedicado a todos aquellos trabajadores y trabajadoras de la salud que luchan día a día por más espacios de acompañamiento y cuidado, ungidos en el paradigma de la ternura y contrarios a las instituciones de la crueldad.

Agradezco a mis padres, que me donaron la mejor herencia que puede aspirar un hijo inquieto y curioso, la posibilidad de estudiar.

A mi compañera de vida, por su paciencia, su fuerza, por sus palabras cálidas y sus abrazos reconfortantes.

A mis amigos/as por el aguante, las noches interminables y las ideas rebeldes.

A mis directores, que se pusieron al hombro el peso de mis ansiedades, inseguridades, expectativas, y deseos.

Para todos/as ellos/as, ¡gracias totales!

ÍNDICE

RESUMEN	1
Palabras claves	1
INTRODUCCIÓN GENERAL.....	2
CAPÍTULO METODOLÓGICO.....	5
Introducción	5
Apartado 1.....	5
Construcción del objeto de investigación.....	5
Perspectiva Epistemológica.....	8
Apartado 2.....	13
Diseño y enfoque de investigación	13
CAPÍTULO TEÓRICO	19
Introducción	19
Parte 1. Las representaciones sociales	19
Una aproximación al campo de la Psicología Social	19
Conceptualizaciones de las Representaciones sociales	20
La construcción social de la realidad a partir del concepto de Representaciones Sociales	22
Los elementos internos de las Representaciones Sociales	27
Parte 2. Lógicas interpretativas del padecimiento mental.....	32
El tratamiento de la enfermedad mental: breve recorrido histórico	32
Las Representaciones Sociales del padecimiento mental en occidente	35
El campo de la Salud Mental.....	39
La Salud Mental Comunitaria	41
CAPÍTULO DE ANÁLISIS	46
Introducción	46
1. Transformaciones en salud mental y condiciones subjetivas de elección laboral.....	47
1.1. Proceso de reforma de atención en salud mental en la provincia de Santa Fe	47
1.2. El trabajador de la salud. Entre lo público y lo privado.	50
2. Significaciones sobre el padecimiento mental.....	53
2.1. Definiciones y causas del padecimiento mental	53
2.2. La formación en salud mental y su incidencia en la calidad de atención	56

2.3. Experiencias significativas	57
3. Procedimientos y abordajes en salud mental	59
3.1. Modalidades de atención hospitalaria y tratamientos más utilizados	59
3.2. El proceso de internación y externación en salud mental	62
4. Salud mental y derechos humanos	64
4.1. Hospitales monovalentes vs hospitales generales	64
4.2. Los derechos del paciente y la vigencia de la lógica manicomial	67
4.3. Ley nacional de salud mental 26.657. Barreras y limitaciones para su implementación	70
4.4. La interdisciplina	74
4.5. Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico en el hospital. Una alternativa a las prácticas manicomiales	75
5. Urgencias en salud mental	78
5.1. Atención en Guardia hospitalaria	78
5.2. Salud mental y COVID- 19: una problemática emergente	79
CONCLUSIONES FINALES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXO	91
Entrevista a trabajadores/as de la salud	91
Preguntas de entrevista	91
Entrevista N°1	93
Entrevista N°2	101
Entrevista N°3	109
Entrevista N°4	117
Entrevista N°5	123
Entrevista N°6	133
Entrevista N°7	139
Entrevista N°8	147
Entrevista N°9	153
Construcción de las categorías	164

RESUMEN

En el presente trabajo nos proponemos como objetivo analizar las representaciones sociales que tienen los trabajadores de la salud del Hospital Central Reconquista sobre la atención de sujetos con padecimiento mental durante el proceso de internación en Salud Mental a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Sobre la base de la investigación de campo, se busca identificar y describir las ideas, imágenes, valoraciones y prácticas que emergen de las representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre el padecimiento mental, con la finalidad última de realizar un análisis que permita comprender las relaciones que se establecen en la institución hospitalaria sobre dicha temática.

Como ejes de análisis se han definido las siguientes categorías: 1. Transformaciones en salud mental y condiciones subjetivas de elección laboral; 2. Significaciones sobre el padecimiento mental; 3. Procedimientos y abordajes en salud mental; 4. Salud mental y derechos humanos; 5. Urgencias en salud mental.

La metodología seleccionada se basó en el enfoque cualitativo desde una lógica inductiva-analítica, a partir de la epistemología del sujeto cognoscente. Dicha perspectiva implica un abordaje donde la producción de conocimiento acontece como consecuencia del entrecruzamiento del investigador y el sujeto-objeto de estudio. Se realizaron nueve entrevistas semiestructuradas en profundidad y fueron analizadas a partir del método comparativo constante (MCC).

El marco teórico se nutre de distintos aportes de la Psicología social, la Salud Mental Comunitaria, de la perspectiva psicoanalítica freudiana y lacaniana, como también de la Filosofía. El conjunto de disciplinas que constituyen el marco conceptual es agrupado a modo de caja de herramientas permitiendo indagar las dos categorías que componen el objeto/problema: “las representaciones sociales” y el “padecimiento mental”.

A partir del entrecruzamiento de los conocimientos aportados por la teoría y el estudio de campo, se pudo observar la vigencia de la lógica manicomial en ciertas representaciones sociales basadas en el discurso médico hegemónico mediante la imagen del psiquiatra como garante del saber sobre el padecimiento mental. Así como también en la figura del individuo peligroso como núcleo figurativo desde donde parten las demás representaciones construidas a partir de la lógica manicomial. Por otro lado, se identificaron determinados elementos del paradigma tecnocrático como modalidad de funcionamiento en la atención de la salud. Sin embargo, las exigencias normativas dispuestas por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 irrumpe como nuevo paradigma alternativo al accionar tecnocrático que presenta el Hospital Central Reconquista, estableciendo nuevos conceptos y prácticas desde el enfoque de los Derechos Humanos.

Palabras claves

Representaciones sociales – Padecimiento mental – Hospital general

INTRODUCCIÓN GENERAL¹

Las diversas prácticas desarrolladas por las instituciones del campo de la Salud Mental fueron cambiando a lo largo de la historia. Cada época intentó dar una respuesta a las personas aquejadas por un padecimiento mental, estableciendo una forma de relacionarse con ellas. Antes de la Revolución Francesa, la locura era una problemática que recibía la misma atención que otras afecciones y era pensada como una situación de gran vulnerabilidad, por tal motivo recibían hospedaje en hospicios religiosos. Luego de la instauración de los Estados Modernos y la aparición de la figura del alienista, se llevó a cabo el llamado gran encierro (Amarante, 2006).

Los hospitales psiquiátricos desde su creación, llevaron a cabo determinadas técnicas puestas en prácticas sobre las enfermedades mentales. La historia sobre el tratamiento de la locura que tuvo su gran auge durante el siglo XIX, se basó en la exclusión, aislamiento, vigilancia, control de los cuerpos, y violaciones de los Derechos Humanos fundamentales.

Para fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, comenzaron a surgir en distintas partes del mundo, los llamados movimientos de reforma en Psiquiatría a partir del cual se fueron repensando las prácticas en Salud Mental llevadas a cabo hasta ese momento. Las cuales cuestionaron el accionar manicomial, al mismo tiempo que proponían un proceso de desmanicomialización basado en la descentralización de la salud sobre estas grandes instituciones monovalentes y la sustitución progresiva en centros asistenciales ubicados en el seno de la comunidad (Galende, 2008).

Actualmente, en nuestro país contamos con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en el año 2010 que constituye un marco de protección sobre los derechos de los usuarios de la salud mental, así como también de regulación de las prácticas profesionales e institucionales del sistema de salud público y privado. Luego de pasar más de diez años de su aprobación, es importante abordar este tema porque las diversas significaciones atribuidas al padecimiento mental nos permiten pensar en una problemática de carácter complejo y que cuenta con un entramado de enfoques, concepciones, teorías y modalidades de abordajes que entran en tensión. Llevándonos a reflexionar sobre las representaciones sociales que emanan de las instituciones de salud y son reproducidas por los sujetos que la contienen.

El presente trabajo de investigación buscó conocer cuáles son los pensamientos, imágenes y prácticas que poseen los/las trabajadores/as de la salud del Hospital Central Reconquista en relación a la atención de persona con padecimiento mental durante el proceso de internación. Para tal objetivo general, se utilizó el concepto de representación social proveniente del campo de la Psicología Social, por ser pertinente para el abordaje de dicha investigación.

De esta manera, se pudo identificar las representaciones sociales de los/las trabajadores/as de la salud sobre los sujetos con padecimiento mental en el proceso de atención con internación, así como también analizar las prácticas de intervención llevadas a cabo por ellos. Se utilizó el enfoque cualitativo

¹ En el desarrollo del trabajo de investigación se utilizará el lenguaje inclusivo con el fin de evitar el masculino genérico y feminizar gramaticalmente las profesiones u ocupaciones utilizando la fórmula: los/las.

de indagación porque dicha modalidad permite acceder a una mayor profundidad de entendimiento sobre el fenómeno estudiado.

Por tal motivo, se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad como técnica de recolección de datos a los/las trabajadores/as de la salud que realizan sus actividades en el Hospital Central Reconquista, asistiendo a pacientes de salud mental en el proceso de internación. Las cuales posteriormente fueron analizadas mediante el método comparativo constante en el marco de la teoría fundamentada.

Los/las entrevistados/as fueron seleccionados teniendo en cuenta el contacto cotidiano que establecían con los sujetos con padecimiento subjetivo a través de la atención que le brindaban. El estudio de las representaciones sociales de los/las trabajadores/as de la salud, permite conocer cuáles son sus valoraciones, conceptualizaciones y la manera de efectuar sus prácticas. Cuyo aporte es de gran importancia para el campo de la salud, porque entendemos que el análisis sobre la manera de pensar y actuar determina en gran medida cómo se establecen los vínculos terapéuticos.

En cuanto al sistema conceptual, se tomaron conceptos que no se reducen al campo de la Psicología, sino que funcionan como una caja de herramientas que permite pensar el objeto de estudio a través de su articulación con la teoría psicoanalítica, la Psicología social, la Salud Mental Comunitaria y la Filosofía.

El primer capítulo o **Capítulo Metodológico** del Trabajo Integrador Final, se divide en dos partes. En el apartado 1 se especifica la *Construcción del objeto de investigación* y los *Antecedentes de investigaciones científicas*; así como la *Perspectiva epistemología* basada en una posición reflexiva sobre el sujeto-objeto de conocimiento. En el apartado 2, se desarrolla el *Diseño y enfoque de investigación* donde se despliega el recorte poblacional de la muestra, la unidad de análisis y la unidad de información que permite delimitar el alcance de la investigación. Así como también, las técnicas de recolección de los datos y posteriormente se describe la técnica de análisis de la información basada el método comparativo constante (MCC). El diseño seleccionado fue el *cualitativo*, desde una *lógica inductiva-analítica*.

El Segundo Capítulo o **Capítulo Teórico** se divide también, en dos partes. Las cuales conforman el corpus teórico que da sustento al presente trabajo: las *representaciones sociales* y el *padecimiento mental*. El abordaje exhaustivo de ambas categorías, permiten definir el complejo entramado teórico que se desprende de ellas aportando claridad conceptual para estudiar y comprender el objeto/problema dentro del contexto problemático donde se desarrolla el fenómeno.

El Tercer Capítulo denominado, **Capítulo de Análisis**, se encuentra dividido en cinco partes. Las mismas, fueron elaboradas a partir de la construcción de las cinco grandes categorías mediante el análisis de los datos obtenidos de las entrevistas. En el primer apartado se lleva a cabo una descripción de las transformaciones y reformas en salud mental en la provincia de Santa Fe, así como también las condiciones subjetivas de elección laboral de los/las entrevistados/as y el rol del trabajador de la salud en el sistema público. En el segundo apartado, se examinó las significaciones sobre el padecimiento mental teniendo en cuenta tres ejes de análisis: definiciones y causas, la formación en salud mental, y

las experiencias significativas de los/las trabajadores/as de la salud con personas que cursan un padecimiento subjetivo. En el tercer apartado, se describen los procedimientos y abordajes en salud mental, identificando las modalidades de atención hospitalaria, así como sus tratamientos más utilizados. Además, se indaga en los criterios que rigen el proceso de internación y externación en salud mental. En el cuarto apartado, nos enfocamos en la descripción y análisis de las opiniones de los/las entrevistados/as concernientes a determinados artículos de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 que consideramos de gran importancia: las internaciones en los hospitales generales, el cierre de los manicomios, y la interdisciplina como modelo de abordaje superador. Por otra parte, se realizó una evaluación descriptiva sobre el efectivo cumplimiento de los Derechos del Paciente en Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley 26.529). Por último, se precisó el funcionamiento del dispositivo de Acompañamiento Terapéutico como un conjunto de saberes, espacios y prácticas alternativas a la lógica manicomial dentro del hospital. El quinto y último apartado, se enfocó en describir la atención que reciben las personas que ingresan en la guardia hospitalaria por motivos de salud mental. Por otro lado, se puntualizó los efectos de la pandemia por el esparcimiento a escala mundial de la enfermedad llamada coronavirus (COVID-19). Si bien es un emergente que excede los objetivos planteados por nuestro trabajo de investigación, es de suma importancia su inserción por el impacto que tuvo en el sistema de salud público de nuestro país y sus consecuencias.

En la **Conclusión**, o capítulo final, se realizó un análisis reflexivo sobre todo el desarrollo del presente trabajo de investigación. Abarcando de manera global lo que se ha podido indagar a partir de los objetivos propuestos y de las distintas preguntas que se fueron elaborando a lo largo de este proceso. Cabe señalar, que nuestro propósito no fue hacer un estudio acabado de la temática, así como tampoco se pretendió abarcar en su totalidad el entendimiento de los conceptos utilizados. En cambio, nos posicionamos desde el inicio del estudio reconociendo tanto, los desafíos inherentes a la integración lógica entre las distintas contribuciones teóricas de la Psicología y las demás disciplinas elegidas, así como las oportunidades para integrar nuevas preguntas que emergieron en el proceso de construcción del presente escrito.

CAPÍTULO METODOLÓGICO

Introducción

El presente capítulo se divide en dos partes: en el apartado 1, se relata la *Construcción del objeto*, los *Antecedentes*, y la *perspectiva epistemológica*. El objetivo de este apartado es especificar cómo se realizó el recorrido metodológico para llegar a la pregunta/ problema. Se debe tener en cuenta que, debido a la modalidad narrativa que supone hablar de la construcción del objeto de investigación y dándole espacio a la subjetividad propia de la elección del tema escogido para la realización del trabajo, la escritura se realiza en primera persona. Por otra parte, los antecedentes elegidos por su pertinencia en la temática elegida, ofrece información sobre los conocimientos científicos obtenidos a partir de las investigaciones de campo. Por último, en este primer apartado se expone la *Perspectiva epistemológica* que orienta el presente trabajo, y a partir de una mirada basada en la lógica cualitativa de investigación, se elaboró la estructura metodológica necesaria para sustentar la organización de diseño del TIF.

En el apartado 2, se continua con: diseño y enfoque de la investigación; población; muestra y muestreo; técnica de recolección de datos; técnica de análisis de la información.

Apartado 1

Construcción del objeto de investigación

La selección del objeto/problema es el producto de un desarrollo que surge a partir de mi trabajo como acompañante terapéutico del Servicio de Salud Mental del Hospital Central Reconquista. En mis observaciones y charlas cotidianas con los/las trabajadores/as de la salud que llevaban a cabo la atención con internación de sujetos con padecimiento mental, dio lugar a varios interrogantes y fue el disparador inicial de mi interés por la presente temática. ¿Cuáles son los pensamientos e ideas que tienen sobre los pacientes con padecimiento mental? ¿Cómo es el modo de relacionarse en la práctica profesional con ellos? Es así como a partir de estas preguntas generales que luego poco a poco fueron revisadas para darle una estructura adecuada a la investigación, las inquietudes y deseos de explorar sobre esta tópica me sumergieron en la lectura de estudios previos relacionados con la misma.

A partir de varios momentos de reflexión sobre la metodológica apropiada para abordar la investigación, comprendí que la unidad de análisis debía estar compuesta por los/las trabajadores/as de la salud del Hospital Central Reconquista que forman parte del proceso de atención con internación de los pacientes con padecimiento mental. Esto incluye a las siguientes áreas: Servicio de Salud Mental, Servicio Social y Guardia.

De esta manera, a partir de delimitar la unidad de análisis sobre los trabajadores/as antes mencionados, me permitió formular la pregunta problema de la siguiente manera: *¿Qué representaciones sociales tienen los/las trabajadores/as de la salud del Hospital Central Reconquista sobre la atención de sujetos con padecimiento mental durante el proceso de internación, a partir de la ley de salud mental 26.657?*

Sucesivamente, emergieron otros interrogantes: ¿de qué manera conciben al sujeto con padecimiento mental los/las trabajadores/as de la salud del Hospital? ¿Cuáles son las formas en que llevan adelante la atención con internación en salud mental los profesionales? Son estas preguntas que se construyeron y se traducen como los objetivos que sirvieron de ejes para este trabajo. Prosigamos a especificar de esta manera los objetivos.

Objetivo general: Analizar las representaciones sociales que tienen los/las trabajadores/as de la salud del Hospital Central Reconquista sobre la atención de sujetos con padecimiento mental durante el proceso de internación en Salud Mental.

Objetivos específicos: -Identificar las representaciones sociales que tienen los/las trabajadores/as de la salud sobre los sujetos con padecimiento mental.

-Describir las representaciones de los/las trabajadores/as de la salud sobre el proceso de atención con internación en el hospital.

- Analizar las prácticas de atención llevadas a cabo por los/las trabajadores/as de la salud del hospital.

Antecedentes de investigaciones científicas

En el mismo grado de importancia para el diseño del proyecto y del T.I.F, debemos ubicar la laboriosa indagación de artículos e investigaciones científicas que configuraron el cuerpo de antecedentes de este trabajo.

A partir de la recopilación de información realizada en la búsqueda de antecedentes, podría establecer, en primer lugar, dos grandes grupos de investigaciones nucleadas por dos enfoques diferentes pero complementarios acerca de la temática: por un lado, aquellas interesadas en describir las concepciones y representaciones sociales de los/las trabajadores/as de la salud sobre la atención en salud mental en el ámbito de un hospital público a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud mental 26.657 (Fotia y Assis, 2012; Fotia et al., 2017; Fotia et al., 2018). Mientras que, por el otro lado, encontramos aquellas enfocadas en estudiar las concepciones de la salud mental que tienen los profesionales que se desempeñan en centros de atención pública de salud (hospitales) en la ciudad de San Luis (Ressia y Sánchez, 2015).

Respecto al primer grupo debemos señalar que son los mismos profesionales que realizan las tres investigaciones. Siguiendo en forma cronológica el desarrollo de dichos trabajos, encontramos que el primero fue realizado partiendo de la iniciativa por conocer las representaciones sociales de los/las trabajadores/as de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padecimientos mentales en el hospital general de agudos “J.M. Ramos Mejía” de la CABA, a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Se llevó a cabo las entrevistas en el Servicio de Salud Mental de dicha institución, con una modalidad de diseño exploratorio descriptivo. Los resultados arrojaron un conocimiento en general sobre la ley pero solo dentro del “sector”, es decir, que los enfermeros y médicos desconocen de su existencia. Por otro lado, consideran que las internaciones por padecimiento mental deben estar en un dispositivo aparte, ya que los actores en juego portan una representación social

sobre los enfermos de salud mental que los aceptaría dentro del hospital general, pero en camas monovalentes (Fotia y Assis, 2012).

La siguiente investigación podríamos considerarla como una continuación de la anterior, donde se trata de poder realizar un seguimiento de las transformaciones operadas en el proceso de adecuación a la Ley en un establecimiento que presta servicios de salud/salud mental. Se abordarán los cambios y continuidades en las prácticas y representaciones de los/las trabajadores/as de dicho hospital, tomando como período de análisis el quinquenio 2012-2017. Los resultados podemos distinguirlos en dos datos que fueron los más significativos; por un lado, se observó un progresivo aumento en el conocimiento de las normativas vigentes y en el apoyo de los planteamientos teóricos de la ley. Pero, por otro lado, existen obstáculos organizacionales, de faltas de insumos (un reclamo directo al Estado), y resistencias referidas a la internación en hospital general a los pacientes con padecimiento mental, ya que aún se cree en que las condiciones actuales de la atención en salud no están preparadas para lo que plantea la Ley. En este sentido el principal punto destacado por los/las entrevistados/as refiere a la falta de una unidad específica para internación en salud mental, lo cual generó múltiples conflictos institucionales a lo largo de estos años. La insistencia en los profesionales involucrados en el servicio de atención en salud mental, siguen sosteniendo la idea de crear un dispositivo de internación que segregue a estos pacientes ya que no se adaptan a la lógica hospitalaria usual y que incomodan al personal porque requieren de una atención distinta de aquellos que ingresan por una patología orgánica (Fotia et al., 2017).

En el siguiente año, los investigadores se abocaron a indagar como perciben los profesionales del servicio de salud mental de un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires (C.A.B.A), en vinculación con aquello que identificaron como obstáculos, fortalezas y responsabilidades que se ponen en juego a la hora de hacer funcionar la Ley Nacional de Salud Mental. Los resultados más significativos hacen referencia a la falta de recursos a la hora de poder implementar la Ley, la cual la consideran utópica, ya que concluyen en que no les parece viable en la actualidad la estrategia de desmanicomialización. Por otro lado, la falta de capacitación es una de las causas por las cuales varios puntos de la ley fallan (interdisciplina, tratamientos, abordaje del paciente, etc.). a partir de este último punto, los investigadores se preguntan si la implementación de cursos resolvería la problemática, o es una complicación más estructural que subyace en la formación académica que reciben en la Universidad. Es así como los autores concluyen en que queda un largo camino por recorrer, prácticas que reorientar y visiones y creencias por desarmar; como también una participación central del Estado como el garante de los derechos y que lidere los cambios necesarios para su implementación (Fotia et al., 2018).

En el segundo grupo de investigadores se enfocaron en indagar las concepciones de la salud mental que subyacen en los profesionales, ya que está en concordancia con la forma en cómo se van a desempeñar a la hora de establecer los criterios de evaluación y diagnóstico en un servicio público de salud. El estudio se basó en entrevistas a los/las trabajadores/as que se desempeñan en hospitales públicos: médicos clínicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores/as sociales. Los resultados a los que arriban los investigadores es que la concepción de salud mental predominante en los profesionales responde a un enfoque socioeconómico, una noción de salud determinada por las

problemáticas sociales, económicas y culturales de la sociedad actual, y que en general son inspirados por la Ley de Salud Mental 26.657. Sin embargo, si bien tienen en claro la importancia de los derechos del usuario con padecimiento mental como también las dimensiones socioeconómicas y contextuales, se observa que la dimensión subjetiva, es decir, la posibilidad de escuchar e incluir la experiencia del sujeto y considerar aspectos tales como la organización particular de la personalidad, la constitución histórica del aparato psíquico, la predisposición a manifestar una determinada problemática, son aspectos que escasamente se mencionan en el discurso de los/las entrevistados/as (Ressia y Sánchez, 2015).

Por último, a modo de antecedente metodológico tenemos una tesis de grado del año 2010 elaborada por Mariángeles Ballesteros, en la cual investiga los imaginarios sociales de la Locura que emergen de los estudiantes de psicología de primer año. La autora desarrolla en su primer capítulo o capítulo metodológico dividiéndolo en dos partes. Ubicando al comienzo, apartado A), la construcción del objeto de conocimiento y explicando cómo se llevó a cabo ese proceso tanto en los aspectos teóricos como prácticos. También incluye los antecedentes sobre el objeto/problema de investigación, con la finalidad de evidenciar los debates sociales en torno a esta problemática. En el apartado B, se despliega la perspectiva epistemológica que se articula con la primera parte sirviendo de soporte para entender metodológicamente como se sustenta la teoría. Ya en la segunda parte hace alusión a la estrategia general y la técnica, la cual fue elegida para la recolección de los datos conseguidos. El diseño metodológico para abordar al objeto/problema fue cualitativo, y estudiado mediante los parámetros correspondientes a la lógica inductiva-analítica. La técnica de obtención de información escogida en esta tesina es la de entrevistas semiestructuradas, y, además, el análisis de la información empírica se realizó a través del método comparativo constante (Ballesteros, 2010).

A modo de conclusión, la categoría de representación social se distancia del concepto de imaginario social. Y aunque son perspectivas distintas de abordaje sobre un objeto de estudio, bien es cierto que la institución de la sociedad y el magma de significaciones imaginarias que ella encarna, son una fuente esencial del poder explícito. Es decir, que no podemos desestimar el análisis de las dinámicas de poder que se dan hacia el interior de toda institución, así como su construcción histórica. Desde esta perspectiva, la vida de los sujetos en sociedad, se establece a partir de su tránsito por las instituciones. De aquí la importancia de pensar a nuestras instituciones y las formas de poder implícito –y explícito– que sostienen en sus dinámicas y sus prácticas (Castoriadis, 2008). A su vez, si pensamos en la doble vía mediante la cual, la institución es producto del individuo y a su vez, crea al sujeto, no podemos desestimar el grado en el cual somos parte responsable de la sociedad en la que vivimos y de la forma en la cual ésta produce subjetividad

Perspectiva Epistemológica

Las ciencias sociales entienden al mundo en una relación entre el individuo y la sociedad en la cual se encuentra inmerso, pero todo investigador debe reconocer que existen distintas epistemológicas que gobiernan esta rama de la ciencia. Determina una posición o enfoque frente al conocimiento

científico, a partir del cual se va a juzgar o analizar las evidencias aportadas por los fenómenos que radican en la esfera de lo social.

La epistemología pensada desde una perspectiva reflexiva, respeta los parámetros de la investigación empírica, tanto en sus aspectos teóricos como prácticos. Esto se ve reflejado en el trabajo cotidiano del investigador que debe reflexionar sobre las decisiones en torno a los sujetos pertinentes, el contexto, los métodos y conceptos seleccionados para abordar el trabajo científico. La manera más adecuada para conocer la realidad de manera confiable y productiva es mediante preguntas que habiliten la reflexión. En consecuencia, la epistemológica debe tener una coherencia con las disposiciones propias de la metodología seleccionada (Vasilachis de Gialdino et al., 2006)

Es necesario, diferenciar las Ciencias Sociales de las Ciencias Naturales por el hecho fundamental por el cual los temas, objetivos y métodos de investigación son diferentes de las Ciencias Naturales; su objeto de estudio es la observación de las cosas tal y como se presentan en la realidad, es decir, fenómenos naturales abordados mediante el método experimental (existen cinco ramas primordiales: Física, Química, Astronomía, Geología y Biología). Por otro lado, en el campo de las Ciencias Sociales se aborda al hombre en su relación irreductible con lo social, esto implica una concepción del individuo que no se reduce solamente a lo biológico, sino que además tiene los atributos que emanan de la cultura, el inconsciente, el lenguaje, así como de la libertad en tanto capacidad creadora (Esther Diaz y Heler, 1989).

En la actualidad encontramos tres paradigmas según la clasificación de Vasilachis y otros investigadores (2006), donde cohabitan dentro del campo de las Ciencias Sociales: el positivista, el materialista-histórico y el interpretativo. Los dos primeros tienen una historia consolidada en el campo de las ciencias, el ultimo se encuentra aún en construcción y expansión. Se comienza a dejar de lado las debates sobre la predominancia de un paradigma sobre otro, sino más bien se abre paso a la convivencia de distintas cosmovisiones a la hora de abordar una investigación. El impacto variable de cada uno de ellos radica en la manera en que se comprende y se elabora el conocimiento científico.

En primer lugar, el paradigma positivista se define por el examen exhaustivo de la observación de los elementos que son dados a partir de la realidad social. Los principios, leyes y parámetros sociales son los objetivos de toda investigación positivista, encontrarlos permite la clasificación y el orden taxonómico del cuerpo colectivo. La búsqueda de las causas, es decir las respuestas de los por qué, junto con la verificación y/o refutación de las teorías formuladas, resume el método por el cual se rige este paradigma vigente en el campo de las investigaciones de las Ciencias Sociales. En segundo lugar, tenemos al paradigma materialista-histórico que se caracteriza por tener como base de comprobación empírica a los sujetos ubicados en su realidad material, a partir de las acciones que determinan las condiciones de producción en un entorno determinado históricamente. Además, el conocimiento de lo realidad material debe ir poco a poco progresando hacia una teorización de la misma, teniendo presente la metodología dialéctica (articulación de dependencia necesaria entre la naturaleza, los objetos y los fenómenos) o en la teoría critica promulgada por el neomarxismo. Por último, podemos encontrar en este paradigma el análisis de la praxis social y las utópicas que de ella se pueden desprender.

Como tercer paradigma tenemos al denominado interpretativo que busca a partir del terreno de la acción social captar los sentidos de que se desprenden de ella, ubicándose a partir de la mirada de los participantes como factor fundamental. La herramienta del lenguaje como producción de mundo social es el elemento que entreteje y sostiene los cuatro supuestos básicos de esta perspectiva epistemológica. El primero que recibe el nombre de *la resistencia a la naturalización del mundo social*, se define por la preponderancia de los significados sociales que son efectos de una sociedad constituida por sujetos. Los cuales establecen categorías de organización moral, de acción y de valores que debe posicionarse por encima de todo examen casualista y tendiente a la generalización de la naturaleza de las cosas. El segundo supuesto destaca *la relevancia del concepto del mundo de la vida* a partir de sostener que las acciones que posibilitan a los individuos patrones y modelos de interpretación a partir de los procesos de entendimiento que habitan en el mundo. Como tercero tenemos dos movimientos que son coherentes en cuanto a lo interpretativo, esto es, *el paso de la observación a la comprensión y del punto de vista externo al punto de vista interno*; la realidad simbólica preexiste al sujeto y para lograr capturarla necesita indefectiblemente de un intérprete que pueda poner sobre la mesa la significación construida por los participantes en un contexto determinado. Por último, tenemos a *la doble hermenéutica* que debe ser entendida como la virtud de apropiación de los participantes de los conceptos (de segundo orden) establecidos por los investigadores a partir de las observaciones sobre un fenómeno discursivo. Y a su vez estos conceptos son utilizados por los mismos individuos investigados, para interpretar su situación; movimiento de apropiación que convierten este saber en significaciones de primer orden (Vasilachis et al., 2006).

Los tres paradigmas anteriormente descriptos por los autores citados, son ubicados dentro de la llamada Epistemología del Sujeto Cognoscente, que se basa en el estudio del sujeto como objeto exterior, objetivo y objetivable ya sea que se acerque o se distancie del paradigma positivista. El investigador se instituye como aquel sujeto que busca conocer mediante las coordenadas espacio-temporales, se asienta en sus conceptos teórico-epistemológicos y en sus herramientas metodológicas. De esta forma, cuanto más se aproxime al paradigma interpretativo el sujeto que investiga, menor será la distancia entre éste y el sujeto que está siendo estudiado. De todas maneras, por más cercana que se la relación, no es suficiente para que se produzca un cambio de perspectiva epistemológica. Ya que se sigue sosteniendo una modalidad de vinculación que es determinada por la epistemología tradicional, es decir, se establece una relación dualista y unidireccional mediante una verticalidad que ubica al que conoce por encima del que es conocido. Es aquí donde los autores introducen una ruptura a través de la propuesta de pensar una Epistemología del Sujeto Conocido, que es complementaria a la anterior, marcando las deficiencias que aparecen cuando el sujeto cognoscente se ubica como agente primordial de la escena, sosteniendo una distancia que certifica la objetividad de su conocimiento.

Con este cambio de Epistemología se reivindica el lugar del sujeto que está siendo conocido intentando que su voz no desaparezca o sea acallada por la del sujeto cognoscente. Se parte de esta manera de la noción por la cual tanto el investigador como el objeto por conocer son sujetos y por consecuencia portan un conjunto de nociones, representaciones e imágenes sociales que deben ser

tenidas en cuenta a la hora de la construcción de conocimiento que emerge de esa interacción. En definitiva, lo fundamental de este paradigma radica en un saber que se construye cooperativamente y no puede reducirse, silenciar o mutilar una de las partes de este proceso.

Esta investigación se basa en la metodología cualitativa para el estudio de las representaciones sociales de los los/las trabajadores/as de la salud sobre el padecimiento mental y la atención con internación de dichos sujetos en un contexto hospitalario. Para Taylor y Bogdan (1987) lo que define la metodología es el posicionamiento o punto de vista del investigador sobre los problemas, y además la manera en que se obtienen las respuestas sobre las mismas.

En este sentido, la investigación cualitativa aborda el estudio de la vida de las personas, de sus historias, de los comportamientos que emergen en la interacción y, además, del funcionamiento organizacional, de los movimientos sociales o de las relaciones interaccionales (Strauss & Corbin, 2002). Lo significativo de esta definición radica en la íntima coherencia con los atributos que caracterizan al sujeto definido anteriormente como aquel que es por poseedor de libertad, encontrándose inmerso a su vez en un lenguaje donado por la cultura que lo determina en aspectos fundamentales. Muchas veces escapando al conocimiento consciente y cifrados en una lógica inconsciente.

En el campo de la Salud Mental, se tomó como referente latinoamericano indiscutible a Emiliano Galende², sus aportes teóricos de comprensión del sujeto y sus procesos de salud-enfermedad, brindan un conjunto de herramientas conceptuales necesarias para pensar la complejidad del padecimiento mental. El autor concibe al ser humano como aquel que se encuentra constituido por múltiples determinaciones que conforman lógicas subjetivas. Las cuales son imposible de separarlas por fuera de su contexto de época. En este sentido, la Salud Mental Comunitaria como paradigma de reivindicación de los Derechos Humanos, se distancia radicalmente del pensamiento positivista que reduce al individuo a un cuerpo o cerebro sin subjetividad y que se expresa en la historia de la psiquiatría. Además, encontramos entre esta concepción o paradigma de salud un punto de encuentro o intersección con la perspectiva epistemológicas señaladas, una de las cuales se adopta para este trabajo de investigación.

Cabe aclarar que esta posición dentro del campo de la salud, no implica rechazar la sujeción que proviene de determinantes biológicos, sociales, culturales, o inconscientes. Si no que, además se sostiene que más allá de estas influencias, el sujeto es a la vez quien puede traspasar esas determinaciones. “Considerar la subjetividad en Salud Mental, (...) es entender al paciente como un semejante y considerar esta doble relación del hombre entre su libertad y la determinación de la vida” (Galende, 2012, p.27)

El posicionamiento teórico del estudio se apoya en el paradigma de la Salud Mental Comunitaria, que introduce la problemática de la subjetividad. Dicha perspectiva se ubica de manera crítica a la hora de repensar la epistemología y la metodología de este campo; durante el siglo XIX y

² Emiliano Galende es Profesor Consulto de la Universidad Nacional de Lanús. Director de la Revista Salud Mental y Comunidad. Docente de Doctorado en la Universidad de Lanús, Universidad de Granada (España), Universidad de la Republica (Uruguay), Universidad de Concepción (Chile). Autor de varios libros y diversos artículos en revistas especializadas sobre Salud Mental y Comunidad.

hasta mediados del siglo XX inclusive, la disciplina psiquiátrica predominó en cuanto a sus ideas de objetividad que se fundamentaban en una causalidad física del padecimiento mental. Esta postura ubica lo biológico como determinante de lo cultural y no al revés. Es así como el positivismo representado por un sector fuerte de la psiquiatría, instituyó una noción de individuo enfermo y una metodología de tratamiento para dar respuesta al malestar que aún hoy sigue vigente en ciertas prácticas en cuidado de la salud.

La fenomenología de Husserl introduce una concepción de subjetividad que ubica al individuo en una interacción constante entre lo biológico y lo cultural. La condición trascendental del sujeto es determinada por esta irreductibilidad de lo biológico. Es así como el lenguaje, la sociedad y la cultura hacen que pierda su condición de individuo biológico. El psicoanálisis, por otra vía, va más allá de la fenomenología, introduciendo la idea del Otro como aquel que espera al viviente antes de nacer y, además, lo introduce al mundo simbólico mediante la donación del lenguaje, que es patrimonio cultural. Es decir, el estatus del sujeto humano se debe a la relación de sujeción con el Otro social, constituyendo su psiquismo a través de la donación del lenguaje y las normativas que la cultura establece (Galende, 2012).

La fenomenología y el psicoanálisis, desde diferentes corrientes teóricas, llegan a una misma crítica al positivismo por su objetividad ingenua sobre la realidad. Introduciendo la problemática de la subjetividad y permitiendo el pasaje del gobierno casi total de la disciplina médico psiquiátrica, al modelo más complejo y multidisciplinario de la Salud Mental Comunitaria. Esta transición conlleva a repensar: el objeto, la posición epistemológica y metodológica, así como la categoría de sujeto en el campo de la Salud Mental.

El psicoanálisis es el punto de partida, como marco epistémico necesario para pensar la categoría de sujeto y su relación inseparable con la cultura. Sin embargo, se utilizarán los aportes de otras disciplinas dentro del campo de la Ciencias Sociales como: la antropología, la sociología, la filosofía; que serán de utilidad para armar una caja de herramientas que permita el análisis de los datos obtenidos en el proceso de investigación.

En síntesis, podemos establecer que el presente trabajo de investigación parte de una epistemología interpretativa de los fenómenos que emergen de la relación entre el investigador y el sujeto por conocer. Entendiendo que dicho vínculo, no puede ser reducido al saber del investigador, sino al conocimiento que se da como resultado de esa dialéctica. El objeto es de esta manera, un sujeto determinado por múltiples factores que no puede ser reducido a un individuo biológico. La finalidad del investigador debe ser lograr rescatar esa complejidad y teorizarla mediante la hermenéutica de la interpretación. Es de esta manera como la metodología cualitativa debe ser entendida para el abordaje de este trabajo de investigación, como aquella que permite adentrarnos en la complejidad que se establece entre el sujeto y el objeto de estudio indicando la imposibilidad de una separación tajante entre ambos actores, es decir, sin negar la implicancia subjetiva que entra en juego por el hecho de estar inmersos en el lenguaje.

Apartado 2

Diseño y enfoque de investigación

La problemática que motoriza todo proceso de investigación tiene su fundamento final en la producción de conocimiento que es resultado de las posibles soluciones a los problemas planteados al comienzo de la investigación que generalmente se explicitan en preguntas y objetivos de indagación (Taylor & Bogdan, 1987).

El objetivo del estudio se basó en analizar las representaciones sociales que tienen los/las trabajadores/as de la salud del Hospital Central Reconquista sobre la atención de sujetos con padecimiento mental durante la internación en Salud Mental. El tipo de diseño seleccionado para abordar el objeto/problema es el cualitativo ya que se considera pertinente para conocer las formas en que las representaciones del padecimiento mental impactan en las prácticas de atención hospitalaria de los/las trabajadores/as de la salud.

Esta investigación se desarrollará a partir de la elección del enfoque cualitativo desde las categorías conceptuales ofrecidas tanto de la psicología social, como aquellas procedentes del campo de la Salud Mental a partir del enfoque de derechos humanos.

El propósito del enfoque cualitativo es reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido (Hernández Sampieri et al., 2014). A menudo, se lo denomina holístico, porque se precia de considerar el "todo" de su fenómeno de interés, sin reducirlo analíticamente al estudio de sus partes. El análisis cualitativo busca comprender los fenómenos dentro de su ambiente usual, utilizando como datos a las descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas, documentos, etc.

La investigación cualitativa se apoya sobre la idea de la unidad de la realidad, de ahí que sea holística, y en la fidelidad de la perspectiva de los actores involucrados en esa realidad (Hernández et al., 2014). Según Maxwell (1996) es un diseño interactivo que permite el movimiento continuo de revisión, ir “hacia atrás y adelante entre diferentes componentes del diseño, evaluando las implicancias de los propósitos, teoría, preguntas de investigación, métodos, y amenazas de validez de uno por el otro” (p. 3).

Lo individual y lo social son dos dimensiones que se articulan en el desarrollo teórico del presente estudio, posibilitando al trabajar con esta modalidad de diseño metodológico mediante el cual permite una práctica crítica de los elementos investigados. Las dos propiedades del lenguaje que son la indexicalidad y la reflexividad del investigador, habilita la posibilidad de conocer el contexto de estudio. La primera característica mencionada “refiere a la capacidad comunicativa de un grupo de personas en virtud de presuponer la existencia de significados comunes, de un saber socialmente compartido, y a su compleción en la comunicación” (Guber, 2011, p. 42). Por otra parte, La reflexividad refiere que “las descripciones y afirmaciones sobre la realidad no sólo informan sobre ella, la constituyen. Esto significa que el código no es informativo ni externo a la situación, sino que es eminentemente práctico y constitutivo” (Guber, 2011, p. 43). La autora hace hincapié en la importancia de poder estudiar cómo

los sujetos asimilan y comprenden la realidad en la que se encuentran inmersos, y es tarea del investigador capturar este saber para darse con sus métodos de investigación. Es así como el lenguaje es la herramienta que vehiculiza y posibilita la comunicación intersubjetiva. La autora citada utiliza estas propiedades para abordar el estudio etnográfico, pero es válido para todas las Ciencias Sociales por el hecho que el fenómeno del lenguaje es un elemento inherente a toda sociedad.

Cuando nos referimos a la producción de saber “a diferencia de la tesis empirista, postulamos que el conocimiento de lo real está mediatizado por la reflexividad del sujeto cognoscente y del sujeto a conocer en la situación de encuentro en el campo” (Guber, 2004, p. 52). El presente trabajo de investigación sienta sus bases en este criterio de aprensión de la realidad, la cual siempre es producto de la emergencia de: creencias, teorías, imágenes, representaciones compartidas; las cuales van constituyendo el escenario donde el sujeto se desenvuelve. Al ser enfocada desde lo cualitativo, dicha elección implica “poner el énfasis en procesos que no están rigurosamente examinados o medidos en términos de cantidad, monto, intensidad o frecuencia” (Schettini & Cortazzo, 2015, p. 18). Para las autoras citadas, los investigadores cualitativos ponen énfasis en los siguientes puntos:

- “la construcción social de la realidad
- en la relación íntima entre el investigador y lo que estudia
- en las construcciones del contexto que condiciona la investigación” (p. 18).

Al contrario, la mensurabilidad y el análisis de relaciones causales entre variables son propiedades que se les atribuye a los investigadores que prefieren el enfoque cuantitativo, donde los estudios de los procesos no forman parte de los objetivos principales (Schettini y Cortazzo, 2015, p. 19). Es así como, el presente trabajo de investigación al ser entendido desde una lógica cualitativa, se encuentra más próximo a destacar la inducción analítica e indagar el objeto de estudio enmarcado en un contexto de descubrimiento. Esto quiere decir que se analizó a las personas con una perspectiva que tuvo presente el campo laboral en el cual se desempeñan los/las trabajadores/as de la salud, con un alcance de comprensión holístico de los elementos estudiados. Los significados que emergían de los discursos fueron indagados a la luz de las particularidades subjetivas.

Población

La población se define como el “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Hernández et al, 2014, p.174). Dicho conjunto de elementos es sobre los cuales pretendemos sacar conclusiones.

En el presente estudio la población estuvo constituida por los/las trabajadores/as de la salud del Hospital Central Reconquista.

Unidad de análisis y unidad de información

La unidad de análisis está compuesta por los/las trabajadores/as de la salud del Hospital Central Reconquista que forman parte del proceso de atención con internación de los pacientes con padecimiento

mental. Esto incluye a las siguientes áreas: Servicio de Salud Mental, Servicio Social y Guardia. Se llevó a cabo la delimitación del contexto institucional con la finalidad de tener una visión más extensa y evidenciar las huellas de sentidos que están presentes en los sujetos de estudio.

Por otro lado, la unidad de información se constituyó por los siguientes trabajadores/as de la salud: enfermeros, acompañantes terapéuticos, trabajadores/as sociales, psicólogos y médicos psiquiatras. Esto estuvo supeditado a la colaboración y predisposición de cada profesional, ya que debe tenerse en cuenta que la disponibilidad se vio acotada por la problemática que sufren los países del todo el mundo desde el año 2020 a partir de la pandemia del COVID-19³. La cual impacto enormemente en el colapso del sistema de salud en nuestro país, y exigiendo mayores horas de trabajo a todos los profesionales de dicho campo⁴.

Ahora pasemos a responder la siguiente pregunta: ¿por qué se selecciona estos profesionales? La respuesta se la debe encontrar en la pertinencia del área de atención dentro del hospital general, donde se ven involucrados los actores mencionados en el párrafo anterior. Es decir, aquellos dentro de su espacio institucional llevan adelante la atención de pacientes con problemáticas en salud mental. Además, el proceso de atención involucra la decisión de internación si es necesaria, por lo cual juega un papel fundamental en este estudio. Por otra parte, se tuvo en cuenta para la selección, la antigüedad del trabajador, es decir, que por lo menos tenga un año de antigüedad en sus funciones dentro del hospicio. Esta decisión se debe al supuesto por el cual se entiende que un profesional de salud, para poder conformar sus significaciones sobre la atención del padecimiento mental en la institución, debe haber transcurrido un tiempo considerable en dicho lugar realizando sus actividades.

Muestra y muestreo

En toda investigación es necesario que dentro de una población de estudio se lleve a cabo la selección de la muestra, la cuál puede ser entendida como “una parte de un conjunto mayor seleccionada especialmente para extraer conclusiones” (Yuni y Urbano, 2006, P. 20). Dicha muestra refiere a los profesionales que conseguimos contactar en la investigación. Siguiendo esta línea argumentativa, podemos decir que la presente investigación toma una muestra no probabilística de tipo intencional. “Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador” (Hernández et al, 2014, p. 176). De esta cita también se desprende la idea de flexibilidad por el motivo de no estar sujeta a un criterio preestablecido de selección, es decir, si bien hay lineamientos, lo importante es por un lado la mirada abierta que debe tener el investigador, así como la presencia imprescindible del informante. Dado que este último es el elemento necesario y fundamental para que se conforme la muestra. En palabras de Guber (2004): “la muestra de oportunidad surge en un contexto coproducido en cuyo seno se define lo relevante y lo

³ Actualmente nos encontramos ante una pandemia (epidemia que se propaga a escala mundial) por un nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, que fue descubierto recientemente y causa la enfermedad por coronavirus COVID-19.

⁴ <https://www.telam.com.ar/notas/202104/552196-coronavirus-medidas-expertos.html>.

significativo para la población en cuestión” (p. 75). Distanciándose de esta forma, de procedimientos que se establecen bajo técnicas de estadísticas probabilísticas.

De esta manera, a modo de resumen se puede establecer que la muestra construida por los autores y las autoras citadas en este trabajo abarca a los/las trabajadores/as de la salud del Hospital Central Reconquista que forman parte del proceso de atención con internación de los pacientes con padecimiento mental. El tipo de muestra de dicha investigación será no probabilística – intencional (Guber, 2004), ya que los criterios de selección son en función de una conveniencia significativa para la profundización de la problemática a investigar. Dichos criterios para la unidad de análisis incluyen a las siguientes áreas: Servicio de Salud Mental, Servicio Social y Guardia. Estos actores son: enfermeros/as, acompañantes terapéuticos, trabajadores/as sociales, psicólogos/as y médicos/as psiquiatras. Que cuenten con al menos un año de antigüedad en sus respectivos cargos y que estén en contacto cotidiano con los pacientes con padecimiento mental que ingresan a dicho establecimiento. Para la unidad de información, se llevó a cabo entrevistas cualitativas semiestructuradas a los siguientes trabajadores/as del área de la salud mencionados.

Técnicas de recolección de datos

Se llevó a cabo para la recolección de información, la técnica basada en las entrevistas cualitativas. Según Taylor y R. Bogdan (1987) este tipo de entrevistas, las cuales ellos proponen llamarlas en profundidad, se fundamentan en ser no directivas, lo cual permite una flexibilidad y una comprensión a las perspectivas que tienen los/las entrevistados/as de sus situaciones y experiencias.

Para los autores Yuni y Urbano (2006) los trabajos de investigación que utilizan la técnica de la entrevista “son relevantes para la investigación social y cultural porque permiten obtener información provista por los propios sujetos y con ello se obtiene un acceso más directo a los significados que estos le otorgan a su realidad” (p. 81). Además, los escritores señalan que “a través de las entrevistas se obtiene información sobre ideas, creencias y concepciones de las personas entrevistadas” (p. 81-82). De esta forma, se puede decir que mediante esta técnica de recolección de información se puede elucidar los significados o construcciones de sentido que poseen los/las trabajadores/as de la salud sobre el padecimiento mental, y la manera en que enfrentan esta problemática social a partir de sus ideas, creencias, y sus prácticas.

Se seleccionó el tipo de entrevistas semiestructuradas que tienen la particularidad de estar compuestas no por un cuestionario estructurado y fijo, sino más bien una guía de temas y preguntas prefijados que permiten orientar al investigador. “En el desarrollo de la entrevista, se van planteando los interrogantes sin aferrarse a la secuencia establecida previamente, permitiéndose que se formulen preguntas no previstas pero pertinentes. El guión indica la información que se necesita para alcanzar los objetivos planteados” (Yuni y Urbano, 2006, p. 83). Además, la situación de interacción en las entrevistas se estableció cara a cara en espacios previamente consensuados con el entrevistado. Los ejes que guiaron la estructuración de las preguntas fueron:

- ✓ antecedentes académicos y laborales de los/las trabajadores/as de la salud;

- ✓ opiniones, concepciones y actitudes referidas al padecimiento mental;
- ✓ nivel de conocimiento sobre condiciones, reglamentaciones y prácticas hospitalarias en Salud Mental;
- ✓ actitudes ante las posibilidades de formación en Salud Mental dentro del hospital.

Los ejes anteriormente mencionados pueden resumirse en dos variables de estudio que subyacen en la problemática inicial de la presente investigación: los/las trabajadores/as de la salud en un hospital general y las representaciones sociales del padecimiento mental.

El formato entonces no sería pregunta y respuesta tipo encuesta cerrada, sino abierta, no obturando así la subjetividad del entrevistado y permitiendo aflorar emergentes que sirvan para la investigación. Además, se tuvo en consideración a partir del trabajo de campo, la incorporación de observaciones y revisión de documentos.

Técnica de análisis de la información

El análisis se realizó con aportes de la Teoría Fundamentada, que da sustento epistemológico a la técnica de análisis de los datos. Fue desarrollada por B. Glaser y Strauss en 1967 con la finalidad de construir un método que pueda establecer teorías a partir de la lógica inductiva. Cuando hablamos de inducción analítica, nos referimos al procedimiento que es definido por Taylor y Bogdan (1987) como el análisis de los datos cualitativos a través de la identificación de proposiciones universales y leyes causales. “El análisis de los datos es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa. La recolección y el análisis de los datos van de la mano.” (p.158).

La teoría fundamentada establece que las hipótesis o teorías que se formulan, deben emerger del análisis de los datos, y no de supuestos previos. Debe quedar claro que el investigador lleva a cabo una elaboración de ideas que pueden dar sentido teórico a la información recopilada en el trabajo de campo, en este sentido no se trata de establecer proposiciones previas para luego probarlas, sino más bien producir saber a partir de la experiencia en terreno.

Se llevó a cabo en el presente trabajo para el análisis de la información, el método comparativo constante (MCC). El mismo se basa en recoger los datos, analizarlos e interpretarlos de manera espiralada y dialéctica a través de categorías creadas por el investigador para organizar la información. La comparación sistemática es la función primordial de la técnica, permitiendo discriminar por temas lo que se obtiene de las entrevistas; es decir, una articulación entre la realidad, el campo y la teoría. (Schettini y Cortazzo, 2015).

Glaser y Strauss al caracterizar la teoría fundamentada, establecieron el método comparativo constante (MCC), donde se tomará para el análisis de los elementos obtenidos en las entrevistas, las cuatro fases establecidas por Andreu Abela y otros (2007, citado por Schettini y Cortazzo, 2015):

- a. “Comparación de sucesos aplicables para cada categoría
- b. Integración de las categorías y sus propiedades
- c. Delimitación de la teoría

d. Redacción de la teoría” (p. 35).

Si llevamos a cabo una síntesis de las cuatro fases, se puede proceder diciendo que la agrupación de toda la información obtenida en el trabajo de campo, en este caso de las entrevistas y las observaciones a partir de las mismas, se las denomina memos. Luego se lleva a cabo el trabajo de codificación y categorización de la información, es decir transformarlos en datos de investigación. Esta elaboración es posible gracias al muestreo teórico y la comparación constante que tiene su final en la saturación, es decir, cuando el material cualitativo deja de arrojar nuevos datos.

En una primera lectura minuciosa de las nueve entrevistas realizadas, se obtuvo un total de 167 “códigos en vivo o libres”, a partir de las citas previamente seleccionadas por su valor significativo otorgado por los mismos entrevistados. Posteriormente, luego de identificar los códigos de cada una de las entrevistas, se pasó a buscar las relaciones existentes entre los códigos. A este proceso se lo denomina codificación teórica, que dio como resultado un total de veintidós códigos. Este segundo paso, tiene un valor importante porque las categorías se forman a partir de la asociación de códigos y su agrupamiento. En conclusión, la codificación axial arrojó la construcción de cinco categorías centrales que sostienen a las categorías inferiores.⁵ Pasemos a nombrar las categorías centrales: Condiciones subjetivas de elección laboral; Procedimientos y abordajes en salud mental; Salud mental y derechos humanos⁶; Significaciones sobre el padecimiento mental; Urgencias en salud mental.

⁵ La construcción de las categorías y su clasificación figuran en el Anexo de este trabajo.

⁶ Primera categoría en lograr la saturación.

CAPÍTULO TEÓRICO

Introducción

El presente capítulo tiene el objetivo de establecer las bases conceptuales necesarias para abordar el objeto/problema de investigación. Para una mejor organización, se dividió en dos partes que corresponden a los dos ejes mencionados en el capítulo metodológico. En la primera parte se abordará la categoría de representaciones sociales, luego en la segunda parte se trabajará el concepto de padecimiento mental desde una perspectiva histórico-crítica que proviene del campo de la salud mental comunitaria.

Parte 1. Las representaciones sociales

Una aproximación al campo de la Psicología Social

El psicólogo social Serge Moscovici (1988) al referirse a la posibilidad de delimitar el campo de la psicología social comienza mencionando que los estudios llevados a cabo por la ciencia sobre lo individual y lo social, en sus inicios estaban diferenciados. Ahora bien, la realidad como tal no está escindida, fue dividida para poder abordarla y da muestra de una metodología que privilegia el estudio de las partes por sobre la complejidad de las relaciones de los elementos que componen un fenómeno en su totalidad.

El fenómeno social da muestra de la necesidad de un análisis no reduccionista de la realidad. La sociedad está integrada por una grupalidad de individuos diversos, y ellos solo pueden existir dentro de la red social. En cada individuo habita una sociedad, es decir, la interiorización de imágenes construidas de aquellos personajes centrales en la vida de cada persona desde que nace.

El ser humano necesita de lo social, esa necesidad es tan básica que supera todas las demás necesidades. El hombre para su autoreconocimiento, necesita del otro que se representa en lo social y cultural, pero mediatizado por las personas de crianza. La discusión que se establece entre el individuo y lo colectivo es la razón de ser de la psicología social en tanto ciencia. Esta disciplina puede resumirse en un único problema “¿por qué se produce el conflicto entre individuo y sociedad?” (Moscovici, 1988, p. 18). La búsqueda de una respuesta, sirve como guía y objetivo de indagación.

Moscovici (1988) define de esta manera al campo de la psicología social como aquel que abarca los estudios de los fenómenos ideológicos (sistemas de representaciones y actitudes) y los fenómenos de la comunicación social (aquellos inherentes a las relaciones interpersonales). Ahora bien, la pregunta por ¿cuál es el objeto de estudio?, no existe unidad en este punto. Como objeto central, exclusivo de la disciplina son: todos los fenómenos relacionados con la ideología y la comunicación, ordenados según su génesis, su estructura y su función. Para el autor la definición de psicología social desde un nivel descriptivo, debe comprenderse como aquella disciplina que estudia los aspectos sociales de la percepción y procesos cognitivos, las valoraciones y fenómenos inherentes a las relaciones interpersonales. Además, analiza cuestiones más amplias del mundo social como instituciones y organizaciones.

Lo que caracteriza a la psicología social es la visión psicosocial, punto clave de diferenciación con otros enfoques dentro del campo de la psicología. Además, posee una visión particular de los fenómenos psicológicos y sociales con una actitud crítica al oponerlos.

Moscovici describe dos definiciones de la psicología social que se pueden resumir de la siguiente manera:

“La psicología social es la ciencia del conflicto entre el individuo y la sociedad” (p.18). Porque durante mucho tiempo se discutió sobre lo que incide en el individuo. El autor pretende superar esta contradicción con una visión donde el sujeto y el objeto deben ser considerados independientemente uno del otro. En la psicología y a menudo en la sociología, hay un **ego** (sujeto individual) y el **objeto**, o bien de uno parte un repertorio de respuestas y de la otra el estímulo. Lo que se trata de saber es como el individuo procesa esos estímulos que entran en su cerebro, la aprende, la organiza y la transforma en una conducta. En la sociología hay un esquema similar, con la diferencia de que aquí el sujeto no es un individuo, sino una colectividad, lo cual también se le atribuye al objeto.

En la visión psicosocial, existe una visión ternaria de los hechos y sus relaciones. Sustituye la relación entre dos términos a una entre tres términos: Sujeto individual – Sujeto social – Objeto, lo que también puede llamarse: Ego – Alter – Objeto (físico, social, imaginario y real). Esta relación sujeto-sujeto en el manejo de objetos puede considerarse estática o dinámica. En otras palabras, es simplemente mediante *co-presencia* o *interacción* lo que conduce a cambios que afectan el pensamiento y el comportamiento de un individuo. Eso significa que la sociedad es interiorizada por los individuos. Aquellos que se retiran de la sociedad nunca abandonan el aprendizaje social. La sociedad tiene sus raíces en nosotros, lo que es inherente al sujeto. La psicología social hace más que estudiar interacciones, comportamientos grupales o efectos grupales. Esto nos lleva a la segunda definición.

La psicología social es la ciencia que estudia además los fenómenos de la ideología (esquemas del pensamiento mediante representaciones sociales) y de la comunicación. A la primera la conocemos a partir de la forma en que se expresa el conocimiento que surge del interior de un grupo social compartido. Por ejemplo, todos tenemos una representación social del embarazo, pero esta no es la realidad en sí misma, sino lo que construye la sociedad y no es uniforme para todos los grupos sociales. Además, se accede al sentido de las representaciones mediante el estudio de los modos de comunicación que se manifiestan entre los individuos que componen un determinado grupo.

En definitiva, la propuesta de Moscovici se basa en la necesidad de dejar atrás la mirada de la ontología objetivista y binaria, y hacer la transición hacia una perspectiva ternaria, la cual implica mayor complejidad, pero su ganancia radica en las posibilidades que se habilitan al acceder al objeto de estudio desde una visión psicosocial de las relaciones humanas.

Conceptualizaciones de las Representaciones sociales

Debemos comenzar definiendo a la categoría de representaciones sociales como aquella fusión entre lo social y lo psicológico, donde se articulan dos niveles de análisis: el sujeto y la sociedad. Dicha

relación entre ambos niveles debe ser comprendida al igual que un tejido sin costuras. Es decir, las representaciones sociales influyen en la psique del individuo por formar parte de un entramado social.

Las representaciones sociales (RS)⁷ constituyen una forma de investigación sobre los fenómenos sociales a partir de como el sujeto construye su realidad, y como el vínculo con otros configura una identidad grupal por el hecho de compartir un sistema de representaciones. Quien introduce el concepto o mejor dicho la teoría de las RS es Serge Moscovici proveniente de la tradición de la psicología social francesa. En 1961 en su tesis doctoral titulada “El psicoanálisis, su imagen y su público” Estudió cómo la sociedad francesa percibía al psicoanálisis a través del análisis de los medios y entrevistas con grupos sociales diferentes. Dicho autor define a las RS de la siguiente manera:

Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979, p. 18)

Debemos pensar esta categoría como aquella que integra un conjunto de nociones, imágenes, valores, y prácticas que otorgan a los sujetos las herramientas para guiarse en el campo de lo social con el fin de dominarlo.

Siguiendo con la línea teórica de Moscovici, Denise Jodelet (1984) ubica a las RS como aquel saber denominado conocimiento o saber del sentido común, es decir, que es una construcción de significaciones sobre una situación, objeto o fenómeno que se encuentra en la vida de los grupos o personas que lo experimentan. Dicho saber hace referencia a una forma de pensamiento social, y define el fenómeno de las representaciones sociales como aquel que se presenta de formas diversas y muchas veces complejas:

Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto. (Jodelet, 1986, p.472)

Por último, la autora nos plantea que la noción de RS debe ser ubicada en la intersección entre lo psicológico y lo social, como un entramado de sentidos que dan respuesta a un mundo simbólico donde opera un conocimiento socialmente elaborado y compartido.

En este sentido, la categoría de RS permite investigar aquel fenómeno que se presenta en la realidad como problemático, complejo y muchas veces extraño para los sujetos, y que a partir de darle un sentido es asimilado mediante la elaboración de un saber que convierte lo ajeno, en conocido. La

⁷ Utilizaremos la abreviatura RS al referirnos a las Representaciones Sociales.

realidad desde esta perspectiva de análisis, permite entender que su conocimiento se encuentra en un saber que opera en lo social, por el cual le permite al sujeto dar respuesta a lo que experimenta.

La construcción social de la realidad a partir del concepto de Representaciones Sociales

La visión personal de la realidad es pensada por la Psicología Social construccionista, perspectiva a la cual el presente trabajo de investigación adhiere, como aquella que se elabora a través del intercambio social. Dicho fenómeno es considerado como un proceso donde lo individual no puede entenderse separado del contexto social en el que vive. El psicólogo social Tomás Ibáñez (2001) dice al respecto lo siguiente: “las inserciones del individuo en diversas categorías sociales y sus adscripciones a distintos grupos constituyen fuentes de determinación que inciden con fuerza en la elaboración individual de la realidad social” (p. 154). Esto nos lleva a pensar que estas determinaciones dan lugar a interpretaciones compartidas por un grupo sobre ciertos acontecimientos de la realidad, otorgándoles una valoración que se plasma en las conductas que cotidianamente realizamos.

La idea sobre la cual la realidad se construye, implica romper con la afirmación de que posee propiedades objetivas posibles de captarlas con un método científico. La orientación cognitiva en este sentido debe ser criticada según el autor, ya que los psicólogos sociales ubicados en esta línea de investigación aceptan que la realidad genera cambios en los individuos, pero suponen que las personas mediante el tratamiento de la información proveniente de la realidad objetiva, transforman los datos imparciales en realidades plurales sobre los objetos y fenómenos del mundo. Frente a esta perspectiva, Ibáñez en su texto dispone otra postura incompatible con la anterior, pero coherente con la perspectiva de la presente investigación:

No es que existan diferentes realidades porque existan diferentes maneras de tratar la misma realidad objetiva, sino que existen diversas realidades porque la propia realidad incorpora en sí misma, y como parte constitutiva de sí misma, una serie de características que provienen de la actividad desarrollada por los individuos en el proceso que les lleva a formar su propia visión de la realidad. (2001, pp. 157-158)

Además, el autor añade que la teoría de las RS no solo se distancia del cognitivismo social, centralizado en los procesos individuales, sino también de la tradición hermenéutica representada dentro del campo de la Psicología Social por el interaccionismo simbólico. Esta última entiende que la realidad se expresa mediante la interpretación de los individuos y, por lo tanto, a partir de los significados que le atribuimos.

La teoría de las RS busca dilucidar la construcción social de los procesos psicológicos y, por otro lado, si bien la realidad se elabora mediante interpretaciones no se resume simplemente a esta operación, ya que entendemos que la realidad social tiene su propia matriz de influencia sobre los sujetos. En definitiva, sostener esta idea no significa caer en un determinismo estricto sino más bien incorporar la noción a partir de la cual las personas además de atribuirles un significado a su realidad,

son definidos en este mismo proceso por elementos socioestructurales que impactan en su visión sobre los fenómenos de la realidad (Ibáñez, 2001).

El sociólogo Emile Durkheim, para darle un marco conceptual al pensamiento social o de masas, acuñó el nombre representaciones colectivas, las cuales impactaban en las representaciones individuales. Esta división entre lo colectivo y lo individual que establece el autor refiere al fenómeno social como aquella construcción colectiva que funciona de manera independiente a las representaciones individuales.

La idea por la cual las representaciones colectivas se ubican por fuera del individuo, implica su vez la su vaguedad en cuanto a una definición clara del fenómeno social. Si bien Durkheim utilizó el concepto de representación colectiva con la finalidad de indicar las diferencias entre lo individual y la sociedad, así como el grado de influencia que existía entre ambas, la sociología de la época no eligió profundizar en este concepto (Ibáñez, 2001).

Serge Moscovici a comienzo de la década del sesenta en su libro basado en su tesis doctoral, recupera el término de representaciones colectivas, pero prefiere utilizar el término *sociales* para referirse a los fenómenos de representación. Esto se debe a que Durkheim concebía a la construcción de una representación colectiva como un fenómeno homogéneo y abarcativo. “En su espíritu las representaciones sociales constituían una clase muy general del fenómenos psíquicos y sociales que comprendían lo que designamos como ciencia, ideología, mito, etcétera.” (Moscovici, 1979, p. 27).

Por otro lado, Moscovici entiende al concepto de RS de manera heterogénea y enmarcada dentro del sentido común a modo de saber práctico:

Si partimos de que una representación social es una “preparación para la acción”, no lo es solo en la medida en que guía el comportamiento, sino sobre todo en la medida en que remodela y reconstruye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. Llega a dar un sentido al comportamiento, a integrarlo en una red de relaciones donde está ligado a su objeto. Al mismo tiempo proporciona las nociones, las teorías y el fondo de observaciones que hacen estables y eficaces a estas relaciones. (1979, p. 32)

A fin de concluir esta comparativa entre *colectivas* y *sociales*, cabe indicar el valor de recuperar un concepto sociológico perdido y darle una especificidad teórica necesaria para estudiar los fenómenos sociales.

Luego de aclarar esta diferencia conceptual, pasemos a dilucidar el proceso de elaboración de las representaciones sociales.

El psicólogo social Tomás Ibáñez (2001) hace un recorrido en su libro *Psicología Social Construccionista*, sobre las más destacadas conceptualizaciones a partir de las cuales tratamos de definir a las RS. El autor considera que “el concepto de representación social es un *concepto híbrido* donde confluyen nociones de origen sociológico, tales como la de cultura, o la de ideología, y nociones de procedencia psicológica, tales como la de imagen o la de pensamiento” (p. 170). Siguiendo con esta argumentación, es necesario entender que es “un concepto marco que apunta hacia un conjunto de

fenómenos y de proceso más que hacia objetos claramente diferenciados o hacia mecanismos precisamente definidos” (p.171). Esto último, lleva a ratificar la complejidad del concepto, así como su alcance dentro de una investigación.

Se sostiene que el concepto de RS se constituye como un marco híbrido donde coexisten fenómenos agrupados en una representación social, esto quiere decir que, al estudiar un objeto o categoría es necesario captar como está estructurado y observar todas las variantes que intervienen. Ibáñez resalta este elemento fundamental para considerar que un fenómeno sea una representación social citando a Di Giacomo “...todo conjunto de opiniones no constituye sin embargo una representación social..., el primer criterio para identificar una representación social es que está estructurada” (Di Giacomo, 1987, citado en Ibáñez, 2001, p.173).

De esta manera, el concepto de R.S posee un carácter sistémico, a su vez que tiene que estar estructurada. De esta manera, cabe señalar que una opinión expresada por un individuo o un grupo de individuos en un determinado momento, no determina que sea una R.S.

Siguiendo con el recorrido que presenta el psicólogo social, otros autores como Denise Jodelet (1986) hacen énfasis en la característica particular del pensamiento práctico por el cual identificamos a una RS como tal. El pensamiento práctico se caracteriza por ser una acción mental dirigida hacia la práctica, esto es, un conjunto de elementos significantes que engloban un pensamiento que prepara al individuo para la acción. La preparación implica sistematizar una RS dándole un significado y construyendo un saber sobre un fenómeno/objeto de la realidad. La comunicación entre los individuos permite capturar el pensamiento práctico, ya que no solo se accede a la representación, sino también a la modalidad de relación que los sujetos tienen con el objeto representado.

El pensamiento práctico es una característica fundamental de las RS, por ser un elemento intrínseco a toda manifestación de la misma. Además, esta forma de pensamiento particular evidencia los efectos concretos que se establecen entre el individuo, el objeto y su contexto.

Para otros investigadores, el estudio de las RS se debe llevar a cabo mediante el análisis de su contenido, de manera que esta corriente entiende el fenómeno de las RS como el resultado de la construcción de productos socioculturales. Dicha concepción, se argumenta en el punto por el cual se piensa que son estructuras significantes que provienen de la dimensión social de la realidad, por consiguiente, si se analizan los sentidos que emanan de los significantes centrales de una representación social, captaríamos mediante esta información los rasgos distintivos de la sociedad (Ibáñez, 2001).

No hay que olvidar, señala Ibáñez (2001), que Jodelet en su trabajo sobre las RS diferencia dos maneras de estudiarlas, ya sea por el contenido que alberga los significantes de una representación, pero además nos recuerda que las RS como tal son antes que todo, procesos. La investigadora se posiciona en contra de la afirmación donde ambas dimensiones se contraponen a la hora de analizar la realidad social de una representación.

Merece la pena subrayar que tanto Jodelet como Ibáñez resaltan la importancia de los procesos que intervienen en una RS, además de poner en el centro de la discusión la interdependencia que existe

entre el sujeto y el objeto de representación. No lo visualizan de manera separada, sino en una relación de interacción y comunicación. Dicha dialéctica puede ser puntualizada de la siguiente manera:

La representación social es, a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido, las representaciones sociales se transforman efectivamente en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta, por ejemplo, la realidad. Estos productos reflejan en su contenido sus propias condiciones de producción, y es así como nos informan sobre los rasgos de la sociedad en la que se han formado. En tanto que pensamiento constituyente, las representaciones sociales no sólo reflejan la realidad, sino que intervienen en su elaboración. (...) La representación social constituye en parte el objeto que representa. No es el reflejo interior, es decir, situado en la cabeza de los sujetos, de una realidad exterior, sino que es un factor constitutivo de la propia realidad. (Ibáñez, 2001, p. 175)

Por último, para concluir el recorrido del autor sobre las distintas conceptualizaciones sobre las RS respecto al objeto, se debe mencionar que por ser de naturaleza social permite atribuirle dos sentidos. En primer lugar, es preciso tener presente que toda RS es un proceso de construcción de la realidad, por lo cual forma parte de ella y la configura. Y, por otro lado, el objeto adquiere sus cualidades mediante el sentido que las RS construyen como marco de realidad.

Es de suma importancia el aporte del pensador Tomás Ibáñez (2001), porque nos brinda un panorama complejo de la realidad que se nos presenta como producto de un mecanismo de construcción que los sujetos llevan a cabo. Ahora bien, existen determinaciones que impactan en la manera en que se va a conformar una RS, y esto se debe a: las inserciones sociales del sujeto, las actividades simbólicas, la cultura e historia de una sociedad y las prácticas sociales. Es así como la estructura social influye al sujeto y viceversa. Por dicho motivo se puede afirmar la interdependencia e inseparabilidad del análisis de las RS sin tener en cuenta ambas dimensiones de análisis.

Como se había mencionado, el concepto de RS sirve como marco de análisis de carácter heterogéneo, por lo cual sería un error ubicarlo dentro del cognitivismo social. “El término cognitivo no es acertado cuando se aplica a los fenómenos sociales. Sería más apropiado recurrir al término simbólico, lo cual es muy distinto. Es por lo tanto una equivocación afirmar que las representaciones sociales son representaciones cognitivas” (Moscovici, 1982, citado en Ibáñez, 2001, p. 177).

La naturaleza simbólica de toda RS es el punto en el cual se orienta el presente trabajo de investigación, es decir, las interpretaciones sobre las RS estarán sujetas a un análisis que tiene en cuenta: la construcción intelectual de un concepto; el contexto histórico- ideológico; la actitud frente al objeto de representación; las prácticas y su interrelación con las representaciones vigentes.

“Las representaciones sociales se construyen a partir de una serie de materiales de muy diversas procedencias, gran parte de estos materiales provienen del fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de su historia” (Ibáñez, 2001, p.178). ahora bien, las determinaciones de una RS pueden ser identificadas o saber su procedencia a partir de tres principales determinaciones de las RS. La primera,

señala que este fondo cultural común se reproduce en la comunicación entre los sujetos y en sus prácticas cotidianas bajo las formas de creencias compartidas, valores, relatos históricos, determinaciones económicas y culturales. No hay que olvidar que las RS se enraízan y actúan en las instituciones sociales; señalamos en este punto la importancia de la presente investigación a partir de la cual se entiende que dentro de un hospital general existen engranajes por los cuales se materializan un conjunto de RS sobre el padecimiento mental que vale la pena ser estudiados.

En segundo lugar, otros factores de determinación son los procesos centrales de *objetivación* y *anclaje* que permiten entender la elaboración de una representación y como éste producto impacta en la esfera de lo social mediante un conjunto de saberes construido sobre los objetos del mundo. “Estos dos procesos, la objetivación y el anclaje se refieren a la elaboración y el funcionamiento de una representación social, pues muestran la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales de ejercicio” (Jodelet, 1986, p. 480).

Cuando se habla de objetivación se hace referencia a la posibilidad de que tiene todo sujeto de construir conceptos, imágenes abstractas, pasar de las cosas a las palabras en un proceso figuración simbólica en el cual el objeto de la realidad es representado. Se materializan los significados haciéndolos corresponder con una imagen específica y compartida por un grupo social. El segundo mecanismo hace referencia al impacto de lo social en la conformación de las RS en tanto que le otorga un significado y una función, al mismo tiempo que se lleva a cabo un proceso de integración cognitiva de la representación nueva a la estructura de pensamiento ya existente (Jodelet, 1986).

En tercer lugar, debemos considerar de suma importancia las distintas modalidades de comunicación social, ya que es en este campo de determinación donde se van elaborando las RS y a partir de las cuales se puede comprender como se construye la realidad de los sujetos, del mismo modo reconocer los dispositivos sociales generadores de cómo es proyectada la realidad de los sujetos que se ven influenciados por su capacidad de transmisión. Ejemplos de estos son: los medios de comunicación (televisión, radio, internet), las revistas de divulgación científica, las ideologías que se distribuyen mediante las distintas modalidades de propaganda, etc. Además, debemos agregar la comunicación interpersonal ya que la influencia cotidiana de las conversaciones entre los sujetos en ámbitos llamados de encuentros informales como bares, la calle, el mercado, entre otros (Ibáñez, 2001).

Efectivamente nos encontramos con la comunicación interpersonal, dispositivos sociales, que atraviesan a los sujetos y a los grupos, edificando un marco de realidad por el cual se elaboran representaciones que son sociales justamente por sus condiciones de producción; dicho de otra manera, su origen emana de la estructura social.

Por otra parte, nos encontramos frente a la pregunta ¿cuándo una representación es social?, la respuesta radica no solo por sus determinaciones originarias como se mencionó anteriormente, sino porque es sostenida en un discurso compartido por un grupo de personas. Es decir, mediante las comunicaciones sociales se lleva a cabo la reproducción de representaciones de carácter social. En cuanto a los grupos sociales, las RS son elementos que estructuran, dan forma y sostienen la identidad de los mismos. En síntesis, las representaciones son sociales porque se originan en el seno de lo

colectivo, atraviesan a un grupo determinado de sujetos y se materializan en los discursos y acciones que estos llevan a cabo en situaciones cotidianas.

Los elementos internos de las Representaciones Sociales

Serge Moscovici (1978) al desarrollar la teoría de las RS mediante sus investigaciones, determina que existen tres ejes que dan forma al contenido que habita en toda RS: la actitud, la información y el campo de representación.

La actitud suele ser la más recurrente de las tres dimensiones, y hace referencia a la posición y evaluación que toma el sujeto en relación al objeto. Además, toda la esfera de lo afectivo podemos ubicarla en las actitudes del sujeto que posee sobre una representación, y se debe señalar la importancia del impacto que tiene una orientación evaluativa sobre un objeto por ser de carácter social. La implicancia de lo social tiene su valor por ser compartido por un grupo y reproducido mediante una conducta valorativa de la misma hacia objeto de la realidad. Por último, cabe mencionar la característica dinámica de la actitud ya que pone en acción las conductas hacia el objeto y moviliza las emociones atribuidas al mismo.

La dimensión de la información implica la posibilidad de acumulación de los datos sobre un objeto representado, como estos circulan y se hacen presente en los diversos grupos sociales y las personas que lo componen. En otras palabras, el acceso a una información se relaciona con los medios de acceso a la misma, ya que para algún grupo puede ser más fácil obtenerlos y para otros se presentan dificultades en la recopilación de información sobre un determinado objeto. Por otro lado, se facilita el acceso a la información cuando los sujetos están más próximos al objeto representado o en cierta medida tienen un contacto más cercano. Todas estas diferencias mencionadas inciden en como los sujetos de una sociedad perciben al objeto social, y determinan a su vez las diferentes perspectivas que los grupos pueden tener sobre un mismo objeto mediante la construcción particular de una RS hacia el mismo.

La tercera dimensión interna de una RS que describe Moscovici, es el campo de representación. Es el más significativo ya que hace referencia a la organización y la jerarquización de todo el contenido que lo componen. Los elementos de la representación se organizan en torno al esquema figurativo, o núcleo figurativo y es el componente más sólido y constante de una representación. Permitiendo la distribución jerárquica y la organización del conjunto de significados.

En este sentido, toda RS contiene un núcleo central que le otorga identidad, y si se logra realizar una modificación real sobre los significados atribuidos a un objeto social, siempre es necesario la modificación de dicho núcleo. Esto quiere decir que los elementos periféricos de una representación pueden modificarse sin que ponga en peligro su esquema figurativo.

Además, se debe añadir que el núcleo central por el cual todos los elementos que componen una RS se elabora mediante el proceso de objetivación. Las imágenes que son el resultado de la transición de las diferentes nociones construidas sobre un objeto, posibilitan pasar de una perspectiva puramente abstracta a una concreta. En otras palabras, la materialización en imágenes permite una mayor

comprensión y cercanía con el objeto de la realidad, donde los elementos conceptuales complejos se vuelven concretos mediante la figuración evocativa de imágenes representacionales.

En el proceso de objetivación que es en el seno a partir del cual emerge el núcleo figurativo, “presenta tres fases netamente diferenciables: la construcción selectiva, la esquematización estructurante y por fin, la naturalización” (Ibáñez, 2001, p.186). siguiendo los trazos esquematizados por Moscovici (1979), la primera fase refiere a la capacidad que poseen los distintos grupos sociales de capturar determinada información sobre un objeto y descontextualizar su origen con el fin de incorporar selectivamente saberes y rechazar otros. Aquella información retenida es modificada mediante un proceso de asimilación de los elementos para que puedan ajustarse a las estructuras de pensamiento existentes previamente en el individuo.

La segunda fase describe el proceso de esquematización en una imagen vinculada a la información elegida a través del proceso de asimilación. De esta manera se estructura internamente un núcleo figurativo que da lugar a una forma particular de organización de la totalidad de la representación.

En la tercera fase, proceso que continua luego de la esquematización estructurante, se lleva a cabo la cristalización del esquema figurativo en una verdad devenida absoluta. La realidad es percibida por los sujetos desde la visión donde el objeto es representado como un elemento objetivo. Es decir, se da lugar al olvido de la construcción simbólica y por ende subjetiva que existe para la formación del núcleo central. Efectivamente, la representación elaborada para significar a un objeto de la realidad se transforma en un objeto natural y con plena existencia fáctica para el sujeto.

Ahora bien, se debe agregar a este proceso la capacidad que tiene cada individuo de representarse mentalmente un objeto construido mediante la comunicación social; el carácter significativo que posee:

El aspecto de imagen, figurativo de la representación es inseparable de su aspecto significativo: la estructura de cada representación, dice S. Moscovici, aparece desdoblada, tiene dos caras tan poco dissociables como el anverso y el reverso de una hoja de papel: la cara figurativa y la cara simbólica. (Jodelet, 1986, p. 476)

Se nos presenta de esta manera dos elementos que constituyen una RS, la figura y el sentido correspondiente. Como se menciona anteriormente, el significado asociado a la imagen se debe a una construcción asociativa que genera una visión particular de tratamiento hacia el objeto social representado. Esta conceptualización nos aleja de la idea de que una RS emerge de un acto reflejo puramente devenido del mundo exterior, al contrario, como se viene argumentando el sistema de estructuración de una representación tiene elementos internos que intervienen en su organización y jerarquización.

Por otro lado, la teoría de las RS se aleja de toda intención de reducir el fenómeno representacional a un aspecto interno o externo, sino más bien en la integración de ambos en cuanto que son variables interdependientes. La complejidad de esta perspectiva es un desafío, pero también una ganancia en cuanto a la posibilidad de comprensión mediante la captura global de los elementos que componen una RS.

Además, asienta la idea y la postura epistemológica por la cual no se piensa al individuo desde el determinismo biológico, en tanto que la actividad de representación implica una capacidad conferida por el proceso de elaboración simbólica vehiculizado por el lenguaje y la intercomunicación en determinado contexto social. El sujeto es considerado desde esta perspectiva como un ser principalmente social. “Es en este sentido que la noción de representación constituye una innovación en relación con los otros modelos psicológicos, ya que relaciona los procesos simbólicos con las conductas” (Jodelet, 1986, p. 478).

Las fases descriptas indican que al producirse la naturalización del objeto de la realidad a partir de atribuirle una representación (imagen y significado particular), Moscovici nos señala el fenómeno de *ontización* que deviene por llevar a cabo la objetivación mediante la materialización y ordenamiento de los acontecimientos. El objeto social se vuelve natural, el sujeto se apropia del objeto dándole un valor significante. La realidad del objeto se transforma en una visión objetiva y las consecuencias son, por un lado, un pensamiento antinominalista donde el sujeto le confiere una dimensión de realidad fáctica a los procesos internos de elaboración psíquica y a las acciones comunicativas que devienen como producto de estos. Por otro lado, el pensamiento social tiende a ubicarse y reforzar los productos, olvidando los procesos intervinientes en la construcción de un objeto. La historia y las variables son ignoradas y separadas del resultado, siendo éste el motivo por el cual una R.S sobre un objeto es reproducida sin reconocer su origen de formación. (Ibáñez, 2001)

Además del mecanismo de objetivación, Moscovici señala un segundo mecanismo igual de importante: el anclaje. “Este segundo proceso se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto. En este caso, la intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que le son conferidos” (Jodelet, 1986, p. 486). Este mecanismo permite indicar la función social que tiene toda RS, convertir un objeto extraño en un objeto conocido mediante el otorgamiento de significados, el resultado es un saber de sentido común entre los sujetos que conforman un grupo social. La investigadora social Denise Jodelet además agrega el acto de integración cognitiva como aquel proceso que habilita la síntesis del sistema de pensamiento ya existente con aquellas modificaciones que suceden a raíz de la integración del objeto representado.

El anclaje como mecanismo genera no solo la modificación de la información nueva, sino que también los esquemas preexistentes deben ser deformados con el fin de hacerlos compatibles con los nuevos conceptos. De esta manera hay un proceso de asimilación, pero también de acomodación tanto de lo nuevo como de lo ya existente para lograr una integración exitosa de la información sobre un objeto. “En definitiva, la integración cognitiva de las innovaciones está condicionada tanto por los esquemas de pensamiento ya constituidos como por la posición social de las personas y de los grupos” (Ibáñez, 2001, p. 189).

A partir de la época moderna, es evidente el impacto que poseen los estudios científicos y mediante su divulgación, la sociedad se apropia de la información que tiene a su disposición para transformarla en un saber de sentido común. Las RS emergen en gran parte de estas actividades del campo científico, y su impacto encuentra su alcance de transmisión ya sea a través de los medios de

comunicación, en las instituciones de enseñanza, en las calles mediante la intercomunicación de los sujetos, etc.

Moscovici plantea que, para pasar de una teoría científica a un saber de sentido común, deben acontecer dos momentos del tratamiento de la información. En primer lugar, la representación del objeto a través de una imagen es aislada de su contexto de origen donde los significados que se le atribuyen son seleccionados mediante una retención selectiva de los datos provenientes de su fuente teórica. En segundo lugar, las imágenes se convierten en un reflejo de la realidad. El tratamiento consiste entonces en descontextualizar y seleccionar determinada información, dándole una entidad concreta y real al objeto representado. El esquema figurativo en este punto hace de organizador y de pilar fundamental para darle a los sujetos un saber para poder pensar, actuar y valorar un objeto (Ibáñez, 2001).

En síntesis, se puede decir que la representación tiene ciertas características a mencionar. Toda representación es en base a un objeto, el cual es simbolizado por una imagen y un concepto otorgado por el sujeto. La cara significante de la representación otorga la capacidad de apropiación del objeto a través de la imagen, y los datos seleccionados por el sujeto es el conjunto de significados atribuidos al objeto, dándole de esta manera una fundamentación. Lo desconocido se torna conocido mediante el carácter constructivo, autónomo y creativo propio de toda representación. Por último, se debe mencionar que una representación es social porque el lenguaje que es la herramienta donde se edifica la cultura, hace posible su elaboración (Jodelet, 1986).

En cuanto a las funciones que se pueden atribuir a las RS, encontramos en primer lugar la influencia directa que poseen a la hora de comprender la construcción de la realidad social. En segundo lugar, las RS adquieren una entidad significativa en la comunicación social, es decir, en las interacciones de los sujetos en diferentes contextos. En tercer lugar, vemos dos movimientos dentro del proceso de conformación de una RS: la asimilación y acomodación. El primero implica la incorporación de saberes informativos sobre un objeto, y el segundo busca una estabilidad mediante la integración de estos saberes seleccionados con los preexistentes. Ahora bien, ambos procesos demuestran la esencia dinámica de las representaciones, donde lo nuevo es modificado para lograr una coherencia interna, pero además lo establecido previamente es transformado por los datos externos. La apropiación del saber científico y el tratamiento selectivo de la información para plasmarlo en un saber de sentido común, es una de las funciones principales de las RS. Los mecanismos objetivación y anclaje permiten la apropiación del saber proveniente de los estudios científicos modificando su estructura discursiva, haciéndola más familiar y comprensible.

En cuarto lugar, cabe mencionar que una representación recibe el nombre de social por su característica de origen. La construcción de un objeto social se da a partir del proceso de representación que el sujeto realiza. Aquí se hace evidente la importancia de la conformación de los grupos dentro de los cuales existe una identidad compartida por sus integrantes. Las RS son el conjunto de conocimientos que dan consistencia al grupo, y da su razón de ser. La identidad permite la distancia y diferenciación con otros grupos, justamente por la visión particular que construyen los sujetos sobre los objetos de la realidad. En quinto lugar, las RS son determinantes a la hora de tomar decisiones, es decir, no quedan

solamente en el ámbito interno del sujeto. Por lo tanto, se lleva a cabo una acción tendiente a enmarcar la relación valorativa que se tiene sobre un objeto (Ibáñez, 2001).

Como afirma Ibáñez (2001) “las representaciones sociales producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social” (p.192). La dimensión que poseen la representación son equiparables a las teorías científicas, porque están compuestas por un corpus organizado de sentidos, saberes construidos y atribuidos a un objeto. Ahora bien, el autor resalta que “son *teorías de sentido común* que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas, con la suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse en ellas sin tropezar con demasiados contratiempos” (p.192). En síntesis, las RS organizan mediante estructuras de pensamiento para darle un sentido familiar al mundo que nos rodea.

Como último punto a mencionar sobre las funciones atribuidas a las RS, encontramos un aspecto que se puede definir como conservador ya que las representaciones vienen a reforzar el orden social y los saberes instituidos en la sociedad. Esto quiere decir que hay una transmisión mediante la comunicación entre los individuos que reafirma y refuerza las concepciones compartidas por un grupo. Esto tiene un impacto tanto en la dimensión simbólica como en las prácticas de los sujetos (Ibáñez, 2001).

Para finalizar esta primera parte donde se hizo un extenso recorrido con la finalidad de definir la categoría de representación social, cabe mencionar la relación que ésta tiene con el concepto de ideología, el cual posee una injerencia vincular inseparable en la conformación de las RS.

Continuando con los aportes del psicólogo social Tomás Ibáñez (2001), las ideologías y las RS tienen algunas diferencias sustanciales. El concepto de ideología se lo ubica en un contexto de generalidad, no se le puede reducir a una relación de acoplamiento a un solo objeto. “La ideología tiene un carácter de generalidad que la asimila a un código interpretativo o a un dispositivo generador de juicios, percepción, actitudes” (p.197). En cuanto a las RS, siempre se encuentran refiriendo a un objeto particular y su origen como mencionamos anteriormente pueden partir de varias condiciones de producción (medios de comunicación, conversaciones, investigaciones científicas, entre otras).

Ahora bien, el autor señala el punto de vinculación entre ambos conceptos, “la ideología no sería más que uno de los elementos de causalidad que intervienen en la génesis de las representaciones sociales. Además, esta relación de causalidad sería de tipo circular” (ídem). Claramente al caracterizar esta relación como circular, Ibáñez señala la posibilidad de cambios ideológicos que pueden producir las RS en un determinado contexto social a través de su reproducción. Asimismo, la ideología si bien es un fenómeno diferente, es un elemento que siempre podemos encontrar al analizar detenidamente una RS.

En resumen, ambos términos hacen referencia a fenómenos diferentes, pero están fuertemente relacionados en cuanto que la ideología es un dispositivo generador de sentidos atribuidos a un objeto que se representa. De esta forma las RS al ser investigadas y analizadas, se llegaría a dilucidar qué elementos ideológicos se ubican en ellas.

Parte 2. Lógicas interpretativas del padecimiento mental

El tratamiento de la enfermedad mental: breve recorrido histórico

La figura del loco como irracional, demente, discapacitado, peligroso, anormal, alienado; son algunas significaciones y representaciones que subyace en el entramado social sobre aquellas personas que históricamente han quedado excluidas de la realidad sociedad. En la modernidad el tecnicismo de la época dependiente del poder psiquiátrico ha difuminado la categoría de locura y lo ha sustituido por otra socialmente más aceptable: el enfermo mental. Ésta última noción es distinta si la comparamos con la figura que se tenía del loco en la edad media. “El loco es aquel cuyo discurso no puede circular como el de los otros: llega a suceder que su palabra es considerada nula y sin valor, que no contiene ni verdad ni importancia” (Foucault, 2015, p. 16). Con el avance del cristianismo en la edad media, la locura representa el pecado y la inmoralidad. Debido a esto, era muy común que se llevaran a cabo prácticas de exorcismos con el fin de erradicar la maldad que se encontraba dentro del cuerpo de los considerados locos.

la Locura a partir del siglo XIX, se convirtió en el objeto de estudio de la nueva rama que surgía de la medicina: la psiquiatría. Cuyo tratamiento se establecía, por un lado, mediante encierros en manicomios, y por otro, en el tratamiento moral de la conducta del alienado. El asilo de enfermos mentales sería ese territorio destinado a cuidar, tanto en el sentido de atender como de vigilar a peligrosos y desviados. Las personas diagnosticadas con una enfermedad mental eran depositadas en estas instituciones con el objetivo de lograr silenciar ciertas maneras de pensar, sentir, comportarse, y que resultaba intolerable o amenazante para una sociedad moderna que aspiraba ser racional.

A través de la historia, existieron enfoques terapéuticos que se plasmaban en ciertas prácticas que se articulaban con la ideología hegemónica de la época. Emiliano Galende (2008) en su libro llamado *Psicofármacos y Salud Mental*, realiza un recorrido donde identifica 4 momentos en la historia donde plasma las diferentes maneras en cómo fue pensado el padecimiento mental en campo de la Salud Mental. Los momentos serán analizados teniendo en cuenta los siguientes ejes propuestos por el autor:

Una articulación entre la definición social y política de un problema social existente que afecta a determinados individuos, los trastornos psíquicos; un ordenamiento jurídico sobre cómo tratar a esos sujetos afectados; un sistema institucional para su tratamiento; decisión de una incumbencia legal, que legitima a quienes deben ocuparse de los mismos. (p. 140)

No es inocente la elección del término *momento*, y no así la de período, porque el autor tiene claro que caería en una lógica evolutiva de la historia donde no habría retrocesos ni obstáculos; propia del pensamiento positivista de la ciencia moderna.

El primer momento es el más extenso y abarca tres mil años antes de la Revolución Francesa, y podemos ubicar en el año 1791 como el final de esta época llamada por Galende como el *momento político cultural*. La humanidad convivió con aquellas personas desamparadas y más vulnerables de la sociedad, donde eran alojados en instituciones como hospitales religiosos que tenían una lógica de

caridad y beneficencia; pero no había un orden jurídico ni una disciplina, como tampoco una institución específica para un tratamiento especial sobre los llamados locos. En este tiempo, no existía una diferenciación entre los locos, las prostitutas, los niños huérfanos, madres solteras, pobres y miserables.

El segundo momento que describe el autor, es el *médico positivista* el cual comienza con la Revolución Francesa, hecho histórico marcado por el ideal de progreso burgués y fundamentado en una ideología política basada en principios humanísticos. En este sentido, el contexto social es fundamental para entender este momento; la liberación de las cadenas a los locos tenía su sentido en rechazar las instituciones creadas por la Monarquía. En este proceso de Revolución, la figura de Phillippe Pinel tuvo gran relevancia por su papel activo por abogar no solo por la liberación de los llamados locos, sino por sus aportes a la disciplina psiquiátrica basada en una clínica de la observación y descripción sistemática de los fenómenos que emergían de las denominadas perturbaciones mentales. Además, el pensador francés es recordado en la historia de la psiquiatría como aquel que implemento el tratamiento moral de las conductas de los alienados.

El positivismo mediante el Derecho (conjunto de principios y normas) y en la Psiquiatría como rama de la medicina, tiene su razón de ser por el incremento de marginales y pobres que se acumulaban cada vez más en las grandes ciudades durante el siglo XVIII.

La psiquiatría positivista surge con Jean-Étienne Dominique Esquirol, quien fuera el discípulo preferido de Phillippe Pinel. Inauguró, en 1817, en la Salpêtrière, el primer curso de enfermedades mentales; plantando de esta manera una nueva disciplina basada en un saber sistemático que aspiraba a ser científico y por ende reconocido académicamente por la medicina mediante un título de especialista. Además, “un orden jurídico especial sobre el trastorno mental, plasmado en la Ley de 1838, que respalda la incumbencia del médico y la delegación en su persona de funciones jurídicas como la de privación de libertad del enfermo” (Galende, 2008, p. 144). Por último, se debe añadir la creación de un gran entramado de hospitales psiquiátricos para alojar a los alienados, inaugurando así la institución y poder psiquiátrico.

De esta manera, la Locura como significante pasa a ser el de enfermedad mental, y los significados comenzarán a ser asociados fuertemente con el de peligrosidad o sujeto potencialmente peligroso para la sociedad. Por otro lado, la psiquiatría tomara el rol de ostentar un saber sobre los fenómenos intervinientes en el curso de una enfermedad mental, que le darán el poder exclusivo para dominarla y controlarla.

El loco pasa a ser un enfermo mental que estaría justificado por estar en un estado de alienación primordial, concepción que podríamos denominar como una visión antropológica del alienado como un animal irracional. A partir de este juicio de pensamiento, dichas personas le son atribuidas las características que hasta hoy en día persisten en las RS de gran parte de la población: el loco como peligroso y no responsable de sus actos. Por otra parte, la psiquiatría que emerge como una nueva especialidad dentro de la medicina, copia los criterios etiológicos de la misma. Ahora bien, los objetivos o el gran sueño de la psiquiatría positivista era poder encontrar las causas anatómicas, las lesiones, y localizarlas para fundamentar sus intervenciones; claramente esto nunca sucedió (Galende, 2008).

Las practicas manicomiales, como bien lo fundamenta el psiquiatra italiano Franco Basaglia (2008), fueron desde las creaciones de los hospitales psiquiátricos un lugar de reclusión similar al de la cárcel, donde se buscaba controlar y aislar al loco por ser peligroso para sí mismo y para terceros. Esta concepción del tratamiento de la locura llevaba a una práctica iatrogénica; las mismas herramientas que se utilizaban con fines de curación, producían la prolongación de la enfermedad.

Desde la perspectiva Basagliana, las prácticas manicomiales encubren el aspecto causal de la enfermedad psíquica, el cual es el conflicto social y las desigualdades socio-económicas que los sujetos atraviesan. La exclusión y la discriminación, no comienza en el manicomio, sino en la misma sociedad que rechaza a las personas consideradas pobres.

Continuando con el tercer momento planteado por Galende, denominado *la influencia de la psicopatología*, comienza con la crisis del pensamiento psiquiátrico positivista representado por uno de sus máximos exponentes, Kraepelin. Esta época recibe ese nombre por la aparición del texto de Karl Jaspers llamado *Psicopatología general* en el año 1913, donde da comienzo una nueva perspectiva introduciendo la fenomenología en la psiquiatría, y el campo de la comprensión de los fenómenos psicológicos dentro de un entrecruzamiento complejo de factores que entran en juego, que cuestionan los criterios y las prácticas de la psiquiatría.

Durante fines del siglo XIX y con las expectativas del siglo XX, los postulados positivistas apoyados en la medicina poco a poco muestran sus falencias al vincular los problemas psíquicos con la anatomía del cerebro. Se plantea un movimiento donde por primera vez, se comienza a pensar en una atención de los enfermos mentales por fuera de las instituciones manicomiales. “Se puede afirmar que la Higiene Mental, el Open Door y el ingreso de las psicoterapias, forma un solo bloque de cuestionamiento a las prácticas psiquiátricas instituidas, y se basan en los principios de cuestionamiento del manicomio como dispositivo de encierro y control” (Galende, 2008, p. 150).

El movimiento ideológico instituyente y alternativo a las lógicas manicomiales, se basó en poner en el centro del debate el “reconocimiento de la locura no como enfermedad crónica sino como parte de la condición humana, y el cuestionamiento a la medicina mecanicista que sostenía, en general en silencio, la situación de estos establecimientos” (p.150). En esta crisis del positivismo, se retoman los saberes de la filosofía clásica, así como también aquellos que ponen en el centro del escenario de las vicisitudes de la vida humana desde la subjetividad, uno de ellos fue Sigmund Freud a partir de la construcción de la teoría psicoanalítica. Y desde el campo de la psiquiatría se trasladó el eje de la semiología entendida desde el estudio de los síntomas aislados, a una compresión más estructural y gestáltica de la enfermedad.

El cuarto momento es el de la *Salud Mental*, que comienza en la década de 1950 con distintos movimientos de reforma en el sector: Inglaterra (1943), Estados Unidos (1963), Francia, e Italia con Franco Basaglia como referente. Estos procesos de reforma que en cada país tuvo su propia impronta, en conjunto con los documentos que fueron emitidos por la OMS sobre la salud mental. Todo aquello en su conjunto, al decir de Emiliano Galende (2008), conformaron las propuestas que son ejes

fundamentales dentro del campo de la salud mental, así como en la transformación de una nueva modalidad de concebir la atención en el sector:

Una política sanitaria de descentralización y sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos; estrategias vinculadas a la comunidad e inclusión del trabajo social y la enfermería, junto a una distribución territorial de los servicios; incorporar la desinstitucionalización y la experiencia del cierre de los hospitales psiquiátricos como parte esencial de la reforma de la atención. (p. 157)

Por último, debemos mencionar la Conferencia de Alma Ata que puso como estrategia central en los cuidados de la salud mental a la Atención Primaria en Salud (APS). Entendiendo que toda política en Salud mental y sus dispositivos de atención deben guiarse por aquellos principios.

Este avance que se dio en el campo de la salud a través de las experiencias de reforma y en las declaraciones Internacionales sobre la salud, impacto fuertemente en América Latina porque presentaba una visión alternativa a las lógicas manicomiales. En la salud pública actual, a partir de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) sancionada en el año 2010 en la Argentina se plasmó la lucha de distintos movimientos sociales, profesionales de la salud, instituciones y organizaciones de Derechos Humanos. Los cuales venían hace décadas bregando por el otorgamiento de derechos a los usuarios de la salud mental. En dicha ley se prevé la sustitución de la atención en instituciones psiquiátricas por un sistema de atención en salud mental de base comunitaria que respete los derechos humanos. Se instituye de esta manera un nuevo paradigma instituyente respaldado por la Constitución Nacional Argentina. El gran desafío es llevar a cabo políticas públicas tendientes a concretar lo decretado por la ley en todo el territorio del país.

Las Representaciones Sociales del padecimiento mental en occidente

La Salud Mental (SM)⁸, es un campo donde su objeto de análisis se encuentra atravesado por diferentes discursos y prácticas sociales que conforman una estructura de RS asociada a dicho objeto. En un inicio el conocimiento proviene de teorías que sustentan una visión sobre el objeto, posteriormente es captado por los sujetos que transforman esos datos en un saber de sentido común. La asimilación de información es elaborada, compartida, y diferente a otros grupos.

La psicóloga argentina Alicia Stolkiner (1988), hace un recorrido histórico para recuperar las representaciones sobre lo *mental* y del *bienestar subjetivo* que siguen operando aún hoy de manera parcial en la cultura. La autora divide estos momentos en: el pensamiento griego; el orden feudal; el pensamiento moderno y la revolución francesa.

Antes de poder llegar a una definición de SM, la autora desarrolla estos cuatro momentos históricos identificando un elemento en común: la persistencia de la concepción dualista (mente-cuerpo) y sus representaciones asociadas. Esta cosmovisión determina todo el pensamiento de occidente, desde

⁸ Utilizaremos la abreviatura SSM al referirnos al Servicio de Salud Mental

los primeros filósofos. Por ejemplo, se pudo observar su influencia en la división que se establece en el trabajo, lo manual por un lado y lo intelectual por otro; esto no indica la causa del dualismo, pero ilustra su impacto en la realidad en carácter de representación.

De esta manera, la concepción de salud basada en un bienestar que introduce una fragmentación del alma (psique), en relación al soma (cuerpo), se sustenta en esta doctrina dualista occidental y se la puede identificar en los modelos de pensamiento que permiten comprender las representaciones y concepciones que continúan activas en cierta medida en la sociedad (Stolkiner, 1988).

En el contexto del pensamiento griego, encontramos a Platón (427-348 A. C.) como representante de la filosofía idealista, a través de la cual nos acerca a una primera teoría de la dualidad. La concepción que tiene el Platón del alma es el hombre como resultado de una unión accidental entre el alma inmortal y el cuerpo material. Dos realidades distintas que se encuentran unidas en un solo ser de modo provisional, de tal modo que lo más propiamente humano que hay en el hombre es su alma a la cual le corresponde la función de gobernar y dirigir la vida humana. La preponderancia del alma (psique) por sobre el cuerpo se debe a sus características privilegiadas: inmortal, anterior al cuerpo y principio de conocimiento. El alma como tal, transmuta de un cuerpo a otro luego de la muerte, marcando el elemento vital de cada persona. Ahora bien, en la medida en que conocemos mediante el alma, la relación con el objeto es en el espacio de las ideas, por lo que no podría ser material.

Stolkiner (1988), siguiendo las ideas de Platón, indica que el bienestar del alma de una persona depende de las virtudes como la Justicia y la Pureza. Esto implica considerar que la estructura de representaciones basada en este sistema de pensamiento, la enfermedad o el malestar devendría por la ausencia de virtudes que permiten la buena salud. El esencialismo idealista que sostiene esta tradición filosófica, enfoca al cuerpo como el centro de todos los males. Claramente la enfermedad es *del* cuerpo y *por* el cuerpo. Siguiendo esta lógica, el delirio no es relacionado con una enfermedad sino más bien una conexión con los dioses mediante revelaciones, o como un medio de cura para los males que aquejaban a un sujeto. Finalmente, en el idealismo se esconden las concepciones naturalistas o innatistas.

El empirismo que se sustenta en la fuerte creencia de que el acceso al conocimiento se da mediante los sentidos, tiene sus raíces en el pensamiento de Aristóteles (384-322 A. C.), el cual, a diferencia de Platón el alma da vida al cuerpo y por tanto es indispensable. Se deduce de su sistema de pensamiento, que la salud y el bienestar de la psique se produce en el correcto ejercicio lógico del intelecto. El alma racional, que es atribuida al hombre, tiene un ideal de funcionamiento basado en las leyes de la lógica, permitiendo que mediante los sentidos exteriores incorporen información del mundo para que posteriormente los sentidos interiores (imaginación, memoria, sentido común), se lleva a cabo un proceso de abstracción y construcción del conocimiento (Stolkiner, 1988).

Ahora bien, este primer momento histórico puede resumirse indicando que Platón introduce el innatismo y, por otro lado, Aristóteles remite a lo adquirido a través del empirismo. Merece la pena subrayar el impacto que tienen ambos sistemas de pensamiento en las ciencias modernas, donde muchas concepciones se sustentan en la importancia de la observación como fuente confiable de acceso al conocimiento. La única realidad entendida como posible para la ciencia será la *objetiva* (Stolkiner 1988).

Las RS asociadas a estas dos visiones sobre la aprehensión del conocimiento, idealista y empirista, se construirán a partir de la preponderancia de los sentidos como medio privilegiado para capturar la realidad de forma efectiva. En definitiva, el pensamiento griego instala el dualismo en occidente, dando como resultado el equilibrio entre el alma y el cuerpo como condición para lograr el bienestar que no deja de estar enmarcado en un pensamiento ideal sobre las condiciones del sujeto.

El segundo momento histórico la autora lo ubica en la Edad Media, donde gobernaba la lógica feudal, y el sistema de pensamiento que gobernó durante todo este largo período fue la religión como fuente incuestionable de conocimiento. La doctrina de la iglesia se basaba en la palabra de Dios manifestada en la Sagrada Escritura, es así como toda posibilidad de reflexión sobre el hombre y su naturaleza debía darse por dentro de dichos márgenes. La dualidad alma/cuerpo adquiere la cualidad de ser opuestos en tanto que el pecado es ubicado en el cuerpo, por tanto, será portador de todos los males y tentaciones del demonio. Bajo esta lógica de creencia, el bienestar del alma se basará en lograr el estado de gracia a través del conjunto de principios y normas de la doctrina eclesiástica. Es decir, mantener una relación de proximidad con Dios a través de la fe.

La enfermedad aparecería como efecto de la inmoralidad de la persona. Este carácter moral que adquiere la insania se debe a la debilidad del cuerpo y, por lo tanto, los sentidos son cuestionados al ser asociados como el lugar de ingreso del demonio con el motivo de apoderarse del alma. Esta idea sigue en algunas ideologías instaladas, por ejemplo, en la corriente positivista a través del concepto de *norma* como medida y criterio de demarcación entre la salud/enfermedad (Stolkiner, 1988).

El delirio en la Edad Media era comprendido como posesión demoniaca, en el caso de que sea interpretado como una revelación de Dios a través de los sacerdotes de la iglesia, la connotación cambiaba, dando lugar a un momento místico de cercanía con la deidad. Este campo de representación sobre la salud mental y en general sobre la dualidad salud-enfermedad, llega al continente americano a través de la conquista de Europa y su influencia mediante el ejercicio de sometimiento ideológico que se llevó a cabo.

Stolkiner (1988), en el siguiente momento histórico sitúa al nacimiento del pensamiento moderno que ubica como elemento central a la razón-conciencia. La época moderna se basa en nuevas ideas, creencias y actitudes, así como una nueva forma de entender la relación del hombre con el mundo. La revolución científica da inicio al llamado pensamiento moderno e inicia con Copérnico con su propuesta de que la tierra no es el centro del universo esto hace que la imagen del mundo cambie, y posteriormente gracias a los descubrimientos de Galileo Galilei la imagen del hombre comenzó a modificarse. La ciencia moderna desembocará en el método hipotético-deductivo que se conservará hasta nuestros días.

El sujeto se ubica en el centro de la escena, pero solo aquel considerado racional, es decir, aquel que piensa. Vuelve a surgir el dualismo con la filosofía de Descartes (1596-1650), pero ahora en la escena moderna diferenciando al sujeto en dos sustancias: pensante (*res cogitans*) y material (*res extensa*). La concepción de salud se asociará a toda persona racional y que busque el progreso. *La*

conciencia pura será el estándar o modelo de bienestar de la psique. La Locura será asociada a un desvío de la norma, es decir, alejado de todo aquello que es considerado correcto para la sociedad moderna.

El cuarto momento histórico lo demarcan la Revolución Francesa y la Revolución Industrial Inglesa. La RS será establecida a partir del modelo del hombre racional y productivo. Los valores que se levantarán en la nueva organización social serán el de libertad, igualdad y fraternidad. El bienestar subjetivo devendrá en la capacidad de libertad individual de la persona, y la alienación como enfermedad se asociará a la influencia social como causa. Esta concepción es importante remarcar, ya que imprime el modo en que se concibe el concepto de libertad anudado al bienestar de la persona. Por otra parte, la racionalidad de esta sociedad que avanzó contra la tiranía monárquica para derrocarla, será la responsable de crear a los nuevos excluidos: los llamados Locos (Stolkiner 1988).

Michel Foucault en su libro *Historia de la Locura en la Época Clásica* (1967), señala que dentro de este contexto de revolución y cambio de época la asistencia a las personas que no encajaban en el orden social que imponía el Estado, eran llevados a un confinamiento basado en un gran operativo de encierros en instituciones hospitalarias, como la Salpêtrière y Bicêtre en París. Agrupando de esta manera a: los vagabundos, discapacitados mentales, prostitutas, epilépticos y locos.

Se debe mencionar a mediados del siglo XVIII sobre todo en Francia, se llevó a cabo la creación de un conjunto de Hospitales Generales que tenía la función de albergar a todos los sujetos que representaban la miseria, la holgazanería y la falta de control de las pasiones. El confinamiento era de una población heterogénea. El control lo tenía tanto el poder del Estado como la Iglesia a través de la caridad, y en este punto se debe enfatizar la importancia del orden policial en estos lugares de reclusión ya que se llevaba a cabo un confinamiento forzoso y represivo de la población mencionada anteriormente.

Es recién a comienzos del siglo XIX que muchos Hospitales Generales pasaron a ser Hospitales Neuropsiquiátricos.

Emiliano Galende (2008), indica que Esquirol es el verdadero padre de la psiquiatría. Esto se debe por tres motivos que el autor entiende que justifican esa distinción. En primer lugar, presenta un proyecto de ley que fue rápidamente aprobado y se basaba en la creación de un manicomio por cada departamento de Francia. Representando el prototipo que se iba a replicar en toda Europa y en el mundo, sobre todo en América del Sur. En segundo lugar, en 1838 se suma otra ley de carácter especial, donde dotaba de responsabilidad al Estado para brindarle tratamiento en las instituciones monovalentes a llamados Locos. Claramente esto contradecía con los principios y valores que se asumieron a partir de la Revolución Francesa, sin embargo, a partir de esta ley los alienados mentales serán aislados de la sociedad privándoles de sus derechos. La RS que comienza a emerger a partir de estas reformas, es la peligrosidad para sí mismo o para terceros que justifica y refuerza la exclusión de dicha población. Se observa entonces, la mancomunidad que se establece entre el poder judicial y la medicina psiquiátrica.

En tercer lugar, Esquirol fue quien introduce amparado por el marco teórico de la medicina, el rótulo de *Enfermedades Mentales*. Es decir, transfiere el sistema de pensamiento epistemológico propio de la ciencia médica positivista a las personas que sufrían un problema de SM. A partir de este

movimiento, la Locura pasa a ser objeto de estudio de la Medicina Mental. Anterior a este suceso nunca se las había llamado *Enfermedades o Trastornos*, la nosología de Esquirol y sus estudios marcan un antes y un después en las concepciones sobre los sujetos con padecimiento mental. Además, se le debe sumar la conformación y cristalización de las RS que surgen de la difusión de este modelo de pensamiento en la sociedad.

En conclusión, encontramos que el sistema de RS sobre el padecimiento mental en occidente se fue conformando a través distintos momentos históricos, y sus manifestaciones en el presente de nuestra cultura tiene su origen en esas instancias.

El campo de la Salud Mental

Como se menciona en el apartado anterior, a lo largo de la historia surgieron diferentes concepciones sobre el padecimiento mental que se plasmaron en determinadas prácticas y tratamientos para estas personas. Además, en paralelo se le añade un sistema de RS que constituye un conocimiento social sobre dicha realidad.

Ahora bien, cuando se habla del campo de la SM, se debe especificar el significado por la cual el presente trabajo de investigación otorga a la categoría de campo. En principio, el sociólogo Pierre Bourdieu (2002) define a los campos como aquellos que “se presentan para la aprehensión sincrónica como espacios estructurados de posiciones (o de puestos) 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)” (p. 119).

El autor indica que existen diferentes campos con intereses específicos y características particulares tales como: el campo el arte, el campo de la religión, el campo de la moda, del deporte, de la filosofía, de la Salud Mental, etcétera. Pero que no obstante existen también leyes generales que son comunes a todos los campos, y por lo tanto es posible hacer una teoría sobre los mismos.

Una de estas características que señala Bourdieu es que en todo campo se pueden encontrar luchas de intereses y relaciones de fuerzas entre agentes, entre instituciones o entre grupos social. Esto indica que las tensiones se manifiestan por la existencia de elementos significativos en juego, así como personas dispuestas a jugar. En este sentido, los agentes involucrados presentan ciertos conocimientos sobre el campo y lo que está en juego en dicho terreno. Tener un saber implica conocer la historia de luchas y las problemáticas existentes que dan un cierto esquema de apreciación y de percepción a lo que está en juego (Bourdieu, 2002).

En el campo de la SM, existen diferentes disciplinas con formación y enfoques teóricos e ideológicos que demarcan una especificidad de abordaje práctico sobre un mismo objeto de estudio: el padecimiento mental. Se puede reconocer dentro de las perspectivas de los profesionales que se encuentran dentro del campo de la SM, ciertos modelos de análisis que determinan la visión mediante la cual sus prácticas se materializan.

En primer lugar, encontramos a la corriente de pensamiento positivista cuyo auge en Argentina se produjo a fines del siglo XIX, a partir de la influencia del modelo europeo que durante este tiempo

mantenía un trasfondo teórico-ideológico del tratamiento basado en la cultura manicomial. Lo que explica el auge en la creación de los Hospitales Neuropsiquiátricos en todo el territorio argentino. La intervención terapéutica era el aislacionismo y encierro de los llamados enfermos mentales, degenerados e idiotas. El padecimiento mental se representa en la conducta desviada.

“La locura se funde con la idea del paradigma Biomédico del *contagio* y toma el modelo de las enfermedades contagiosas y la cuarentena como modelo de tratamiento, como forma de atención también para este tipo de situaciones” (Di Nella, 2012, p. 65). En este sentido, hay una concepción basada en que el aislamiento permite la cura, modificar la conducta desviada de la norma social.

La psicología conductista surgida en Estados Unidos y desarrollada teóricamente por Burrhus Frederic Skinner, refuerza y expande durante el siglo XX el ideal de una ciencia natural sobre los fenómenos psicológicos. “Construye un modelo de determinaciones posibles de la conducta humana y sus formas de ‘encarrilamiento’. Repercute en la educación (los objetivos conductuales de la tecnología educativa) y en las técnicas terapéuticas” (Stolkiner, 1988, p. 44).

Los estudios basados en la conducta a partir del paradigma positivista implican la concreción de técnicas terapéuticas basadas en modelos de atención en Salud Pública denominados tecnocráticos. Estos se caracterizan por sostener una visión dualista y segmentada de las problemáticas que aquejan al sujeto. A diferencia de la concepción liberal fundamentada en el modelo médico hegemónico, y centralizada en la demanda de un sujeto pasivo que debe ser aislado en instituciones monovalentes para recibir terapias biológicas- religiosas; el paradigma tecnocrático avanza hacia una salud donde se reconoce las determinaciones sociales de la enfermedad. Sin embargo, se sostiene que las causas en primer lugar son constitutivas del sujeto (Stolkiner, 1988).

En Ambos paradigmas de atención en salud publica podemos encontrar la influencia del positivismo ya que se continúa sosteniendo que la salud es un estado de normalidad, por tanto, la enfermedad es un escenario de anormalidad presentado por síntomas que deben ser tratados bajo la corrección de esa desviación en búsqueda de un mejor funcionamiento del sujeto en la sociedad.

Como tercer paradigma tenemos a la corriente participativa integral, cuya concepción se basa en un modelo médico que entiende a la salud-enfermedad como un proceso y no un estado. A su vez el sujeto es entendido dentro de la estructura social como un agente activo, paralelamente se rompe con la mirada dualista de la corriente positivista. El campo de la salud mental es pensado desde la práctica interdisciplinaria de los profesionales, y a partir del trabajo en territorio tendiente a generar programas participativos integrales e intersectoriales (Stolkiner, 1988).

Esta última vía o corriente de pensamiento que contiene una perspectiva integral de la salud, debe ser entendida como la acción participativa de los profesionales, usuarios y la sociedad en su conjunto. La noción de participación comunitaria, da lugar a la búsqueda del fortalecimiento de los lazos sociales en la medida que no solo se limita a una mera atención a la demanda en salud, sino también a la promoción y prevención de la misma. El derecho a la salud, es un derecho fundamental para todas las personas. Desde esta posición, los usuarios de la salud son sujeto de derecho, por tanto, el Estado debe garantizar el acceso a la misma.

A continuación, en el siguiente apartado se desarrollará la perspectiva de Salud Mental Comunitaria, a partir de la cual el presente trabajo de investigación se apoya.

La Salud Mental Comunitaria

En principio, cabe mencionar que los conceptos desarrollados en el presente apartado deben ser pensados a modo de una red de sentidos que al entrecruzarse conforman un andamiaje teórico. Permitiendo elaborar una caja de herramientas necesaria para el análisis de la presente investigación.

El campo de la SM debe ser comprendido por su inherente complejidad producto de la convivencia de las distintas disciplinas que confluyen dentro de dicho espacio. Cuando nos referimos a la SM comunitaria, no refiere a una visión reduccionista de un simple trabajo enfocado en un barrio de una ciudad o ciertos programas de atención en territorio y ya no en instituciones como hospitales generales. Es una manera de intervención a partir de un modelo pensado desde la participación comunitaria, es decir, las problemáticas subjetivas emergen en un determinado contexto social y su análisis por lo tanto debe tener en cuenta dicha complejidad para llevar a cabo la acción terapéutica.

Por otro lado, la formación del profesional del campo de la SM debe tener una mirada interdisciplinaria a la hora de pensar no solo el diagnóstico de la situación problemática que aqueja a un sujeto o un grupo de personas, sino también, los posibles tratamientos. Ana María Del Cueto (2014), refiere al respecto que “la intervención comunitaria se realiza sobre la producción subjetiva de una comunidad con la intención de provocar un cambio producido por los propios sujetos” (p. 23). Esto abarcaría a todo profesional del campo psi., lo cual implicaría una formación basada en esta perspectiva.

La materialización de dicha praxis se realiza en instituciones como: hospitales generales, centros de atención primaria de la salud (CAPS), centros integradores comunitarios, espacios comunitarios o de la sociedad civil, entre otros. Esta gama de espacios que podemos llamar de acción, reflejan el horizonte territorial donde opera el sistema de salud, por lo cual ejemplifica lo mencionado anteriormente, no se trata del lugar sino desde que modelo se lleva a cabo una intervención en SM.

El paradigma de la SM comunitaria se apoya en los aportes teóricos del psicoanálisis, del análisis institucional, como también del pensamiento sobre lo grupal. La imposibilidad de reducirla a una teoría, implica pensar que el conocimiento sobre la intervención comunitaria se nutre de un complejo universo de conceptos, teorías y prácticas. Por tanto, pensar desde esta perspectiva de abordaje de la SM, es entender la heterogeneidad de este campo de saber (Del Cueto, 2014). Teniendo esto en consideración, se desarrollarán algunos conceptos que consideramos claves para este trabajo.

Del Cueto (2014) presenta al concepto de *comunidad*, como aquel entretejido vincular basado en aspectos en común entre los integrantes de un espacio social. Una forma de organización apoyada en aspectos sociales, biológicos, históricos, culturales y tecnológicos; que demarcan una cartografía sobre un grupo social en particular. Además, la expresión heterogénea de sujetos a través de los distintos modos de relaciones que se establecen, dan lugar a las diferencias que se establecen dentro de dicho espacio. El “nosotros comunitario” debe ser pensado a partir del encuentro entre lo común y la multiplicidad de potencias deseantes.

Sara Ardilla y Emiliano Galende (2011), señalan que *la SM en la Comunidad* viene a presentar una visión opuesta a la atención psiquiátrica clásica. En este sentido se debe realizar un giro en tres dimensiones; por lado se debe priorizar los servicios comunitarios de atención basados en la comunidad y en el territorio donde desarrolla su vida el sujeto padeciente. Además, la práctica tiene que orientarse hacia una visión del sujeto en toda su complejidad, afirmando la existencia de las múltiples determinaciones que lo atraviesan. La ética debe ser el proyecto que marque el horizonte de toda atención en SM, la simetría terapéutica cobra sentido en este punto a partir del reconocimiento de los derechos del sujeto dentro del sistema de salud. Como tercer punto, se debe pasar de un sujeto pasivo a la búsqueda de un sujeto activo que participe y sea protagonista de su tratamiento.

Ahora bien, ¿Qué entendemos por interdisciplina? Podemos decir que la *interdisciplina* resulta del trabajo realizado por un equipo de profesionales especializados en distintas disciplinas en este caso: Psicología, Psiquiatría, psicopedagogía, trabajo social, etc. Su importancia radica en el enriquecimiento de puntos de vista para la construcción de un nuevo saber, que viene a ocupar el lugar de la falta de respuesta de cada ciencia en forma individual para producir la acción que remita al tratamiento de los padecimientos de los sujetos. Nora Elichiry (1987) la define como una respuesta a demandas sociales, a una evolución de las ciencias, y finalmente que está fundamentada en la premisa del aprendizaje mutuo incluyendo la producción e integración de conocimientos. Esta perspectiva “surge de una concepción constructivista de la realidad, siendo ésta considerada como totalidad estructurada pero a la vez estructurante” (p. 336).

Se fueron desarrollando conceptos teóricos importantes como son el de Campo; el de Comunidad; la SM pensada desde la perspectiva comunitaria; y por último la interdisciplina. Ahora bien, cabe por explicar en este apartado la noción de dispositivo, los procesos de producción subjetiva, y la constitución psíquica desde la teoría psicoanalítica.

Ana María Fernández (2008) define la noción de *dispositivo* tal como la argumento Foucault dentro del contexto de investigación sobre el análisis del poder y las relaciones discursivas como extradiscursivas. El concepto de dispositivo permitiría descifrar este entramado de elementos presentes en el discurso. El mismo tiene tres características principales; por un lado, está compuesto por elementos heterogéneos (discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, etcétera) los cuales conforman una red de relaciones. Por otro lado, “el dispositivo establece la naturaleza del nexo que puede existir entre estos elementos heterogéneos” (p. 113). Por último, los dispositivos son sociohistóricos y esto se debe a que se encuentran dentro del entramado social cumpliendo una función estratégica.

La conformación de un dispositivo se da en dos momentos; el primer se centraliza en el objetivo estratégico, y la segunda instancia se basa en la constitución del dispositivo como tal. Cabe aclarar que todo dispositivo no solo se define por el impacto de las relaciones de los elementos heterogéneos en la realidad social, sino que además es clave el reconocimiento de su génesis para entender a qué objetivos e intereses responde. Luego de su conformación, los dispositivos subsisten “en la medida en que tiene lugar un proceso de sobredeterminación funcional: cada efecto, positivo o negativo, querido o no querido, entra en resonancia o contradicción con los otros y exige un reajuste” (Fernández, 2008, p.113).

La autora continua su definición siguiendo las líneas desarrolladas por el filósofo Deleuze sobre las dimensiones que constituyen a un dispositivo. En tanto que es un conjunto multilineal, su espacio de acción se encuentra en constante movimiento donde hay momentos de articulaciones y de fracturas.

Las características mencionadas por Deleuze, son las siguientes: los dispositivos disponen aquello que puede ser permitido (enunciado) y lo que se silencia e invisibiliza; lo que es posible de ser dicho y lo que no. Además, coexisten líneas de fuerza que atraviesan sujetos, grupos e instituciones; que conforman dimensiones de poder y líneas de producción de saberes. Por último, existen líneas de objetivación que convierten los saberes en prácticas concretas por el proceso de apropiación objetiva de los datos de la realidad. Pero cuando hablamos de líneas de subjetivación, se hace referencia al proceso de individuación de cada persona en cuando a capacidades posibles de creación y/o modificación de un dispositivo instituido (Fernández, 2008).

La importancia de la noción de dispositivo es en primer lugar porque su análisis permite conocer los objetivos e intereses que lo rigen a través de los canales de enunciación particulares. En segundo lugar, el termino dispositivo puede ser pensado como la aglomeración de elementos heterogéneos caracterizado por ser sociohistóricos e institucionales *ya dados* por la esfera de lo social. O bien, puede “referirse a artificios tecnológicos diseñados por nosotros en las intervenciones institucionales y/o comunitarias” (Fernández, 2008, p. 115). Esta segunda perspectiva hace alusión a la capacidad creadora de los sujetos, y la posibilidad de crear dispositivos de atención alternativos a las lógicas disciplinarias y manicomiales.

Teniendo en cuenta los dispositivos que el poder dominante de cada época impone, son inscripciones en el cuerpo bajo reglas y procedimientos, esquemas corporales, que conllevan a determinadas conductas por parte de los sujetos de una determinada sociedad. Es necesario entender esta lógica para poder utilizarlos no para controlar y sujetar a los sujetos, si no invertir dicha lógica a favor de ellos con el fin de ayudarlos a encontrar nuevos caminos para la cura. Dichos dispositivos buscan que el sujeto pueda salir de su malestar al mismo tiempo que no se resquebrajen sus vínculos sociales.

En lo referido al proceso de *producción de subjetividad*, debemos decir que la subjetividad emerge del entrecruzamiento de la constitución del psiquismo, y las influencias sociales, históricas y políticas que existen una determinada época. Retomando a Ana María del Cueto (2014), la cual define este proceso como aquel que “incluye no solo la constitución psíquica del sujeto en tanto que humano, sino todos aquellos aspectos que hacen a su construcción social” (p. 28). Esto quiere decir, que lo social tanto en sus aspectos de producción como de reproducción discursiva, tiene un impacto en la formación de la subjetividad. El sujeto psíquico, entendido desde los aportes del psicoanálisis, se ve moldeado por las variables sociales a través de los llamados dispositivos sociales que funcionan a modo de grandes maquinarias de transmisión de saberes. Ya sean medios masivos de comunicación, discursos familiares e institucionales, disciplinas, saber científico, etcétera.

¿Por qué es importante hablar de producción de subjetividad? Esto se debe a que, desde la perspectiva comunitaria de la SM, se entiende que toda intervención sobre una persona, grupos y/o

instituciones es mediante el análisis de la producción subjetiva de esa comunidad. Y como se mencionó anteriormente, esta subjetividad se conforma por las influencias sociohistóricas, pero también por la constitución del psiquismo, lo cual le da un valor de singularidad.

El psicoanálisis nos otorga un andamiaje teórico/clínico que nos permite pensar la *constitución del psiquismo*, y una disciplina sobre el padecimiento subjetivo basada en estructuras clínicas y no en cuadros organizados por una nosología sindrómica provenientes de la Psiquiatría dominante. Es así como la ética del psicoanálisis se posiciona en las vicisitudes propias del sujeto con la Verdad y el deseo. La llamada locura o alienación mental, es abordada por Lacan a partir de la recuperación de los conceptos freudianos sobre la psicosis. El autor lejos de entenderla como una enfermedad, más bien la visualiza como un modo de ser en el mundo, de afrontarlo, de defenderse, de soportarlo a partir de un proceso de estructuración psíquica o constitución psíquica.

Siguiendo los aportes de J. Lacan (1987) la constitución misma del sujeto depende de la cadena significativa, que se funda en una falta. En la cadena significativa deberá haber un intervalo entre significantes, ya que es en ese espacio donde advendrá potencialmente el sujeto. Esta cuestión también se relaciona a los conceptos de alienación y separación⁹, que son dos operaciones lógicas, fundantes del sujeto, en tanto dan cuenta de cómo surge el sujeto en el intervalo.

En la operación de alienación, se juega la dependencia del sujeto respecto del Otro. La cuestión es pensar cómo aparece el sujeto en el campo del Otro, ya que el Otro “es”, mientras que el sujeto es algo que debe advenir. En un primer momento el viviente es forzado a entrar en el campo del lenguaje, es decir, el significante se le impone al prematuro desde el campo del Otro. El viviente hace propio un significante que obtiene del campo del Otro y se identifica a él, pasando a ser aquello que lo representa. El viviente queda fijado, alienado, a los significantes de ese Otro primordial. Esta perspectiva introduce una segunda operación necesaria para el advenimiento del sujeto: la separación; momento de su enfrentamiento con la falta en el Otro, separando al sujeto del Otro y reduciendo el efecto de aplastamiento subjetivo que se da en la alienación (Lacan, 1964).

En relación a esto, podemos pensar que en el fenómeno de la psicosis hay una falla en la función de separación, en tanto que hay holofrase, “pegoteo” entre significantes. No hubo allí una operación de separación efectiva que haya puesto en juego la falta que posibilite el surgimiento potencial del sujeto. Esta particularidad que puede hallarse en algunas cadenas significantes, ésta característica de encontrarse “pegoteada” sin intervalos, Lacan la localiza además de la psicosis, en los fenómenos psicossomáticos, y en la debilidad mental (Eidelsztein, 2001).

Lo que crea la función paterna es el significante Nombre del Padre. Se trata de los efectos que produce, no el padre real del sujeto, sino la operación simbólica del Nombre del Padre, que es un significante esencial como soporte de la Ley. La operatoria Nombre del Padre entraña la sustitución de otro significante: el deseo de la madre. De este modo, lo importante de la metáfora paterna consiste en

⁹ Referencias de conceptos recuperados tanto del Seminario 11 de Lacan (1964): *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*; como del cuadernillo de clases teóricas de la Cátedra Psicoanálisis III. Escritos de Norma Barbagelata. UADER, 2015.

la sustitución del significante “deseo de la madre” por el significante “nombre del padre” y sus efectos (Lacan, 1999).

Es así como en la psicosis advertimos que en su estructura nos hallamos con sujetos que se localizan en el lenguaje, donde la operación de la alienación se efectivizó, pero no así la separación, y por consecuencia no se encuentra en el discurso (como si sucede en el neurótico)¹⁰. Ahora, pasamos a indicar que lo que inscribe la falta, el intervalo, en la estructura, según Lacan, es la función paterna y es en este punto donde este significante el Nombre del Padre falla, es rechazado por la estructura psicótica. Podemos decir que la metáfora delirante viene a ocupar el vacío de la no funcionalidad de la metáfora paterna.

Vemos entonces donde radica la relevancia del significante Nombre del Padre, posibilitando en su función de inscripción que se lleve a cabo el trabajo de la metáfora paterna y que metaforiza el deseo del Otro encarnado en la madre. Habilitando la transmisión de la ley que ordena el mundo simbólico del sujeto. Esto conlleva a producir una nueva significación: la significación fálica y nombra a la falta como castración. En la estructura de la psicosis, la persona queda al margen de este código compartido que supone la significación fálica. Esto se da como consecuencia de la forclusión del significante Nombre del Padre.

La enseñanza de lacan nos sirve de guía para comprender el concepto de forclusión (Verwerfung). En su texto *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* (2009), define a la forclusión como un defecto, como una ausencia a nivel del Otro: ausencia de un significante, El-Nombre-del-Padre, y de su efecto metafórico. Este fenómeno nos señala Lacan, es la condición esencial junto con su estructura particular lo que la separa de la neurosis.

En el seminario 3 también hace referencia sobre el concepto de Verwerfung para definir la forclusión como mecanismo de la psicosis. El efecto de la acción de la represión como mecanismo psíquico, se lo reconoce en el retorno de lo reprimido bajo los síntomas y en otros conjuntos de fenómenos. Pero a diferencia del neurótico, en la estructura psicótica se observa que “lo que cae bajo la acción de Verwerfung tiene un destino totalmente diferente” (Lacan, 1985, p. 24). El movimiento de la forclusión es la relación que el sujeto va a tener en relación al padre, el del sujeto psicótico se establecerá bajo la elección de rechazar la impostura paterna.

Este breve recorrido por la constitución del psiquismo y su camino hacia la estructura de la psicosis, evidencia dos importantes conclusiones. La primera, es que el sujeto se constituye en primera instancia por el Otro social, lo simbólico precede al sujeto. La separación implica el advenimiento del sujeto en tanto resto de dicha operación. La ética del psicoanálisis se basa en el reconocimiento del sujeto de deseo, lo cual contrae una postura clínica diferente sobre las demás teorías psicológicas. La segunda conclusión, remite a la idea de estructura en cuanto producto de una elección del sujeto frente al objeto y su particular manera de construcción de la realidad.

¹⁰ Se debe aclarar que una persona de estructura psicótica, no está totalmente por fuera del discurso social, sino más bien, tiene un extrañamiento por las formalidades y consensos socialmente compartidos en una comunidad. Imponiendo desde su metáfora delirante una construcción interpretativa de lo fenomenológico, que lo alejan de la posibilidad de sostener los vínculos interpersonales.

CAPÍTULO DE ANÁLISIS

Introducción

El desarrollo de este capítulo, tiene la finalidad de describir y analizar los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los/las trabajadores/as de la salud del Hospital Central Reconquista (HCR)¹¹. Teniendo como soporte conceptual el marco teórico y la perspectiva epistemológica, que dan lugar al posicionamiento de la presente investigación. De tal forma que, se fue entretrejiendo la información del trabajo de campo y el sistema teórico. El presente capítulo de análisis fue dividido en cinco partes.

La primera parte lleva por nombre: (1) Transformaciones en salud mental y condiciones subjetivas de elección laboral. El mismo se subdivide en dos apartados: (1.1) Proceso de reforma de atención en salud mental en la provincia de Santa Fe. Se debe subrayar que en el mencionado apartado, se realiza un recorrido a modo de análisis sobre el contexto histórico de la provincia de Santa Fe en cuanto a las vicisitudes que fue atravesando el sistema de atención en salud mental hasta nuestros días. Tomando las fuentes de información bibliográficas pertinente a nuestro tema de investigación, como también datos obtenidos de fuentes periodísticas. El segundo apartado se denomina: (1.2) El trabajador de la salud: entre lo público y lo privado.

La segunda parte lleva por nombre: (2) Significaciones sobre el padecimiento mental. Se subdivide en tres apartados. El primero se titula: (2.1) Definiciones y causas del padecimiento mental. El segundo: (2.2) La formación en salud mental y su incidencia en la calidad de atención. Por último, el tercero lleva por nombre: (2.3) Experiencias significativas.

La tercera parte, es denominada: (3) Procedimientos y abordajes en salud mental. Se compone de dos apartados, siendo el primero: (3.1) Modalidades de atención hospitalaria y tratamientos más utilizados. Y el segundo: (3.2) El proceso de internación y externación en salud mental.

La cuarta parte (4), lleva por nombre: Salud mental y derechos humanos. La misma, se subdivide en cinco apartados para una mejor clasificación de los resultados. Estas se denominan de la siguiente manera: (4.1) Hospitales monovalentes vs hospitales generales; (4.2) Los derechos del paciente y la vigencia de la lógica manicomial; (4.3) Ley nacional de salud mental 26.657. Barreras y limitaciones para su implementación; (4.4) La interdisciplina; (4.5) Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico en el hospital. Una alternativa a las prácticas manicomiales.

La quinta y última parte (5), presenta como título: Urgencias en salud mental. La cual se clasifica en dos apartados. El primero (5.1) es denominado: Atención en Guardia hospitalaria. El Segundo: (5.2) Salud Mental y COVID- 19: una problemática emergente.

¹¹ Utilizaremos la abreviatura HCR para referirnos al Hospital Central Reconquista.

1. Transformaciones en salud mental y condiciones subjetivas de elección laboral

1.1. Proceso de reforma de atención en salud mental en la provincia de Santa Fe

Se han cumplido más diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM), donde se indica que los manicomios deberían cerrarse en 2020, sin una fecha particular, al tiempo que se prohibió la apertura de otros nuevos. El objetivo es su reemplazo por otros dispositivos comunitarios, basados en el paradigma de Derechos Humanos. Esto claramente no se cumplió en su totalidad, la lógica manicomial y sus prácticas permanecen en ciertos espacios de la sociedad. Al respecto, Faraone y Barcala (2020) afirman que la violencia institucional continúa alojada en los hospitales monovalentes, en los hogares donde albergan niños, niñas y adolescentes en situación de abandono o vulnerabilidad social. Así como también en las llamadas comunidades terapéuticas para personas con consumo problemático de sustancias. Las organizaciones mencionadas, aún hoy violan constantemente los Derechos Humanos de las personas con padecimiento subjetivo, contemplados por la LNSM.

En el año 2019 se realizó el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, donde arrojó los siguientes datos significativos: en nuestro país 12.035 personas aún se hallan internadas en hospitales psiquiátricos, siendo el promedio de tiempo de permanencia en esas instituciones de 8,2 años. La investigación fue elaborada por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Otros datos importantes tienen que ver con el promedio de edad de los sujetos internados que es de 50 años, los cuales el 60,4% no había firmado un consentimiento informado en el momento de su internación. El 37,2% continúa alojado en hospitales monovalentes por problemas sociales y de vivienda; y el 58% declaró que posee una vivienda y podría hacer uso de ella (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

La problemática en torno al cierre de los hospitales monovalentes y, en una atención basada en un tratamiento ambulatorio que se trabaje desde el nivel de atención primaria en salud, se encuentra en un territorio de disputa y en una deuda social más. En el mes de febrero del año 2019 en el marco de una audiencia pública por denuncias de tratos crueles y de tortura en los hospitales psiquiátricos ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), nueve organizaciones exigieron una explicación a los representantes del estado que se encontraban presentes debido al sostenimiento de los hospitales monovalentes en la Argentina y la falta de financiamiento para la creación de dispositivos comunitarios, al mismo tiempo denunciaron que sostener esta práctica es continuar con la vulneración y violación de los Derechos Humanos (CELS, 2019).

Nos encontramos con la carencia de voluntad política que imposibilita la generación de dispositivos intermedios que son necesarios para el proceso de desinstitucionalización de las personas que residen en dichas instituciones.

Es así como la problemática tiene dos vertientes, por un lado, en la falta de políticas públicas sobre el sector salud, y por otro, la confrontación histórica que se establece entre el poder médico hegemónico y los demás actores que conforman el campo de la salud mental. Una parte de la Psiquiatría Argentina posee motivos corporativos, se resiste a los cambios impuestos por la ley negando las luchas antimanicomiales históricas en el país y la región (Página/12, 2019).

La ley nacional define a la salud mental en artículo 3: “(...) como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley 26.657, 2010). Claramente esta perspectiva ubica de manera multicausal al padecimiento psíquico y no reducida únicamente a una etiología unicausal ligada a bases biológicas y susceptibles de ser tratadas únicamente por una terapéutica psicofarmacológica.

Es fundamental que el Estado sea garante y promueva de forma activa mediante distintas herramientas al sistema sanitario público para que se garantice el derecho a la salud de todos los ciudadanos.

En lo que respecta particularmente a la provincia de Santa Fe, la Dirección de Salud Mental durante el período del 2004 al 2011, llevo a cabo el proceso de desinstitucionalización a través del llamado programa llamado Sustitución de Lógicas Manicomiales. Los efectores de internación del subsector público de carácter monovalente eran la Colonia Dr. Abelardo Irigoyen Freire ubicada en Oliveros, el Centro de Salud Mental Dr. Agudo Ávila de Rosario, y El Hospital Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe. Este proceso se consolidó a la luz de un complejo escenario político, social e institucional que implicó avances y retrocesos, tensiones y oportunidades, en el recorrido por plasmar la transformación del manicomio y la organización de dispositivos intramurales, en otras instituciones de encierro, y extramurales (Faraone, Valero, Rosendo, Torricelli y Bianchi, 2013).

La Experiencia Oliveros marco un antes y un después ya que direcciono el proceso desinstitucionalizador en la provincia de Santa Fe. A partir de la segunda mitad de la década de 1990 un grupo de trabajadores/as de la Colonia disputaron y ocuparon la Dirección del lugar, y conformaron el Colectivo de Gestión de la Colonia Olivero (CGCO), desde el cual instituyeron un proyecto que denominaron Sustitución de Lógicas Manicomiales. En el 2004, este grupo asumió la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe generando un punto de inflexión que amplió los procesos de desinstitucionalización en toda la provincia, y ubico la Colonia como un engranaje en la construcción colectiva de una clínica-política en Salud Mental.

En esta época se fue instituyendo una lógica basada en nuevas prácticas que iban en contraposición a las significaciones que existían sobre: el tutelaje, el encierro y el aislamiento de la locura entendida como potencialmente peligrosa para la sociedad. Un cúmulo de RS que son entendidas dentro de la llamada lógica manicomial.

La Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772, sancionada en 1991 y reglamentada recién en 2007 en la provincia de Santa Fe, es un antecedente clave de los procesos desinstitucionalizadores. Instituye las bases de una nueva lógica de asistencia en Salud Mental que, si bien no determina el cierre

total de los manicomios, establece un orden de transformaciones destinadas a restringir los tiempos de internación y evitar el distanciamiento respecto de la familia, el medio social y la comunidad de pertenencia. El objetivo es que las internaciones de las personas sean como último recurso terapéutico, y se priorice la atención de los usuarios en dispositivos alternativos y de tipo ambulatorio.

A partir de la sanción de la LNSM en el año 2010, se da un paso más en la protección de los derechos humanos hacia los sujetos con padecimiento mental. Podemos resumirla en tres pilares fundamentales: 1) el cierre total de las instituciones monovalentes y la prohibición de la creación de nuevos. 2) Las internaciones deben ser en Hospitales Generales teniendo en cuenta que todo paciente es un sujeto de derecho y como tal debe ser informado y consultado durante todo el proceso de tratamiento. 3) El diagnóstico y el tratamiento debe basarse en un informe construido mediante la evaluación de un equipo interdisciplinario.

Es así como luego de la sanción y promulgación de la Ley se viene procediendo a la internación en Hospitales Generales a aquellas personas que están atravesando por un padecimiento subjetivo. Esto implica una readecuación de la institución hospitalaria para la correcta atención y acompañamiento hacia este grupo de sujetos. En este sentido se llevó a cabo una investigación sobre una problemática que irrumpe a partir de los principios y reglas que instituye la ley, que es la siguiente: ¿Qué representaciones sociales tienen los/las trabajadores/as de la salud de un Hospital General sobre la atención con internación de pacientes con padecimiento mental a partir de la sanción de La Ley Nacional de Salud Mental 26.657? Este interrogante parte del supuesto en el cual las RS sobre el padecimiento mental aún poseen vestigios asociados a la imagen de la Locura y sinrazón que remiten a un entramado de significaciones y prácticas históricamente construidas a partir del siglo XIX, al convertirse en el objeto de estudio del saber psiquiátrico. El Hospital General, en su origen (época clásica) “se ocupó de un orden social de exclusión/asistencia/filantropía para los desafortunados y abandonados por la suerte divina y material” (Amarante, 2006, p. 22). Luego con el advenimiento de los Estados Modernos y la llamada Época de Las Luces, la Locura fue ubicada como la antítesis de la Razón y dio lugar al *gran encierro* que llevo a las internaciones de las personas con padecimiento mental en los grandes hospitales psiquiátricos con el fin de aislar a la Locura de una sociedad en aparente peligro.

Cabe aclarar que lo que se investigó son las representaciones que conviven en un Hospital General a modo de un campo de acción donde entran en juego o, mejor dicho, conviven distintas concepciones y algunas de ellas probablemente antagónicas frente al padecimiento subjetivo.

En este recorrido, debemos remitirnos ahora al nivel departamental dentro de la provincia de Santa Fe, donde el Hospital Central Reconquista (referente del norte santafesino) cuenta actualmente con 3 psiquiatras y 4 psicólogos para la atención en salud mental donde brindan sus servicios en: Consultorio Externo, en Sala de Internación de Adultos y Pediatría; en coordinación con el servicio de Trabajo Social en aquellos casos que se requiera su intervención. Por otra parte, encontramos que el ex coordinador del SSM de dicho hospital general informa en una entrevista para un medio local realizada en el mes de febrero del año 2020, que en los últimos 8 años fue en aumento el número de atenciones

por problemáticas en Salud Mental, a su vez enfatizó la falta de recursos humanos y financiamiento del Estado para poder dar una mejor respuesta a dicha demanda (Reconquista HOY, 2020).

Si bien la atención con internación en hospitales generales se está llevando a cabo, no debemos perder de vista las RS que aún en la actualidad siguen presentes en la sociedad sobre el rótulo segregativo y estigmatizante que tienen las personas que ingresan a un hospital como pacientes de Salud Mental. El desafío radica en la conciencia crítica sobre estas representaciones que están instaladas en una comunidad en donde los/las trabajadores/as de la salud de dicha institución no están exentos de tenerlas. Sin negar, que confluyen en paralelo otros modos de entender el padecimiento subjetivo que no están subordinados al de la Locura, dando lugar a otras formas de alojar al sujeto. Es a partir de estas premisas que se abre el campo de investigación propuesto, teniendo en cuenta que dentro de una organización hospitalaria conviven reglas, normas y costumbres instituidas, pero también aquellas que vienen a establecer otra lógica. De esta manera, se indagó en los modos de concebir al sujeto con padecimiento mental y que adquiere su correlato en la manera en que los/las trabajadores/as de la salud llevan adelante sus prácticas hospitalarias de cuidado y atención.

1.2. El trabajador de la salud. Entre lo público y lo privado.

Cuando uno observa, lee e interpreta lo que los/as entrevistados/as aportan en relación a la elección de una profesión, la trayectoria académica, y la experiencia laboral, nos encontramos con que las vivencias subjetivas determinan en gran medida el desemboque en una profesión. Ahora bien, si debemos encontrar un punto de encuentro entre sus narraciones, es la correlación que aparece por la elección de un mismo campo, el de la salud. Esto nos lleva a preguntarnos ¿cuáles son los motivos y las influencias para dicha orientación de carrera? Adviene un elemento determinante que lo podemos identificar como un *Ideal* que se revela en una línea de representación: el mandato social de ayudar a las personas enfermas. En referencia a lo dicho, veamos lo que nos aportan algunos de los/las entrevistados/as:

En el último año de mi carrera, tenía una materia llamada psicopatología que tiene que ver con la salud mental en realidad, sumando también a una crisis que tuvo un familiar, fue confluyendo mi interés hacia el área de la salud mental. (Entrevista n°2: V)

Soy licenciado en psicología, estuve en la universidad de Córdoba, lo que me llevó a elegir la carrera fue por un suceso significativo que estaba viviendo el país cuando yo estaba en cuarto año de la secundaria y paso la crisis del 2001. Después en 2002 teníamos que hacer proyectos de investigación bibliográfica, en donde con un grupo de compañeros elegimos el tema de la crisis y su impacto en la salud mental. En esa investigación, también hicimos algunas entrevistas a profesionales, y esta experiencia me marco mucho y fue uno de los motivos principales que me orientaron hacia las ciencias sociales y humanísticas. Pero bueno yo creo que se puso en juego esta experiencia personal, pero también algo de la identidad porque seguramente tuvo algo que ver que mi hermana mayor haya estudiado psicología. (Entrevista n° 3: G)

Y bueno, elegí la carrera porque desde que tengo uso de razón siempre dije que quería ser médica mi papá siempre se acuerda que desde chiquita quería la valijita de Juliana la doctora. Así que se ve que ya lo tengo desde hace mucho, desde muy chica. (Entrevista n° 7: T)

Por supuesto, tengo la influencia de mi padre que fue psiquiatra entonces en mi familia desde que yo tengo uso de razón siempre se habló sobre salud mental y todo lo que tenga que ver con psiquiatría. Siempre sentí que, dentro de la medicina esa orientación es donde más podía llegar a generar un cambio que logré ayudar a las personas. Es decir, uno siempre comienza y tiene la idea de estudiar estas carreras porque en el fondo tiene el deseo de ayudar a las personas. (Entrevista n° 9: A)

En los/las trabajadores/as, se observa en la mayoría de ellos la influencia familiar, y en general de las vivencias personales adheridas a una representación del profesional de la salud como aquel que brindaría una ayuda a las personas vulnerables o enfermas con la finalidad de curarlas.

Desde nuestro posicionamiento teórico, entendemos que lo que entra en juego en la orientación vocacional es la identidad misma del sujeto. Recuperando el concepto psicoanalítico del sujeto, no podemos dejar de pensar en un aparato psíquico dividido, a causa del cual el yo, más que ser una entidad completa fácilmente definible, queda ligado al fenómeno del narcisismo por vías inconscientes. La identidad del yo, solo es posible pensarla a partir de la otredad desde la cual, identificación mediante, el yo mismo se constituye. La operatoria de la identificación permite al yo relacionarse con los otros.

La identidad, por ende, se puede plantear como la representación de sí mismo perteneciente a un conjunto, pero también diferente al mismo. Se conformará a partir de un proceso de alienación y separación del Otro (Lacan, 1964).

El sujeto es, entonces, a la vez que producto del mundo sociocultural, transmisor y generador de cultura, en tanto que aprende de lo transmitido y se ve habilitado para la creación; hace propio lo recibido y lo singulariza. La cultura se inscribe en el sujeto a partir de los grupos de instituciones que se hallan a su vez en íntima conexión con las discursividades de cada época (Ana María del Cueto 2014).

Otros entrevistados indicaban una elección laboral por otros motivos, como en el caso de E y de M que lo atribuyen a las posibilidades de salida laboral rápida y segura. Esto lo podemos leer en términos de productividad, que promovería de cierta manera un hacer ligado a un futuro muy íntimamente relacionado con el consumo, la producción y el dinero. Pensado desde la lógica de la inmediatez, cuanto más rápido mejor. En consecuencia, construiría la representación de que la estabilidad laboral y por tanto socioeconómica, estaría directamente afín a la elección de ciertas carreras.

La época como categoría histórica establece determinaciones difíciles de sortear para el sujeto. Nuestros sentimientos, elecciones de vida, el cuerpo y la sexualidad se historizan. El imperativo que gobierna en esta época, es aquel que mide el éxito o el fracaso de un sujeto en términos de mayor o menos productividad y eficacia.

Por otra parte, en cuanto a la perspectiva laboral a futuro existe en un grupo de entrevistados/as el deseo de continuar en sus puestos de trabajo siempre y cuando se profundice o mejore el trabajo en equipo. Observemos lo que plantean los/las entrevistados/as al respecto:

En el hospital creo que se pone en juego la importancia de lo vincular, quiero decir con esto con las relaciones que uno puede establecer con tus compañeros de trabajo y las posibilidades de poder construir proyectos. Creo que no me veo trabajando en un lugar donde no haya un proyecto que me sostenga. No me gusta pensar que tengo que ir a atender y volverme a mi casa. (Entrevista n° 3: G)

De acá en adelante me veo con proyecciones y perspectivas de ideas que deseo darles formas con el grupo de compañeros del servicio donde se da la posibilidad del trabajo interdisciplinario. Esta posibilidad es muy enriquecedora porque aporta a la integración, y no a la fragmentación. El planificar con el otro genera muchísimas posibilidades, favorece a mejorar las alternativas y a dar un mejor servicio. La pandemia vino a retrasar estos proyectos en mente. (Entrevista n° 5: Y)

Bueno, me gusta trabajar acá en el hospital, en internación, sobre todo, es lo que me siento más a gusto y por ese motivo me gustaría continuar a futuro trabajando en el hospital. Recién comienzo, pero la dinámica hospitalaria me gusta, y el trabajo en equipo también. (Entrevista n° 8: L)

Notemos como los/las trabajadores/as entrevistados/as enfatizan en la importancia del trabajo en equipo para sostener sus actividades a futuro en el hospital. Entienden que los vínculos producen otra lógica de trabajo que se manifiesta en la gratificación, en el sentimiento de pertenencia y el apoyo de los demás profesionales.

Pensar en el futuro laboral permite poner a los/as entrevistados/as en la situación en la cual deben evaluar sus propias prácticas e identificar que elementos son necesarios que existan para garantizar su bienestar a la hora de brindar un buen servicio. En definitiva, la construcción de proyectos grupales, establecer un trabajo interdisciplinario, y la importancia de lo vincular, son requisitos que deben estar presentes.

En cuanto a la valoración que los/las entrevistados/as le atribuyen al rol del trabajador/a de la salud en sistema público, hay que destacar la comparación constante que ellos establecen con el sector privado. Algunos ejemplos:

Es verdad que también hay una un estigma sobre el trabajo en el sector público y un desprestigio que comienza en los años noventa. Donde todo lo privado era lo bueno y todo lo público lo malo. (Entrevista n° 1: F)

Yo creo que la diferencia que hay entre el sistema público a diferencia del privado es la demanda que es muy alta en lo público. En la cuestión económica, cualquier profesional de la salud en la

parte privada puede ganar mejor, pero la parte pública tiene los desafíos de los casos y las situaciones son completamente distintas a lo privado. (Entrevista n° 3: G)

De igual manera, los/as entrevistados/as V, M y L destacan las diferencias entre los sectores. En resumidas cuentas, el factor económico y la libertad de elección de pacientes es algo que se menciona como positivo a diferencia de lo público donde la demanda en la atención es muchísimo mayor y la brecha salarial es muy alta. Por otro lado, nuevamente aparece el trabajo en equipo con un valor de alta significatividad y que es atribuido al sector público. Al respecto, uno de los/as entrevistados/as comenta:

En el hospital vienen y te saludan de lo más bien, y en el privado no te saludan, te forrean mal, hacen como que no te conocen. La verdad que no sé por qué. La única explicación que encuentro, y que lo suelo hablar con mis colegas enfermeros, es que al privado van a facturar y en el público se maneja de otra manera. (Entrevista n° 4: M)

El sistema privado de salud se encuentra bajo la lógica capitalista, y podemos observar como los lazos sociales se interrumpen para dar lugar a la competitividad, configurando sujetos apresados por el consumismo y en una relación con el otro que se establece mediante una disputa alienante por producir y acumular. Aníbal Quijano (2004) nos describe los efectos que contrae en los/las trabajadores/as las trampas creadas por el capitalismo; es decir, nos hace dependientes de ese sistema feroz, obligados a no poder vivir sin el Dios Mercado, pero tampoco se puede vivir solo a costa de él, se necesita del Estado como garante de un poder que debiera otorgar una seguridad social para todos.

Por último, otros entrevistados (Y, T) remarcaron la falta de recursos con la que cuentan los profesionales de la salud en el sector público. Es decir que, a la precarización laboral y la alta demanda de pacientes que tiene diariamente el hospital, se le debe sumar la carencia de recursos para otorgar una mejor calidad de atención. Cabe señalar que en los siguientes apartados se profundizará en este tema, para especificar cuáles son los recursos con los que cuenta el hospicio.

2. Significaciones sobre el padecimiento mental

2.1. Definiciones y causas del padecimiento mental

Una de las RS más arraiga en la sociedad es el de la locura, donde el arte, la literatura, la religión y posteriormente la medicina moderna, fueron construyendo una imagen que se propagó a través de la historia. Lo que llega a nosotros, en la época que nos toca vivir, es una mirada que ha ido cambiando gracias a los derechos adquiridos por los usuarios de del sistema de salud mental, como también la mirada que los mismos profesionales tienen sobre el padecimiento mental.

Es evidente que la academia ha comenzado a modificar su perspectiva, y la formación a través de los años fue construyendo un pensamiento crítico en favor de los sujetos que atraviesan un padecimiento subjetivo. Sin embargo, lo que se buscó indagar en las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud del HCR, es no solo su discurso como profesional de la salud, sino también

sus representaciones provenientes del sentido común, es decir, de la sociedad en la que se encuentran inmersos.

los/las trabajadores/as entrevistados, cuando fueron consultados por cómo definirían al padecimiento mental, uno de ellos argumentó que es una enfermedad (M), otro una patología mental (A), y ambos la ubicaron dentro de las afecciones orgánicas. Al respecto, uno de ellos comenta:

Siempre digo que la patología en Salud Mental es una patología más como si tuvieras una enfermedad del corazón o del hígado. (Entrevista n° 9: A)

Merece la pena subrayar que los dos entrevistados/as destacan el determinante biológico, y añaden también que las personas con padecimiento mental deben ser atendidas de la misma forma que cualquier otra patología orgánica. Es decir, que no se debiera hacer una diferencia en cuanto al trato en la atención, introduciendo al mismo tiempo la idea de déficit mental atribuido a causas orgánicas.

En contraposición a esta idea, un trabajador de la salud arremete contra la concepción de la deficiencia mental, partiendo de un enfoque basado en las potencialidades del sujeto padeciente. Cito textual:

Justamente al padecimiento mental lo comencé a utilizar más desde la Ley Nacional de Salud Mental, siempre suelo hablar más de salud mental y creo que el concepto de padecimiento mental viene a poner una idea interesante para no quedarnos con el trastorno mental, con la deficiencia de la persona, el déficit. (Entrevista n° 1: F)

Efectivamente, vemos en ambas posturas contrapuestas como aparece representadas en dos grandes visiones sobre la realidad de un fenómeno. Por un lado, nos encontramos con el paradigma tecnocrático que sienta sus bases en la noción de déficit que se caracteriza por una carencia intrínseca o una por falla en las aptitudes de una persona.

Este enfoque organicista y atomista, justifica no solo un modo de observación del profesional frente al fenómeno, sino el posicionamiento que se tomará en relación a la estrategia terapéutica. En otras palabras, el paradigma del déficit mental tiene sus bases causales en lo orgánico, y por tanto el procedimiento clínico no es diferente a cualquier otro tipo de afección somática (Lores Arnaiz, 1986).

El otro posicionamiento alternativo al paradigma tecnocrático, se plasma en la LNSM de nuestro país, cuyo proceso de implementación se basa en prácticas a partir de la construcción y fortalecimiento de redes vinculares con base comunitaria, intersectorial e interdisciplinaria. Se escucha y acompaña al sujeto padeciente abriendo distintos canales de comunicación y apoyo. Se brinda lugar a la posibilidad de crear nuevos caminos, nuevos rodeos, nuevas construcciones de sentido que permitan hacer pie en un presente menos mortificante. El paciente se convierte en un sujeto activo, deseante y con derechos. Citaremos a los/las trabajadores/as que, en sus dichos, resume y acompañan esta línea de pensamiento:

El padecimiento mental es algo que lo podemos atravesar todas las personas, nadie está exento de no tener un sufrimiento, es una cuestión subjetiva que tiene que ver también con las redes de contención, me refiero a si tiene apoyo o no de su entorno. (Entrevista n° 2: V)

La verdad que no encuentro críticas de mi parte a la definición de salud mental que plantea la ley nacional, que entiende al padecimiento mental enmarcado en una historia personal, en un contexto, que aparece en un determinado momento. El contexto es social y familiar. (Entrevista n° 3: G)

Las personas con padecimiento subjetivo, tienen que ver con algo que han pasado en algún momento en la historicidad de su vida, un episodio un hecho que tal vez produjeron un cambio en la manera de pensar, de sentir y de vivir. (Entrevista n° 5: Y)

En cuanto a las causas posibles que expliquen el desarrollo de un problema en salud mental, los entrevistados en su mayoría mencionan varios motivos que nos llevaría a pensar en una naturaleza multicausal del padecimiento mental. Los/las trabajadores/as F, V y G toman la definición de la LNSM e indican los siguientes causantes: historia persona de vida, contexto histórico, las emociones, situación socioeconómica. Otro/a entrevistado/a (Y) siguiendo esta mirada basada en lo vincular y la singularidad del sujeto, advierte que el factor traumático no es el único motivo a tener en cuenta cuando se habla de salud mental, sino además el acceso a condiciones de vida digna. Es decir, tener un trabajo digno, una vivienda, un contexto social que favorezca las potencialidades de la persona y la integre a la comunidad.

Citaremos la opinión de un trabajador/a que resumen todo lo que hemos dicho:

En general, si lo pensamos bien tanto en hombres como mujeres los problemas vienen a ser conflictos familiares y de relaciones. Eso es lo que más vemos que llega a la guardia. Debemos sumar a todo esto, lo que te dije en la otra pregunta que me hiciste, ya sea la pandemia, la falta de trabajo, no tener comida, la falta de medicación...y bueno todo eso. (Entrevista n° 7: T)

Además, si bien la mayoría no indico al factor biológico como el más determinante, uno de los/as entrevistados/as (A) lo remarcó reiteradas veces como una condición de vulnerabilidad que la persona lo adquiere del seno familiar. Es decir, una predisposición genética a padecer una determinada patología mental, sea esquizofrenia, depresión, etc.

Pensar en las definiciones y causas posibles del padecimiento mental, implica abordar la problemática del diagnóstico. Si tomamos el campo de la Psiquiatría para analizar esta temática, vemos que el síntoma que trae el paciente es subjetivo, pero con la mirada médica se abre el secreto de la enfermedad, convirtiendo ese síntoma en signo de “algo” (Foucault, 2004). Vemos como en la Psiquiatría, el saber médico tiene su fundamento en lo universal, donde la enfermedad es un síndrome (conjunto de síntomas) específico, del cual luego de ser identificado y diagnosticado, se procede al intento de curación.

Por el contrario, desde nuestro posicionamiento basado en la teoría psicoanalítica, se deja de lado el modo clasificatorio, segregativo y orgánico propio de la Psiquiatría. En un proceso psicoanalítico se le da importancia al síntoma del sujeto porque éste tiene un mensaje y un sentido, remite a la historia del sujeto. Si bien cada caso es universalmente singular, afirmación que tiene también la estructura de la paradoja, será la extrema virtud del proceso diagnóstico situar la tipicidad del síntoma, su inclusión

en una particularidad específica, pero no por el mero gusto de encasillar, sino porque con la anuencia del sujeto que sitúa su padecimiento específico se realizará la operación que es decisiva en el proceso diagnóstico (Lombardi, 2009).

En conclusión, vemos en las definiciones y en las causas atribuidas al padecimiento mental por los/as entrevistados/as, una clara mención a distintas variables que entran en juego al intentar significarlo. Hasta cierto punto, el debate continúa siendo en cierta medida entre lo social y lo biológico, entre el cuerpo y la mente, entre la salud por un lado y la salud mental por otro (Stolkiner, 1988). Dualidad que data desde la época del pensamiento griego, donde los procesos de salud y enfermedad son representados a partir de distintos modelos explicativos a través de la historia.

2.2. La formación en salud mental y su incidencia en la calidad de atención

El discurso de la locura adquiere un estatus de objeto de estudio luego de la Revolución Francesa, donde se irán edificando los primeros grandes asilos. Quienes representarán los fundamentos discursivos del entendimiento sobre ella, será la nueva especialidad médica llamada Psiquiatría (Galende, 2008).

El abordaje de los problemas en salud mental basados en la atención integral y comunitaria, implica descentralizar el saber sobre el padecimiento mental históricamente atribuido a la Psiquiatría, a través de la participación de todos los actores que intervienen en el cuidado de la salud.

En función de lo planteado, todos los/as entrevistados/as opinaron que cualquier trabajador de la salud puede ofrecer un espacio de contención en una situación de crisis, sin embargo, varios advirtieron que para realizar dicha intervención se debe contar con una postura abierta a la escucha, creando así un espacio de contención basado en el acompañamiento cuerpo a cuerpo. A modo de ejemplo, cito a uno de ellos:

Para mi cualquier trabajador puede hacerlo, así lo planteamos y lo planteo yo desde hace mucho tiempo. No solamente tiene que tener un título, las intervenciones pueden venir en el hospital a través de un camillero, un mucamo o un administrativo. (Entrevista n° 1: F)

Es muy interesante sin dudas como todos los/as entrevistados/as llegaron a un mismo punto de acuerdo. Un médico, enfermero, un camillero, un mucamo, hasta un administrativo puede estar capacitados para atender una persona que atraviesa un padecimiento subjetivo. Amerita aclarar que todos hicieron referencia a intervenciones de escucha y acompañamiento, distinguiéndola de una estrategia terapéutica formal llevada a cabo por los profesionales de la salud mental. Pero lo significativo, es que los/las trabajadores/as se pensaron en sus prácticas hospitalarias, valorizando la importancia y capacidad de toda persona para realizar un cuidado.

Cuando se les pregunto a los/as entrevistados/as por la existencia de espacios de formación en salud mental y el interés que existe por parte de ellos, así como el de sus colegas, la mayoría indicó la ausencia de capacitaciones dentro del hospital referidas a cómo trabajar con pacientes de salud mental.

Por otra parte, la totalidad de los/las entrevistados/as enfatizaba la importancia que tendría que dichos espacios de formación se realicen, ya que, al contar con más herramientas y estrategias de intervención lograrían mejorar la calidad de atención. La LNSM en su artículo 13, establece el derecho a la formación y capacitación de los profesionales de la salud, por lo tanto, se debe promover políticas concretas para su implementación. Además, gran parte de los/las trabajadores/as señalaban que los profesionales que más necesitaban formación en salud mental eran los médicos/as y enfermeros/as. Observemos el aporte de las siguientes dos citas:

Tendrían que ser obligatorios. Porque te das cuenta que se manejan mal con los pacientes de salud mental, por eso hace falta mucha formación para que cambie. En Enfermería, sobre todo, porque estamos continuamente en contacto con los pacientes. (Entrevista n° 6: E)

Y creo que estos espacios son súper necesarios, para el médico, para el personal de enfermería, para todos en general, y los que trabajamos en guardia para lograr hacer una contención inicial más efectiva y abarcativa. Porque al haber más enfermeros, cuando los médicos no pueden hacer esa contención, estaría bueno que los enfermeros puedan hacerlo. Pero para todo esto, se necesitan estas capacitaciones. (Entrevista n° 7: T)

Vemos de esta manera, como la formación en salud mental es reconocida como un instrumento valioso por todo el grupo de entrevistados/as, indicando cada uno de ellos la necesidad de estar mejor preparados en esa área.

En resumen, luchar contra las RS basadas en el prejuicio y la discriminación de los pacientes de salud mental, es reconocer la necesidad y el derecho que tienen los profesionales de la salud a realizar capacitaciones que provengan de la misma institución hospitalaria. Nos parece pertinente concluir con la siguiente reflexión que realiza uno de los/las entrevistados/as:

Por eso creo que hay interés y a la vez mucho desconocimiento, y si hay ignorancia siempre aparece el prejuicio. Contra eso debemos luchar. El miedo a lo que no conocemos, nos lleva al prejuicio y a la marginación tildando de loco a toda persona que sufra un padecimiento mental. (Entrevista n° 9: A)

Luchar contra el estigma familiar, social e institucional con el que carga toda persona que atraviesa un padecimiento subjetivo, implica un mayor conocimiento sobre dicha problemática a través del acceso a la información. Y esto involucra no solo a la comunidad en general, sino también a los equipos de salud que forman parte de los distintos niveles de atención. La formación permanente es un derecho de los/las trabajadores/as de la salud que debe garantizarse y que debe promoverse, además, como un deber ético de todo profesional.

2.3. Experiencias significativas

El conocimiento basado en la práctica, es una fuente importante que provee la experiencia con otros y es una parte constitutiva de las RS (Ibáñez, 2001). Los/las trabajadores/as de la salud se ven

atravesados por vivencias significativas con pacientes que han impactado en su vida cotidiana de trabajo y en su manera de percibir-se en la atención y el cuidado de pacientes en salud mental.

Los/las entrevistados/as resaltaron sus experiencias significativas referidas a las internaciones hospitalarias, que dieron lugar a la construcción de distintas temáticas que serán desarrolladas a continuación.

En primer lugar, un profesional del SSM (F) luego del relato de una experiencia con una paciente en el Instituto del Quemado de la ciudad de Córdoba que no lograba dormirse por los fuertes dolores provocados por las heridas graves producto de quemaduras, siendo la medicación insuficiente para lograr calmar el dolor y conciliar el sueño. La mujer le pide que le lea un libro, y frente a la insistencia el trabajador/a termina por acceder a la demanda. Pasan diez minutos y la paciente consigue dormirse. El entrevistado/a termina la historia preguntándose en relación al significado que tiene el dolor, realizando la siguiente reflexión:

Luego con el tiempo, empecé a preguntarme, ¿qué es lo que le duele a una persona cuando dice que le duele algo? Es tan subjetivo el dolor, que distintas cosas calman a distintas personas. Algunos con una morfina, pero a otros con un cuento. Esto siempre lo recuerdo, porque me enseñó muchas cosas, me hizo entender el cuidado y que, en esa circunstancia de querer zafar de la situación yo había brindado un cuidado, bastante malo, pero había sido de todas maneras una posición de cuidado desde la cual fui reforzando, con otras situaciones que fueron abonando elementos importantes en mis intervenciones. (Entrevista n° 1: F)

La cita tiene un gran valor, ya que enfatiza un aspecto fundamental sobre la atención en salud mental, que es la escucha y el acompañamiento en momentos de alto grado de padecimiento. Es imposible pensarnos como futuros profesionales de la salud sin tener presente que las intervenciones deben partir desde el cuidado y que no se puede generalizar los casos, sino más bien recuperar el valor de la singularidad de cada uno de ellos.

El dolor es una experiencia de todos, pero no es vivenciada de la misma manera, la particular forma de manifestarse en cada persona nos habla de su carácter subjetivo. El dolor físico no puede separarse del dolor psíquico en este punto, ambos planos conforman la complejidad misma del ser humano. A esto es lo que llamamos sufrimiento subjetivo (Stolkiner, 2013).

En segundo lugar, los demás entrevistados marcaron otras situaciones que emergen de las internaciones hospitalarias. Por un lado, los/las profesionales V y E les impactó la vigencia de prácticas violentas en el proceso de atención en internación, que claramente nosotros podríamos identificarlas y nombrarlas como prácticas manicomiales (Basaglia, 2008). Es decir, acciones como atar a un paciente a la cama con las esposas al igual que un delincuente peligroso, o utilizar el tratamiento farmacológico para hacerlo dormir durante todo el transcurso de una internación simplemente para que no genere posibles molestias y disturbios en la Sala de Internación. Y, por último, el reingreso recurrente de pacientes a la guardia del hospital por una descompensación a los pocos días de ser externados. Todas

estas situaciones fueron relatadas a partir de la observación de los entrevistados, evidenciando la vigencia de ciertas prácticas coercitivas, de control y vigilancia sobre el sujeto padeciente.

Además, otros/as entrevistados/as (G, Y, A) revelaron el gran valor que posibilita el trabajar de manera interdisciplinaria, permitiendo pensar una estrategia terapéutica que se edifica nutriéndose del aporte de diferentes disciplinas, a la vez que en el momento de dar un alta hospitalaria es significativo y representativo que gran parte del equipo vaya de manera conjunta a dar la noticia de la externación. De igual forma, indicaron que el atravesamiento por experiencias de trabajo basadas en el acompañamiento ambulatorio y el trabajo coordinado con los servicios territoriales presentes en la comunidad, permitieron que sea más eficiente el abordaje de casos complejos. Siendo que la mayoría de las veces se presenta como un fenómeno de mucha complejidad que exige la presencia de todos los niveles de atención.

Sin embargo, debemos aclarar que los/as entrevistados/as ubican situaciones donde realizaron trabajos en conjunto entre las distintas disciplinas intervinientes referidas a casos específicos, pero como veremos en los siguientes apartados, el trabajo verdaderamente interdisciplinario por parte del equipo de salud en general y del SSM en particular, no se traduce en sus prácticas de intervención.

Por último, cabe mencionar que el mayor porcentaje de ingresos que refieren los/las entrevistados/as, tiene que ver con los intentos de suicidio. Este dato se corresponde con el aumento de suicidios a escala global en los últimos 50 años. En nuestro país, es alarmante como en la población de adolescentes y jóvenes, esta problemática viene en rápido ascenso (DNSMyA, 2012). Es fundamental indicar que este fenómeno no es aislado, sino que es una situación que acontece en todas las provincias de Argentina, en países de nuestra región y en todo el mundo. Por consiguiente, las políticas públicas en salud deben llevar a cabo estrategias de abordajes para las situaciones de intento de suicidio, no solo para su atención, sino también para su prevención.

3. Procedimientos y abordajes en salud mental

3.1. Modalidades de atención hospitalaria y tratamientos más utilizados

Con el advenimiento de la nueva ley de salud mental a nivel nacional y, la ya existente ley provincial, se ha abierto la posibilidad en la construcción de un nuevo conocimiento y una nueva lógica fomentando decididamente la creación de equipos, instituciones y políticas públicas que actúen articuladamente garantizando derechos. Uno de ellos, es que las personas que atraviesan un padecimiento subjetivo deban ser atendidas en hospitales generales y no en instituciones monovalentes.

Por tal motivo, en el presente trabajo de investigación se les consulto a los/las trabajadores/as, cómo funciona el equipo de salud mental en cuanto a las distintas modalidades de atención que brindan en el HCR. Los datos obtenidos mediante el análisis, nos revela que el servicio se encuentra actuando en distintas áreas del hospital, pero a la vez este trabajo es poco reconocido por aquellos entrevistados/as que no forman parte mismo.

los/las trabajadores/as M y E que desarrollan sus actividades en el área de internación y la trabajador/a T del Servicio de Guardia, solamente mencionaron la atención que se realiza en los

consultorios externos y en la Sala de Internación de Adultos, desconociendo las intervenciones que se desarrollan en Pediatría, y sobre el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico que funciona por las tardes en la institución. Este grupo de entrevistados/as aclararon que en ciertas situaciones puntuales suelen acudir a la guardia en el caso de que se los solicitaran. En palabra de uno/a de ellos/as:

Lo que yo veo es que en consultorio externo sé que están ahí, también en la sala que es el lugar donde pasan a ver los pacientes que nosotros derivamos desde la guardia para que sean internados. Depende que profesional está, tenemos alguna visita a la guardia, pero es muy raro, generalmente se los interna y van al servicio a atender. (Entrevista n° 7: T)

Lo mencionado en el párrafo anterior, permite pensar el desconocimiento a partir de la fragmentación producida por una edificación rígida de las áreas de trabajo en el hospital que dieron lugar a un funcionamiento tecnocrático de las prácticas en salud. Esta lógica apunta a la máxima productividad, por lo tanto, cada profesional tiene una tarea específica que cumplir y lo importante es ubicado en el grado de efectividad que pueda aportar el trabajador durante la jornada laboral (Lores Arnaiz, 1986). El sistema se cristaliza y endurece, generando que cada integrante dentro de un sector del hospital, tenga un procedimiento estricto de funcionamiento.

Al mismo tiempo, se establece un sistema disciplinario de intervención que tiende a generar un encapsulamiento de la información sobre sus propias prácticas en relación a la de los demás. Este punto, es clave a la hora de pensar un trabajo interáreas o de interconsultas, en donde los distintos equipos logren trabajar coordinadamente para un abordaje terapéutico que reconozca todas las dimensiones de una problemática.

Sobre este último punto seguiremos profundizando cuando analicemos las opiniones de los/as entrevistados/as concerniente al gran desafío del trabajo interdisciplinario y sus implicancias a la hora de pensar la salud desde el abordaje integral.

Por otra parte, según nuestros resultados asociados a los tratamientos más utilizados por los/las profesionales para la atención de pacientes de salud mental, cada entrevistado respondió que los psicofármacos era el método de mayor preponderancia. Otro dato importante a añadir, es que se lo utiliza en cada situación de salud mental que ingresa a la guardia del hospital. En otras palabras, se medica primero, luego se escucha al sujeto. Por lo tanto, podríamos inferir que no se establece una discriminación en primera instancia sobre el cuadro tratante en pacientes que cursan una crisis subjetiva. Observemos que nos dicen alguno/as de ellos/as:

El más utilizado es el farmacológico. Uno ve como quedan cuando lo internan, re papeado. La verdad que te da una lástima verlos en esa situación. Imposible poder hablar con una persona que está en ese estado. (Entrevista n° 4: M)

Lo que yo veo es que, si bien lo evalúa el psiquiatra y vienen a ver al paciente, me parece que necesitan más seguimiento y control. Incluso hay veces como que para que no jodan, se los duermen y terminan pasando todo el día así. Después los profesionales que lo van a ver, dicen

que no pudieron hablar con el paciente porque estaba dormido ¿me entendés? Entonces es como que no le dan mucha pelota. (Entrevista n° 6: E)

Las dos citas, refieren a profesionales que no forman parte del equipo de salud mental, por tanto, es valioso su aporte debido a que sus significaciones radican exclusivamente de sus experiencias de asistencia y observación de los pacientes en el transcurso de una atención con internación. Esto nos permite tener una mirada crítica hacia el excesivo y abusivo uso del fármaco como solución inmediata.

Existe un procedimiento que habilita esta modalidad de intervención, transitando en dirección contraria a lo que plantea el artículo 12 del capítulo V de la LNSM, donde se hace ilustre la prescripción de medicamentos de manera exclusiva y en última instancia bajo observación de la plena necesidad, en correspondencia con el inciso k del artículo 7 donde el paciente a lo largo del proceso de tratamiento, goza del derecho a tomar decisiones relacionadas con su atención en la medida de lo posible. Por otra parte, la administración no se realiza en el marco de una decisión interdisciplinaria sino más bien apoyada por el modelo médico hegemónico (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

Además, los/las trabajadores/as de salud mental realizan una distinción basados en la idea de que en los casos agudos que ingresan al hospital es necesario realizar la medicación para luego trabajar desde la palabra, ya que en un estado de excitación psicomotriz es imposible intervenir de esa manera. Por otro lado, a partir de la nueva coordinación del servicio se comenzó a tomar decisiones basadas en una apertura hacia la construcción de estrategias terapéuticas no reducidas solo al tratamiento psicofarmacológico. No obstante, dejan en claro que la medicación hace no mucho tiempo atrás, era prácticamente la única terapia que recibían los pacientes internados en el hospital.

Siguiendo esta línea de análisis, encontramos a partir de lo argumentado por uno/a profesional, que existe una *imagen* que permanece en los/las trabajadores/as de la salud basada en la demanda exclusiva hacia la figura del psiquiatra para que se lleve a cabo la medicación a los pacientes de salud mental, por más que el motivo de ingreso no tenga que ver en primera instancia con una situación de padecimiento subjetivo. Vemos lo que nos dice:

Mira, desde el ingreso del paciente en la guardia ya se demanda al psiquiatra para que medique. Esto tiene que ver con el miedo a la salud mental que todavía persiste. Supongamos que llega un paciente con antecedentes psiquiátricos, pero ingresó por otro problema, y se acude de igual manera al psiquiatra por las dudas. Y capaz el paciente está compensado desde hace seis años y no hacía falta atenderlo desde el servicio de salud mental. (Entrevista n° 8: L)

¿Qué nos dice esto? cabe preguntarnos, ciertamente las RS sobre la locura siguen vigentes y se expresan en la imagen del psiquiatra simbolizando el saber médico (Foucault, 2007). Las significaciones de peligrosidad refuerzan las prácticas manicomiales, en este caso el uso que se le da a la medicación es con la finalidad de controlar los cuerpos perturbados. De esta manera, se hace comprensible el procedimiento que llevan a cabo los/las trabajadores/as en el Servicio de Guardia:

La realidad es que hay que aplicarle la medicación para que el paciente que ingresa alterado logre estar tranquilo entonces nosotros podemos atender a los demás pacientes. (Entrevista n° 7: T)

En conclusión, lo que se sostiene a través de estas prácticas donde se utiliza la medicación como método primario de intervención es la hegemonía discursiva de la medicina. El proceso de salud-enfermedad es mercantilizado al reducir al sujeto padeciente al nivel de objeto de consumo. Se establece así, una mercantilización de la salud (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). El fármaco bajo esta lógica, adviene como la mejor solución para el sufrimiento psíquico, y es sostenida por los lugares de poder donde la medicina es representada.

3.2. El proceso de internación y externación en salud mental

En la presente investigación, se indagó cómo se llevan a cabo los procesos de internación y externación en el HCR. Es de vital importancia para nosotros dilucidar como los/las trabajadores/as de la salud observan y piensan éste recurso terapéutico.

El hospital recibe pacientes de la localidad y de zonas aledañas circunscripto en los márgenes del departamento General Obligado de la provincia de Santa Fe. Por tal motivo, la demanda en salud mental es muy alta, pero no solamente por este dato, sino además por el proceso de desmanicomialización que se viene realizando a partir de la Sanción y el Decreto 603/2013 de reglamentación de la LNSM.

Lo dicho implica percatarse que, al existir un aumento progresivo en los últimos años referido a la demanda de casos en salud mental en los hospitales generales, surge un nuevo y gran desafío para los/las profesionales de la salud. Marcamos esto, porque claramente antes de la presente ley, los pacientes eran derivados e internados compulsivamente en hospitales monovalentes, ya sean públicos o privados.

Los/as entrevistados/as al ser consultados por dicha situación, en su mayoría afirmaron que las internaciones se realizan como último recurso terapéutico, teniéndose en cuenta el riesgo para la propia persona o para terceros. Esto se corresponde con el Artículo 14 de la ley:

La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente. (Ley 26.657, 2010)

A los fines de referir algunos aspectos que hacen a la modalidad de abordaje de las situaciones de personas con crisis subjetivas agudas, corriendo el riesgo de soslayar las particularidades de cada situación, podríamos mencionar que en el marco de las internaciones cuando ingresa una persona con

padecimiento mental se realiza la interconsulta con Psiquiatría para una primera intervención, no con las demás profesiones del SSM.

Esto se corresponde a su vez y refuerza la vigencia del poder médico hegemónico que señalamos anteriormente; porque lo que se está solicitando cuando ingresa una persona con padecimiento subjetivo a la guardia, es que el especialista prescriba la medicación correspondiente para su aplicación. Continuando con esta idea, citamos a dos entrevistados/as:

Cuando ingresa un paciente de salud mental al hospital, siempre es por evaluación psiquiátrica en primera instancia. Está todavía muy enquistado esta idea en la institución, porque se sigue sosteniendo una mirada muy biologicista de la atención. (Entrevista n° 5: Y)

No hay protocolo, eso depende de cómo lo presente la ambulancia cuando lo trae. Porque si dicen que es por brote psicótico o intento de suicidio, ya ahí los médicos lo anotan como paciente de salud mental y hacen la interconsulta con el psiquiatra. También llegaron muchas personas este año que se empastillaron y ya automáticamente se los etiqueta como paciente de salud mental, y nosotros les hacemos una sonda nasogástrica, lavamos bien todo el estómago y se los manda a la sala de internación. (Entrevista n° 6: E)

Continúa siendo el criterio de internación una decisión médica y no interdisciplinaria. El sufrimiento psíquico es capturado por las representaciones construidas a partir de la *mirada clínica* del médico (Foucault, 2004). En consecuencia, no debemos sorprendernos que frente a un ingreso en salud mental se solicite a quien se le atribuye el conocimiento sobre lo “Mental”, encarnado por la figura del médico psiquiatra.

Con respecto a los criterios generales que toma el equipo de salud mental para las internaciones, indicaron que se realiza como último recurso terapéutico tanto para aquellos cuadros críticos donde los pacientes necesitan cuidados más intensivos y la opción de regresar a su domicilio agravaría la situación de malestar; como para los casos agudos donde no cabría ninguna duda sobre la decisión de internación. Asimismo, el riesgo cierto e inminente debe también estar presente en la evaluación presuntiva.

Por último, los/las trabajadores/as que no forman parte del equipo de salud mental desconocían el proceso de externación de los pacientes, aludiendo que si bien ignoraban cómo lo evaluaban hasta darles el alta, era notoria la cantidad de reingresos en salud mental que ellos observaban. Éste desconocimiento nuevamente nos advierte de la fragmentación y la rígida división del trabajo con la que funcionan las distintas áreas de atención en el hospital.

En cuanto a los/las trabajadores/as del SSM, indicaron que los criterios para dar el alta era observar como el paciente va evolucionando en cuanto a su capacidad de reflexión y análisis de la problemática que fue motivo de su internación. Además, dependerá el cuadro que presente la persona luego de la evaluación del equipo, por ejemplo, si es por un intento de suicidio se verá la persistencia de la ideación autolítica. En todos los casos se va construyendo una estrategia terapéutica, donde los profesionales indican como algo fundamental a tener en cuenta para el sostenimiento de un tratamiento

ambulatorio, la red de contención existente para acompañar al paciente luego de la externación. Un entrevistado/a dice al respecto lo siguiente:

En el caso de la externación, lo que evaluamos es la capacidad de reflexión sobre lo que le está sucediendo, y lo que estuvimos trabajando también en internación es hacer un abordaje familiar. Trabajar con la familia implica no solo recuperar información necesaria, sino plantear un trabajo en conjunto de cómo seguir con el tratamiento donde cada uno de los integrantes de la familia pueda acompañar y de qué manera hacerlo. Cuando se ve que hay compromiso de la familia y el entendimiento de lo que le sucedió al paciente, entonces se procede a dar la externación. (Entrevista n° 9: A)

En conclusión, en cuanto a las distintas modalidades de atención de salud mental en el hospital, las más mencionadas y reconocidas como aquellas donde más presencia hay por parte del SSM son: atención en Consultorios Externos y la Sala de Internación de Adultos. Existe un desconocimiento de las demás áreas de intervención terapéutica por parte de los/las trabajadores/as que no forman parte del servicio. Evidenciando un encapsulamiento de la información, una división del trabajo por profesiones y puestos rígidamente establecidos. La metáfora del cuerpo como máquina se corresponde con esta jerarquización y estandarización del cuidado.

Por otra parte, el tratamiento más utilizado indicado por todos los entrevistados era la administración de psicofármacos. La demanda de dicho procedimiento se sustenta en el discurso médico hegemónico que aún persiste fuertemente en la institución hospitalaria. Esto lo podemos observar en la interconsulta que realizan los enfermeros y médicos de la guardia directamente con los profesionales de Psiquiatría. El dolor psíquico es leído a través de sus síntomas como malestar fisiológico donde el fármaco actuaría como solución privilegiada sobre todo en las urgencias. Si bien las intervenciones son bajo esa modalidad en primera instancia, las internaciones son determinadas teniendo en cuenta el criterio de riesgo cierto o inminente y como último recurso terapéutico. Luego al momento de tomar la decisión de externar al paciente, se tiene en consideración la capacidad de reflexión frente a su padecimiento, la posibilidad de adhesión al tratamiento ambulatorio, y la evaluación del entorno familiar que acompañaría en el proceso de cuidado de la persona.

4. Salud mental y derechos humanos

4.1. Hospitales monovalentes vs hospitales generales

Actualmente existe una convivencia de carácter conflictivo entre dos paradigmas, el tecnocrático con vestigios de la lógica manicomial y el alternativo, plasmado en la nueva LNSM. Nuestra interrogante está direccionado a poder reconocer esa tensión en el hospital, e investigar cuáles prácticas aún son manicomiales y cuales son alternativas. Por consecuencia, qué efectos tienen dicha lógicas tanto a nivel institucional y subjetivo.

Para poner en funcionamiento la LNSM, es necesario generar una transformación en la manera en que percibimos, razonamos y afrontamos las problemáticas que emergen dentro de lo que

denominamos padecimiento subjetivo. En otras palabras, implica un cambio de paradigma que impacte en el campo de la Salud Mental, creando nuevas representaciones en el seno de la sociedad basadas en la presunción de capacidad y el reconocimiento de los derechos de los usuarios de salud mental.

A partir de lo plasmado e indicado por la ley, las indagaciones sobre esta cuarta parte están basadas en el análisis de los resultados de las entrevistas, que se centran en distintos puntos nodales que hacen a su reglamentación. Como también, en los Derechos Humanos como eje transversal y siendo su carácter ético el espíritu que impulsa la lucha por su plena implementación en nuestro país.

Los/las entrevistados/as en su totalidad están de acuerdo con las internaciones de personas con padecimiento mental en hospitales generales. Por otra parte, la mayoría refiere que los hospitales neuropsiquiátricos no son una respuesta saludable, debido a que los pacientes se los encierra y aísla de la sociedad, sin brindarles ningún tipo de tratamiento efectivo para sus problemas. Podemos sintetizar este posicionamiento con la siguiente cita:

El manicomio no es una institución saludable, eso está claro, por lo tanto, no debe existir. Basaglia decía eso justamente, que hay que erradicar decididamente los manicomios porque si hay aunque sea uno solo, siempre está la posibilidad de mandar a alguien a ese lugar. (Entrevista n° 1: F)

El modelo terapéutico dispuesto por la Psiquiatría Clásica se ha implementado a partir de la creación de las grandes instituciones asilares. Sus resultados, han demostrado su fracaso y dejado al descubierto sus fundamentos ideológicos. A saber, una sociedad que se piensa desde el ideal de racionalidad y pureza, provocando en ese mismo proceso, la segregación y discriminación de lo que se considera diferente, anormal e irracional para el pensamiento moderno (Stolkiner, 1988).

Asimismo, la ley actual, demarca un camino opuesto a lo planteado por los hospitales monovalentes. Es decir, en el marco de una internación en salud mental, se busca como objetivo la estabilización psíquica del sujeto, y la realización de un tratamiento ambulatorio, con estrategias terapéuticas vinculadas al restablecimiento o fortalecimiento de los lazos familiares y/o afectivos, coordinando con los equipos territoriales para garantizar el seguimiento y abordaje local. Tales estrategias de intervención deben ser desplegadas en un periodo de tiempo lo más acotado posible, intentando reducir el riesgo de que la internación se convierta en iatrogénica.

Los/as entrevistados/as están de acuerdo con la nueva modalidad de internación planteada por la ley, sin embargo, debemos mencionar que un profesional hace una salvedad sobre esto, y dice lo siguiente:

Bueno esto lo hable muchas veces con mis compañeros, yo estoy de acuerdo que se interne en sala general, pero, así como existe la sala de adultos ¿por qué no podría haber una sala para internación psiquiátrica en el hospital? Porque creo que hay cuadros que lo ameritan. Lo que digo es que se podría hacer un área aparte o un par de habitaciones que funcionen exclusivamente para salud mental para casos graves. (Entrevista n° 8: L)

Debemos recordar que la ley mediante las políticas públicas de salud, impulsa la transformación progresiva de los hospitales psiquiátricos, en hospitales generales o polivalentes, y prohíbe la creación de nuevos dispositivos manicomiales, con el objetivo de eliminar estas lógicas históricamente construidas, las cuales se han caracterizado por la medicalización del padecimiento subjetivo, aislamiento, internaciones por tiempo indeterminado, ausencia de estrategias terapéuticas singulares, entre otras. Por tal motivo, si se crearía un área exclusiva para pacientes de salud mental, entraría en contradicción con lo planteado por la ley debido a que se continuaría con la idea de que las personas afectadas por un padecimiento subjetivo deben ser aisladas de los pacientes con enfermedades orgánicas dentro de un proceso de internación, y ubicadas en un área apartada. Nuevamente se cae en la lógica basada en el aislamiento con la justificación de que existen cuadros agudos complejos donde deberían tener un cuidado especial o diferente.

Esta misma línea de pensamiento, la podemos ver en otro/a trabajador/a donde indica los límites del hospital general en la atención de casos agudos. Observemos lo que nos dice:

Supongamos que, de un promedio de doscientos pacientes y digo pacientes porque no eran usuarios ya que no estaban eligiendo, quizás cinco estaban en una situación aguda grave de crisis diarias donde uno se preguntaba ¿qué tipo de respuesta se le puede dar a una persona en ese estado permanente? y de lo que se trataba de hacer era de cuidarlos y protegerlos de sí mismos. Estas personas se encontraban en una habitación forrada de goma espuma o de colchones para que no se lastimasen. Son estos casos lo que me hacen reflexionar y preguntarme de qué manera se los podría ayudar más que generar un entorno de cuidado y contención. Y me lleva a pensar que el hospital público, el hospital general, no podría dar respuesta a estas situaciones. O si llegara a dar una respuesta, no sería satisfactoria. (Entrevista n° 3: G)

El/la entrevistado/a, en el contexto de sus prácticas profesionales en un manicomio, al observar a los pacientes agudos que realizaban crisis recurrentes, traslada esa idea o representación sobre el padecimiento mental, y se pregunta cómo sería posible abordarlo en un hospital general. Pero lo que no se tiene en consideración sobre esta idea, es que la lógica manicomial establece un sistema de funcionamiento regido por ciertas técnicas de aislamiento y situaciones de encierro, lo cual genera resultados opuestos a los esperados. Dichas prácticas son llamadas iatrogénicas porque se objetualiza al sujeto sufriente, por lo tanto, no hay saber posible allí, sino que debemos encontrarlo en el profesional. Las lecturas de los síntomas, son transformados en signo de una enfermedad mediante el ojo clínico o la mirada médica. Sin embargo, los efectos secundarios de este medio terapéutico se manifiestan en lo que podemos llamar: “el poder enfermante de la ‘curación’” (Lores Arnaiz, 1986, p.175).

En conclusión, vemos en ambos casos que tanto la idea de crear un área de internación exclusiva para pacientes de salud mental en el hospital, así como la imposibilidad de brindar una atención adecuada a pacientes agudos graves en un hospital general, nos permite indicar cuán vigente siguen estando ciertas *nociones e imágenes* sobre el padecimiento mental en los/las trabajadores/as de la salud que se traducen en intenciones basadas en el encierro y control de las personas con padecimiento subjetivo. El fenómeno

de las RS se sostiene en significados anudados a ciertos discursos que instituyen una construcción de la realidad, y las prácticas institucionales se ajustan a dicho sistema de referencias (Ibáñez, 2001).

Al respecto de lo citado anteriormente, otro/a entrevistado/a disiente sobre la idea de aislar a los pacientes de salud mental, explicando que desde los cargos directivos sostienen también esta lógica de exclusión y discriminación. Pasemos a citarla:

Todavía incluso desde las direcciones se trata de seguir aislando a estos pacientes, de que tengan un lugar a parte, para que no molesten y no interfieran con el flujo de atención de la guardia como de la sala de internación. (Entrevista n° 7: T)

Esta diferenciación entre Salud/Salud Mental no es solamente ideológica, sino que también es una cuestión de espacios y lugares. Aparece nuevamente la imagen de la locura como aquella que debe ser tratada de manera aislada. El padecimiento subjetivo es pensado como algo que obstaculiza, molesta e incomoda a los profesionales.

4.2. Los derechos del paciente y la vigencia de la lógica manicomial

A partir del texto Mario Testa (1994): *El hospital. Visión desde la cama del paciente*, donde precisamente se aborda el altercado acerca de las diferentes ópticas por las que se mira y se mide la enfermedad y el padecimiento, haciendo especial uso de la analogía podríamos interrogarnos acerca del desenvolvimiento institucional más vasto, como representando a toda la lógica institucional que conserva aún un cierto paradigma internalizado, un cierto esquema pragmático de modos de ver y de hacer para con el paciente.

En las respuestas de los/as entrevistados/as cuando se les consulto sobre los siete derechos que tiene todo paciente a la hora de ser atendido en las instituciones y los profesionales del sistema de salud argentino plasmados en la Ley 26.529¹², en su mayoría indicaron dos o más situaciones donde estos derechos no se cumplían. En primer lugar, encontramos que suele ser recurrente la falta de información sobre la situación de salud y del proceso de tratamiento que la persona debe seguir. Podríamos decir, que los pacientes de salud mental son excluidos de la estrategia terapéutica por parte de los profesionales que sostienen muchas veces la creencia de incapacidad por estar cursando un padecimiento mental y por lo tanto no puede comprender su propia situación de malestar. Observemos que nos dicen dos trabajadores/as sobre los derechos del paciente en el hospital:

Y hay algo que no se hace, y que nosotros tampoco, hasta los profesionales más formados no lo hacen, que es incluir también al paciente en su propio tratamiento o en la estrategia terapéutica. Pero hay una cosa de infantilizar a la persona que es creer que se le va a hacer menos mal si no se le dice lo que está sucediendo. (Entrevista n° 1: F)

¹² Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Si, se vulneran los derechos. Sobre todo, con el estigma que tienen algunos pacientes por parte de los profesionales en cuanto a la idea de ¿qué puede entender esta persona sobre su diagnóstico y lo que implica su enfermedad? Es muy común escuchar y ver esto. (Entrevista n° 5: Y)

La práctica psicoanalítica, a la cual adherimos, rechaza los universales al mismo tiempo que ubica al sujeto del inconsciente como eje principal de investigación, caracterizado por su dependencia significativa. En otras palabras, el psicoanálisis recupera la importancia de la palabra, y a diferencia de la ciencia médica, ubica el saber en el sujeto padeciente. Lacan en el Seminario 11 sostiene que “El psicoanálisis no es ni una *Weltanschauung*, ni una filosofía que pretende dar la clave del universo. Está gobernado por un objetivo particular, históricamente definido por la elaboración de la noción de sujeto”. (Lacan, 1987, p. 85).

La Psiquiatría, rama de la medicina, opera anulando toda posibilidad de emergencia de lo singular. Por lo tanto, lo que aparece frente a la mirada médica, son signos que deben agruparse para formar un diagnóstico sindrómico sobre determinada enfermedad mental. La siguiente cita es esclarecedora y refuerza la idea que venimos desarrollando:

En todas las especialidades pasa esto que te digo, en clínica médica pasa más esto de la cosificación del paciente, te encontrás con médicos que no llaman por su nombre al paciente sino por su enfermedad. El diálogo que sostienen entre médicos o entre los médicos y los enfermeros es “hay que pasar a ver a la neumonía de la cama cuatro”, cosas así escuchas. (Entrevista n° 9: A)

Además, la persona que cursa una atención en internación si no se le brinda la información sanitaria pertinente a su problemática, al ser excluido y no tenido en cuenta, se está incumpliendo también con el derecho a la autonomía de la voluntad. En otras palabras, es imposible que el paciente pueda elegir aceptar o no un cierto tratamiento, ya que se lo ubica en un lugar de ignorancia e incapacidad para comprender la situación que padece. Claramente, esto tiene sus fundamentos no solo en donde se ubica el Saber cómo poder de decisión y control, sino que además se rige por la lógica manicomial al no brindar un trato digno y respetuoso. Este último derecho podemos observarlo de una mejor manera en otras situaciones que los/las entrevistados/as nos mencionan en carácter de incumplimiento:

Falla mucho en cuanto al trato digno y a la privacidad del paciente. Falta más humanidad en la atención de los pacientes. Hay enfermeros y médicos puntuales que tratan muy mal a la gente. (Entrevista n° 6: E)

Mira me parece que a veces, y no quiero culpar al trabajador de la salud porque muchas veces están colapsados por la demanda, pero creo que se suele vulnerar bastante el derecho al trato digno. Y esto uno se entera por el mismo paciente, porque te dicen que el enfermero o la enfermera los tratan mal, o los retan para que tomen la medicación, muchas veces en tono de amenaza. (Entrevista n° 9: A)

Merece la pena subrayar como aparece la lógica manicomial a través de la figura del médico y el enfermero como representantes del tutelaje, donde mediante la exigencia con características agresivas de persuasión, imponen su tratamiento. La medicación es un imperativo, donde la vigilancia y el control de los cuerpos opera borrando al sujeto hablante, quedando reducido a un cuerpo-objeto apacible y posible de ser concebido. Asimismo, el psicólogo Social Fernando Ulloa (2012) propuso un cuadro diagnóstico para esta manera de vinculación patológica, lo denominó *síndrome de violentación institucional*. El mismo, se basa en una cultura institucional que legitima determinada manera de violencia que es acordada implícitamente por todos los que la integran. Se establecen normas de acción, de vinculación y actividades institucionales. Esta manera de funcionamiento institucional tiene sus consecuencias, atentando contra los derechos del paciente. En palabras de Ulloa:

En estas condiciones es difícil que alguien a cargo de un paciente, cualquiera que sea su rango y el tipo de prestación que brinde, pueda considerar la singularidad personal y la particular situación de quien lo demanda sufriente, cuestión fundamental para que los cuidados de un tratamiento se ajusten a lo que eh denominado “buen trato”; me refiero con ello no sólo a los específicos sino a toda relación social con un paciente dentro de un ámbito clínico que integra el accionar terapéutico. (2012, p. 247)

Queda claro que cuando nos referimos a la lógica manicomial, no se reduce solamente a las instituciones monovalentes sino también a las relaciones de poder que se establecen y a los criterios diagnósticos, que no dejan de ser un pronóstico sobre el padecimiento mental. Este sistema de pensamiento y de prácticas disciplinarias la podemos encontrar en distintos ámbitos y espacios que conforman el sistema de atención en salud.

Pasemos ahora a describir y analizar a la luz de los datos obtenidos en las entrevistas, en relación a los derechos de intimidad y confidencialidad. Los cuales son en cierta forma complementarios ya que ambos hacen referencia al debido resguardo de la información de índole privada contenida en la historia clínica del paciente; además del trato digno por parte de los profesionales respetando la privacidad de toda persona que cursa una atención en salud. En este sentido, tres entrevistados/as (F, Y, E), indicaron que ambos derechos no suelen cumplirse, por un lado, porque la información persona de la persona tratada muchas veces llega a los medios de comunicación locales, generando una noticia amarillista, y reforzando a la vez las RS sobre el padecimiento subjetivo basado en la figura del loco como irracional, enfermo y peligroso. Por otro lado, se le suele comunicar al paciente su diagnóstico en frente de otras personas, o entre los mismos profesionales circula información delicada de la historia clínica. Observemos dos citas que son ejemplificadoras:

Nos ha pasado con muchos pacientes que se los toma como una noticia pintoresca, y después eso ha tenido influencia desde lo clínica en el paciente. Recuerdo un caso de una chica que es internada recurrentemente en el hospital y que justamente se internó nuevamente ayer, la relevancia que le dieron desde los medios, género que ahora ya sea conocida como la chica del puente. (Entrevista n° 1: F)

Justamente la semana pasada estuve hablando con un paciente de salud mental en la guardia con COVID también, y la persona me dice que no sabía que estuvo la policía en el lugar y que le sacaron fotos. Nunca le preguntaron nada, y ella se entera porque el hijo navegando por internet encuentra en una página de noticias la foto de ella en su peor estado y pasándola muy mal. (Entrevista n° 5: Y).

El quebrantamiento de los derechos, ubica al paciente en un lugar de desprotección y por lo tanto en una situación de vulnerabilidad frente a la institución de salud. Quienes debieran hacer cumplir la ley, es en primera instancia la misma organización hospitalaria. Todo lo dicho, nos lleva a preguntarnos qué lugar ocupa el paciente de salud mental frente a estas prácticas manicomiales basadas en una cultura institucional de violencia y de faltas en el cumplimiento de los derechos asistenciales como los que fuimos mencionando y analizando.

Las representaciones sobre el padecimiento mental siguen vigentes y operan en los lugares extramuros, como lo podemos observar en determinadas situaciones dentro del HCR. La lógica manicomial validada por el paradigma tecnocrático, persiste a través de los discursos disciplinarios desde donde se ejerce la imposición de un tratamiento médico de carácter coercitivo y de vulneración de los derechos del paciente.

4.3. Ley nacional de salud mental 26.657. Barreras y limitaciones para su implementación

En Ley N° 22.914 que fue derogada, puede advertirse como en ella se habla de personas con deficiencias mentales, observación que atinamos importante señalar por el hecho de que se objetualiza y estigmatiza al definir a una persona con el término de deficiente. No se habla de un sujeto que padece, sino de un sujeto que tiene tal o cual deficiencia. Dicho esto, la cabal diferencia con respecto a la ley que la subroga (26.657), es que, el mismo enunciado comienza con la palabra derecho, y adhiere: protección. Además, utiliza el termino de salud mental, no de deficiencia, colocando entonces como objeto principal a la salud y no a la enfermedad. De esta forma ambos términos, el de protección y salud mental, debemos pensarlos desde un proceso de construcción por el cual se incorpora así la dimensión subjetiva.

Asimismo, es posible también identificar la mutabilidad del aparato ideológico en tanto modalidades de nombrar al paciente como usuario e introduciendo una normativa reglamentaria que exige un cambio radical en las relaciones institucionales de poder respecto a la atención de personas con sufrimiento subjetivo. Como vemos, los cambios que introduce la ley actual es también en el orden del discurso, es decir, en las palabras que utilizamos para referirnos al padecimiento mental que se fundamentan en el marco de la perspectiva de Derechos Humanos y en los tratados internacionales. La misma puede ser definida de la siguiente manera:

El enfoque de derechos, a diferencia de los otros (el de la selectividad estática y el de la gobernabilidad) reivindica el papel del Estado para garantizar el desarrollo humano y establece

la política social como un derecho social, contempla el impulso de políticas institucionales tendientes a que las personas se apropien de sus derechos y participen de manera activa en su desarrollo social y controlen las acciones públicas en esa materia. (Umaña, 2003)

La modalidad de atención a partir de la LNSM, como venimos indicando a lo largo de este trabajo de investigación, exige nuevos requerimientos. En este sentido, los/las entrevistados/as dieron sus opiniones en relación a como percibían la ley aplicada en el hospital. Si bien, presentaban una postura a favor entendiendo que se estableció un antes y un después en cuanto al otorgamiento de derechos a los pacientes, indicaron ciertas críticas para lograr su plena implementación las cuales pasaremos a describir.

En primer lugar, la primera crítica radica en la falta de dispositivos intermedios de atención sobre todo luego de una externación. Ya que los pacientes de salud mental no tienen espacios como Hospitales de Día, casas de medio camino, para llevar adelante sus tratamientos ambulatoriamente en un espacio de contención y seguimiento. La ausencia de los mismos, genera que el HCR sea el único lugar de referencia para la atención de casos complejos en salud mental.

En esta línea, el artículo 11 de la mencionada ley, plantea que:

Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio – laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (Ley 26.657, 2010)

En tal sentido, la sustitución de las lógicas manicomiales, implica fortalecer los abordajes desde dispositivos alternativos, en tanto estrategia política y clínica de superación del dispositivo manicomial. En segundo lugar, otra crítica relacionada la implementación de la ley por parte de los/las entrevistados/as, radica en la falta de recursos humanos y materiales en el hospital. La mayoría, enfatizaba en la carencia de recursos humanos y materiales para responder a las altas demandas que tiene el hospital. Esta queja no es solamente del SSM, sino que también es algo solicitado por todos los/las trabajadores/as de la institución. Pasemos a citar algunos de ellos:

Incorporar más recursos humanos permitiría otras posibilidades, se puede pensar en otro tiempo, en otros espacios, otros cuidados. Yo creo que se enriquece la discusión y el aporte clínico es fundamental porque favorecen en definitiva a mejorar la calidad de atención en salud. (Entrevista n° 1: F)

Creo que no se cuentan con los recursos suficientes, porque recibe mucha demanda no solo de Reconquista y de otros lugares de la zona porque lamentablemente estos pueblos o ciudades no cuentan con los recursos humanos para dar respuesta a ciertas situaciones de Salud Mental.

También si hablamos de recurso material, no hay tantas camas en internación de adultos para pacientes de salud mental. (Entrevista n° 2: V)

Mira yo trabajo todos los días en el hospital varias horas, y lo que veo es el colapso de la atención por la cantidad de demanda que hay. Se necesitan recursos humanos en todas las áreas y equipos del hospital. Y como te decía, en salud mental ni hablar que hace falta. (Entrevista n° 4: M)

Es que en realidad la ley se hizo todo al revés, del vamos cerraron todo, pero sin hacer los cambios primeros. Se aplicó la ley, pero sin acondicionar los hospitales generales con los recursos necesarios para recibir los pacientes de salud mental. Y pasa ahora que hay pacientes que lo desalojaron de los neuropsiquiátricos y andan a la deriva sin asistencia ni nada. (Entrevista n° 8: L)

El sector público debe ofrecer cobertura a toda la población del país. Ya que los servicios que brinda tienen un reparto de mayor alcance espacialmente, es decir, llega a zonas donde lo privado no puede acceder por motivos de rentabilidad. Siendo la mayoría de la población que ingresa al subsector público, personas que no tienen cobertura de seguros sociales, acompañado por una demanda creciente de asistencia en los hospitales públicos, tendencia que sigue aumentando. Por otra parte, las políticas públicas deben acompañar estas demandas de la sociedad y a su vez cumplir con lo que la ley determina.

Anualmente se debe destinar un 10% del presupuesto total de Salud al sector de Salud Mental, lo cual está lejos de cumplirse. Esto responde directamente a la falta de recursos humanos, así como también un salario digno para los trabajadores de la salud, y en particular para el profesional de salud mental. Los recursos son insuficientes y continúan siendo direccionados a los hospitales psiquiátricos, según el informe realizado en el año 2021 por La Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia sobre el presupuesto destinado para el área de Salud Mental por parte del Estado. Desde que se sancionó la Ley de Salud Mental en el año 2010, el presupuesto nunca superó el 2% para dicho sector. La mayoría de los fondos son destinados por parte del Estado para financiar el funcionamiento de los grandes manicomios de nuestro país (ACIJ, 2021).

La mencionada situación de desfinanciamiento progresivo sobre el aparato de Salud Mental limita enormemente el accionar de los distintos niveles de atención en la comunidad, empobreciendo las intervenciones debido a la escasez de recursos. Además, debemos puntualizar que en el presente trabajo de investigación fuimos desarrollando las consecuencias de las prácticas manicomiales: terapias iatrogénicas, violaciones de los derechos del paciente, marginación y estigmatización. Desde nuestro posicionamiento teórico y político, la sustitución total del sistema manicomial continúa siendo una deuda pendiente por parte del Estado argentino. A partir de lo expuesto, debemos recuperar una cita de uno de los/las trabajadores/as que nos parece acertada para este marco de análisis:

El manicomio nos lleva 150 o 200 años de ventaja y la ley recién tiene 10 años a penas, pero la ley viene a meterse entre la justicia y el psiquiatra...no niega ninguno de los dos, los toma a ambos. De hecho, al psiquiatra se lo ubica dentro de un equipo interdisciplinario. Y a la justicia

la pone, en los casos de internación, como garante de esa internación. Es decir, no los niega a los dos, pero no pueden estar juntos y solos tomando decisiones. El que decide, es el equipo y en ese sentido la ley es fabulosa y debemos tomarla. (Entrevista n° 1: F)

Merece la pena subrayar lo que el entrevistado narra, ya que si bien es una lucha que aún falta ganar es necesario pensar que el poder psiquiátrico y la lógica manicomial son dos elementos de una estructura que, junto con el poder judicial, han logrado establecer las bases de una manera de ver y pensar el campo de la salud mental por mucho tiempo.

El loco como peligroso y anormal, persiste en el sistema de RS de nuestra sociedad y penetra en las instituciones de salud al ser reproducidas por los mismos trabajadores/as de la salud. Pasemos a citar una de las RS sobre la locura más potentes que encontramos en las entrevistas a los/las trabajadores/as:

Yo creo que no deben cerrarse todos los hospitales psiquiátricos, porque hay gente que necesita de esos lugares, que verdaderamente están locos y no tienen noción ya de la realidad. Yo creo que no sienten miedo, nada. Yo miré muchos documentales o series donde muestran que los asesinos seriales no sienten culpa, bueno una persona que no siente culpa no se va a matar o intentar quitarse la vida, pero una persona que siente culpa por algo se puede matar, esa es mi opinión. (Entrevista n° 4: M)

El fragmento puede ser comprendido a partir de la construcción de la figura del *individuo peligroso*, que proviene de la Antropología Criminal de fines del siglo XIX basada en una teoría que intenta establecer que detrás de toda locura hay una potencialidad a perpetuar un crimen. Al respecto, Foucault es claro cuando explica que el hombre peligroso es tomado tanto por la institución psiquiátrica, como por la institución judicial. El alienado adquiere frente a un delito la inimputabilidad de sus actos y, por lo tanto, se le otorgará el derecho a la figura del psiquiatra para llevar a cabo el tratamiento sobre la insania (Foucault, 2006). Las RS creadas a partir de la alianza de la disciplina psiquiátrica y el discurso jurídico sobre la figura del individuo peligroso, pueden agruparse en: inmoralidad, actos irracionales y degeneración.

El conocimiento del sentido común propio de las RS es una fuente de juicio que, en el caso de la cita recuperada de uno de los/las entrevistados/as, que vale aclarar no forma parte del SSM, se consiguió identificar claramente la ausencia de formación para el abordaje de personas con padecimiento subjetivo. Por lo tanto, podemos afirmar que: “el temor es la base de la hostilidad y la ignorancia la prolonga” (Salvarezza, 1988).

Desde nuestro posicionamiento teórico, el sujeto en su misma definición, puntualiza el lugar que ocupa en la cadena significativa. Lacan lo expresa en el Seminario 10 (2007) de la siguiente manera: “El significante (...), se distingue del signo en el hecho de que el signo es lo que representa algo para alguien, mientras que el significante es lo que representa a un sujeto para un ser significativo.” (p. 74). Parafraseando la cita, un significante es lo que representa a un sujeto para otro significativo, es decir, que la condición de la emergencia del sujeto es bajo la sujeción al mismo. Dicha disposición del sujeto tiene

su génesis en el Otro, en ese lugar donde la entrada del significante se hace lugar en el cuerpo de la cría humana, y aparecerá entre las coordenadas de la cadena simbólica estabilizándose en tanto si opera el Nombre del Padre. En este punto es donde cobra importancia el diagnóstico diferencial en psicoanálisis donde establece un sistema de clasificación bajo la noción de estructuras clínicas: neurosis, psicosis, y perversión. A diferencia de la psiquiatría que busca clasificar bajo la creencia en que existen clases naturales, el psicoanálisis entiende que el padecimiento subjetivo aparece como expresión de un conflicto psíquico, y no hay nada natural en ese movimiento.

En resumen, el psicoanálisis se opone al discurso de la Psiquiatría al mismo tiempo que arremete contra las RS construidas sobre las enfermedades mentales. El valor de la singularidad es lo que hace al sujeto padeciente inclasificable en términos de la nosología psiquiátrica.

4.4. La interdisciplina

Podemos decir que la interdisciplina resulta del trabajo realizado por un equipo de profesionales especializados en distintas disciplinas, en este caso: Psicología, Psiquiatría, Enfermería, Trabajo Social, Acompañamiento Terapéutico, etc. Su importancia radica en el enriquecimiento de puntos de vista para la construcción de un nuevo saber, que viene a ocupar el lugar de la falta de respuesta de cada ciencia en forma individual para producir la acción que remita al tratamiento de los padecimientos de los sujetos. Elichiry (1987) la define como una respuesta a demandas sociales, a una evolución de las ciencias y finalmente que está basada en la premisa del aprendizaje mutuo y la producción e integración de conocimientos.

La LNSM contempla en su artículo 8 la interdisciplina y su relación con la práctica de la siguiente manera: “Debe promoverse que la atención en salud mental este a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos, y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente” (Ley 26.657, 2010).

Todos los/las trabajadores/as entrevistados que forman parte de SSM del hospital, enfatizaron el valor que tiene esta lógica de abordaje e indicaron que existe la predisposición por su parte para que se lleve a cabo. Sin embargo, como sucede con otros puntos que hemos mencionado de la ley aparecen limitaciones o barreras para su conformación e implementación en la práctica. Los/las entrevistados/as plantean lo siguiente:

Yo creo que avanza en ese sentido de la conformación, aunque todavía hay gente que no cree en el equipo y que se piensan dueños de la salud, generalmente son médicos, pero también hay psicólogos que se creen dueño de la salud mental. (Entrevista n° 1: F)

Mira, desde mi experiencia en el hospital no se trabaja de manera interdisciplinaria cuando se atiende a un paciente. Viene el médico clínico y hace lo suyo, el enfermero hace su parte, después el psiquiatra y el psicólogo por otro lado evalúan a la persona internada, y así. Yo veo que cada uno cumple su función y listo, no hay comunicación entre los profesionales de distintas disciplinas. (Entrevista n° 4: M)

Estaría bueno que se llegue a conformar un equipo interdisciplinario que se ocupe de los pacientes de salud mental. También sería ideal que no sea un médico el que esté a cargo, porque ellos no tienen la visión que puede tener un psicólogo o un trabajador social, una mirada amplia del problema me refiero. (Entrevista n° 6: E)

Si bien cada disciplina en su individualidad es importante en cuanto al aporte que pueda brindar, la interdisciplina no es el agrupamiento de profesiones y de saberes para dar un veredicto frente a un caso a resolver. Tiene que existir una intencionalidad basada en la voluntad y la búsqueda concreta del encuentro con los otros, entendiendo que se debe cooperar a partir de la recurrencia, de sostener los vínculos para generar cohesión grupal. La articulación interdisciplinaria es antes que nada la humildad expresada en cierta flexibilidad que se produce por el posicionamiento de apertura frente a los demás saberes, metodologías y técnicas propuestas por las demás disciplinas (Elichiry, 1987).

Si bien, los/las trabajadores/as entienden la importancia de trabajar en equipo bajo la lógica interdisciplinaria, se puede observar que solamente aparece a nivel de lo discursivo sin tener un impacto en acciones concretas que impliquen verdaderamente articulaciones pragmáticas pensadas desde esta lógica de trabajo. Por otro lado, esto coincide con los demás apartados desarrollados en donde se evidencia una preponderancia del modelo de atención tecnocrático como sistema de funcionamiento principal en el hospital. Las disciplinas al igual que las áreas de trabajo intrahospitalarias están claramente diferenciadas y fragmentadas. Se piensa desde el funcionalismo institucional y se sostiene el dualismo salud/salud mental. Por este motivo, la atención de las distintas profesiones termina operando de manera independiente. La interconsulta aparece como un mero accionar burocrático entre las distintas disciplinas.

4.5. Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico en el hospital. Una alternativa a las prácticas manicomiales

Como habíamos mencionado anteriormente, el artículo 11 de la LNSM establece la creación de dispositivos intermedios, alternativos a las lógicas manicomiales. En el marco de este proceso, en el año 2018 se conformó un equipo de acompañantes terapéuticos a través de los referentes de la Dirección de Salud Mental en el Nodo de Salud 1 Reconquista. El objetivo era que los pacientes de salud mental que se encontraban internados en el HCR, sean acompañados terapéuticamente en horas de la tarde. La demanda surgió a partir del aumento progresivo de ingresos por situaciones de padecimiento subjetivo y la inexistencia de guardias en salud mental las 24 horas, así como una limitada respuesta por la falta de profesionales en el Servicio.

Podemos aproximarnos a una definición del Acompañamiento Terapéutico realizada por Rossi (2007):

El AT es un recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica. Se incluye en el tratamiento interdisciplinario de pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o

emergencias, y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables para las estrategias psicoterapéuticas clásicas. Se desempeña especialmente en forma ambulatoria, en el entorno habitual –familiar y social– del sujeto. Busca utilizar el espacio de circulación del paciente para promover o sostener un proyecto terapéutico y para esto se vale de la cotidianeidad (...). Puede actuar ante situaciones de emergencia/ crisis, en el momento agudo, aunque no sea exactamente un sistema de “urgencia psiquiátrica”. También trabaja para facilitar el lazo social, o incentivar la reinserción educativa, laboral, recreativa, en pacientes que no se encuentran en un periodo de desborde o crisis. Es un elemento privilegiado, entre otros recursos, para evitar la estigmatización social, la segregación y la cronificación. (pp. 44-45)

Los acompañantes terapéuticos que trabajan en el HCR, atienden durante el proceso de internación y externación de casos complejos. Además de ofrecer un taller grupal para la población de usuarios que se encuentran cursando una internación, como también aquellos que llevan adelante un tratamiento ambulatorio. El taller funciona dos veces a la semana en la biblioteca del hospital. Al respecto un/a trabajador/a describe la población de usuarios que asisten al espacio grupal:

Es un espacio que está compuesto por personas que estuvieron alguna vez internadas en el hospital y se les ofrece este espacio grupal. Obviamente participa el que quiere, un día o los dos días, donde damos este espacio de encuentro. Los coordinadores del taller que se llama Patitos en Fila somos los acompañantes terapéuticos y un enfermero formado en salud mental. (Entrevista n° 2: V).

En base a todo esto, el dispositivo tiene que ver con un espacio inclusivo e integral, que permita el encuentro entre usuarios del sistema de salud con padecimiento mental en donde se reconoce al otro padeciente, como un interlocutor válido que tiene necesidades, deseos, expectativas y, sobre todo, tiene un saber que irrumpe en su diferencia.

Un espacio que desafía las rutinas y los protocolos, a cambio de la escucha, la construcción de vínculos y derechos. Un espacio saludable que se sostiene con la participación de varios actores: usuarios, familiares y trabajadores/as. En definitiva, se trata de dejarse afectar por el encuentro para construir estrategias cuidadoras integrales. Respecto de las metas que tiene el dispositivo, las podemos resumir en la siguiente cita:

El objetivo es más que nada la contención y darle lugar a la palabra del otro, hacer valer esa palabra que tiene un valor y un peso. Reconocer la importancia que tiene esa palabra. Sobre todo, la escucha atenta es una pata fundamental del dispositivo, donde escuchar al otro en su padecimiento y sus situaciones que atraviesa es justamente permitirle un espacio que antes no tenía. (Entrevista n° 2: V)

Desde esta perspectiva, el dispositivo *Patitos en Fila*, no es cualquier espacio, tampoco se trata de ilusiones irreverentes que se terminan cuando termina el taller. Encuentros que permiten la posibilidad de un después. Es el efecto de una preocupación por fundar territorios habitables,

hospitalarios, amigables, de ternura, de escucha, de contacto, de corporalidades, de creatividad, espacios que potencian la vida sin envilecer sus deseos, espacios que brindan escucha, cuidado y atención donde el usuario es entendido en su sufrimiento.

Patitos en Fila es ese lugar amoroso que encuentra a aquella persona que llega desbastada, desorganizada, perdida por la masificación de un diagnóstico o invisibilizada por el número de cama.

En estos encuentros se fomenta la creación y la producción de lo novedoso. Momentos que deambulan y a la vez se habilitan otros espacios deshabitados como ser: el bar, un pasillo, la sala de espera, un aula, la biblioteca, o la guardia. Allí, todo lo que está en la mochila sirve, aparece un Jenga, una mesa, pinturas, cartas, un teatro de sonrisas o simplemente una sentada en el piso de los pasillos del hospital.

Espacio que intenta crear una atmósfera donde se vuelve para soñar, imaginar, reencontrarse con la potencia de la infancia, jugar con objetos, espacio continente para la aparición del sujeto singular, en donde el otro se siente esperado y cuidado. En pocas palabras, dispositivo necesario, de contención, vinculación, de estar y resonar con otro.

Por último, nos queda indicar la importancia que tiene el Acompañamiento Terapéutico como estrategia de intervención para sostener un tratamiento a través de un seguimiento ambulatorio. Dentro del SSM los/las trabajadores/as resaltan el valor de este recurso:

Cada vez me doy cuenta de varias cosas, por ejemplo, una de ellas es la importancia del Acompañamiento Terapéutico en el hospital, nunca lo había visto en mi formación, tal vez porque es algo nuevo. Es realmente la continuación del tratamiento ambulatorio del paciente internado que sale y se va a su casa, donde tiene un seguimiento y un acompañamiento para que se sostengan las indicaciones necesarias para que mediante el tratamiento la persona logre recuperarse. (Entrevista n° 9: A)

En este sentido, el acompañante terapéutico es un profesional que actúa como agente de salud compartiendo, acompañando, promoviendo lazos sociales y de inserción del sujeto acompañado en la comunidad. A su vez debe estar incluido dentro de un equipo interdisciplinario, lo cual implicaría un trabajo coordinado con el servicio. Pero esto no suele ocurrir, el aporte que pueda dar el acompañante terapéutico, solamente es tenido en cuenta en situaciones de casos complejos:

A nosotros los acompañantes no se nos suele consultar por lo trabajado con el paciente o que mirada tenemos en relación a un caso. Solo en casos excepcionales y complejos, puede ser que sí. (Entrevista n° 2: V)

Nuevamente aparecen las limitaciones para trabajar de manera interdisciplinaria. Desde nuestra perspectiva, observamos que se desperdicia un recurso terapéutico que aparece, en definitiva, como alternativo a las prácticas manicomiales desplegadas en el hospital. Sin embargo, en el apartado anterior, dejamos en claro que la interdisciplina no es algo ocasional y aislado, sino que por el contrario se trata de un trabajo sostenido y constante nada sencillo de llevar a la práctica. Donde eventualmente surgen

diferentes obstáculos, ya que no todas las profesiones ni profesionales tienen la apertura ni la formación para el trabajo en equipo.

5. Urgencias en salud mental

Previo a comenzar el desarrollo de los dos apartados subsiguientes, debemos resaltar que ésta temática es un emergente de las entrevistas realizadas a los/las trabajadores/as que, si bien va más allá de los objetivos propuestos al inicio del presente trabajo de investigación, aporta un cúmulo de información que enriquece el estudio sobre la atención del padecimiento mental y las representaciones asociadas al mismo.

5.1. Atención en Guardia hospitalaria

La perspectiva de la Salud Mental Comunitaria, permite analizar a partir del paradigma centrado en la comunidad como campo de acción, cómo funcionan los distintos niveles de atención y las diversas problemáticas que existen desde una perspectiva integral de la salud (Ardila y Galende, 2011). Dar una respuesta a las demandas en salud mental siguen siendo un desafío, y el problema de la medicalización continúa pisando fuerte en las instituciones hospitalarias. La tradición de la medicina como campo de saber calificado, irrumpe en los cuerpos de los pacientes con padecimiento mental, como primera respuesta al ingresar a una guardia de hospital. Citaremos un fragmento de una entrevista donde se describe el procedimiento realizado en el Servicio de Guarida:

En la guardia, la salud mental es eso, llega el paciente y se busca tranquilizarlo con la medicación, el tema es que después de un par de horas otra vez comienzan con sus malestares y su excitabilidad. Por eso está bueno que hubiera alguien de salud mental que pueda hacer la contención inicial, nos alivianaría un montón nuestro trabajo. (Entrevista n° 7: T)

El abordaje a partir de una mirada integral de la salud, implica tener presente el conjunto de determinantes que operan en una crisis subjetiva. Las llamadas urgencias médicas o psiquiátricas operan a través de una solución protocolar centrada en el fármaco, siendo por otro lado, las urgencias subjetivas implican pensar los casos como producto de una discontinuidad en la vida de la persona. En otras palabras, una ruptura de la estabilidad existente hasta ese momento que genera efectos de angustia o perplejidad.

Desde el psicoanálisis entendemos que el sujeto es representado por la cadena significativa que pone a funcionar su mundo simbólico, por lo cual, hablar de crisis subjetiva implicaría una escisión de dicha cadena. En consecuencia, el sujeto no puede sostenerse porque no puede representarse, aquí aparece el trauma psíquico producto de la relación turbulenta con el Otro (Lozano, 2014).

El HCR atiende las urgencias de la localidad como de zonas aledañas, cubriendo un gran rango poblacional. A partir de la implementación de la Ley Nacional y Provincial de Salud Metal N° 26.657 y 10.772 respectivamente, la demanda de atención en salud mental fue en aumento, tanto en consultas

por consultorios externos, como por la guardia del hospital. Pasemos a definir que entendemos por urgencia:

Urgencia en salud mental es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013, p.8)

Hablar de atención inmediata, implica pensar la atención de casos agudos con diferentes padecimientos mentales como pueden ser: intentos de suicidio, crisis psicóticas, consumo problemático, cuadros de bulimia y anorexia, entre otras problemáticas. La complejidad de los casos que ingresan a la guardia de un hospital general, implica una respuesta no solo rápida sino efectiva, y solo es posible a partir de un abordaje integral de la situación mediante un equipo interdisciplinario de trabajo. Actualmente el SSM acude al sector de guardia solamente cuando se presentan casos complejos. Esta información la encontramos en la siguiente cita de entrevista:

En la guardia cuando necesitan que salud mental haga una evaluación a un paciente que ingresa en circunstancias complejas, ahí acudimos todos en el sentido de que se interviene todo el equipo para dar una respuesta. (Entrevista n° 5. Y)

Se puede observar que no existe un trabajo en conjunto entre el Servicio de Guardia y el SSM, por lo cual el paciente que ingresa con una crisis subjetiva es solamente atendido por los médicos y enfermeros que lo reciben. Nuevamente debemos indicar la fragmentación que existe entre las áreas del hospital. Por otro lado, un trabajador/a identificó este problema y hace la siguiente observación:

No se le da la contención que necesitan, yo voy y hablo con ellos, les hago ciertas preguntas, pero no se puede profundizar mucho con el paciente por los tiempos que manejamos en la guardia. Ojalá pudiera sentarme a hablar y darle ese tiempo que veo que necesitan. (Entrevista n° 7: T)

La ausencia de atención de las urgencias en salud mental en el HCR, establece un vacío que habilita las intervenciones más crudas de las prácticas manicomiales. Si no se habilita un espacio para el cuidado a través de la puesta en escena de la palabra como posibilidad de expresión del malestar y la escucha como receptáculo, lo que queda es una atención basada en la contención mecánica y la aplicación de medicación como solución privilegiada para tranquilizar, por unas horas, los cuadros de excitación psicomotriz.

5.2. Salud mental y COVID- 19: una problemática emergente

La situación mundial, nacional, provincial y regional con respecto al COVID-19, ha trastocado toda la realidad de los ciudadanos, así como también la realidad del sistema de salud. La cotidianidad está más acotada, pero a la vez más tensa, más ansiosa, con más incertidumbre ya que se trata de una

situación por la que no hemos pasado, y además porque se trata de un virus que no conocemos, no lo vemos y encima se hace resistente.

Entendemos que la mejor disposición era el aislamiento en nuestras casas, pero también sabemos que muchas de las situaciones de salud mental que se atienden en el hospital llegaron a complicarse o agravarse por consecuencia de estas medidas. Hacinamiento, falta de agua potable, desocupación, precarización, no poder contar con las cosas cotidianas, falta de entrada de dinero, entre otras tantas cosas, complican aún más las situaciones personales como generales en la sociedad. Al respecto de este contexto de pandemia, un trabajador hace la siguiente observación:

No te imaginas la psicosis que se vive en la gente hoy en día por causa del COVID y la cuarentena. Las personas mayores son aquellas que la pasan peor, uno ve que el grado de incertidumbre y miedo que tienen. Todo eso suma en cuanto a desarrollar algún problema de salud mental, vivir de esta manera. (Entrevista n° 4: M)

Ahora bien, el impacto que tuvo la pandemia COVID-19 en el HCR fue en todos los Servicios, la problemática se evidenciaba en la falta de camas para atender todas las demandas, ya que gran parte de ellas estaban siendo ocupadas por pacientes afectados por el virus. Otro golpe al sistema de salud del hospital, era la escasez de personal para atender la gran magnitud de situaciones de urgencia que ingresaban a la guardia hora tras hora, día tras día.

Dentro de este contexto, los pacientes de salud mental se vieron desatendidos en sus demandas. Uno de los/las trabajadores/as nos describe la situación:

Al comenzar la pandemia se fueron cerrando todos los consultorios de salud mental entonces teníamos pacientes bollando con un papelito que indicaba la medicación escrita por los psiquiatras. Y llegaban a la guardia con un papelito que decían que tomaban esa medicación sin ninguna otra explicación, solamente con una cajita vacía pidiendo por favor que lo ayuden. La verdad que muy crítico lo del año pasado porque andaban a la deriva. No había nadie que contenga a esos pacientes sin su medicación ¿y donde terminaban? muchos en la guardia del hospital por intentos de suicidio, ingesta medicamentosa o acortados. (Entrevista n° 7: T)

Como se observa, el sistema de salud público hizo frente a la pandemia priorizando y maximizando la prevención y atención del COVID. Las consecuencias de las medidas de distanciamiento social por la gran velocidad de propagación del virus, ha dejado en un estado de desvalimiento a los usuarios del SSM, tanto los casos emergentes por dicho contexto, como aquellos que ya venían con un tratamiento ambulatorio.

En cuanto a las internaciones, la entrevistada L mencionó que, en el momento más complejo de la pandemia, donde el sistema de salud no daba abasto con tanta demanda había que elegir qué casos de salud mental eran los más graves y que ameritaban llevar a cabo una internación, ya que se contaban con pocas camas disponibles, muchas veces con ninguna.

En conclusión, la pandemia COVID-19 que comenzó a principios del año 2020, generó un cambio en la manera en cómo nos vinculamos con los otros. Los efectos en la salud mental son y serán objeto de estudio en los siguientes años, ya que los cambios en nuestra realidad cotidiana implicaron un esfuerzo de reorganización a nivel subjetivo, así como para los trabajadores/es que forman parte de los SSM en Argentina y en el mundo (Gómez, y otros, 2021). Grandes desafíos le esperan al campo de la salud, siendo un momento crucial para repensar las prácticas sostenidas hasta el momento, y avanzar en la plena implementación de la LNSM para garantizar los Derechos Humanos de las personas con padecimiento subjetivo, así como mejorar la capacidad de todos los niveles de atención del sistema de salud.

CONCLUSIONES FINALES

El sujeto es producto de las significaciones construidas a partir de las RS que cada sociedad instituye. Se establece un sistema de imágenes y palabras cargadas todas ellas de sentidos que componen un núcleo figurativo brindando una organización estable y relativamente perdurable en el tiempo. Desde la perspectiva construccionista de la realidad, los elementos de las RS provienen de la conjunción del sujeto y la estructura social. La dialéctica entre ambas esferas da lugar a la edificación de un conjunto de sentidos que intentan interpretar los hechos cotidianos en un proceso de asimilación y acomodación de la información. De esta manera se hace comprensible los objetos de la realidad al incorporarlos al mundo simbólico de los seres hablantes.

En este trabajo se analizó las RS que tienen los/las trabajadores/as de la salud del HCR sobre la atención de sujetos con padecimiento mental durante el proceso de internación en salud mental. Para su estudio, se utilizó el enfoque cualitativo de investigación. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad, las cuales aportaron una gran cantidad de información pertinente a los objetivos del trabajo.

El tipo de muestra tomada fue no probabilística de tipo intencional. los/las trabajadores/as de la salud fueron seleccionados teniendo en cuenta dos criterios, por un lado, que tengan al menos un año de trabajo en el hospital, y por otro, que sus actividades cotidianas estén relacionadas con la atención a pacientes de salud mental. Se incluyó a los SSM, Trabajo Social y Guardia. Quienes aportaron la información en el proceso de las entrevistas fueron las disciplinas de: Enfermería, Medicina General, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría y Acompañamiento Terapéutico.

La investigación partió de una epistemología del sujeto cognoscente, perspectiva que pone en el centro al sujeto valorizando el carácter dinámico del fenómeno que se busca conocer. Por lo tanto, el conocimiento que emergió de la investigación es producto del encuentro entre el investigador y el objeto de estudio, que es desde nuestro enfoque de análisis, un sujeto activo creador de acciones que inciden en la realidad. Ésta última, debe ser comprendida como fruto de una construcción reflexiva que el sujeto cognoscente establece a través de su vínculo inseparable con la esfera de lo social.

El análisis de los datos se estableció a través del método comparativo constante (MCC) como técnica que permitió organizar la información proveniente de las entrevistas. La sistematización del conocimiento conlleva a la creación de hipótesis que emergen de los datos obtenidos, dicha metodología lleva por nombre teoría fundamentada. Es decir, el saber científico es entendido como producto directo del análisis de la información derivado del trabajo de campo.

A partir de los resultados obtenidos de las entrevistas, podemos responder a los objetivos/interrogantes que se establecieron en el presente trabajo de investigación. En primer lugar, se logró identificar a lo largo del análisis de los datos dos paradigmas que entran en tensión al contraponerse en sus principios e ideas. Por un lado, tenemos al paradigma tecnocrático que logra legitimar a partir del discurso médico hegemónico la vigencia de la lógica manicomial desplegada tanto a nivel de las creencias, concepciones y conceptos; como también al nivel de determinadas prácticas desarrolladas por los/las trabajadores/as de la salud en la atención con internación de usuarios de la salud mental en el hospital. En el otro extremo, tenemos al paradigma alternativo que se materializa en la actual LNSM a

partir del proceso de desmanicomialización, en la atención del padecimiento mental en hospitales polivalentes y en los Derechos Humanos como eje transversal que regula las prácticas en salud.

Ambos paradigmas conviven en el sistema institucional y están cargados de distintas RS. En el llamado tecnocrático aparece la imagen del psiquiatra simbolizando el saber sobre las llamadas enfermedades mentales. El discurso médico se asume como conocimiento científico sobre lo mórbido, y es reconocido como fuente de verdad para gran parte de los/las trabajadores/as del nosocomio. Dicha imagen es reproducida por ellos y se traduce en las demandas exclusivas de solución que se le exige al saber psiquiátrico.

Asimismo, la medicación aparece en el relato de los/las entrevistados/as como método primario de intervención y solución inmediata frente a los distintos cuadros de padecimiento subjetivo que ingresan por la guardia, siendo la mayoría de ellos por intentos de suicidio. El fármaco es asumido como técnica privilegiada que se sostiene en la hegemonía discursiva de la medicina. La aplicación y la administración no parte de una decisión interdisciplinaria, sino más bien proveniente de la cultura hegemónica de la medicina que atraviesa a toda la institución hospitalaria. De esta manera los síntomas son suprimidos por los psicofármacos administrados, equiparando el dolor físico al sufrimiento psíquico. La mercantilización de la salud logra su cometido cuando el sujeto se convierte en objeto de consumo.

Continuando con esta línea de argumentación, la vigencia de la lógica manicomial aparece reiteradamente en la figura del individuo peligroso. Por lo cual, podemos ubicarla como esquema o núcleo figurativo que aglutina a un conjunto de representaciones y significaciones que se desprenden de él. Debemos puntualizarlo como una imagen poderosa que enuncia de manera concreta nociones abstractas. Lo identificamos en la figura del médico y el enfermero dentro de la organización hospitalaria, como garantes del control, la vigilancia y el tutelaje del padecimiento mental. Todo esto, conlleva a ciertas prácticas relatadas por los/as entrevistados/as, expresadas en la sujeción mecánica sin motivos terapéuticos, excesos en la administración de psicofármacos y malos tratos en la atención.

Así mismo, la persistencia de las prácticas manicomiales son localizadas en el quebrantamiento de los derechos del paciente. Se pudo reconocer y describir que dichas violaciones de algunos de los derechos asistenciales remitían a una cultura institucional de violencia implícita expresadas en prácticas coercitivas. Los/las entrevistados/as indicaron diferentes situaciones donde se vulneraban los derechos a la información sanitaria, al trato digno y respetuoso, a la intimidad y confidencialidad, como también la ausencia de autonomía en cuanto a la voluntad de aceptar o rechazar determinadas terapias. La figura del individuo peligroso contiene nociones e imágenes sobre el padecimiento mental basadas en las pautas de aislamiento y control de los cuerpos. Fundamentadas por la persistencia de la representación social del loco como delincuente potencial, cuyos indicios pueden ser identificados en su condición de peligrosidad e irracionalidad. Teniendo sus orígenes en el discurso psiquiátrico-jurídico de la insania a partir del siglo XIX en Europa, para luego extenderse por todo el continente americano.

Por otra parte, en relación a la LNSM ubicada como paradigma alternativo a la lógica manicomial, se debe destacar que todos los/las trabajadores/as presentaban una postura a favor de sus lineamientos y disposiciones. Sin embargo, establecen críticas para su implementación efectiva, porque

señalan una distancia entre el discurso de la Ley y la posibilidad real de su concreción. Identifican ciertas limitaciones y barreras como ser, la falta de dispositivos intermedios, la carencia de recursos materiales (camas destinadas a SM), como así también humanos. Imposibilitando de esta manera, poder brindar una mejor respuesta a la alta demanda del sector.

Ahora bien, en relación a las internaciones en SM, los/las entrevistados/as revelaron que dicho procedimiento se lleva a cabo como último recurso terapéutico teniendo como criterio la evaluación del riesgo cierto o inminente para la persona o para terceros. Así como también, aquellas situaciones que ameritan una internación al juzgar que dicha decisión aportaría mayores beneficios para su estabilización.

Gran parte de los/as entrevistados/as estuvieron a favor del cierre de los manicomios, no obstante, un grupo de trabajadores/as indicaron que se debería crear un área exclusiva para los pacientes de salud mental en el hospital general. Aludiendo que facilitaría el trabajo de los profesionales y favorecería el proceso de recuperación de las personas internadas, porque se estaría resguardando y protegiendo al paciente de su propia enfermedad. Observamos como nuevamente aquí aparece la lógica manicomial a partir de la idea de control y aislamiento.

En cuanto a la modalidad de trabajo, se identificó a través del análisis de las entrevistas, que existe un gran interés por establecer intervenciones en conjunto entre las distintas disciplinas. No obstante, la modalidad de abordaje interdisciplinario aparece solamente al nivel de lo discursivo como aspiración, pero no se expresa o refleja en sus prácticas terapéuticas. Esto es debido a la existencia de una modalidad de funcionamiento hospitalaria de carácter fragmentario y rígido de las distintas áreas que componen a la institución. Como también, por la ausencia de formación en salud mental dentro del hospital para los/las trabajadores/as de las distintas áreas y profesiones. Esta disposición, permitiría brindar herramientas básicas para la adecuada atención de personas que ingresan por una situación padecimiento psíquico.

Se observó una persistencia de la concepción dualista en el sistema de funcionamiento organizacional, donde se establece una diferenciación entre la salud general y la salud mental. Esta lógica de pensamiento atraviesa todos los espacios y lugares del hospital, así como también en la división extremadamente rigurosa de las funciones de los/las trabajadores/as.

En lo referido a las definiciones sobre el padecimiento mental, encontramos que algunos/as entrevistados/as partiendo de la noción de déficit, comprenden al proceso de salud-enfermedad reduciéndolo a un grupo de síntomas derivados de causas hereditarias, siendo el factor orgánico determinante para el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, encontramos que la mayoría de los/as entrevistados/as partieron de una concepción multicausal del padecimiento mental, indicando una correspondencia con la definición que presenta la LNSM.

Desde nuestro posicionamiento psicoanalítico, pensamos al sujeto como una construcción que emerge de la separación con el Otro donador de significantes y significados fundamentales para constituir la matriz simbólica. El deseo se vehiculiza a través de la palabra y el cuerpo, ambas dimensiones componen un mismo fenómeno a partir del cual la cadena significante constituye el mundo

simbólico que da lugar a la existencia del sujeto. El síntoma, como producción del inconsciente debe ser entendida como una formación de compromiso, entre el deseo y las exigencias que la estructura social impone a los seres hablantes. En este sentido, el psicoanálisis se opone a la lógica organicista procedente de la medicina científica, que ubica el sufrimiento como signo de una enfermedad del cuerpo, o más específicamente del cerebro. El padecimiento subjetivo es en definitiva para el psicoanálisis un conflicto que dependerá de las herramientas con las que cuente el sujeto para poder resolverlo. El dolor psíquico debe ser escuchado como una señal, permitiendo su despliegue mediante la palabra, sin suprimir sus posibles manifestaciones.

Por último, cabe mencionar el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico que funciona como paradigma alternativo a la lógica manicomial y al funcionamiento tecnocrático del hospital. Se despliega en dos modalidades de trabajo, por un lado, acompañando a las personas que cursan una internación de SM y, por otro lado, brindando talleres grupales a los usuarios externados que continúan su tratamiento de manera ambulatoria. Este dispositivo se enmarca claramente bajo la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria a través de la continuidad de cuidados de los usuarios, garantizando el abordaje del dolor psíquico mediante la escucha y la palabra desplegada en un espacio de contención.

Podemos concluir diciendo que los tratamientos en salud mental no son un cuerpo homogéneo de prácticas terapéuticas, sino un conjunto de medidas prácticas y de técnicas provenientes de los saberes disciplinares que corresponden a los diversos enfoques de conocimiento que entran en juego en el campo de la salud, y se materializan en el pensar y actuar de los/as profesionales estudiados. Pero un hilo las une para recortar en el espacio social, las diferentes manifestaciones del padecimiento subjetivo. Esto hace que se reconozcan entre sí y que las reconozcamos como modos sociales, consensuales, de tratar el sufrimiento psíquico. Así mismo, logramos ubicar en el presente trabajo el desarrollo histórico del conjunto de RS sobre el padecimiento mental, y la manera en que se materializan en los/las trabajadores/as de los distintos servicios dentro del hospital a través de la proyección de imágenes, ideas, valoraciones y prácticas.

La ley nacional da un marco legal a determinados abordajes y modalidades del ser y del decir acerca de la salud mental. La vida diaria se les presenta al hospital mismo, con un sinfín de desafíos, donde cada nuevo caso que ingresa al Servicio de Guardia, pone en jaque a los profesionales de la salud exigiendo nuevas y mejores intervenciones. En este sentido, la ley establece un marco que orienta el tratamiento, que da un encuadre a la problemática, pero siempre a sabiendas de que la realidad supera a las letras y el sufrimiento en ciertos casos, excede los recursos para hacerle frente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (2006). *Locos por la Vida. La trayectoria de la Reforma Psiquiátrica en Brasil*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Madre de Plaza de Mayo.
- Ardila, S., y Galende, E. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Salud Mental y Comunidad* (pp. 39-50). <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar>
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ). (2021). *Presupuesto 2021. Salud Mental: recursos insuficientes y concentrados en el manicomio*. Buenos Aires. <https://acij.org.ar/informe-salud-mental-recursos-insuficientes-y-concentrados-en-el-manicomio/>
- Ballesteros, M. (2010). *Algunas puntualizaciones sobre el imaginario social de la locura: un estudio sobre las significaciones construidas por los estudiantes de Psicología*. Tesis de Grado. Universidad Autónoma de Entre Ríos.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser pobre y loco. Alternativas al manicomio* (Primera ed.). Buenos Aires. Topía.
- Bourdieu, P. (2002). Algunas propiedades de los Campos. *Campo de poder, campo intelectual*. Editorial Montessor.
- Castoriadis, C. (2008). *El mundo fragmentado*. La Plata. Terramar.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. CELS. Recuperado el 14 de febrero de 2019 en: <https://www.cels.org.ar/web/2019/02/audiencia-ante-la-cidh-sobre-los-hospitales-psiquiatricos-de-la-argentina/>
- Congreso de la Nación Argentina (2009, 21 de octubre). *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud* N° 26.529.
- Congreso de la Nación Argentina (2010, 3 de diciembre). *Ley Nacional de Salud Mental* N° 26.657. Boletín Oficial N° 32041.
- Del Cueto, A. (2014). *La Salud Mental Comunitaria. Vivir, pensar, desear*. (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina. Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones . (2012). *Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes*. Ministerio de salud de la Nación, Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>
- Eidelsztein, A. (2001). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan* (Vol. I). Buenos Aires: Letra Viva.
- Elichiry, N. E. (1987). La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En *El niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 333-339). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Esther, D., y Heler, M. (1989). *El conocimiento científico. Hacia una visión crítica de la ciencia*. Buenos Aires. Editorial Eudeba.

- Faraone, S., y Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordinadas para una cartografía posible* (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina. Editorial Teseo.
- Faraone, S., Valero, A. S., Rosendo, E., Torricelli, F., y Bianchi, E. (2013). *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales* (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina. Madres de Plaza de Mayo.
- Fernández, A. (2008). La noción de dispositivo. En *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades* (Segunda ed.). (pp. 111-116). Buenos Aires, Argentina. Editorial Biblos.
- Fotia, G. D. (2012). Representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padecimientos mentales en el Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía a partir de la sanción de la ley nacional de salud mental. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX. Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (pp. 86-89). Buenos Aires. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Fotia, G. D. (2017). Análisis del proceso de implementación de la ley nacional de salud mental n° 26657 en el Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía. Transformaciones en las representaciones y prácticas de los trabajadores en el período 2012-2017. *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (pp. 50-53). Buenos Aires. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Fotia, G. D., Sonderegger, E., y Fracchia, Y. D. (2018). Percepción de los profesionales de un servicio de salud mental, respecto a las fortalezas y obstáculos que identifican para la implementación de la ley nacional de salud mental y su relación con los niveles de responsabilidad. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 27-29). Buenos Aires. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica II*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires, Argentina. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2006). 12. La evolución de la noción de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal. En *La vida de los hombres infames* (págs. 157-178). Madrid. Altamira.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico* (Primera ed.). Buenos Aires. Argentina. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2015). *El orden del discurso*. Barcelona. Tusquets.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser* (Primera ed.). Buenos Aires. Lugar Editorial.

- Galende, E. (2012). Consideración de la subjetividad en salud mental. *Salud Mental y Comunidad*, (pp. 23-29).
- Gómez, S. A., Rosales, M. L., Fernández, M. A., Díaz, A. V., Matkovich, A., & Agrest, M. (2021). IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ARGENTINA. *Revista Argentina de Salud Pública*. Recuperado el 19 de octubre de 2022. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2021000200008&lng=es&tlng=es.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- Guber, R. (2011). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México D.F. McGraw-Hill.
- Ibáñez, T. (2001). *Psicología Social Construccionalista* (Segunda ed.). Guadalajara. México. Universidad de Guadalajara.
- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Psicología social II. Pensamiento y vida social*. (Vol. II). Barcelona. España. Paidós.
- Lacan, J. (1985). *Las Psicosis (1955-1956)*. Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, J. (2007). *El seminario. Libro 10: La Angustia (1962-1963)*. (pp. 67-80) Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, J. (1987). *El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1964)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1999). La lógica de la castración. En *Seminario. Libro 5: Las formaciones del inconsciente (1957-1958)*. (pp. 147-258). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2009). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible sobre la psicosis. En *Escritos 2* (pp. 509-557). México: Siglo XXI.
- Lores Arnaiz, M. (1986). El concepto de salud: concepciones y paradigmas. En *Hacia una epistemología de las Ciencias Humanas* (pp. 173-180). Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Lozano, D. (2014). Crisis subjetiva en el desencadenamiento de la psicosis: continuidades y discontinuidades. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores de Psicología del MERCOSUR* (pp. 84-89). Buenos Aires. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-035/187>
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. (M. L. Graffinga, Trad.) Londres. Sage Publications. https://metodosautu.files.wordpress.com/2010/08/maxwell_1996_cap-1.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación . (2013). *Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental*. Direccion Nacional de Salud Mental y Adicciones. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf

- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires. Huemul S. A.
- Página12. (9 de Junio de 2019). El fin de los manicomios la otra deuda. <https://www.pagina12.com.ar/198942-el-fin-de-los-manicomios-la-otra-deuda>
- Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe. (21 de Septiembre de 2007). Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772. *Decreto reglamentario 2155*. Santa Fe, Argentina: Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe. <https://www.santafe.gob.ar/boletinoficial/ver.php?seccion=28-09-2007decreto2155-2007.htm>
- ReconquistaHOY. (7 de Febrero de 2020). ALARMANTE: En los últimos 8 años se quintuplicó la atención en salud mental en el hospital de Reconquista. Video de la entrevista. <https://www.reconquistahoy.com/39124-alarmante-en-los-ultimos-8-anos-se-quintuplico-la-atencion-en-salud-mental-en-el-hospital-de-reconquista-video-de-la-entrevista>
- Ressia, I. D., y Sanchez, M. D. (2015). Una aproximación a las concepciones de salud mental en profesionales de la salud en la ciudad de San Luis. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 86-89). Buenos Aires. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Rossi, G. P. (2007). *Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores* (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina. Polemos.
- Salvarezza, L. (1988). Viejismo. Los prejuicios contra la vejez. En *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires. Paidós.
- Schettini, P., y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de los datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. La Plata. Edulp.
- Secretaría de Gobierno de Salud (2019). *Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>
- Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. *Investigación y Educación en Enfermería*. VI(1). (pp. 31-61).
- Stolkiner, A. I. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. (. Lerner, *Los Sufrimientos* (págs. 211-240). Buenos Aires: Psicolibros.
- Stolkiner, A., y 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*, XXIII(101). <http://www.polemos.com.ar>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia. Universidad de Antioquia.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.

- Testa, M. (1994). El hospital, visión desde la cama del paciente. En O. Saidón, & P. Troianovsky, *Políticas en salud mental* (pp. 175-187). Buenos Aires. Lugar Editorial S.A.
- Ulloa, F. (2012). Cultura de la mortificación y procesos de manicomialización. Una reactualización de las neurosis actuales (aktualneurose). En *Novela clínica psicoanalítica: historial de una práctica* (Primera ed.). (pp. 209-229). Buenos Aires. Libros del Zorzal.
- Umaña, S. (2003). El enfoque de derecho: aspectos teóricos y conceptuales. Costa Rica. <https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000133.pdf>
- Vasilachis de Gialdino, I., Ameigeiras, A. R., Chernobilsky, L. B., Giménez Béliveau, V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., Soneira, A. J. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Yuni, J., & Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación* (Vol. II). Córdoba: Brujas.

ANEXO

Entrevista a trabajadores/as de la salud

Preguntas de entrevista

- 1) ¿Cuál es tu formación académica?
- 2) ¿Qué te llevó a decidirte por esta profesión?
- 3) ¿Cuántos años de experiencia tienes en tu puesto de trabajo actual?
- 4) ¿Cómo te ves en los próximos cinco años de tu vida profesional?
- 5) ¿Cuál es, en tu opinión, el rol que debe cumplir el trabajador de la salud en el sistema público?
- 6) ¿Cómo definirías al padecimiento mental a partir de tu experiencia de trabajo?
- 7) ¿Cuáles crees que son sus causas?
- 8) ¿Qué profesionales piensas que estarían capacitados para tratar una problemática en salud mental, y de qué manera te imaginas que debería ser abordada por ellos?
- 9) ¿Cuáles son las distintas modalidades de atención hospitalaria que existen actualmente para dar respuestas a las demandas en salud mental?
- 10) Basándonos en tu experiencia y observación ¿qué tratamientos se suelen utilizar para tratar las problemáticas que se presentan en salud mental?
- 11) ¿Cuáles son los criterios o procedimientos que se tienen en cuenta para llevar a cabo una internación y la posterior externación de un paciente?
- 12) A partir de los cambios que introduce la Ley de Salud Mental 26.657 en relación a las internaciones en Salud Mental (se ofrece leer los artículos correspondientes: 14, 15, 27 y 28), ¿Qué opinión tienes al respecto sobre los cambios en la reglamentación a la hora de llevar a cabo una internación en Salud Mental?
- 13) Por otra parte, sobre la acción normativa que presenta ley en relación a la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y su progresiva transformación en hospitales generales o polivalentes, ¿cuál es tu postura al respecto?
- 14) ¿Qué opinión tenés sobre los recursos que dispone el hospital para atender las demandas de internación y atención en salud mental?
- 15) En relación a la modalidad de abordaje en Salud Mental, en el artículo 8 especifica la conformación de un equipo interdisciplinario donde debe ser integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Además, en el artículo 13 establece que los profesionales con título de grado están en iguales condiciones para ocupar cargos de conducción, gestión de servicios e institucionales (se le ofrece leer los artículos 8 y 13). ¿Cuál es tu opinión respecto de la posibilidad de creación de un equipo interdisciplinario en el servicio de Salud Mental en este hospital? ¿hay o podría haber resistencias respecto a su conformación? ¿Por qué?

- 16) Teniendo en cuenta la ley sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (se ofrece la lectura del artículo 2 en el caso de no conocer los 7 derechos), en la singularidad de esta organización institucional, ¿están garantizados?
- 17) ¿Podrías relatarme una internación que recuerdes y que haya sido significativa por el impacto que tuvo en tu práctica profesional?
- 18) En relación a las posibilidades de formación en Salud Mental dentro del hospital, ¿existen seminarios o jornadas de capacitación para los trabajadores de la salud sobre la atención y el cuidado de pacientes con padecimiento mental?

Sí. ¿Cómo es la actitud del personal de salud frente a la posibilidad de asistir a dichas capacitaciones?

¿Crees que estos espacios de formación son necesarios? ¿Por qué?

No. ¿Crees que estos espacios de formación son necesarios para el personal de salud? ¿por qué?

Entrevista N°1

Fecha: 19/06/2021

Nombre: "F"

Sexo: Masculino

Edad: 56 años.

Formación profesional: Enfermero profesional Universitario

Años de experiencia laboral: 36 años.

Duración de la entrevista: 1 hora.

Franco Mazzuchini: ¿Cuál es tu formación académica y qué te llevó a decidirte por esta profesión?

F: Bueno yo soy enfermero profesional universitario De la Universidad de Río cuarto y después hice la residencia interdisciplinaria en Salud Mental hubo una elección al azar y una elección consciente de la profesión. Al azar porque yo había rendido para medicina en Córdoba capital, pero no pude entrar. Un amigo iba a estudiar veterinaria a Rio Cuarto y me dice que vaya con él para no perder el año. Me fui a estudiar técnico en laboratorio. Cuando llego las inscripciones ya habían pasado pero este compañero tenía contactos dentro de la universidad y consiguió la carpeta de todos los programas de salud. y al revisarla encontré la de enfermería. Si técnico en laboratorio era una segunda opción, enfermería estaba lejos de haberlo pensado. Entonces me anoto en enfermería y al año me becaron con otros dos compañeros para empezar a trabajar en un Mini loquero. Pero no tenía en ese momento la vocación o ese querer laburar con la locura o la Salud Mental. Podríamos decir que ese fue mi primer encuentro con pacientes psiquiátricos. Volví a estudiar medicina un años después de haberme recibido de enfermero e hice hasta cuarto año de medicina y tuve que dejarlo porque al ya tener una profesión, sumándole a eso tenía dos trabajos. La verdad que estaba a full, entonces decidí meterle todas las pilas a enfermería y dejar la carrera de Medicina.

FM: ¿Cuántos años de experiencia tenés en tu puesto de trabajo actual?

F: Bueno, Imagínate que al año de comenzar a estudiar enfermería ya estaba trabajando gracias a la beca que te había mencionado que me dieron cuando estaba estudiando Enfermería. En ese momento tenía 20 años. Y tengo ahora 56 años es decir que hace 36 años que estoy en esto (risas). En este hospital comencé a trabajar hace dos años.

FM: ¿Cómo te ves en los próximos cinco años de tu vida profesional?

F: Vos sabes que yo siempre he andado por muchos lugares y casualmente un hombre de recursos humanos me ofrece laburo en una clínica privada. Me cita a una reunión donde me ofrece mucho dinero, en primer lugar, me dice que al ver mi currículum y enterarse del recorrido que tengo en Salud Mental valoraba mucho mi experiencia, y por ese motivo quería contratarme. Y esto qué te estoy contando pasó hace unos años atrás y me quedo grabado eso porque me hizo pensar sobre la importancia que tienen los recorridos en distintas instituciones y la formación que uno tiene a través de los años. Al principio no quería venir al hospital, no me gustaba la idea. Pero en la actualidad no sé... hace ya casi

dos años que estoy en el hospital y estoy tratando de encontrarle la vuelta y poder darle una impronta desde nuestra visión de la Salud Mental basada en lo territorial. Lo que quiero decir es que si lo pensamos desde la impronta del dispositivo “Patitos en fila” qué es un espacio terapéutico donde los profesionales son acompañantes terapéuticos y vos lo sabes muy bien porque formas parte de este equipo. Si lo pensamos desde esa esa visión al hospital, claramente uno puede trabajar de otra manera, diferente a la lógica que muchas veces se establece en una institución tan grande como es un hospital general. Es decir, las ganas de seguir en el hospital se basan en poder darle nuestra impronta desde una visión con conexión a la territorial. No me falta tanto para jubilarme, pero me gustaría continuar haciendo algo en Salud Mental.

FM: ¿Cuál es, en tu opinión, el rol que debe cumplir el trabajador de la salud en el sistema público?

F: Bueno, mi gran experiencia siempre ha sido en lo público. Es verdad que también hay una un estigma sobre el trabajo en el sector público y un desprestigio que comienza en los años noventa. Donde todo lo privado era lo bueno y todo lo público lo malo. Nosotros de alguna manera, quiero decir los trabajadores de enfermería, nos hemos quedado en esa discusión y no hemos podido dar una discusión relacionada a esto y seguimos sosteniendo que lo privado es mejor que lo público...por ejemplo la cantidad de enfermeros que hay en un privado no se puede comparar con los trabajadores de enfermería en lo públicos. Es una realidad que es importante tenerla en cuenta. Por ejemplo, el hecho de que hoy acá en Reconquista se haya dicho desde la parte privada que no puede responder a las demandas del tratamiento del COVID porque no tienen en las terapias intensivas el personal necesario, sobre todo de enfermeros y médicos. No es poca cosa decir que la parte pública cuenta con esas herramientas y con los trabajadores. Sin embargo, aún sigue existiendo ese desprestigio por el trabajo público en salud. Yo reivindico al trabajo público y al trabajador como la esencia de mi profesión y de mi oficio, sobre todo yo siempre digo que el oficio tiene que ver con recibirse de trabajador no solo de recibirse de una profesión. Ponerle un plus, donde el trabajo es uno a uno con el paciente, y la libertad que se tiene para trabajar con el paciente.

FM: ¿Cómo definirías al padecimiento mental a partir de tu experiencia de trabajo?

F: Justamente al padecimiento mental lo comencé a utilizar más desde la Ley nacional de salud mental, siempre suelo hablar más de salud mental y creo que el concepto de padecimiento mental viene a poner una idea interesante para no quedarnos con el trastorno mental, con la deficiencia de la persona, el déficit. El padecimiento refiere creo yo que permite hablar de una persona con su historia, con un contexto que lo determina en cierta medida.

FM: ¿Cuáles crees que son sus causas?

F: Un poco te la respondí, tiene que ver con la definición de la ley de salud mental sobre el padecimiento de la persona. Tener en cuenta su historia, su contexto, sus emociones, etc.

FM: ¿Qué profesionales piensas que estarían capacitados para tratar una problemática en salud mental, y de qué manera te imaginas que debería ser abordada por ellos?

F: Para mi cualquier trabajador puede hacerlo, así lo planteamos y lo planteo yo desde hace mucho tiempo. No solamente tiene que tener un título, las intervenciones pueden venir en el hospital a través de un camillero, un mucamo o un administrativo. Si bien puede producir un efecto clínico positivo o a veces negativo dependiendo como se lo vea, pero lo que quiero decir es que todos tenemos esa capacidad, vos, yo, los demás trabajadores...pero también lo tiene el mismo paciente que está padeciendo.

Lo que pasa es que estamos hegemonizados por un discurso que quiere nuclear solamente o cristalizar el saber Psi...casualmente ayer tuve una reunión con unos compañeros de enfermería de la Colonia Monte de Oca de la provincia de Buenos Aires, y una de las cosas que charlamos era que cuando se piensa en el recurso para la atención en salud mental, nunca se piensa en enfermería. Y si queremos establecer la ley dentro del hospital general, se debe incluir a enfermería. Debe haber más personal de enfermería. No es lo mismo pensar al enfermero atendiendo a ocho pacientes como pasa acá en el hospital de reconquista en clínica médica, que tener un enfermero cada cuatro pacientes como pasa en el hospital provincial de Rosario. Incorporar más recursos humanos permitiría otras posibilidades, se puede pensar en otro tiempo, en otros espacios, otros cuidados. Yo creo que se enriquece la discusión y el aporte clínico es fundamental porque favorecen en definitiva a mejorar la calidad de atención en salud.

FM: ¿Cuáles son las distintas modalidades de atención hospitalaria que existen actualmente para dar respuestas a las demandas en salud mental?

F: Está en construcción desde hace un tiempo, quiero decir una modalidad que sea fiel a la ley. Cuesta muchísimo porque el sistema no está preparado para eso, entonces de pronto ayer si hubiéramos tenido un espacio intermedio, una paciente reincidente hoy no estaría internada en el hospital. Pero está y se debe a esa carencia de espacios más intermedios de atención. Tomando este caso que mencione, si el centro de salud hubiera intervenido de otra manera, y no expulsándola como prácticamente sucedió los resultados también serían otros. Digamos que en esta construcción se debe romper muchas cosas, y el sistema en eso es muy fuerte y se cohesiona de tal manera que se cierra en sí mismo. Encima en el medio de la pandemia, se dificulta un poco más pensar la salud mental, no se pueden pensar dispositivos por fuera de lo establecido procedimentalmente, porque necesitan otros tiempos diferentes a las técnicas y los procedimientos ya establecidos. Entonces es una cosa similar a un modelo fabril, y ahí la salud mental que tienen otros tiempos...que tiene otra mirada, otra escucha, otro alojamiento, no necesita tantas técnicas. Yo creo que ahí está donde debemos justamente hacer la construcción que necesitamos, porque si no podemos humanizar una guardia, un cuidado en clínica médica... estamos perdidos. Pero es verdad que la estructura es muy dura, y el panorama es bastante complicado ja, ja, ja (risas). En cambio, si uno tiene un lugar diferente, los mismos trabajadores se van a dar cuenta que eso surte efecto. Y el tratamiento no se reduce solamente a la medicación.

FM: Basándonos en tu experiencia y observación ¿qué tratamientos se suelen utilizar para tratar las problemáticas que se presentan en salud mental?

F: Bueno el tema de la medicación es un tratamiento que ahora se está intentando cambiar en esta construcción del nuevo equipo. Anteriormente estaba centralizado pura y exclusivamente en el

médico. Él era el que daba el alta, hoy no. Un tiempo hasta esta parte se intenta cambiar esta lógica. Los mismos trabajadores nos hemos dado cuenta de la importancia que tiene, en nosotros primero, pero también en el paciente, en la familia, en transmitir una buena contrareferencia con el primer o segundo nivel...porque no es lo mismo que te transmitan una serie de prescripciones médicas a que te transmita una estrategia terapéutica desde el equipo.

FM: ¿Cuáles son los criterios o procedimientos que se tienen en cuenta para llevar a cabo una internación y la posterior externación de un paciente?

Las internaciones obviamente son por la guardia y el lugar que más se utiliza es la sala de clínica médica, aunque hay algunas internaciones en pediatría. Y bueno... yo creo el problema está en que se entiende por externación, porque se la piensa como un alta, y yo creo que el alta en si no debería existir. La internación es parte del tratamiento, porque cualquiera puede tener una crisis o episodio, y bueno, eso debe ser considerado como parte de nuestro laburo. Sino caemos en la idea de pensar que cuando se le da el alta a un paciente, se lo externa y ya no pertenece más, deja de ser un paciente. Como si el alta significaría que está curado, y sin ánimo de cronificar, a lo que me refiero es a la importancia del seguimiento periódico acorde a la situación del paciente y yo creo que en este tema estamos en una construcción interesante. Desde el servicio se está pensado el afuera también, no solamente la internación. La importancia que tiene hacer una buena contrareferencia, la importancia que tiene la creación del dispositivo de continuidad y cuidado, que tiene que ver con eso. Con un seguimiento por un tiempo y una verdadera articulación con el primer nivel, sobre todo.

FM: A partir de los cambios que introduce la Ley de Salud Mental 26.657 en relación a las internaciones en Salud Mental. (se ofrece leer los artículos correspondientes: a) 14 y 15; b) 27 y 28). ¿Qué opinión tenés al respecto sobre los cambios en la reglamentación a la hora de llevar a cabo una internación en Salud Mental?

F: Al tener experiencia por trabajar en loqueros y atender a personas que vivieron 30, 40, hasta 50 años de internación, uno nunca termina de dimensionar por completo todo lo que eso significa. Es importante recuperar la historia porque si uno lee, se encuentra con que en su momento lo jurídico se unió con la psiquiatría porque lo legal necesitaba de prácticas, técnica e instituciones para justificar la peligrosidad de la locura. Entonces decididamente, sin tratarlo como un delincuente pero si peligroso, se justificaba la internación. Así nació lo que Foucault llamo el gran encierro, y que bueno se dio acá también en argentina. Yo estuve una institución que se creó 1914 en Oliva provincia de Córdoba. Ingresaron el 4 de julio de ese primer año, 99 pacientes. Ese mismo año en diciembre ya había 1.200. Entonces, en el año 1933 llego a tener más de 5 mil pacientes, y fue catalogado como unos de los manicomios más grandes de Sudamérica. y eso fue signando a la locura paralela al sistema de salud. El manicomio nos lleva 150 o 200 años de ventaja y la ley recién tiene 10 años a penas, pero la ley viene a meterse entre la justicia y el psiquiatra...no niega ninguno de los dos, los toma a ambos. De hecho, al psiquiatra se lo ubica dentro de un equipo interdisciplinario. Y a la justicia la pone, en los casos de internación, como garante de esa internación. Es decir, no los niega a los dos, pero no pueden estar juntos y solos tomando decisiones. El que decide, es el equipo y en ese sentido la ley es fabulosa y

debemos tomarla. Este modelo manicomial es, si te pones a analizar, primo hermano del modelo medico hegemónico, se complementan. Y hay algo que nosotros decimos que atraviesa el sistema de salud todo, que termina en el manicomio, que es la lógica manicomial, una lógica cruel la cual lleva a la estigmatización del diferente, donde enfrente no hay uno otro sino una acumulación de signos y síntomas a través de la peligrosidad. ahí aparece el diferente, y tiene todo un correlato legal y médico, cierra todo. Esa lógica todavía persiste en los trabajadores de la salud, atraviesa nuestras prácticas, porque esta acá (señala con su dedo índice la cabeza), no está en el manicomio. Verdaderamente está en la cabeza de cada uno de nosotros, persiste ahí.

FM: ¿Ves estas características del manicomio en el hospital de Reconquista?

F: Veo muchas cosas del loquero, en el hospital de acá, en la forma de dirigirse al otro, de tomar a ese otro como un objeto. Lo vemos en los jefes de clínica médica, en los jefes de enfermería. Anteriormente lo vimos en la dirección del hospital, pero la actual parecería que puede llegar a ser un poco más abierta, el tiempo dirá.

FM: Por otra parte, sobre la acción normativa que presenta ley en relación a la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y su progresiva transformación en hospitales generales o polivalentes, ¿cuál es su postura al respecto?

F: Claramente hay una corriente que sigue pensando en el manicomio, como te decía recién uno que paso por esos lugares y ha entendido la locura de otra manera y ve que, ante otro tratamiento y otra postura del equipo, esa persona responde y puede irse en poco tiempo. Me ha tocado la experiencia de estar con personas que han estado 20 o 30 años internadas, y que hemos tenido un trabajo de seis o siete meses de laburo intensivo con la familia, con la comunidad y con la persona, porque imaginate que paso más tiempo en el manicomio que en la sociedad. El manicomio no es una institución saludable, eso está claro, por lo tanto, no debe existir. Basaglia decía eso justamente, que hay que erradicar decididamente los manicomos porque si hay, aunque sea uno solo, siempre está la posibilidad de mandar a alguien a ese lugar.

FM: ¿Qué opinión tenés sobre los recursos que dispone el hospital para atender las demandas de internación y atención en salud mental?

F: Yo creo que en este momento el hospital no tiene los recursos, va en ese camino a mi parecer, pero ahora no los tiene no tiene los recursos Psi, trabajo social y tampoco está el recurso de enfermería. Tampoco está el recurso que hablamos hoy sobre la posibilidad de crear dispositivos, tampoco está la formalización del recurso del acompañante terapéutico, que para nosotros es fundamental como parte del equipo. En este momento podemos decir que estamos con un plantel que no estaba hace unos años, pero bueno, falta. En lo personal me ha sorprendido la construcción, esta nueva organización del servicio de salud mental y la cerebro.

FM: En relación a la modalidad de abordaje en Salud Mental, en el artículo 8 especifica la conformación de un equipo interdisciplinario donde debe ser integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Además, en el artículo 13 establece que los profesionales con título de grado están en iguales condiciones para ocupar cargos de conducción, gestión de servicios e institucionales (se

ofrece leer los artículos 8 y 13). ¿Cuál es tu opinión respecto de la posibilidad de creación de un equipo interdisciplinario en el servicio de Salud Mental en este hospital? ¿hay o podría haber resistencias respecto a su conformación? ¿Por qué?

F: yo creo que avanza en ese sentido de la conformación, aunque todavía hay gente que no cree en el equipo y que se piensan dueños de la salud, generalmente son médicos, pero también hay psicólogos que se creen dueño de la salud mental. La hegemonía no es solamente médica, por eso te decía que estamos en construcción, porque por ejemplo se acepta a todo el equipo de salud mental que trabaja de manera interdisciplinaria pero no se acepta una coordinación interdisciplinaria...hay como una dicotomía y una contradicción. Los límites son impuestos no solo desde la dirección, sino administrativos e inclusive. En definitiva, creo que son decisiones políticas que se debieran tomar y no se las toman, o que se toman algunas no más.

FM: Teniendo en cuenta la ley sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (se ofrece la lectura del artículo 2 en el caso de no conocer los 7 derechos), en la singularidad de esta organización institucional, ¿están garantizados?

F: Mucho de esos derechos no se cumplen, uno de esos es la confidencialidad. Desde que vine a Reconquista me llamo la atención como el hospital era una noticia amarilla en los medios de comunicación, y decían a modo de parte de guardia, que bien puede ser el parte que se da en el pase de guardia entre enfermeros o entre médicos. Hablaban desde ahí, se pasaban información del paciente y se sigue pasando información totalmente privada que es de la institución. Donde el paciente nunca fue consultado ni su familia. Yo creo que es una violación de un derecho fundamental porque expone a la persona, y en salud mental mucho más. Nos ha pasado con muchos pacientes que se los toma como una noticia pintoresca, y después eso ha tenido influencia desde lo clínico en el paciente. Recuerdo un caso de una chica que es internada recurrentemente en el hospital y que justamente se internó nuevamente ayer, la relevancia que le dieron desde los medios género que ahora ya sea conocida como la chica del puente. Y hay algo que no se hace, y que nosotros tampoco, hasta los profesionales más formados no lo hacen, que es incluir también al paciente en su propio tratamiento o en la estrategia terapéutica, cuesta muchísimo en el profesional. y también esto, por ahí hay una cosa muy médica que tiene que ver con el derecho del paciente, que es saber lo que le pasa para bien o para mal, después se ve. Pero hay una cosa de infantilizar a la persona que es creer que se le va a hacer menos mal si no se le dice lo que está sucediendo. Justamente hoy llamaron a una de las psicólogas del servicio porque falleció un paciente de 51 años de COVID, y el padre está internado en el hospital de campaña (hospital viejo). El mismo hospital le pide a la psicóloga que vaya a contarle a este hombre que su hijo falleció. Fijate vos como se mal utiliza un recurso. El que tiene que decirle en primera instancia es el médico, y después intervendrá en el caso de ser necesario, el psicólogo. A lo que me refiero es que a todo el equipo de salud le compete el cuidado, la contención, el acompañamiento, el apoyo, no solamente al psicólogo. Entonces pasa que te utilizan mal como recurso. Si se tiene que cortar la pierna a una persona el traumatólogo te dice que vayas a decirle que es lo que le va a pasar, cuando en realidad el que sabe cómo va a ser la operación,

cuáles van a ser los procedimientos, es el traumatólogo. Después uno intervendrá como equipo de salud mental en caso de ser necesario.

FM: ¿Podrías relatarme una internación que recuerdes y que haya sido significativa por el impacto que tuvo en tu práctica profesional?

F: Recuerdo siempre una internación cuando yo estaba trabajando en Córdoba, todavía no ocupaba decididamente en salud mental, pero faltaba poquito para ingresar a la residencia. Trabajaba en el instituto del quemado, y había una persona que estaba por intento de suicido que había sufrido quemaduras en gran parte de su cuerpo, yo en ese momento atendía como enfermero por la noche y recuerdo que viene Mónica, nunca me voy a olvidar su nombre, fijate vos yo tenía 22 o 23 años, en ese momento era muy técnico porque de salud mental ni idea. Como te decía, tenía que pasar a hacerle medicación a la noche, cosas técnicas. A esta chica le iba a aplicar una medicación que era un derivado de la morfina, Nuvaina y bueno...luego de pasar una hora, me toca el timbre y me llama, yo tenía 12 pacientes en ese momento, dos por habitación y estaba solo. Cuando voy me dice que le duele mucho, y le digo, “pero Mónica hace una hora te hice la medicación”. Y ella me responde, “¿por qué no me lees algo?” y yo por dentro digo, esta mina esta re loca con todo el laburo que tengo, quiere que pierda tiempo leyéndole. Le respondo que después pasaba y me voy a hacer mis cosas. Al rato, otra vez el timbre, dejo pasar media hora y vuelve a tocar el timbre. Me di cuenta que no se iba a dormir, entonces fui a leerle. Cuando voy a su habitación tenía los ojos como el dos de oro. Me siento al lado de la cama y le empiezo a leer. Muy interesante el libro y me termino entusiasmado con la lectura, y en un momento me sorprende de repente un ronquido de la mujer. habrán pasado diez minutos de que le había empezado a leer, entonces yo en ese momento no me di cuenta, estaba contento porque zafé. Y encima durmió toda la noche. Luego con el tiempo, empecé a preguntarme, ¿qué es lo que le duele a una persona cuando dice que le duele algo? Es tan subjetivo el dolor, que distintas cosas calman a distintas personas. Algunos con una morfina, pero a otros con un cuento. Esto siempre lo recuerdo, porque me enseñó muchas cosas, me hizo entender el cuidado y que, en esa circunstancia de querer zafar de la situación yo había brindado un cuidado, bastante malo, pero había sido de todas maneras una posición de cuidado desde la cual fui reforzando, con otras situaciones que fueron abonando elementos importantes en mis intervenciones. Otra situación que me marco, fue el fútbol de los miércoles en el loquero. De pronto nos pusimos a jugar y empezaron a aparecer. Pasado un mes ya se habían conformado dos equipos, luego tres, y se armó un campeonato. Como a los cinco meses todos los miércoles a las tres de la tarde nos poníamos a jugar al fútbol. Los equipos estaban conformados por cuatro trabajadores del lugar y siete pacientes por equipo. Casi cuarenta o cincuenta personas estábamos ahí produciendo algo diferente dentro del manicomio. Me cambio la cabeza al ver que cosas de la cotidianeidad ayudan a que una persona esté bien. Y después lo otro que hicimos grupalmente, fue una radio dentro del loquero. que mí me hizo entender cuán importante son los espacios saludables. Llegamos a tener 80 pacientes esperando escuchar la radio que se emitía dentro del loquero. Cada paciente tenía su radio y recuerdo sobre todo dos personajes. Uno era pipa porque fumaba en una pipa, era el primero en llegar lleno de bolsas lo cual es común en los loqueros, y también era el último en irse. Primero vino solo y luego con la novia, se sentaba y no hablaba. De a

poco nos empezó a incomodar y le preguntamos si estaba todo bien, y nos dijo que sí. Al otro día llego y nos dice que quería hacer un programa de música mexicana. Lo felicitamos obviamente, y nos trae un casete de música, para que lo pasemos en la radio. Básicamente eso era lo que quería, que pasemos su música, y se escuche en el loquero. Y el otro se llamaba Daniel, que me acuerdo que había matado a su mujer y todos los profesionales nos decían que no lo llevemos a la radio a participar a ese criminal. La cuestión es que se convirtió a no sé qué religión, entonces cuando se lo invito, nos dice que el quería hablar sobre su religión. Empezó con media hora, luego se volvió insoportable para todos tanto tiempo, así que se fue reduciendo a cinco minutos de rezo por parte de esta persona ja, ja, ja. Habíamos quedado que en cada espacio dentro de una sección el entraba y hacia un rezo. En definitiva, el tipo estaba súper contento de participar. Bueno, esas son las cosas que a ellos y a nosotros como trabajadores nos cambió la cabeza. Después de cada programa nos quedábamos hablando de lo que sucedido, y la verdad que fue una experiencia que no me la olvido más.

FM: En relación a las posibilidades de formación en Salud Mental dentro del hospital, ¿existen seminarios o jornadas de capacitación para los trabajadores de la salud sobre la atención y el cuidado de pacientes con padecimiento mental?

F: La verdad que no existen.

FM: ¿Crees que estos espacios de formación son necesarios para el personal de salud? ¿por qué?

F: Hace poco hubo un reclamo del personal de enfermería sobre la falta de capacitación en salud mental. Estuvo muy bueno porque organizamos a partir de ese reclamo tres encuentros donde una trabajadora social y yo hablamos sobre la Ley de Salud Mental. En el segundo, estuvieron un psicólogo y una psicóloga hablando sobre el tema de que se hace en una internación, y en el tercer encuentro se continuó hablando de las intervenciones en las internaciones por parte de las psiquiatras. Esto fue para todo el personal de enfermería de clínica médica y cirugía, lo hacíamos en un horario donde se lograba reunir a los dos turnos, tipo una de la tarde. En promedio, concurrieron unos diez enfermeros por encuentro, que para nosotros es muchísimo.

La idea del equipo y en esta búsqueda de la conformación del servicio de salud mental, es tener una pata fuerte en el tema de capacitación y formación para el personal de salud. Porque inclusive, en el hospital no existe formación, si uno quiere buscar capacitarse, tiene que buscar afuera de la institución y esta situación es igual para cualquier profesional del hospital. Esto es tremendo, y habla de un no reconocimiento del trabajo de los profesionales y la falta de crear conocimiento a partir de la clínica de los trabajadores. No se fomenta la formación en la institución.

FM: Muchísimas gracias por brindarme tu tiempo para la entrevista.

F: Gracias a vos. Espero te sea útil la información. Éxitos.

Entrevista N°2

Fecha: 23/06/2021

Nombre: “V”

Sexo: Femenino

Edad: 27 años.

Formación profesional: Trabajo social

Años de experiencia laboral: 3 años y seis meses.

Duración de la entrevista: 1 hora y 17 minutos.

Franco Mazzuchini: ¿Cuál es tu formación académica?

V: Bueno yo estudie trabajo social, es una carrera que se estudia en el Instituto Superior Incorporado Juan XXIII que es de 4 años, también hace un par de años atrás que vengo haciendo cursos sobre Salud Mental.

FM: ¿Qué te llevó a decidirte por esta profesión?

V: Yo cuando me recibí de quinto de la secundaria, la modalidad con la que termine fue la de Ciencias Naturales. Entonces comencé a prepararme para estudiar medicina, pero no llegue con los tiempos para rendir el ingreso y deje porque no comprendía el lenguaje por su complejidad. En ese mismo tiempo, colabore en un comedor dando merienda a unos chicos de un barrio y mi mamá me dijo si me interesaría estudiar Trabajo Social. Luego investigue sobre que se trataba y le anote luego para la carrera. Obviamente tuve mis crisis existenciales sobre la carrera, pero en el último año me di cuenta que esta bueno, porque difiere mucho en las prácticas que no me gustaron, luego hubo materias más de reflexión en relación al rol del trabajador social, eso está bueno.

FM: ¿Cuántos años de experiencia tienes en tu puesto de trabajo actual?

V: En el último año de mi carrera, tenía una materia llamada psicopatología que tiene que ver con la salud mental en realidad, sumando también a una crisis que tuvo un familiar, fue confluyendo mi interés hacia el área de la salud mental. Luego se da la casualidad de encontrarme con un compañero, que me comenta que estaba trabajando en el hospital en un dispositivo de salud mental con pacientes que se encontraban internados haciendo acompañamiento terapéutico, y además martes y jueves hacían talleres grupales. Entonces yo le pregunté si podía comenzar a ir como voluntaria y ver qué onda ese dispositivo que me había llamado la atención, sobre todo por la experiencia. A los meses me avisa este compañero que el coordinador del dispositivo le dijo que podía ir a los talleres martes y jueves, y entonces comencé a participar. todo esto que te cuento es en el año 2018. Y en el 2019 el coordinador me llamo para trabajar en el hospital como acompañante. Comenzamos cinco acompañantes, y actualmente somos cuatro.

FM: ¿Cómo te ves en los próximos cinco años de tu vida profesional?

V: La verdad que no me veo trabajando acá a cinco años en el hospital, porque aparte de recibirme de Trabajo Social, comencé a hacer la carrera de Ciencias de la Educación. Y bueno, amo la salud mental, pero como todos sabemos el pago es una miseria, entonces es imposible proyectar a futuro

haciendo lo que estamos haciendo. Por todo esto, es que no me veo trabajando como acompañante terapéutico en el hospital de acá a cinco años. Creo que lo que te desmotiva a seguir es la precarización laboral que hay.

FM: ¿Tuvieron dificultades para organizar el dispositivo de acompañamiento terapéutico en el hospital?

V: Si, siempre al trabajar con un otro surgen las diferencias, choques y hasta enfrentamientos o las diferentes miradas para abordar una determinada situación en salud mental. Si bien no me refiero a situaciones que lleguen a impedir desarrollar nuestro trabajo con normalidad, pero suele ser recurrente estas diferencias en cuanto a las miras que tenemos desde el dispositivo sobre la atención en salud mental, que son muchas veces contrarias a los demás trabajadores del hospital.

FM: ¿Cuál es, en tu opinión, el rol que debe cumplir el trabajador de la salud en el sistema público?

V: Te puedo decir que en realidad no tendría que haber una diferencia entre lo público y lo privado, pero yo no eh trabajado en lo privado para decirte como experiencia. Lo que sí puedo decir es que, al trabajar en un hospital general público, al recibir cualquier tipo de problemáticas, muchas veces muy complejas, y quizás un psicólogo en un consultorio privado puede elegir si trabajar con un psicótico o no, por ejemplo. Recuerdo un caso de una chica que se encontraba internada en hospital, y me dice que con el psicólogo que se atendía en la parte privada, le dijo que no la iba a tender más, sin darle ninguna explicación, “¡no te voy a atender más!”, le dijo. En lo público vos no podés negarle la atención. En lo privado tenes llamémosle la libertad de elegir si queres atender o no a determinado paciente. En el caso de esta joven, creo que encima la querían internar en una clínica psiquiátrica que funciona acá en la zona, en la Gallareta.

FM: ¿Cómo definirías al padecimiento mental a partir de tu experiencia de trabajo?

V: El padecimiento mental es algo que lo podemos atravesar todas las personas, nadie está exento de no tener un sufrimiento, es una cuestión subjetiva que tiene que ver también con las redes de contención, me refiero a si tiene apoyo o no de su entorno.

FM: ¿Cuáles crees que son sus causas?

V: Creo que es multicausal, y tiene que ver también con lo que plantea la ley de salud mental, el contexto, sus vínculos, la situación socio económica, las diferentes etapas que atraviesan las personas. Por eso es muy importante posicionarnos cuando hacemos una lectura de una situación de salud mental...sobre el momento histórico que estamos atravesando, porque eso también determinada y produce determinados malestares en las personas.

FM: ¿Qué profesionales piensas que estarían capacitados para tratar una problemática en salud mental, y de qué manera te imaginas que debería ser abordada por ellos?

V: Yo creo que el abordaje de las situaciones de salud mental tiene que ser multidisciplinario, por ejemplo, en nuestro dispositivo de acompañamiento me encantaría que hubiera una persona que haya estudiado arte, porque aportaría un montón en los talleres. Obviamente que, para todo esto, se necesita hacer una capacitación sobre la salud mental para que estos profesionales tengan la misma

perspectiva que nosotros, me refiero a la idea del sujeto de derecho, como lo indica la ley. Por eso pienso que estaría bueno que se integren más disciplinas, sin dudas obvio tenemos las clásicas y básicas como psiquiatría, psicología, trabajo social; pero incorporar nuevas aportaría mucho al abordaje de cada situación. Digo esto y aclaro, que me estoy refiriendo sobre todo a lo grupal porque el psicólogo como el psiquiatra en un abordaje más individual son fundamentales, pero en un espacio terapéutico grupal incorporar nuevas disciplinas aportarían muchísimo.

En primer lugar, debe ser comprendida desde la perspectiva de los derechos humanos, considerando al otro como un sujeto de derecho. Como una persona, donde el trato debe ser humanizado tratando al otro como un igual, y no olvidarnos que todos podemos pasar por momentos de angustia, por una depresión o situación de malestar en alguna etapa de nuestra vida. No olvidarse, que a la persona que estamos atendiendo es un sujeto que tiene derecho y tiene que ser respetados, y también parte de sus derechos dentro del hospital es que pueda ser escuchado por nosotros lo cual implica brindarles el tiempo que necesitan para saber qué es lo que le pasa, porque llega al hospital, cuál es su situación, etcétera. Y si hablamos sobre nuestro trabajo como acompañantes terapéuticos, ¿quiénes pasan 4 horas escuchando las problemáticas de los pacientes? ¿quiénes pasan más de 15 minutos escuchándolos y dándole su tiempo? solamente los acompañantes terapéuticos. No nos olvidemos que los enfermeros también son los que están las 24 horas con los pacientes y tienen la herramienta de la información sobre lo que le está sucediendo al paciente, cosa que los médicos por ejemplo no tienen.

FM: ¿Cuáles son las distintas modalidades de atención hospitalaria que existen actualmente para dar respuestas a las demandas en salud mental?

V: En el hospital en lo que refiere a la salud mental está la guardia donde se atienden las crisis, después tenes los consultorios externos donde atienden los psicólogos y psiquiatras. Luego también las internaciones en el área de adultos, y nuestro dispositivo de acompañamiento terapéutico. Además, en pediatría y neo también el servicio de salud mental actúa cuando se lo solicita, ya sea un médico o enfermero hacen el pedido a la psicóloga para que pasa a ver a un paciente que lo necesita.

FM: Basándonos en tu experiencia y observación ¿qué tratamientos se suelen utilizar para tratar las problemáticas que se presentan en salud mental?

V: Desde lo que observe hasta ahora, siempre dependiendo de cada situación obviamente, hay situaciones que sí requieren contención física o que requieren el triple esquema. Después viene el abordaje más terapéutico, donde entraría ahí ya el psicólogo, el trabajador social en ciertos casos, el psiquiatra y los acompañantes terapéuticos.

Hay pacientes recurrentes y en esos casos se realiza o se realizaba la contención mecánica con estos pacientes en la sala de internación de adultos, mucha bola no se le daba, y se podía ver como los tenían dos, tres o 4 días incluso atados a la cama. Yo lo pienso como una forma que utilizaban los trabajadores para que el paciente no moleste. Pero esto hace un tiempo que no lo estoy viendo. Antes parecería que estaba más permitido o autorizada esta forma de contención.

Ahora podemos decir que con la nueva coordinación del servicio las decisiones son más interdisciplinarias y más humana a mi entender, antes se priorizaba la medicación y hasta era casi la

única terapia que se le daba importancia. Lo que se veía mucho antes era lo médico y se medicaba hasta doparlo, entonces el paciente permanecía dormido casi toda la internación. Después cuando se despierta recién se interviene. Es verdad que luego del pase a planta permanente de un psicólogo que hace años viene trabajando en el hospital, al estar ahora más horas atendiendo se nota la diferencia en cuanto a la presencia de la terapia psicológica, lo cual antes no se lo veía tanto. Por ahí llegábamos los acompañantes y los pacientes nos decían que en todo el día no paso ningún psicólogo a verlos, o pasaban dos días sin verlo, e inclusive desde la internación. Creo que un poco cambio todo esto, también se incorporó otra psicóloga en clínica, y entonces se van rotando y se ve que el trabajo es de otra manera.

FM: ¿Cuáles son los criterios o procedimientos que se tienen en cuenta para llevar a cabo una internación y la posterior externación de un paciente?

V: Desde mi experiencia y lo que eh escuchado, depende siempre de cada situación, de la particularidad del caso. y de acuerdo a eso, se busca estabilizarlo si entra en la guardia con una crisis. Luego ver el historial clínico, porque puede ser un paciente recurrente. La externación tiene que ver con esto, con su historial clínico más el contexto social que vive la persona. Creo que el alta debe ser una decisión interdisciplinaria, antes se solía ver que era solamente del psiquiatra, pero ahora eso está cambiando. Sin embargo, el psiquiatra y el psicólogo siguen siendo los que determinan el tratamiento y el alta del paciente. Y vuelvo a remarcar la importancia del trabajo interdisciplinario, porque es muy enriquecedor para el equipo que interviene en un caso, aportar al tratamiento del paciente y a su recuperación.

No estoy segura si es en todos los casos, pero creo se le otorga un turno al paciente que tiene el alta. Para seguir con el seguimiento del caso. Eso está bueno, porque dentro de un tiempo, se lo puede evaluar cómo sigue el paciente externado.

Además, estaba pensado en tu pregunta, y recordé que más allá que hayan cambiado algunas cosas en el servicio de salud mental, a nosotros los acompañantes no se nos suele consultar por lo trabajado con el paciente o que mirada tenemos en relación a un caso. Solo en casos excepcionales y complejos, puede ser que sí. Es decir, se nos indica ciertas directivas que hacen a la estrategia terapéutica, pero luego de cumplirlas nosotros tenemos mucha información que consideramos importante, pero no se nos suele consultar. Y es algo que tanto el psicólogo como el psiquiatra podrían utilizar. Creo que la mirada del acompañante terapéutico todavía no se la tiene en cuenta.

FM: A partir de los cambios que introduce la Ley de Salud Mental 26.657 en relación a las internaciones en Salud Mental (se ofrece leer los artículos correspondientes: 14, 15, 27 y 28), ¿Qué opinión tienes al respecto sobre los cambios en la reglamentación a la hora de llevar a cabo una internación en Salud Mental?

V: Desde mi experiencia, en el hospital general de Reconquista se están realizando las internaciones de salud mental. Se está viendo también, que las internaciones sean los más breves posibles. Creo que en relación a esos artículos que mencionas, en el hospital se está cumpliendo, por lo menos en este hospital general, no sé en otros. Anteriormente no sé cómo era. Si bien hay profesionales que desconocen la ley de salud mental, o la conocen, pero no la aplican, en su gran mayoría se aplica la

ley en relación a las internaciones. Por ahí lo que no está funcionando, es el primer nivel de atención, me refiero a la contención dentro del contexto del paciente, y lo que se suele ver es la internación como uno de los primeros recursos. Esto creo que tiene que ver con otras posibilidades que se podrían implementar en primer nivel y no se la están utilizando. Esto tal vez tenga que ver con los recursos con los que cuenta el servicio de salud de los barrios, me refiero a la falta de profesionales.

FM: Por otra parte, sobre la acción normativa que presenta ley en relación a la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y su progresiva transformación en hospitales generales o polivalentes, ¿cuál es tu postura al respecto?

V: Está buenísimo, pero ¿qué hacemos con las personas que toda su vida la pasaron en hospitales psiquiátricos, donde van a parar, con quienes, como se van a adaptar en la sociedad si no tienen familiares ni redes de contención? En otros lugares, como Buenos Aires hay casas de medio camino donde se los acompaña en ese proceso que se llama desinstitucionalización, y puedan reincorporarse a la sociedad. Pero acá en esta zona no hay, y tenemos sin ir más lejos a la Gallareta (clínica psiquiátrica), donde hay situaciones donde no estaría funcionando el Órgano de Revisión. Un ejemplo es una usuaria del taller grupal del dispositivo de acompañamiento terapéutico que me olvide decirte que se llama Patitos en Fila, donde tuvo una internación en el hospital general y a raíz de ello, comenzó a participar en nuestro espacio. Bueno, ella anteriormente estuvo mucho tiempo internada en la Gallareta, no recuerdo bien los años, pero creo que alrededor de 20 más o menos. Ella nos cuenta que deja de vivir en ese lugar simplemente porque su padre, quien era el que pagaba la internación, falleció. Por este motivo la dieron de alta, si podríamos llamarlo así. Actualmente regreso a convivir con su familia. A lo que voy con este caso, es que el Órgano de Revisión, nunca intervino para revisar porque esta persona estuvo tantos años internada. Lo que se cuestiona acá, es la utilización de la internación por tiempo indefinido, que claramente no va de la mano con lo que la ley dice.

El otro día estaba participando de una charla sobre salud mental que se llamaba Políticas y Clínicas del Cuidado, y en esa exposición hicieron referencia a que en Buenos Aires los hospitales psiquiátricos se llevan el 90% del presupuesto en Salud Mental. Entonces la pregunta es ¿por qué se los sigue sosteniendo? Entonces ahí vos entendés que se los sigue financiando por cuestiones establecidas hace muchos años y que son difíciles de remover. Pero para que esto se revierta hay que hacer más dispositivos alternativos, que no estaría pasando.

FM: ¿Qué opinión tienes sobre los recursos que dispone el hospital para atender las demandas de internación y atención en salud mental?

V: Creo que no se cuentan con los recursos suficientes, porque recibe mucha demanda no solo de Reconquista y de otros lugares de la zona porque lamentablemente estos pueblos o ciudades no cuentan con los recursos humanos para dar respuesta a ciertas situaciones de Salud Mental. También si hablamos de recurso material, no hay tantas camas en internación de adultos para pacientes de salud mental. Y si nos ponemos a pensar cuando hablamos de internación de adultos, decimos todo tipo de internación, no están divididas las camas por áreas donde se internen por un lado pacientes orgánicos y por otro, aquellos con algún problema mental. Se los ubica a todos juntos, y vuelvo a repetir, las camas

disponibles para los pacientes de salud mental son muy reducidas. Entonces, hay muchas veces que, al no haber más camas, los pacientes deben quedar en la guardia un par de días y después lo suben a clínica porque se liberó una cama. Y ahora en este contexto de pandemia, claramente empeoro esta situación.

FM: En relación a la modalidad de abordaje en Salud Mental, en el artículo 8 especifica la conformación de un equipo interdisciplinario donde debe ser integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Además, en el artículo 13 establece que los profesionales con título de grado están en iguales condiciones para ocupar cargos de conducción, gestión de servicios e institucionales (se le ofrece leer los artículos 8 y 13). ¿Cuál es tu opinión respecto de la posibilidad de creación de un equipo interdisciplinario en el servicio de Salud Mental en este hospital? ¿hay o podría haber resistencias respecto a su conformación? ¿Por qué?

FM: Bueno, primero hay que contextualizar la situación que estamos pasando por culpa del COVID, y la cantidad de casos en este momento complica todo en general poder pensar a largo plazo, pero el servicio de salud mental está en un proceso de formalización que va lento por dicho contexto pandémico. Creo que lo que se está buscando en estos momentos es poder llegar a trabajar verdaderamente de manera interdisciplinaria. Lo que sucede es que, desde la dirección del hospital, los cabecillas tienen un pensamiento muy retrogrado y conservador que por ahí no quiere que sea un equipo interdisciplinario y eso pone mucha trabas y palos en la rueda para que suceda.

En cuanto a las resistencias yo hacía referencia a lo institucional no a los profesionales. Se sabe muy bien que es el director del hospital quien no quiere la conformación del equipo interdisciplinario. Es verdad que ya pasamos un obstáculo que tenía que ver con un médico psiquiatra donde el solo quería tomar las decisiones del servicio como coordinador, y en cierta manera lo hizo por mucho tiempo. Ahora estamos en un proceso llamémosle mas democrático, donde se debatió un proyecto para la conformación del servicio de salud mental, donde todos participamos. La idea del proyecto, entre otras cosas, es que haya tres coordinadores que representen a las profesiones de psicología, psiquiatría y trabajo social. Pero esta iniciativa no fue del agrado de la dirección, porque se sigue sosteniendo que quien debe tomar la última decisión es un psiquiatra, justificando esta idea por cuestiones burocráticas.

FM: Teniendo en cuenta la ley sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (se ofrece la lectura del artículo 2 en el caso de no conocer los 7 derechos), en la singularidad de esta organización institucional, ¿están garantizados?

V: No se lo ve en todos los profesionales, pero existen algunos derechos que no se respetan. Lo que pude observar por ejemplo en el momento en que se le da a una medicación al paciente, y esta persona le pregunta qué es lo que le están por dar, los enfermeros siempre responden que es lo que le dejó recetado el médico y se van sin darle una respuesta...bueno esto es muy común. Lo que queda en evidencia es ¿dónde está el derecho del paciente de saber sobre su tratamiento o sobre lo que está por tomar? Sumándole a todo esto que encima de que debe tomar una medicación que no le dicen para que es, se enojan si no la toma. Y además de que el paciente tiene derecho a aceptar o no la medicación. Vemos casos en los cuales, si una persona esta con delirios y los profesionales vienen a querer ponerle una inyectable, no solo no le explican, sino que se quejan diciendo que insistieron y no quería. Pero la

cuestión está en poder explicarle que esa medicación es necesaria para empezar un tratamiento, o es parte del tratamiento. Si el paciente está en una situación de crisis, uno debe priorizar el bienestar de esa persona, y eso tiene que ver con respetar sus tiempos.

FM: ¿Podrías relatarme una internación que recuerdes y que haya sido significativa por el impacto que tuvo en tu práctica profesional?

V: Una de las situaciones que me resulto bastante chocante, fue una situación de un señor que lo internaron el hospital porque estaba deshidratado y en situación de desnutrición, y quienes lo atendían en la internación lo ataron a la cama. La situación por la cual llegó fue porque lograron sacarlo de su casa que fue usurpada por unos jóvenes y convivía con ellos. Estuvo por mucho tiempo en una relación de sometimiento por estas personas. había sufrido maltrato físico, y no se estaba alimentando. Lo que me impacto fue que como el caso estaba judicializado, el policía que estaba en la habitación, lo ata porque sino se quería sacar el suero. Esta escena que te cuento fue justo cuando yo recién ingresaba a trabajar ese día, entonces vi toda la escena. Me acerco para charlar con el paciente, y lo que observe fue el miedo en sus ojos y se lo notaba totalmente desorientado. Me quede con él un buen rato charlando, le explique donde estaba, quien era, y que no tenía que sacarse el suero porque le estaban dando vitaminas, y luego lo desate.

A lo que voy, es la importancia que tiene la palabra, de explicarle al otro donde está parado, porque está ahí. Cosas simples pero que se suelen dejar de lado. Si bien él no hablaba, el captaba todo lo que le decía. Son cosas simples como dije, que se pasan por alto, y son muy importantes. Y capaz si yo no pasaba ese día, seguramente seguía atado hasta el otro día. Siento que hay algunas personas dentro del hospital que, por ser absorbidos por el sistema, no puedan ver lo humano en el otro. Entonces aparece como esta idea de que el paciente revoltoso siempre molesta, ocupa mi tiempo que podría estar haciendo otra cosa más importante. Creo que se maneja mucho esa idea sobre el paciente de salud mental.

FM: En relación a las posibilidades de formación en Salud Mental dentro del hospital, ¿existen seminarios o jornadas de capacitación para los trabajadores de la salud sobre la atención y el cuidado de pacientes con padecimiento mental?

V: Si, pero no son frecuentes dentro del hospital.

FM: ¿Cómo es la actitud del personal de salud frente a la posibilidad de asistir a dichas capacitaciones?

V: Por ahí lo que veo es que si hay formaciones es por seminarios o cursos organizados por fuera de la institución. Nosotros dentro del equipo de salud mental nos compartimos información sobre capacitaciones. Pero si hablamos de capacitaciones dentro del hospital para otros profesionales, la verdad que no son frecuentes, o por lo menos es lo que veo.

FM: ¿Crees que estos espacios de formación son necesarios? ¿Por qué?

V: Sería buenísimo, capacitar desde el cuidado hacia el otro, saber alojar al otro con todo lo que eso implica. Sin embargo, uno no puede obligar a que se capaciten, y también por más que se lleve a cabo una capacitación, algunos trabajadores pueden no estar de acuerdo con lo que uno plantea. Pero los espacios de capacitación siempre son beneficiosos.

FM: A partir de tu experiencia en el dispositivo de acompañamiento terapéutico ¿podrías contarme cómo funciona el espacio y sus objetivos?

V: Bueno, el dispositivo tiene la misma impronta desde que arrancamos en el 2019. El objetivo es más que nada la contención y darle lugar a la palabra del otro, hacer valer esa palabra que tiene un valor y un peso. Reconocer la importancia que tiene esa palabra. Sobre todo, la escucha atenta es una pata fundamental del dispositivo, donde escuchar al otro en su padecimiento y sus situaciones que atraviesa es justamente permitirle un espacio que antes no tenía. También el dispositivo representa un lugar de aprendizaje donde nos nutrimos constantemente entre todos. Es un espacio que está compuesto por personas que estuvieron alguna vez internadas en el hospital y se les ofrece este espacio grupal. Obviamente participa el que quiere, un día o los dos días, donde damos este espacio de encuentro. Los coordinadores del taller que se llama Patitos en Fila somos los acompañantes terapéuticos y un enfermero formado en salud mental.

Los temas que se desarrollan en los encuentros, se basan en los intereses que los mismos integrantes que concurren al espacio quieren debatir o charlas. De lo que estoy hablando es sobre el dispositivo grupal, pero además tenemos la atención individualizada donde nos comunicamos con determinados pacientes para hacerle un seguimiento de su tratamiento, tanto aquellos que participan del dispositivo y por algún motivo no se encuentran bien, como aquellas personas que no están dentro del taller. Nosotros nos posicionamos en un lugar de cercanía con el otro que nos permite una relación de horizontalidad, de humildad y de búsqueda de aprendizaje mutuo.

FM: Muchas gracias por acceder a la entrevista y brindarme tu tiempo.

V: De nada, me parecieron muy interesantes las preguntas y espero que se sirvan mis respuestas.

Entrevista N°3

Fecha: 26/06/2021

Nombre: "G"

Sexo: Masculino

Edad: 27 años

Formación profesional: Licenciando en Psicología

Años de experiencia laboral: 11 años.

Duración de la entrevista: 1 hora y 17 minutos

Franco Mazzuchini: ¿Cuál es tu formación académica? y ¿Qué te llevó a decidirte por esta profesión?

G: Soy licenciado en psicología, estude en la universidad de Córdoba, lo que me llevo a elegir la carrera fue por un suceso significativo que estaba viviendo el país cuando yo estaba en cuarto año de la secundaria y paso la crisis del 2001. Después en 2002 teníamos que hacer proyectos de investigación bibliográfica, en donde con un grupo de compañeros elegimos el tema de la crisis y su impacto en la salud mental. y en esa investigación, también hicimos algunas entrevistas a profesionales, y esta experiencia me marco mucho y fue uno de los motivos principales que me orientaron hacia las ciencias sociales y humanísticas. Peor bueno yo creo que se puso en juego esta experiencia personal, pero también algo de la identidad porque seguramente tuvo algo que ver que mi hermana mayor haya estudiado psicología.

FM: ¿Cuántos años de experiencia tienes en tu puesto de trabajo actual?

G: Yo estoy hace 11 años casi trabajando de mi profesión, y cuando empecé a ejercer fue en lo privado y en lo público simultáneamente. Con mayor continuidad en la parte publica hace 5 o 6 años, ya que antes eran reemplazos y concurrencias.

FM: ¿Cómo te ves en los próximos cinco años de tu vida profesional?

G: En el hospital creo que se pone en juego la importancia de lo vincular, quiero decir con esto con las relaciones que uno puede establecer con tus compañeros de trabajo y las posibilidades de poder construir proyectos. Creo que no me veo trabajando en un lugar donde no haya un proyecto que me sostenga. No me gusta pensar que tengo que ir a atender y volverme a mi casa. Es una posibilidad lo público, no es la que me dé más satisfacción. Si pienso de acá al futuro, me veo trabajando en proyectos dentro de un equipo interdisciplinario como se quiere comenzar a trabajar ahora en el servicio de salud mental.

Creo que la diferencia está en que para trabajar solo tengo lo privado, por ahí lo que espero de lo público es ese condimento diferente que es la posibilidad del trabajo interdisciplinario, y que en la parte privada no existe. También lo público tiene su complejidad a diferencia de lo privado, es todo un desafío. Creo que, en conclusión, el trabajo en equipo de manera interdisciplinaria es lo que me sostendría para continuar en lo público por mucho tiempo más. Trabajar de esa manera es lo que me gusta, y uno tiene que tener en cuenta lo que siente y su identidad también.

FM: ¿Cuál es, en tu opinión, el rol que debe cumplir el trabajador de la salud en el sistema público?

G: Yo creo que la diferencia que hay entre el sistema público a diferencia del privado es la demanda que es muy alta en lo público. En la cuestión económica, cualquier profesional de la salud en la parte privada puede ganar mejor, pero la parte pública tiene los desafíos de los casos y las situaciones son completamente distintas a lo privado. Por eso, uno si se compromete con el desarrollo profesional, creo que la parte pública tiene muchos desafíos y pone en juego otras habilidades que en la parte privada no están, y la interdisciplina te permite la posibilidad de comunicarte con trabajadores de otras disciplinas y aprender, eso no lo vas a encontrar en lo privado.

FM: ¿Cómo definirías al padecimiento mental a partir de tu experiencia de trabajo?

G: La verdad que no encuentro críticas de mi parte a la definición de salud mental que plantea la ley nacional, que entiende al padecimiento mental enmarcado en una historia personal, en un contexto, que aparece en un determinado momento. El contexto es social y familiar. Cuando hablo que sucede en un momento determinado, es no quedarse enquistado pensando que un paciente cuando ingresa y se le pone un diagnóstico, se convierte en una etiqueta para la persona y queda señalado para toda su vida. Esto lo digo porque lo veo. Un diagnóstico que queda fijado como aquello que explica y pongámoslo entre muchas comillas, la conducta de la persona.

Supongamos que ingresa un paciente ya previamente diagnosticado con salud mental, pero esta vez ingresa por alguna otra dolencia, y entonces lo que primero que hacen cuando la persona les informa que se atiende con determinado profesional o toma determinadas pastillas, automáticamente llaman al psicólogo o al psiquiatra que lo atiende. Pero la cuestión es que ingreso por otra dolencia, no veo que llamen al cardiólogo si un paciente con hipertensión llega al hospital por una fractura, me explico. Pero sí llaman a la psiquiatría y al psicólogo si se fractura. Estas cosas llaman la atención a la hora de pensar como está instalada la idea de la locura y lo que eso conlleva.

FM: ¿Cuáles crees que son sus causas?

G: Cuando hablo de historia, me refiero a ese contexto de aprendizajes ya sea por lo que se ha vivido, en cuanto experiencia personal, como también a modelos de aprendizajes que se han tenido a modo de observación para afrontar ciertas situaciones de vida. No se puede generalizar lo vivido, tiene su particularidad cada caso, y lo podemos ver en dos hermanos criados en una misma familia como uno se quema rápidamente, se quiebra emocional y psicológicamente, pero vemos al otro hermano que afronta las mismas situaciones familiares de otra manera. Entonces uno se pregunta ¿dónde aprendió esa manera de sobrellevar las mismas adversidades que su hermano, pero de manera resiliente? Viven las mismas adversidades dentro de una misma familia, pero responden de forma distinta. Ahí es donde las pequeñas experiencias particulares ya sea por modelos o por cuestiones afectivas, generan esas diferencias en las respuestas.

FM: ¿Qué profesionales piensas que estarían capacitados para tratar una problemática en salud mental, y de qué manera te imaginas que debería ser abordada por ellos?

G: En ese sentido, no sé, supongamos que para el abordaje de ciertas situaciones que son urgentes, pienso que lo puede desempeñar cualquier persona que esté dispuesta a brindar contención desde el respeto, está haciendo intervención en salud mental. Diría que hasta un vecino lo podría hacer. Ahora, si hablamos de una cuestión más estructurada y con conocimiento más formal, ahí uno dice bueno claro, piensa rápidamente en las disciplinas básicas como psicología, psiquiatría, acompañante terapéutico, terapeuta ocupacional...es decir, por ahí digo, si uno puede encarnar las cualidades que nos hagan sentir y hagan sentir al otro lo más humano posible en su momento de padecimiento, creo que estamos interviniendo y lo puede hacer cualquiera que tenga en ese momento la posibilidad de tener esa disposición. Como dije está el saber formal, pero también está el saber que te da la experiencia, y eso me hace acordar a la atención que da la casa de rehabilitación El Buen Samaritano en la ciudad. Es un lugar que brinda atención a personas con adicciones, son los únicos que están y es un saber que se ha ido estructurando de a poco, pero sin embargo el único aval que tienen es el saber de la experiencia y los procedimientos creados a partir de ella.

G: Creo que va a depender de la singularidad de cada situación, y a partir de ahí viene la construcción de la demanda. Desde lo profesional en primer lugar, ser receptivo, recibo una demanda y se devuelve una respuesta que en primera instancia es una respuesta que permite ayudar a quien está haciendo la demanda a seguir construyendo en conjunto con el profesional. Luego a partir de ahí ver que otros factores se van integrando o sean necesarios integrar a la terapia. Es decir, no siempre todas las disciplinas van a ser necesarias en todos los casos, depende siempre de cómo se presente la demanda, porque a partir de ella es que se construye una estrategia de intervención que no siempre implica obligatoriamente la intervención de todas las disciplinas.

FM: ¿Cuáles son las distintas modalidades de atención hospitalaria que existen actualmente para dar respuestas a las demandas en salud mental?

G: Bueno, puede ser la guardia, puede ser ya en un momento de internación y no necesariamente dicha internación sea de salud mental, ya que se da un emergente que se requiere un acompañamiento o asistencia a esa persona. También tenemos consultorio externo; desde lo que son las interconsultas por parte de otras instituciones o de otros organismos, o centros de salud. Además, se encuentra la atención en internación no solo del área de adultos, sucede que, desde las demás áreas como pediatría se le informa al servicio de salud mental sobre un caso que amerita su atención. Y actualmente se le suma la atención de pacientes con COVID 19 donde dicha atención se da en el hospital de campaña, llamado comúnmente hospital viejo, y en el sector de internación de adultos.

FM: Basándonos en tu experiencia y observación ¿qué tratamientos se suelen utilizar para tratar las problemáticas que se presentan en salud mental?

G: Por lo menos acá en el hospital, están los tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos, el abordaje del acompañamiento terapéutico.

FM: ¿Se priorizan algunos tratamientos más que otros?

G: En cuanto a si se prioriza algún tipo de tratamiento, la verdad es que por ahí lo que se puede ver que persiste es esa idea enraizada de la demanda al psiquiatra para la atención de los pacientes. Al

ser el hospital una institución médica o de historia de tipo médica es como que se demanda su presencia y que instaure un tratamiento. Este pedido o exigencia no lo veo tanto por parte de los pacientes, como si de los mismos médicos o colegas en general. Esto lo pienso en relación al funcionamiento en el área de internación y guardia, es como que ellos están esperando siempre la llegada del psiquiatra para que intervenga, cuando ellos mismos poseen algunas herramientas que podrían desplegar para la atención de ciertas situaciones de padecimiento. También pasa que, en vez de llamar al psicólogo para una intervención psicoterapéutica, se prioriza o se espera una intervención farmacológica.

FM: ¿Cuáles son los criterios o procedimientos que se tienen en cuenta para llevar a cabo una internación, así como el posterior alta de un paciente?

G: Creo que depende mucho de la situación que ingresa. Y en esto me apoyo en la ley de salud mental donde dice que, si se determina que hay un riesgo para sí mismo o para terceros, en ese punto es clave para determinar una internación. En otros casos no hay necesariamente tener en cuenta la idea de riesgo, sino que el interés terapéutico radica en la necesidad de observar la evolución de algún tratamiento, y si el médico psiquiatría tiene que hacer un seguimiento de cierta medicación, como por ejemplo el suministro de un antidepresivo para llevar un control más estricto. Pero por lo general en el hospital las internaciones son de riesgo, y en su mayoría aquellas que no llegan a ser de riesgo se hace un seguimiento ambulatorio.

Para dar un alta depende como va evolucionando el paciente, de su capacidad de reflexión, también ir viendo la red de contención que tiene el paciente para que pueda acompañarlo en su tratamiento. Ver sobre todo eso, trabajar para ver cómo se reestructura la posible red de contención para el cuidado del paciente luego del alta. Por un lado, el psiquiatra establece un tratamiento y desde psicología se busca observar las herramientas con las que cuenta la persona y ayudarla a posicionarse frente a lo que le ha generado su crisis. Y a esto se le debe sumar el trabajo de la red que te había mencionado.

Al momento de externar, la idea es que el paciente lleve las indicaciones con los pasos a seguir para continuar con su tratamiento ambulatorio. El seguimiento puede darse en el centro de salud más cercano a la persona o en el mismo hospital. Si se continua en el centro de salud se debe informar y hacer la contrareferencia. Esto implica dar cierta información pertinente a los profesionales para que tomen noticia de la situación del caso, así como del tratamiento que se dio en el tiempo que estuvo en el hospital sumado a la evaluación del equipo tratante, con la final de que haya una cierta continuidad en el tratamiento.

En relación a los días de internación, ahora con la pandemia esto ha cambiado, en el sentido de que han disminuido los días de internación, por la demanda de camas para paciente con COVID que están atravesando la enfermedad. Si bien antes las internaciones de varios días solo se daban en situaciones que ameritaban reestructurar el tratamiento farmacológico, debido al control y monitoreo, para evaluación de la respuesta a los psicofármacos.

FM: A partir de los cambios que introduce la Ley de Salud Mental 26.657 en relación a las internaciones en Salud Mental (se ofrece leer los artículos correspondientes: 14, 15, 27 y 28), ¿Qué

opinión tienes al respecto sobre los cambios en la reglamentación a la hora de llevar a cabo una internación en Salud Mental?

G: Varias internaciones han requerido que vayamos a leer y repasar la ley de salud mental, así que comprendo bien tu pregunta hacia donde apunta. Yo creo que la ley vino a marcar un antes y un después a favor de los derechos del paciente, un cambio bastante importante, ya que no es lo mismo antes de la reglamentación de la ley, que ahora.

FM: Por otra parte, sobre la acción normativa que presenta ley en relación a la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y su progresiva transformación en hospitales generales o polivalentes, ¿cuál es tu postura al respecto?

G: En relación a aquellos casos o situaciones de salud mental y hago referencia a mi experiencia de vida más en la época de estudiante donde he tomado contacto con algunas instituciones psiquiátricas donde tenían pacientes encerrados, siendo este su lugar de vida, y al mismo tiempo se estaban vulnerando constantemente sus derechos. Uno no veía la razón por la cual una persona internada en esa institución tenía que pedir permiso para salir a la calle o a hacer sus cosas o elegir a donde vivir, pero no, estaban ahí viviendo en una institución. Lo que te cuento hace referencia a lo previo, a las situaciones anteriores a la ley. Seguramente en algún momento de sus vidas hayan tenido un padecimiento, pero nada justificaba las internaciones indefinidas de estas personas. Me llamo mucho la atención a su vez, otras situaciones de personas con padecimientos graves, que no respondían a ningún tratamiento, pero aclaro que no era la mayoría, donde no había ninguna evolución favorable. Supongamos que, de un promedio de doscientos pacientes y digo pacientes porque no eran usuarios ya que no estaban eligiendo, quizás cinco estaban en una situación aguda grave de crisis diarias donde uno se preguntaba ¿qué tipo de respuesta se le puede dar a una persona en ese estado permanente? y de lo que se trataba de hacer era de cuidarlos y protegerlos de sí mismos. Estas personas se encontraban en una habitación forrada de goma espuma o de colchones para que no se lastimasen. Son estos casos lo que me hacen reflexionar y preguntarme de qué manera se los podría ayudar más que generar un entorno de cuidado y contención. Y me lleva a pensar que el hospital público, el hospital general, no podría dar respuesta a estas situaciones. O si llegara a dar una respuesta, no sería satisfactoria.

FM: ¿Qué opinión tenés sobre los recursos que dispone el hospital para atender las demandas de internación y atención en salud mental?

G: En general se cuentan con los recursos y se puede dar respuesta, existen esas situaciones excepcionales, si bien creo que no es necesario la creación de nuevos hospitales monovalentes, hay casos que puedan llegar a ser necesario alguna institución especializada. La ley ha beneficiado a un 95% o más de personas con padecimiento mental que han estado institucionalizadas, creo que la ganancia ha sido mayor y de gran alcance si lo comparamos con cierta pérdida por la falta de respuesta frente a la atención de determinados casos excepcionales como había mencionado anteriormente.

Por eso digo, en general se cuentan con los recursos para la atención en el hospital, faltaría creo yo, mejorar la situación laboral de los trabajadores brindando, formalizar los cargos principalmente el de los acompañantes terapéuticos, y el de la psiquiatra. Creo que, en relación a recursos humanos, se

podría decir que es necesario para beneficio del todo el hospital, incorporar más trabajadores de enfermería y además brindar formación a los enfermeros sobre la atención de usuarios con padecimientos subjetivos. Sería genial que cuenten con esas herramientas y poder ofrecer una mejor respuesta a la demanda de atención en salud mental. Pero también creo que esas herramientas permitirían disminuir el grado de incertidumbre en relación a cómo tratarlos.

FM: En relación a la modalidad de abordaje en Salud Mental, en el artículo 8 especifica la conformación de un equipo interdisciplinario donde debe ser integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Además, en el artículo 13 establece que los profesionales con título de grado están en iguales condiciones para ocupar cargos de conducción, gestión de servicios e institucionales (se le ofrece leer los artículos 8 y 13). ¿Cuál es tu opinión respecto de la posibilidad de creación de un equipo interdisciplinario en el servicio de Salud Mental en este hospital? ¿hay o podría haber resistencias respecto a su conformación? ¿Por qué?

G: Observo que en el hospital en el que estamos trabajando, no existe por parte del equipo resistencias alguna a la conformación del equipo interdisciplinario. Desde que ingresé a trabajar al hospital siempre estuvieron los intercambios con trabajo social, y en este último tiempo se han ido fortaleciendo estos intercambios y al tener un espacio físico que se comparte con otros profesionales a fortalecido bastante la comunicación y el encuentro para favorecer una mirada más compleja e interdisciplinaria de las situaciones. Digo, trabajo social, enfermería, psicología, psiquiatría, acompañantes terapéuticos. Por ahí aun lo que está costando más llegar a esta forma de trabajo es con los médicos generalistas porque uno siente que ellos no se posicionan como parte de un mismo equipo de trabajo en el hospital. Los veo con un manejo hermético y agrupados entre ellos como equipo aparte. Pero eso no quita el avance importantísimo que se está dando en la conformación de un equipo de salud mental interdisciplinario. En la parte institucional podemos decir que sigue habiendo resistencias, quedan muchos resabios de ser una institución médica, y ha pasado que se presentó un proyecto del servicio de salud mental donde se proponía una coordinación interdisciplinaria, es decir que hay representantes de cada disciplina, pero fue rechazada por el director diciendo que la conducción debe ser de uno solo, y si era la médica psiquiatra mejor. Pero bueno, eso puede ser importante para él, para nosotros en lo cotidiano no cambia nada y dentro del equipo eso no repercutió. Y uno observa que por parte de la psiquiatra hacia dentro del equipo nunca ha mostrado ningún tipo de gesto de supremacía por su título ni nada por el estilo.

FM: Teniendo en cuenta la ley sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (se ofrece la lectura del artículo 2 en el caso de no conocer los 7 derechos), en la singularidad de esta organización institucional, ¿están garantizados?

G: Por ahí pensado, en cuanto al derecho de la confidencialidad en cierta medida puede ser que no se cumpla en todos los casos. Por ejemplo, cuando se hace un abordaje interdisciplinario, pasa que se comparte en los espacios como las salas de reuniones, cierta información delicada de un paciente, y están escuchando ciertas personas no involucradas en el abordaje del caso. Y por ahí se podría generar una filtración de información que lleve a utilizarse más para el chusmerío. Pero en lo personal, y durante

mis años de trabajo, a mí no me ha pasado esto de que se haya filtrado información personal de un paciente, pero no deja de ser peligroso el hablar sobre cierta situación de una persona en un espacio compartido por otros profesionales que no están involucrados en el caso. Pero es verdad que hubo casos puntuales donde se ha filtrado información de pacientes que luego aparecieron en los medios de comunicación. Yo creo que el tema de la confidencialidad es una dificultad que se presenta. Y eso va en conjunto también con la historia clínica, tanto lo que nosotros como profesionales debemos poner ahí, y que cosas en realidad pertenecen a la persona. La historia clínica cuando la rellenamos intentamos, o yo intento pensar, cuáles son los elementos necesarios que deben ubicarse ahí para que sirvan verdaderamente como información clínica, tanto del pronóstico de la persona como de ciertas indicaciones de intervenciones. Claramente esto lo pienso más en el contexto de internación. A lo que voy es que hay cierta información que ayuda a comprender el caso, pero no es necesario registrarlo formalmente, si tal vez en un cuaderno personal para llevar un seguimiento. Y eso creo que forma parte de la confidencialidad de paciente también.

Además, lo del acceso a la interconsulta creo también ahí existe una problemática. Entiendo que, por la alta demanda, sucede que una persona para hacer una interconsulta viene a sacar un turno y recién consigue para que lo atiendan en un mes. Y ahí es cuando uno piensa que el acceso no está tan garantizado.

FM: ¿Podrías relatarme una internación que recuerdes y que haya sido significativa por el impacto que tuvo en tu práctica profesional?

G: Bueno, la primera que se me viene a la mente es una situación donde había que darle el alta a un paciente, y lo significativo que fue para la persona que el alta se lo vaya a dar la psiquiatra, el psicólogo y la trabajadora social en conjunto. La repercusión que tuvo en el paciente posterior al alta me hizo dar cuenta la importancia del abordaje interdisciplinario. Fue una de las primeras experiencias en cuanto a trabajar de esta forma, que fue muy impactante para mí. La escena simplemente fue estar los tres al pie de la cama de la persona en cuestión dándole el alta, y por ahí lo que me marco fue pensar luego de esto, es por acá, es por este camino donde tenemos que ir. Quiero decir, antes de esta intervención, para mí era lo mismo que vaya uno o vaya el otro, con uno es suficiente. Claro que no dimensionaba lo importante que fue para el paciente, pero para él no era lo mismo que le den el alta uno a que sean todos. Fue evidente eso. El impacto en lo subjetivo se notó y mucho.

Después otra escena que me marco, fue cuando hubo un pedido de interconsulta sobre un paciente terminal, y yo en esa entrevista sentí que fui más a aprender que a poder brindar algo a la persona. Porque realmente como era una enfermedad crónica y la postura de la persona sobre como sobrellevaba esa situación, realmente me impacto. Y creo que el recuerdo tiene que ver con que a veces vamos aprendiendo de situaciones complejas, y por eso siempre trato de ir con la cabeza abierta a la experiencia y al aprendizaje desde otro lugar, y no siempre tener que estar preparado para dar respuestas.

FM: En relación a las posibilidades de formación en Salud Mental dentro del hospital, ¿existen seminarios o jornadas de capacitación para los trabajadores de la salud sobre la atención y el cuidado de pacientes con padecimiento mental?

G: Si, había y hay formaciones pero que no surgen del hospital, sino más bien son externas que vienen de la provincia y desde el Nodo de Salud de Reconquista, pero no mucho más que eso. Dentro del hospital lo que sí ha surgido son demandas de enfermería para con nosotros, e hicimos tres charlas sobre distintos temas que tiene que ver con la atención en salud mental. Una fue referida a la ley de salud mental, otro tema fue el abordaje del padecimiento subjetivo y la tercera la dio la psiquiatra donde dio ciertas indicaciones a tener en cuenta en el abordaje farmacológico.

FM: ¿Cómo es la actitud del personal de salud frente a la posibilidad de asistir a dichas capacitaciones?

G: Como te decía, la demanda surgió de los trabajadores, y al dar respuesta con las charlas, se quedó pautado organizar otros espacios de capacitación. En general, fue bien recibido, y eso motiva bastante. Fueron muchos profesionales de enfermería. Además, creo que en los enfermeros y médicos, es necesario cierta formación en salud mental, me refiero a espacios donde se brinden herramienta que ellos puedan utilizar.

FM: ¿Crees que estos espacios de formación son necesarios? ¿Por qué?

G: Y en general, creo que los espacios de formación son importantes por el sentido de pertenencia que genera, de sentir que somos parte de un mismo equipo, dentro de un mismo barco. Porque si te fijas, formación hay de manera virtual, o en otros ámbitos se ofrecen este tipo de capacitación, pero yo creo que tener la posibilidad de crear algo dentro del hospital, nos acerca y nos une como equipo. Sino quedamos fragmentados, diferenciados, y la formación creo que puede posibilitar ese fortalecimiento que es muy necesario.

FM: Muchas gracias por brindarme tu tiempo para hacerte la entrevista.

G: De nada, lo importante es que te sirva, y estoy siempre a tu disposición.

Entrevista N°4

Fecha: 29/06/2021

Nombre: “M”

Sexo: Masculino

Edad: 30 años

Formación profesional: Enfermero

Años de experiencia laboral: 8 años

Duración de la entrevista: 48 minutos

Franco Mazzuchini: ¿Cuál es tu formación académica, y que te llevó a decidirte por esta profesión?

M: Bueno estude enfermería acá en reconquista, y lo que me llevo a decidirme por la profesión fue porque quería una salida laboral rápida y también segura. Además, como yo fui bombero mucho tiempo y entonces quería algo similar. Estuve diez años trabajando de bombero voluntario, ya desde la secundaria. Creo que la orientación hacia enfermería vino por ahí.

FM: ¿Cuántos años de experiencia tienes en tu puesto de trabajo actual?

M: Bueno, en el hospital trabajo hace dos años haciendo reemplazos antes de la pandemia, y luego me hicieron un contrato al comenzar la pandemia, y aún sigo con esa modalidad. También trabajo ya hace muchos años, en Emergencias AME, donde se hace atención y traslado de pacientes que han tenido algún accidente. En total, trabajo de enfermero hace unos 8 años más o menos.

FM: ¿Cómo te ves en los próximos cinco años de tu vida profesional?

M: Mira, me veo trabajando en hospital de enfermero, pero solo ahí. Quiero distribuir mi tiempo en comenzar un emprendimiento personal. Quiero ser mi propio jefe, ya que es muy cansador estar dependiendo de superiores, cansa sobre todo el maltrato que por ahí uno recibe o tener que soportar sus caprichos. De todas maneras, no quiero dejar el hospital porque me gusta la forma de trabajo y el ambiente de compañerismo que se armó entre los enfermeros de turno.

FM: ¿Cuál es, en tu opinión, el rol que debe cumplir el trabajador de la salud en el sistema público?

M: Bueno desde mi experiencia, en cuanto al trato en la persona en lo privado como en lo público es el mismo, y debería ser el mismo. La diferencia está en el patrón, es decir en lo público tenés los jefes de área, pero en lo privado está el jefe que es a la vez el dueño por así decirlo. Después, lo que si veo es que los mismos trabajadores que están en el ámbito privado y en lo público te tratan de manera diferente dependiendo en qué lugar están. En el hospital vienen y te saludan de lo más bien, y en el privado no te saludan, te forrean mal, hacen como que no te conocen. La verdad que no sé por qué. La única explicación que encuentro, y que lo suelo hablar con mis colegas enfermeros, es que al privado van a facturar y en el público se maneja de otra manera. Sobre todo, son los médicos a los que me estoy refiriendo, pero también algunos enfermeros.

FM: ¿Cómo definirías al padecimiento mental a partir de tu experiencia de trabajo?

M: Todos somos posibles pacientes de salud mental, mañana me puede agarrar un ataque de nervio y termino internado o atendido como paciente. Yo diría que hay enfermedades nuevas en la actualidad que hacen que todos suframos de algún problema de salud mental, creo que antes no pasaba o por lo menos no se escuchaba tanto. Ahora todo el mundo sufre ansiedad, todo el mundo anda medicado por una cosa o por otra. La mayoría de mis compañeros sufre ansiedad, creo que eso junto con el estrés son las enfermedades que más veo y escucho. Es más, yo también sufro ansiedad. En el hospital no te imaginás la cantidad de jóvenes ingresan a la sala de internación por estos problemas de ansiedad y estrés. Capaz hoy las redes sociales y los medios de comunicación visibilizan más ahora que antes este problema, no lo sé, lo que si se es que es algo en aumento.

FM: ¿Cuáles crees que son sus causas?

M: Creo que tiene que ver con las preocupaciones que uno va sumando en el día a día. Otra cosa también es que queremos todo ya, conseguir todo al instante, la impaciencia que vivimos hoy en día sobre el futuro es un gran problema también, y lo veo en algunos pacientes. El vivir todos tan acelerados, eso lo hablamos siempre con mis compañeros de trabajo, hace re mal, te pone en una situación muy agobiante. Un ejemplo que vivimos ahora es lo del COVID 19, cuando estoy trabajando en el privado me llegan un montón de personas preguntándome cuando van a llamar para ponerse la segunda dosis y cual de todas las vacunas es la mejor. Yo siempre respondo que hay que tener paciencia, y sobre el tema de la marca de la vacuna le digo la verdad, que no tengo mucha idea de eso pero que todas son efectivas. No te imaginas la psicosis que se vive en la gente hoy en día por causa del COVID y la cuarentena. Las personas mayores son aquellas que la pasan peor, uno ve que el grado de incertidumbre y miedo que tienen. Todo eso suma en cuanto a desarrollar algún problema de salud mental, vivir de esta manera. El pánico con el que viven algunos, se lo ve en la forma de hablar sobre la situación que se vive del virus, y la incertidumbre de no saber qué va a pasar.

FM: ¿Qué profesionales piensas que estarían capacitados para tratar una problemática en salud mental, y de qué manera te imaginas que debería ser abordada por ellos?

M: Creo que cualquier persona que trabaja en el hospital puede dar respuesta a un problema de salud mental, del mucamo hasta el médico. Yo veo por ejemplo que algunos mucamos cuando están en la habitación con un paciente de salud mental le empieza a hablar y deriva eso en una charla que muchas veces le hace re bien a la persona internada. Podemos decir que no es necesario siempre tener un libro debajo del brazo para ayudar, el mucamo tal vez no tenga las habilidades del psicólogo, por decirte algún profesional, pero si tiene otras herramientas que ayudan a la persona internada a pasar un buen momento mediante la charla.

Creo que todas las personas están capacitadas o se van haciendo con el tiempo, creo que la disposición y de cada trabajador puede aportar a la mejora de una persona internada. Si bien esta el equipo de salud mental que está mucho más capacitado, creo que los demás trabajadores desde su lugar también aportan cosas. Desde mi opinión, creo que todos lo que intentan ayudar a una persona que tiene sus mambos y está sufriendo, deberían dedicarle más tiempo para hablar. Porque lo veo seguido a esto, muchas personas que se internan lo primero que buscan es poder hablar con alguien de lo que les pasa,

quieren ser escuchados. La gente que va al hospital, en el caso de salud mental, está buscando ayuda y demandan espacios para que los escuchen, que los contengan.

FM: ¿Cuáles son las distintas modalidades de atención hospitalaria que existen actualmente para dar respuestas a las demandas en salud mental?

M: Bueno mira, yo los veo por la mañana en la sala de internación de adultos, pero poco tiempo. Ahí ellos están trabajando. Creo que deberían darles más horas de trabajo al equipo de salud mental, porque el tiempo que pasan con los pacientes es re poco, y uno se da cuenta que no es suficiente, hasta los mismos pacientes lo han manifestado. Porque la verdad que diez o quince minutos por día, creo que para nadie es suficiente. Los pacientes necesitan mayor tiempo de acompañamiento. Lo que uno ve es que es mucha demanda, y son pocos profesionales, y eso limita muchísimo la calidad en la atención. Yo pienso que entre la atención en los consultorios externos y en internación de adultos, es tan alta la demanda de pacientes en salud mental que no dan abasto. Me parece que en ese sentido tampoco se está cuidando al profesional, porque al no contar con los recursos necesarios, imagínate cómo repercutirá eso también en su propia salud mental.

FM: Basándonos en tu experiencia y observación ¿qué tratamientos se suelen utilizar para tratar las problemáticas que se presentan en salud mental?

M: El más utilizado es el farmacológico. Uno ve como quedan cuando lo internan, re papeado. La verdad que te da una lástima verlos en esa situación. Imposible poder hablar con una persona que está en ese estado. Pero después está el otro tema, como haces para que quede quieto o tranquilo si está en una crisis y sin medicar. Yo creo que muchas veces se pasan con la cantidad de medicación, vos imaginate que hay veces que vemos pacientes dormir dos o tres días seguidos. Pero como te digo, uno no sabe que pueden hacer en un estado de crisis nerviosa, capaz buscan tirarse por la ventana. Un compañero enfermero me contó que más de una vez a encontraron a pacientes atados con la sabana que se querían matar entendés, y cómo haces para contenerlos en esa situación. También me lleva a pensar que eso pasa porque no hay ningún familiar para cuidando, siempre tiene que haber un familiar que se haga cargo, pero a veces no aparece nadie.

FM: ¿Cuáles son los criterios o procedimientos que se tienen en cuenta para llevar a cabo una internación y la posterior externación de un paciente?

M: Creo que se toma la decisión de internar a una persona cuando llega a atentar contra su vida, quiero decir cuando está en riesgo su vida. Yo creo siempre es por alguna situación extrema, más ahora con el tema del COVID donde se necesitan camas. Después vemos que hay gente que parece que le gusta internarse, que busca quedarse en una de las habitaciones del hospital, por ahí pienso que es por la atención que pueden recibir, tiene para comer y bañarse gratis. Yo eh visto casos de personas que se sentían más seguras estando en el hospital internadas. Creo que son los casos donde lo que buscan es contención y compañía, hasta inventan los síntomas para quedarse más tiempo. Me paso hace un tiempo atrás, que un paciente ponía excusas para que no le den el alta, que le dolía una cosa y después otra, estuvo así casi dos meses.

Yo creo que para dar el alta a un paciente se tiene que tener en cuenta el entorno familiar, si va a haber acompañamiento en relación a los cuidados que la persona necesita y a la asistencia que le podrían dar en su domicilio. Creo que eso es re importante, no solo para los pacientes de salud mental, sino para cualquier persona internada. También con la medicación pasa que algunos pacientes no siguen el tratamiento en su casa, se les da las indicaciones y ellos prometen cumplir porque quieren mejorar, pero después no lo hacen y terminan internados otra vez.

FM: A partir de los cambios que introduce la Ley de Salud Mental 26.657 en relación a las internaciones en Salud Mental (se ofrece leer los artículos correspondientes: 14, 15, 27 y 28), ¿Qué opinión tienes al respecto sobre los cambios en la reglamentación a la hora de llevar a cabo una internación en Salud Mental?

M: A mi parecer está bien que se internen pacientes en hospitales generales, porque como te había dicho anteriormente, todos somos posibles pacientes de salud mental, y todos debemos tener el derecho a ser atendidos como cualquier otra persona en un hospital. Yo he visto como quedan los pacientes internados en neuropsiquiátricos, y la verdad que las personas ahí metidas pierden toda noción del tiempo y de la realidad que se vive afuera. Entonces no es lógico que porque tengamos en algún momento un ataque de nervios nos encierren para tratarnos. Creo que si estamos en un estado mental alteado es porque estamos viviendo una situación grave que nos pone así. Por ejemplo, un chico que ingresa a la guardia con una crisis porque se peleó con la familia, queda unas tres o cuatro horas en la guardia para evaluación y después se le da el alta para que regrese a su casa. Así debe ser, no internarse indefinidamente. El paciente de salud mental tiene una enfermedad como cualquier otra y debe ser tratado de la misma manera que cualquier otra persona internada por algo orgánico.

Observaciones: Se llevó a cabo la lectura de los artículos de la ley. Cabe destacar que la persona entrevistada había escuchado sobre la ley, pero desconocía su contenido.

FM: Por otra parte, sobre la acción normativa que presenta ley en relación a la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y su progresiva transformación en hospitales generales o polivalentes, ¿cuál es tu postura al respecto?

M: Yo creo que no deben cerrarse todos los hospitales psiquiátricos, porque hay gente que necesita de esos lugares, que verdaderamente están locos y no tienen noción ya de la realidad. Yo creo que no sienten miedo, nada. Yo mire muchos documentales o series donde muestran que los asesinos seriales no sienten culpa, bueno una persona que no siente culpa no se va a matar o intentar quitarse la vida, pero una persona que siente culpa por algo se puede matar, esa es mi opinión. Me parece que está bien que atiendan de manera general en los hospitales, pero que no cierren los psiquiátricos, porque hay gente que si los necesita, es un mínimo porcentaje que son los que llamamos locos o asesinos tienen que estar internados y cuidados permanentemente.

FM: ¿Qué opinión tenés sobre los recursos que dispone el hospital para atender las demandas de internación y atención en salud mental?

M: Mira yo trabajo todos los días en el hospital varias horas, y lo que veo es el colapso de la atención por la cantidad de demanda que hay. Se necesitan recursos humanos en todas las áreas y equipos

del hospital. Y como te decía, en salud mental ni hablar que hace falta. Porque no puede ser que se le dedique diez o quince minutos a cada paciente, y después deliberar en una reunión que es lo que le está pasando. Se necesita más personal para que puedan verdaderamente darle el tiempo necesario a la persona que está sufriendo. También en cuanto a los recursos materiales por así decirlo, creo que en internación faltarían más camas, para todo tipo de patologías. Porque sucede que en la guardia quedan pacientes que no pueden ingresarlos a la sala de internación de adultos porque no hay camas. Cuando digo esto de cualquier tipo de patologías, me refiero a que es muchas veces un paciente que ingresa porque se quiso matar tirándose por la ventana de un edificio y se fracturó la pierna, lo debe ver no solo salud mental, sino que también los médicos. Muchas veces un paciente es evaluado por varios profesionales, por eso creo que se necesitan más camas para todo el hospital.

FM: En relación a la modalidad de abordaje en Salud Mental, en el artículo 8 especifica la conformación de un equipo interdisciplinario donde debe ser integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Además, en el artículo 13 establece que los profesionales con título de grado están en iguales condiciones para ocupar cargos de conducción, gestión de servicios e institucionales (se le ofrece leer los artículos 8 y 13). ¿Cuál es tu opinión respecto de la posibilidad de creación de un equipo interdisciplinario en el servicio de Salud Mental en este hospital? ¿hay o podría haber resistencias respecto a su conformación? ¿Por qué?

M: Mira, desde mi experiencia en el hospital no se trabaja de manera interdisciplinaria cuando se atiende a un paciente. Viene el médico clínico y hace lo suyo, el enfermero hace su parte, después el psiquiatra y el psicólogo por otro lado evalúan a la persona internada, y así. Yo veo que cada uno cumple su función y listo, no hay comunicación entre los profesionales de distintas disciplinas. También no hay compañerismo, no se ayudan. Imaginate que se pelean muchas veces por las carpetas clínicas porque uno quiere poner una cosa, el otro quiere indicar otra. Se escucha también en los pasillos cómo los médicos clínicos cuando vienen los de salud mental, empiezan a quejarse. La verdad que no entiendo porque se ponen en esa postura, pareciera que es una pelea de territorios cuando el objetivo es buscar el bienestar del paciente. Entonces lo que yo veo es que hay equipos, pero no están unidos, porque hay mucho individualismo.

En cuanto a las resistencias, creo que el problema está en que cada grupo de trabajo, enfermeros por lado, médicos por otro, están pendientes del error ajeno. Quiero decir, que cada grupo mira el error del otro para luego refregárselos. Entonces me parece que esa forma de trabajo no ayuda para nada a trabajar de manera interdisciplinaria, al contrario, separa más los grupos de trabajo y genera divisiones o bandos.

FM: Teniendo en cuenta la ley sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (se ofrece la lectura del artículo 2 en el caso de no conocer los 7 derechos), en la singularidad de esta organización institucional, ¿están garantizados?

M: Mira desde mi experiencia de trabajo en el hospital creo que todos los derechos, en general, están garantizados. La información sobre un paciente se trata que quede siempre en el equipo de trabajo que está tratando a esa persona. Como te digo, en general, se cumplen todos.

FM: ¿Podrías relatarme una internación que recuerdes y que haya sido significativa por el impacto que tuvo en tu práctica profesional?

M: Mira, una situación que me marco no fue con un paciente sino con un compañero enfermero, que venía hace mucho tiempo laburando un montón, súper estresado, y hace poco agarró COVID. Bueno este compañero estaba súper obsesionado con la plata, el mismo me lo decía. El COVID lo trato súper mal, estuvo en terapia y salió adelante. A partir de ese suceso, esta persona comenzó a pasar más tiempo con la familia, ya no agarraba horas extras. Todo esto me hizo replantear como venía manejando mi propio trabajo, yo trabajo 16 horas al día, básicamente voy a dormir a mi casa, mi pareja casi no me ve, salvo los sábados y domingo. Muchos compañeros llevan el mismo ritmo de trabajo, y a la larga termina repercutiendo en tu cuerpo. Entonces lo que vengo pensando es dejar el trabajo en la parte privada y continuar solo con el hospital, para tener más tiempo de ocio y disfrutar mi familia. Hoy estamos, pero mañana tal vez no, entonces creo que la forma de vida que llevaban muchos compañeros y las consecuencias físicas y mental que contrae trabajar tantas horas, me hicieron repensar también mi propia vida. Mi compañero, como muchos otros, creo que tenía un problema de salud mental, porque la obsesión con el trabajo y la plata, el dormir mal, la ansiedad y el estrés que sufría, claramente eso no estaba bien. La atención que el daba a los pacientes no era buena tampoco, parecía un robot trabajando, esperando que pasen las horas. Eso no está bueno.

FM: En relación a las posibilidades de formación en Salud Mental dentro del hospital, ¿existen seminarios o jornadas de capacitación para los trabajadores de la salud sobre la atención y el cuidado de pacientes con padecimiento mental?

M: La verdad que no hay formación en el hospital sobre la atención de pacientes con algún problema en salud mental. Pero es verdad que ellos, los del servicio de salud mental, se acercan siempre al office de enfermería para decirnos que cuando tengan un tiempo libre y necesiten hablar sobre alguna situación que estemos pasando, no dudemos en avisarles. Como te digo, formación no, solo hubo dos charlas, la última hace dos meses, pero quedo después en la nada.

FM: ¿Crees que estos espacios de formación son necesarios para el personal de salud? ¿por qué?

Los espacios de formación son esenciales, muy importantes, porque tratamos con gente todo el tiempo, y muchas veces nos damos cuenta que nos falta ciertas herramientas para abordar algunos problemas que surgen. Además, esas herramientas que podríamos aprender, serian no solo para trabajar con los pacientes sino también para uno mismo, que muchas veces al estar tan sobrepasados por la demanda, no actuamos como deberíamos.

Entrevista N°5

Fecha: 5/07/2021

Nombre: “Y”

Sexo: Femenino

Edad: 38 años

Formación profesional: Lic. en Trabajo Social

Años de experiencia laboral: 11 años.

Duración de la entrevista: 1 hora

Franco Mazzuchini: ¿Cuál es tu formación académica?

Y: Bueno yo tuve dos etapas en mi formación en trabajo social, la primera duró 4 años y el título era de nivel terciario, donde tenía una orientación en niñez. Luego hice la licenciatura en Servicio Social. Al principio mi idea era trabajar en salud, pero no estaba en mis planes orientarme en salud mental. Pero se dio la oportunidad de comenzar a trabajar en este hospital general, mediante una concurrencia donde se ofrece una formación basada en salud mental. El contexto de finalización del posgrado coincidió con la puesta en escena reciente de la ley de salud mental nacional. Esto propicio mi camino en este recorrido en el área de salud mental y el estudio de la nueva ley de manera minuciosa.

FM: ¿Qué te llevó a decidirte por esta profesión?

Y: Siempre me intereso el estudio de lo humano, lo que es ciencias sociales. Y elegí Trabajo Social porque al investigar sobre la profesión me informaron que comenzaba a hacer trabajo de campo desde el segundo año ya. Eso me motivó un montón en la elección de la carrera. Luego a medida que fui avanzando en la carrera fui afianzando mi vocación.

FM: ¿Cuántos años de experiencia tienes en tu puesto de trabajo actual?

Y: Bueno, ahora en diciembre voy a cumplir 11 años de trabajo, a partir de mi ingreso en la concurrencia en el hospital público. También trabajé dos años en APS, en un centro de salud de la ciudad de reconquista, donde esa experiencia en lo territorial es lo que se relaciona con mi formación y básicamente es lo esencial en el Trabajo Social.

FM: ¿Cómo te ves en los próximos cinco años de tu vida profesional?

Y: De acá en adelante me veo con proyecciones y perspectivas de ideas que deseo darles formas con el grupo de compañeros del servicio donde se da la posibilidad del trabajo interdisciplinario. Esta posibilidad es muy enriquecedora porque aporta a la integración, y no a la fragmentación. El planificar con el otro genera muchísimas posibilidades, favorece a mejorar las alternativas y a dar un mejor servicio. La pandemia vino a retrasar estos proyectos en mente.

FM: ¿Cuál es, en tu opinión, el rol que debe cumplir el trabajador de la salud en el sistema público?

Y: El trabajador en salud en general somos facilitadores de búsqueda del bienestar de la población que requiera o necesite el servicio. La atención de la salud tiene que ser lo suficientemente amplia como para abarcar no solo cuando la persona está enferma, sino también generando recursos

para prevenir que suceda. Siempre hay que tratar de ver todo el escenario de vida del paciente, para conseguir lograr un bienestar en todos los aspectos, ya sea social, cultural. La mirada tiene que ser, desde mi punto de vista, integral. La salud en lo público debe caracterizarse por la facilidad de acceso y que llegue a toda la población que lo necesite. Ninguna persona no puede no tener las posibilidades o el derecho a acceder a la atención en salud sea del estamento social que fuere, de la religión que fuere, etc. No debe haber una discriminación por sus características o condiciones de la persona.

FM: ¿Cómo definirías al padecimiento mental a partir de tu experiencia de trabajo?

Y: Las personas con padecimiento subjetivo, tienen que ver con algo que han pasado en algún momento en la historicidad de su vida, un episodio un hecho que tal vez produjeron un cambio en la manera de pensar, de sentir y de vivir. La historia de vida de la persona en gran medida influye en su pensamiento actual, las experiencias y situaciones que le tocaron vivir en un contexto determinado generan una manera de pensar y de actuar. Los efectos y las modificaciones que generan en la persona pueden producir que necesiten un apoyo para volver a reintegrarse y a vincularse nuevamente con su entorno. Yo considero que los trabajadores de la salud somos los que tenemos los recursos, las herramientas y junto con un alma tan fuerte, lo digo en el buen sentido, que permite potenciar todo aquello que la persona puede generar y producir. Y en ese mismo proceso puede estar la cura, y digo cura entre comillas. Lograr resignificar, superar un momento en el cual la persona no la está pasando bien, yo creo que está en la misma persona la clave para volver a conectarse con sí misma y las personas de su contexto cercano.

FM: ¿Cuáles crees que son sus causas?

Y: Cuando pensamos en salud mental, hay que hablar no solo en el trauma o en la pérdida que puede haber sufrido una persona, sino también lograr tener salud mental es generar las condiciones de vida digna. Esto quiere decir tener un trabajo digno, una vivienda, un contexto social favorable para el desarrollo de la persona o la población. Por eso, cuando analizamos las causas como profesionales de la salud, hay que tener una mirada integral.

FM: ¿Qué profesionales piensas que estarían capacitados para tratar una problemática en salud mental, y de qué manera te imaginas que debería ser abordada por ellos?

Y: Yo creo que en salud mental podemos estar interviniendo todos, aunque si hablamos de la especificidad claramente hay profesiones más afines por la formación que tienen sobre el padecimiento mental. Pero si hablamos de una intervención en distintas situaciones, hasta en crisis, se me vienen a la cabeza varios trabajadores que pueden actuar, un enfermero, un camillero, hasta un administrativo. Hay un montón de estrategias que tienen que ver con el cuidado de la salud mental, y si tenemos que pensar en las profesiones básicas incluiría a cualquier médico ya sea generalista o psiquiatra, enfermeros, psicólogos, al trabajador social. Estas son las profesiones que pienso que son esenciales porque claramente tienen un acceso al conocimiento y a las herramientas que le brinda su formación para intervenir en salud mental. Pero creo que existen un montón de profesiones pueden aportar a este trabajo de salud mental además de las que mencioné.

En relación al abordaje, claramente siguiendo con lo que te venía diciendo, siempre tiene que ser desde el contexto de vida del paciente. Mi gran desafío desde que comencé a trabajar en la salud pública, tuvo que ver con tener siempre presente esta idea, la de poder intervenir teniendo en cuenta la situación y el contexto de vida del paciente. La experiencia práctica y en lo conceptual, me ayudó a entender que un padecimiento no se puede entender de otra manera que no sea en el seno de vida del paciente. Donde va a comprar el pan, donde se vacuna, que le gusta hacer, con que vecino se relaciona, que actividades son de su agrado, en que personas confía y cuáles no, los lugares que prefiere ir y cuáles no, que cosas le producen miedo. Todo esto forma parte de una lógica, y ahora que estamos en una época de pandemia me gusta tomar la metáfora de la burbuja para representar eso que engloba al sujeto y que está en constante movimiento e influye en su vida. Vuelvo a lo mismo, siempre tiene que estar presente la mirada integral, digo con esto la red de interacciones que puede tener la persona con una capilla, un centro de salud, un club. Por ahí lo que sucede es que el hospital al ser de tercer nivel de atención, algunas de todas estas cosas que te enumeré, puede suceder que se nos escape de las manos porque nos cuesta mucha más hacer esa lectura del paciente cuando ingresan al hospital. Y desde mi trabajo específico, lo que trato de hacer es recopilar toda la información que el paciente o un familiar me puede dar, y luego en las reuniones de equipo trato de hacer un pantallazo general del paciente para comprender como es la situación, permitiendo también tomar los recaudos necesarios y la estrategia terapéutica que sea sostenible para la persona. Todas las disciplinas pueden ir nutriendo los datos y la información para que el paciente tenga la atención que necesita teniendo en cuenta la dinámica y el contexto de vida en ese padecimiento que tiene en ese momento. Por eso, no se puede generalizar un diagnóstico y un tratamiento sin saber en profundidad de donde viene la persona y su situación.

FM: ¿Cuáles son las distintas modalidades de atención hospitalaria que existen actualmente para dar respuestas a las demandas en salud mental?

Y: La modalidad de atención en salud mental no está sectorizada, sino que es transversal y es muy accesible a todas las áreas del hospital. Hace un tiempo atrás hubo un montón de tropiezos que tienen que ver con las gestiones y la impronta que le otorga cada profesional sumándole a las autoridades del hospital. Porque no es lo mismo que las máximas autoridades de una institución tengan una fuerte impronta desde salud mental que llegue de forma transversal a todos los equipos y a todos los servicios generando que el trabajo fluya, a que no tenga dicha impronta. Actualmente nos encontramos con un panorama alentador, porque desde el servicio de salud mental se está trabajando en equipo, y a la vez se dividen para abordar distintas áreas del hospital. Algunos van a la guardia, otros hacen talleres, otros atienden a pacientes y familiares que han atravesado la enfermedad del COVID, otros hacen entrevistas de admisión, otros están en la junta de discapacidad, otros en consultorios y en el área de internación. Entonces como veras, se está trabajando de manera coordinada abarcando distintos espacios, además creo que en general la mayoría de los profesionales compartimos la misma mirada integral del paciente.

FM: Basándonos en tu experiencia y observación ¿qué tratamientos se suelen utilizar para tratar las problemáticas que se presentan en salud mental?

Y: Digamos que el tratamiento se va dialogando y se pone sobre la mesa todos los aspectos del paciente, algunos ingresan por motivos que no tienen que ver con la medicación, sino que su consulta es por alguna situación psicológica, o emocional, o social. También cumplimos la función de ser un complemento para los equipos territoriales, quiero decir con esto que nosotros trabajamos con el paciente ciertos aspectos que lo llevaron a una consulta o a la internación, pero sabemos muy bien que el abordaje más profundo por así decirlo debe ser en el entorno de vida de la persona. Por eso hablamos mucho con primer nivel en pacientes que lo requieren. Muchas veces los pacientes no requieren medicación, pero hay ocasiones donde ingresan casos agudos que sí ameritan en primera instancia la medicación para que sea posible el abordaje mediante la palabra. Pero no creo que prima un tratamiento más que otro, se basa mucho en las características del paciente y en lo que consideramos mejor para esa persona. También pasa que, si la persona ya es conocida por el equipo, vamos a la habitación de dos o todos los profesionales que están presentes en ese momento.

FM: ¿Cuáles son los criterios o procedimientos que se tienen en cuenta para llevar a cabo una internación y la posterior externación de un paciente?

Y: Cuando ingresa un paciente de salud mental al hospital, siempre es por evaluación psiquiátrica en primera instancia. Está todavía muy enquistado esta idea en la institución, porque se sigue sosteniendo una mirada muy biologicista de la atención. Nosotros desde nuestro lugar la venimos remando y luchando para que pueda tener otra impronta donde se entienda que la salud mental es transversal, cualquiera la puede necesitar y por eso debe estar disponible para todas las áreas y equipos del hospital. Que cualquier trabajador ya sea de administración o un enfermero que tenga las herramientas para comunicarse con los pacientes y pueda transmitirle tranquilidad mediante preguntas sencillas o darle una respuesta sobre alguna duda que tenga la persona de una forma empática y amable, eso ya es una intervención. Aún está y se ve mucho el estigma del paciente de salud mental que se lo asocia con la locura y eso es cosa del psiquiatra, pero esto llevará décadas cambiarlo y es un desafío de todos poder lograr modificar esta manera de pensar.

Bueno ahora por el contexto de COVID y el auge de los casos hay menos camas disponibles, y lo que se está haciendo es la evaluación en guardia. Ingresar el paciente y generalmente los médicos van avisando a los números de teléfonos de los profesionales del servicio de salud mental, porque al no haber un interno en el servicio de guardia, se comunican con la psiquiatra o psicólogo, pero más al psiquiatra. En la guardia cuando necesitan que salud mental haga una evaluación a un paciente que ingresa en circunstancias complejas, ahí acudimos todos en el sentido de que se interviene todo el equipo para dar una respuesta. Existen casos donde nos avisan desde la guardia que ingresan personas con padecimiento mental en situación de calle, o una persona sola en estado de abandono, suelen llamar bastante a trabajo social y nosotros transmitimos el caso en el equipo de salud mental donde analizamos la mejor manera de intervención. La posibilidad de llevar a cabo una internación como estrategia se va analizando ya en la guardia, me refiero a indagar si es un caso que es posible el trabajo en territorio o no, porque muchas veces ingresan pacientes en un estado agudo de padecimiento y con un historial de recaídas por la falta

de adhesión al tratamiento. Entonces lo que se hace, por lo menos en este último tiempo, es derivarlo con la psiquiatra para estabilizarlo y hacer los controles que no se venían haciendo desde primer nivel.

Si se decide internar al paciente, el equipo de salud mental en el área de internación es donde más estamos nutridos y el trabajo es interdisciplinario. Cada profesional va a ver al paciente, y transmite al equipo lo que considera relevante de la entrevista realizada, ya sea para reforzar algo en el paciente, indagar más, tener en cuenta cierta manera de abordarlo, etc. Vamos viendo por donde tenemos que ir, en ese camino que vamos construyendo para el abordaje, que disciplinas vamos nutriendo y amerita que intervengan más que otras. Si por ahí, ingresa un caso más subjetivo y emocional probablemente psicología tenga que hacer el trabajo más fuerte. Pero si tenemos un caso que está determinado por un contexto desfavorable, violencia intrafamiliar, entonces actuaría trabajo social con psiquiatría o trabajo social y psicología. Pero más allá de eso, lo vamos dialogando entre todo el equipo. En ese contexto de abordaje vamos consultando a primer nivel para que nos informe como venía la persona últimamente, además nos contactamos con la familia o un referente familiar para que lo asista en la internación. Evaluamos también si la presencia del cuidador es positiva o no para la estabilización del paciente. En conclusión, la idea es ir armando la historicidad del sujeto para deconstruir el malestar e ir construyendo nuevas maneras de pensar y abordar ese malestar.

FM: A partir de los cambios que introduce la Ley de Salud Mental 26.657 en relación a las internaciones en Salud Mental (se ofrece leer los artículos correspondientes: 14, 15, 27 y 28), ¿Qué opinión tienes al respecto sobre los cambios en la reglamentación a la hora de llevar a cabo una internación en Salud Mental?

Y: Si, recuerdo lo que dice la ley sobre las internaciones. Para mí las internaciones deben ser lo más breves posibles y como último recurso terapéutico. Como te había dicho, se debe pensar a la persona con padecimiento mental desde la mirada integral de la salud, y de la misma forma tienen que ser las resoluciones y el abordaje de los profesionales. Además, yo considero que una persona ingresa al tercer nivel de atención porque ya agotó un montón de otras instancias, y cuando ingresa al hospital lo que se debe tratar es de no descontextualizar lo que necesita el paciente. La internación es una estrategia de ultimo recursos, y como dije, debe ser breve. Creo que en esta instancia es el empujón fuerte para que vuelva a rearmar su vida y sus vínculos fuera del hospital. En cuanto a las internaciones involuntarias creo que tiene que ser una herramienta de agotadísimo recurso, sobre todo o exclusivamente para personas que no tienen conciencia de enfermedad y donde están sumamente agresivos como, por ejemplo, situaciones de consumo problemático. Se le suma también la imposibilidad de tener familiares que contengan y acompañen a la persona afectada. La ley habla del recurso de poder contar con una involuntaria, pero para utilizar dicha posibilidad se debe contar con ciertos recursos que debe contemplar la ley, pero lamentablemente no los tenemos, y por ahí una medicación no va a reemplazar a todo lo que necesita el paciente con una involuntaria. Entonces me parece que existen algunos baches que habría que poder mejorar en la reglamentación de la ley, porque lo que está plasmado a lo que realmente pasa con los pacientes, hay una distancia importante. Y más lo veo a este distanciamiento entre la ley y las necesidades del paciente en las involuntarias.

FM: Por otra parte, sobre la acción normativa que presenta ley en relación a la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y su progresiva transformación en hospitales generales o polivalentes, ¿cuál es tu postura al respecto?

Y: No creo que los hospitales psiquiátricos sean una respuesta a los padecimientos mentales inclusive los estados agudos, porque creo que es necesario ver cuáles fueron los factores que hicieron llegar a ese estado al paciente y ahí entra la idea de la prevención para que no suceda tal deterioro o estado de padecimiento grave. La verdad es que no se si hay hospitales psiquiátricos funcionando actualmente de la misma forma, creo que muchos se han ido modificando siguiendo los lineamientos de la ley. La importancia de la interconsulta y el trabajo en equipo y entre los equipos de distintas instituciones, permite justamente evitar el encierro de las personas o al menos que sean dentro del paradigma de la atención integral. Porque pasar de un desmantelamiento de un lugar donde los pacientes lo percibían como un hogar a luego estar en la calle o llevados a lugares donde no se tienen en cuenta su modalidad de vida, eso sigue siendo un abandono. Todo esto implica un proceso donde deben dejar de depender de un lugar que hace décadas se encontraban viviendo. Y de pronto salir, sin tener tiempo y preparación para la socialización e integración en la comunidad, se termina consiguiendo todo lo contrario a lo que se quiere lograr.

FM: ¿Qué opinión tenés sobre los recursos que dispone el hospital para atender las demandas de internación y atención en salud mental?

Y: La verdad es que creo que no son suficientes, en lo humano creo que estamos mejor ahora de recursos que en otras épocas. Cuando yo empecé a trabajar acá, hace ya diez años, para nada se contaban con el personal necesario, recuerdo que había dos psiquiatrías y una psicóloga, básicamente nada. Ahora si hay un equipo más conformado. La verdad que celebro que se hayan ido sumando profesionales, pero hay un déficit claro en cuanto a los recursos institucionales. Vemos que hay casos muy complejos para su abordaje, pacientes crónicos y agudos que necesitan espacios puntuales de menores riesgos y de estrategias de intervención particulares teniendo en cuenta las condiciones muchas veces graves que llega el paciente. Con el fin de evitar una contención mecánica, y eso se logra con otras alternativas como la habilitación de la escucha y la palabra, como también habilitar espacios donde el paciente pueda desplazarse. Es decir, crear espacios cuidados donde las personas puedan tener otro tipo de intervención que de tiempo suficiente para la recuperación.

FM: En relación a la modalidad de abordaje en Salud Mental, en el artículo 8 especifica la conformación de un equipo interdisciplinario donde debe ser integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Además, en el artículo 13 establece que los profesionales con título de grado están en iguales condiciones para ocupar cargos de conducción, gestión de servicios e institucionales (se le ofrece leer los artículos 8 y 13). ¿Cuál es tu opinión respecto de la posibilidad de creación de un equipo interdisciplinario en el servicio de Salud Mental en este hospital? ¿hay o podría haber resistencias respecto a su conformación? ¿Por qué?

Y: Bueno con respecto al equipo, no veo otra forma de trabajo que no sea el interdisciplinario, sino es imposible poder dar un análisis completo del sujeto. Como te decía antes, la atención debe tener

una mirada integral de la persona y, por lo tanto, el trabajo de los profesionales debe ser en equipo. Mira, el servicio de salud mental como equipo está conformado, porque se viene trabajando desde esa lógica, pero lo que no hay es la formalización oficial y administrativa del servicio. Porque al formalizar el servicio, permite gestionar recursos y llevar adelante proyectos. Es decir, el servicio no está reglamentado, pero está funcionando. Pero, no obstante, creo que estructurarlo corre el peligro de que se vuelva rígido, porque todo el hospital sabe que el equipo está y se presenta en todos los servicios que lo soliciten. Lo que sucede, es lo que te mencioné en otra pregunta que me hiciste, todavía está instalada la idea de que si ingresa un caso de salud mental al primero que se le debe avisar para que intervenga es al psiquiatra. Otra cosa que quería mencionar, es que me gustaría que aparte de los psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, se sumen los kinesiólogos, los terapeutas ocupacionales que trabajan en el hospital, también ver la posibilidad de sumar un profesional Psicomotricista. Digo esto, porque muchas veces hay pacientes que pasan más tiempo internados y necesitan de estas disciplinas además de las clásicas. Sumar al trabajo interdisciplinario a estas profesiones sería un gran avance. Porque su aporte a la rehabilitación es fundamental. Pero lamentablemente yo eh hablado con algunas trabajadoras psicomotricistas y terapeutas ocupacionales, y todas me dicen que ven muy difícil su incorporación a la salud pública, porque están vistas todavía como profesiones de segunda. En el caso del Acompañante Terapéutico es igual, su función es fundamental para el trabajo con los pacientes crónicos, pero lamentablemente no se reconoce su trabajo como se debería. Yo sé de muchos profesionales con las formaciones que te mencione que les encantaría formar parte del equipo de salud mental, pero lo ven inviable, y eso la verdad que no lo puedo creer y me da mucha impotencia porque pueden dar muchísimo para la salud pública.

FM: Teniendo en cuenta la ley sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (se ofrece la lectura del artículo 2 en el caso de no conocer los 7 derechos), en la singularidad de esta organización institucional, ¿están garantizados?

Y: Si, se vulneran los derechos. Sobre todo, con el estigma que tienen algunos pacientes por parte de los profesionales en cuanto a la idea de “¿qué puede entender esta persona sobre su diagnóstico y lo que implica su enfermedad?”. Es muy común escuchar y ver esto. Entonces es uno de los trabajos que se suman a nuestra labor en el hospital, que es luchar por el derecho del paciente a la información y comprensión de la información recibida por parte de un médico, por ejemplo. Sucede que me vienen a preguntar cosas tan básicas, que me lleva a pensar que la persona no accedió a la información, o el médico no supo explicarle en términos que sean comprensibles para esa persona, o le quedaron preguntas por hacer que surgieron después del encuentro con el médico. Estas situaciones las vemos sobre todo en cuadros complejos o en reincidentes. Por otro lado, vemos que en internación de adultos los médicos se toman el tiempo de explicar tanto el diagnóstico como los pasos a seguir, pero el problema está en que no se dirigen al paciente, sino a los familiares que están acompañando. Esto en personas internadas por un padecimiento mental, es muy común que suceda. Nosotros, desde el trabajo social, nos acercamos a los pacientes para consultar si tienen alguna pregunta o duda en relación a su tratamiento prescripto por el médico, porque sabemos que es nuestro deber y un derecho del paciente.

Sobre la confidencialidad, yo lo que siento y veo, es que lamentablemente la parte de los medios de comunicación creen que pueden utilizar a una persona que está padeciendo para aumentar el rating de la mañana o de la tarde. En definitiva, hacer un negocio con esto. Es tremendo, porque se revelan frecuentemente identidades de las personas, se sacan fotos para luego ser publicadas o difundidas. Justamente la semana pasada estuve hablando con un paciente de salud mental en la guardia con COVID también, y la persona me dice que no sabía que estuvo la policía en el lugar y que le sacaron fotos. Nunca le preguntaron nada, y ella se entera porque el hijo navegando por internet encuentra en una página de noticias la foto de ella en su peor estado y pasándola muy mal. Bueno, se verá después que acciones legales tomará, si es que lo hace, pero a lo que me refiero es que en ese momento donde la persona está en un momento tan vulnerable, todos los trabajadores deben proteger la privacidad de la persona, no solo nosotros que trabajamos en salud mental. Cada profesional es responsable de proteger la integridad de la persona atendida. Respetando la confidencialidad y sobre todo sosteniendo la ética profesional. Esto último que te menciono lo veo más desde la mirada del afuera hacia adentro de la institución. Los medios de comunicación avasallan y no ven lo perjudicial que puede ser para la persona.

FM: ¿Podrías relatarme una internación que recuerdes y que haya sido significativa por el impacto que tuvo en tu práctica profesional?

Y: Bueno paso a relatarte dos situaciones que recuerdo que fueron muy contundentes en cuanto al tiempo de recuperación en ese momento de internación de dos mujeres, y lo que significó para mí en cuanto al desafío y digamos también la dificultad que tuvo la adherencia o evolución que tuvieron. Donde me hicieron replantear y reconsiderar varias cuestiones de mi práctica profesional al preguntarme porqué estaba sucediendo de tal o cual manera, más allá de la falta de recuperación que tiene que ver su problemática en lo social. Bueno, recuerdo que una tenía que ver con el nivel de significatividad que asumía el rol materno y su figura como madre en relación a la paciente, ya que ella tomaba una postura que boicoteaba todas las estrategias de tratamiento a nivel hospitalario. La actitud que tomaba esta madre no era asertiva, al contrario, era muy problemática. A su vez la paciente le reclamaba ciertos defectos de su rol como mamá los cuales generaba un ida y vuelta en el vínculo, creando grandes dificultades a la hora de pensar estrategias en el equipo de salud mental para generar la adhesión al tratamiento e ir construyendo pequeños proyectos que posibiliten una estabilidad en su vida después de la internación. Eso hizo que yo, en vez de enfocarme en las cuestiones referidas a la perspectiva del paciente, tuve que direccionar mi trabajo hacia su acompañante que era su madre y poder reflexionar con ella en los aspectos en cómo veía a su hija desde su perspectiva. El objetivo era lograr comprender el meollo de la cuestión que generaba esta actitud en ella y este cortocircuito en la relación. Bueno el discurso de ella se basaba en describirla como una loca, desequilibrada, un montón de palabras muy lastimosas para la usuaria que hacía que tengamos momentos muy fluctuantes para el tratamientos y dificultades para el avance. Un día tenía ganas de salir del hospital y hacer actividades que ayuden a su bienestar y a sus relaciones familiares, sus amistades y para su entorno en general. Y otros días estaba muy mal, donde quería quitarse la vida. En todo este proceso la mamá no colaboraba para nada, al contrario, era una figura en ese momento que generaba un mayor problema. Eso es lo que más recuerdo del caso. Y el

meollo de la cuestión, fue ese viraje hacia el trabajo con la madre y no tanto con la usuaria, y de a poquito se fue acomodando eso, la internación llevó más de un mes. La conclusión fue que la mamá le termina preguntando a su hija si quería dejar de vivir con el padre y su hermano, para irse a vivir con ella y su pareja actual en una zona rural cerca de Reconquista. Bueno psicología hizo su parte importante con la usuaria para ver en qué condiciones aceptaba la propuesta de su madre, teniendo en cuenta su relación conflictiva. La cuestión es que llegan a unos cuantos entendimientos y acuerdos, logrando finalmente el alta de la usuaria en un estado muy bueno. Porque vimos un alto grado de conciencia y reflexión de la situación. Al final se van juntas. En el seguimiento de esa convivencia fue bastante favorable gracias al seguimiento que se le realizó y a los acuerdos previos al alta. Con el tiempo fueron sucediendo otras cosas, lo cual hizo que deje de vivir con la madre. Pero en el contexto de intervención durante la internación fue favorable, por suerte.

La otra, es una usuaria de la Cuña Boscosa que fue diagnosticada con esquizofrenia la cual ella no podía entender la gravedad de su problemática o malestar subjetivo que atravesaba, por lo tanto, interrumpía de manera sistemática su tratamiento. Recuerdo que en ese momento la medicación era vía oral y le costó muchísimo durante una internación restablecerse y mejorar su salud. Estuvo en el hospital 1 mes aproximadamente. Y el desafío ahí fue tanto para mi disciplina como para el equipo en general. Ella manifestaba que sentía muchas amenazas por parte de la comunidad donde vivía porque estaba estigmatizada por estas cuestiones de su desequilibrio. En el pueblo donde ella vivía estaba muy discriminada entonces ahí se fue trabajando poco a poco para poder ir replanteando la posición de ella frente a su problemática. En un primer momento se trabajó con lo que ella pensaba de sí misma y como ir elaborando una nueva construcción y comprensión de lo que le estaba sucediendo. Pensar y reflexionar porque era necesario que ella pueda mantener un estado óptimo su salud y para lograrlo tenía que seguir el tratamiento, con el objetivo de lograr la inclusión social de ella en la comunidad. A partir de ahí se fue corriendo los farmacológico y pusimos como luz roja principal trabajar la gran motivación que la usuaria tenía sobre otros aspectos de su vida que tenían que ver con proyectos a nivel laboral y social justamente porque era muy importante que la gente la pueda aceptar como ella era y la reconozca en su capacidad de aportar cosas para su comunidad. En el momento del alta la hemos acompañado para que regrese a su comunidad y pueda restablecerse en su contexto. Hemos hecho un par de reuniones con algunos referentes del lugar como el servicio de salud y algunos otros grupos sociales. Bueno creo que dio también sus buenos frutos porque la usuaria luego que nos vuelve a encontrar la observamos en una condición de estabilidad y nos cuenta que su incorporación social a partir de ese camino de trabajo comunitario, generó un cambio radical en su vida y sus vínculos. Pero también fue por seguir adelante y continuar con su tratamiento en paralelo con sus proyectos nuevos de vida tanto en lo social como laboral. Recuerdo que menciono que logro la aceptación de sus vecinos. Eso fue un tema muy importante para ella ya que su hijo jugaba con los hijos de sus vecinos y le daba mucha vergüenza y preocupación que su hijo escuchase lo que estos conocidos pensaban de ella. Ya que, en ese lugar, la tenían literalmente como la loca del pueblo. Hasta el día de hoy nos encontramos con ella y su madre, dos personas muy gratas para mí y cuando las veo digo ¡la pucha que vale la pena el esfuerzo! Creo que tiene que ver con

las gratificaciones de poder ver la evolución y como se encuentra ahora. Siempre pienso cuando la veo, el desafío que fue acompañarla en su malestar, recuerdo esos momentos donde nos causaba dolores de cabeza porque pensábamos cómo hacer para ayudarla, para que esté mejor. Y bueno, después verla bien, totalmente reincorporada en cuanto a su salud y su reinserción a la comunidad, eso siempre genera un incentivo tan lindo para el trabajo que hacemos.

FM: En relación a las posibilidades de formación en Salud Mental dentro del hospital, ¿existen seminarios o jornadas de capacitación para los trabajadores de la salud sobre la atención y el cuidado de pacientes con padecimiento mental?

Y: Actualmente no, hace unos cinco años atrás se hicieron capacitaciones de actualización en salud mental a través del nodo de salud y la Dirección de Salud Mental, donde se convocó a toda nuestra región para que participen. Y después todo lo otro es más virtual, porque en la zona no existen capacitaciones. En Reconquista tampoco, porque no se programan, no se generan estos espacios. Pero si en Santa Fe y Rosario. Ahora por la situación del COVID se abrieron muchas capacitaciones virtuales a distancia.

FM: ¿Crees que estos espacios de formación son necesarios para el personal de salud? ¿por qué?

Y: Yo creo que son muy necesario, y es algo que debe sistematizarse ya. Una formación de salud mental al año como mínimo debe haber. Ya sea intrahospitalaria, para el personal e intersectorial. La formación que se hizo aquella vez, tuvo muy buena aceptación y generó mucho interés. Por eso me quedó la impresión que tal vez la gente no lo manifiesta o no lo demanda, pero cuando se los invitan acuden a las formaciones propuestas. Creo que lo que se debe hacer es eso, delinear jornadas de capacitaciones e invitar, porque como te dije el interés está. Hay que fomentar e invitar a participar, es la única manera. El otro día le dije a un compañero enfermero que cuando se hagan nuevamente estos espacios, tenemos que ir a cada área del hospital a invitar, sobre todo incluir más a los enfermeros porque son un recurso indispensable para la atención en salud mental. Porque sino queda la idea de que es un saber de pocos, y es todo lo contrario, la idea es que la información fluya y se genere un sentimiento de apropiación de conocimiento de todos los trabajadores. Además de despejar ciertas dudas que por el desconocimiento generan en los mismos trabajadores miedos, dudas, ansiedades para con los pacientes de salud mental.

Entrevista N°6

Fecha: 18/08/2021

Nombre: "E"

Sexo: Masculino

Edad: 30 años

Formación profesional: Enfermero

Años de experiencia laboral: 2 años.

Duración de la entrevista: 40 minutos

Franco Mazzuchini: ¿Cuál es tu formación académica?

E: Bueno, yo soy enfermero, hasta ahí llegué con mis estudios. La verdad es que también estuve estudiando para la programación de computadoras, pero me aconsejaron que no siga por ahí, porque no tiene salida laboral.

FM: ¿Qué te llevó a decidirte por esta profesión?

E: Lo que me llevo a decidirme tuvo que ver con eso, con las posibilidades de trabajo que tiene ser enfermero. Y tenía unas tías que eran monjas que trabajaban en corrientes, y me podían facilitar las fotocopias y libros para estudiar medicina, ellas manejaban una librería. Pero al final no, me quedé a estudiar enfermería, la familia influyó mucho en esta decisión. Cuando comencé con enfermería me gustó mucho más en cuanto a lo que hace el enfermero a diferencia del médico, si bien cobran cinco veces más que nosotros, me gusta más hacer lo que hago.

FM: ¿Cuántos años de experiencia tienes en tu puesto de trabajo actual?

E: Yo acá en la parte de clínica estoy hace tres meses, estuve siete meses en la guardia, y en general ya hace dos años que trabajo en la parte pública. El tiempo restante estuve en el hospital de campaña, que sería el viejo hospital. Yo estoy, como mucho de mis compañeros contratados, que se le dice contrato COVID.

FM: ¿Cómo te ves en los próximos cinco años de tu vida profesional?

E: Me gustaría que, de acá a cinco años, lograr continuar en el lugar que estoy porque me gusta. Pero lamentablemente estamos con un pie adentro y pie afuera, nadie nos garantiza que nos renueven el contrato. Algunos dicen que se sigue necesitando el personal, por más que no hay más COVID, se van a necesitar más recursos de enfermería. Los más antiguos, que somos ocho, dicen que tenemos más posibilidades de que se nos renueven el contrato, pero nada es seguro. Como te decía, me gustaría acá a 5 años seguir trabajando en el hospital, y estamos haciendo una movida desde el servicio de enfermería para que se comience a dar acá la Licenciatura de Enfermería. Y por mi parte estoy enloquecido por poder hacerla. Se tenían que juntar sesenta firmas, y se logró conseguir doscientas, se superó ampliamente las expectativas, así que tenemos muchas chances de que se dé.

FM: ¿Cuál es, en tu opinión, el rol que debe cumplir el trabajador de la salud en el sistema público?

E: Mira, yo trabajo también en el Sanatorio Reconquista, y personalmente veo que ahí los enfermeros en general y los administrativos, tratan muy mal a los pacientes, es una queja recurrente y los mismos pacientes me lo cuentan cuando estoy trabajando ahí. El trato y la atención acá en el hospital muy raro que lo escuche, al contrario, muchas veces los pacientes del hospital me comentan la buena atención que reciben. Por eso pienso que se da al revés de como uno pensaría que debería ser la atención, ya que en lo privado vos estas pagando. Yo no sé si es porque les pagan poco a los trabajadores del sanatorio, o porque las personas van con ciertas exigencias por el hecho de pagar, y a los trabajadores no les gusta.

FM: ¿Cómo definirías al padecimiento mental a partir de tu experiencia de trabajo?

E: Para mí, es alguien que necesita un acompañamiento especial que acá en el hospital nunca lo tienen. Lo que yo veo es que, si bien lo evalúa el psiquiatra y vienen a ver al paciente, me parece que necesitan más seguimiento y control. Incluso hay veces como que para que no jodan, se los duermen y terminan pasando todo el día así. Después los profesionales que lo van a ver, dicen que no pudieron hablar con el paciente porque estaba dormido, ¿me entendés? Entonces es como que no le dan mucha pelota. También la parte de enfermería no le tienen la paciencia que debieran tener. El otro día había una paciente que ingreso por un intento de suicidio, y cuando la subieron a la habitación y dejarla ahí, cuando volvieron a revisar como estaba, la vieron que se quería tirar por la ventana. Entonces ¿qué hicieron? la ataron para sedarla y listo, durmió todo el día. Nadie intento comunicarse con un profesional para que hablen con la persona, siempre lo mas fácil para que no moleste.

FM: ¿Cuáles crees que son sus causas?

E: Las causas que nos tocó atender acá, son personas con depresión que ya venían arrastrándola hace mucho tiempo. Gente con años de drogadicción o consumo de sustancias. Casi siempre son esas, también familiares que ingresan por intento de suicido y muchas veces el motivo es porque perdieron algún familiar. Recuerdo que vino una señora muy conocida acá en Reconquista que era repartidora de productos, tuvo cuatro intentos de suicidio luego de fallecer su hijo, episodios que derivaron todos en una internación. Bueno, la cuestión es que ya cuando ingresó la segunda vez, desde el ingreso ya se la trataba como paciente de salud mental, y otra vez lo mismo, se duerme al paciente. Entonces lo que uno ve al trabajar en el hospital, es que los pacientes de salud mental no salen recuperados, y te das cuenta porque otra vez regresan. Algo está fallando en la atención, pienso. Lo que percibo es que se lo quieren sacar de encima rápido.

FM: ¿Qué profesionales piensas que estarían capacitados para tratar una problemática en salud mental, y de qué manera te imaginas que debería ser abordada por ellos?

E: Yo no sé muy bien cómo trabajan los psicólogos, pero desde mi experiencia y de tener compañeros que trabajan en un Centro de Día, me parece que psicología y Trabajo Social son fundamentales, creo que ayudan un montón a las personas con problemas de salud mental. También Psiquiatría y Enfermería, pero se me hace que lo importante es el acompañamiento, más allá de las profesiones. No venir al hospital a hacer una visita de cinco minutos como generalmente pasa. Los psiquiatras acá prácticamente brillan por su ausencia. Porque van un ratito, ven al paciente, completan

la planilla, y se van. También muy rara vez vas a encontrar a un enfermero hablándole al paciente, la mayoría se limita a controlar al paciente y hacerle la medicación, no más que eso. Es raro ver que enfermería se involucre y acompañe a pacientes de salud mental.

Como te decía, por más que esté el psicólogo, el psiquiatra, la trabajadora social, el enfermero, lo que se necesita es que estén más tiempo acompañando al paciente. Creo que esa es la manera que deberían abordar estos casos. Me parece que también deberían hacerles un seguimiento, porque la mayoría regresa. Todos los años, los que das de alta, vuelven siempre. Cuando trabajaba en la guardia, era ver eso, el reingreso de pacientes por los mismos motivos y de la misma forma. La gran mayoría llegan todos cortados, por intento de suicidio. Los médicos de la guardia hacen la interconsulta con salud mental, y después de que lo ven y se estabiliza, al otro día o a los dos días lo largan.

FM: ¿Cuáles son las distintas modalidades de atención hospitalaria que existen actualmente para dar respuestas a las demandas en salud mental?

E: Según tengo entendido hacen consultorio externo, pero yo los veo por la mañana que hacen visita en la sala que se le dice, sería en la parte de internación de adultos. Pasan a ver los pacientes. Los psicólogos y los psiquiatras. En el servicio de guardia, cuando ingresa un paciente, se llama al especialista de salud mental para que lo evalúe y haga el pase a la sala de adultos en el caso que sea necesario una internación.

FM: Basándonos en tu experiencia y observación ¿qué tratamientos se suelen utilizar para tratar las problemáticas que se presentan en salud mental?

E: Mira el gran tratamiento es el famoso triple esquema. Cuando el paciente ingresa muy excitado se lo hace siempre. La medicación es lo que más se prioriza. Lo que falla siempre, es que los profesionales van y le hacen la charla en la habitación del paciente con el familiar al lado, o le hablan al familiar con el paciente acostado escuchando. Me parece que eso no da, por la privacidad digo. Porque a quién le gusta hablar de temas personales delante de los demás, inclusive las habitaciones al tener dos camas, pasa que la otra persona internada y el familiar que lo cuida, terminan escuchando también los problemas de la persona. Habría que cuidar más la privacidad. Y en guardia peor, porque tenés 4 o 5 camas más al lado.

FM: ¿Cuáles son los criterios o procedimientos que se tienen en cuenta para llevar a cabo una internación y la posterior externación de un paciente?

E: No hay protocolo, eso depende de cómo lo presente la ambulancia cuando lo trae. Porque si dicen que es por brote psicótico o intento de suicidio, ya ahí los médicos lo anotan como paciente de salud mental y hacen la interconsulta con el psiquiatra. También llegaron muchas personas este año que se empastillaron y ya automáticamente se los etiqueta como paciente de salud mental, y nosotros les hacemos una sonda nasogástrica, lavamos bien todo el estómago y se los manda a la sala de internación. En el proceso del alta la verdad que no tengo mucha idea, pero sé que el médico clínico lo evalúa y dependiendo lo que ve, le da el alta o espera unos días más. Pero va más en el ojo del médico, no tanto en protocolos, por lo que yo veo.

FM: A partir de los cambios que introduce la Ley de Salud Mental 26.657 en relación a las internaciones en Salud Mental (se ofrece leer los artículos correspondientes: 14, 15, 27 y 28), ¿Qué opinión tienes al respecto sobre los cambios en la reglamentación a la hora de llevar a cabo una internación en Salud Mental?

E: Si, conozco la ley. Mirá, en cuanto a las internaciones involuntaria, son la mayoría, y nunca se notifica. Por otro lado, para mi está bien que se los interne a en hospitales generales, es un tema que lo hemos hablado, me refiero a la desmanicomialización. No está bien que se los tenga en una internación de ese tipo, no les hace bien porque no aporta en nada a mejorar su salud. Esta bueno que se lo traten acá, pero debe haber un mejor seguimiento.

FM: Por otra parte, sobre la acción normativa que presenta ley en relación a la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y su progresiva transformación en hospitales generales o polivalentes, ¿cuál es tu postura al respecto?

E: Creo que está bien que sea en hospitales comunes, porque a partir de las charlas que tuvimos y de lo que leímos no hay una mejoría en las personas, solamente estaban presas y no tenían un tratamiento al parecer.

FM: ¿Qué opinión tenés sobre los recursos que dispone el hospital para atender las demandas de internación y atención en salud mental?

E: Desde lo que veo y partiendo de mi experiencia trabajando y recorriendo el hospital, creo que sí. Pero me refiero a lo material, ahora si hablamos de personas hace falta más profesionales. Por ejemplo, en la sala de internación de adultos somos diez enfermeros, y sumale dos psicólogos y un psiquiatra en sala. Me parece que está ahí la falla. Yo no sé si no se consiguen profesionales o falta financiamiento.

FM: En relación a la modalidad de abordaje en Salud Mental, en el artículo 8 especifica la conformación de un equipo interdisciplinario donde debe ser integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Además, en el artículo 13 establece que los profesionales con título de grado están en iguales condiciones para ocupar cargos de conducción, gestión de servicios e institucionales (se le ofrece leer los artículos 8 y 13). ¿Cuál es tu opinión respecto de la posibilidad de creación de un equipo interdisciplinario en el servicio de Salud Mental en este hospital? ¿hay o podría haber resistencias respecto a su conformación? ¿Por qué?

E: Estaría bueno que se llegue a conformar un equipo interdisciplinario que se ocupe de los pacientes de salud mental. También sería ideal que no sea un médico el que esté a cargo, porque ellos no tienen la visión que puede tener un psicólogo o un trabajador social, una mirada amplia del problema me refiero. Acá en el hospital somos todos un gran y amplio equipo, pero cada uno anda en la suya, cumple su función y listo. Vienen y quieren hacer lo más rápido posible e irse, no se escucha al paciente, parece que nunca hay tiempo para el acompañamiento. No se le da importancia a la persona, a lo que le sucede. Incluso ahora que tenemos dos psiquiatras vienen a la sala y uno contradice al otro en las indicaciones que se da sobre un mismo paciente. Imaginate que, si ni entre ellos se pueden poner de acuerdo, que posibilidades puede haber de trabajar en equipo. La situación recurrente es que uno de

ellos viene y anota una medicación, y después viene el otro y la cambia. Siempre pasó que cada psiquiatra tiene su psicólogo de confianza, y trabajan entre ellos por un lado y los demás por el otro. Pero como te digo, ojalá puedan armar un equipo interdisciplinario, porque encima son cada vez más los pacientes de salud mental que ingresan a este hospital.

Cada cual es consciente de lo que hace, pero son pocos lo que se involucran casi nadie. Estaría buenísimo que más profesionales nos involucremos en acompañar a los pacientes de salud mental en lo que podamos, dentro de una estrategia de trabajo claramente. Lo que pasa es que hay muchas resistencias a trabajar en equipo, siempre hay roces, sobre todo entre las distintas profesiones. Es muy difícil trabajar en equipo acá. Eso es un verdadero problema.

FM: Teniendo en cuenta la ley sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (se ofrece la lectura del artículo 2 en el caso de no conocer los 7 derechos), en la singularidad de esta organización institucional, ¿están garantizados?

E: Falla mucho en cuanto al trato digno y a la privacidad del paciente. Falta más humanidad en la atención de los pacientes. Hay enfermeros y médicos puntuales que tratan muy mal a la gente. En cuanto a la intimidad re flojo eso, por ahí vez que lo están bañando al paciente con la puerta abierta, o le están colocando una sonda teniendo al acompañante al lado y nunca se le pregunta a la persona si le parece bien o no. ¿Sabes también que es lo que más se vulnera en relación a los derechos del paciente?, cuando nosotros o los médicos hacen el pase de guardia, se suele exponer a los pacientes de salud mental diciéndole a los que ingresan recién a trabajar quienes son esas personas enfrente del paciente. Yo trato de dar esa información por fuera de la sala, porque creo que ser expuestos de esa manera le tira la autoestima por el piso, lo mismo si es un cáncer terminal, o cualquier otra enfermedad delicada. Imagínate decirles a los trabajadores que van a tomar tu lugar, que ese de allá entró por intento de suicidio o por otro motivo de salud mental, enfrente de la persona afectada que escucha todo, así como también el familiar, el acompañante, toda la gente. A mí no me gustaría que estén diciendo mi diagnóstico enfrente de todas las personas, por más que sea dentro del grupo de profesionales, creo que debe tenerse recaudos y cuidar eso, porque siempre hay personas ajenas que están escuchando esa información. Por eso te digo que la intimidad y la confidencialidad muchas veces no se respeta como debería ser. En relación a la autonomía de la voluntad es otro problema, te hablo ahora de la parte de enfermería y de los médicos, pasa que hay personas que por su condición pueden ellas solas higienizarse, pero de todas maneras entran, lo destapan y lo bañan sin consultar nada, lo mismo cuando tienen que ponerle el suero.

Otra cosa que está re mal, es que antes de hacerle un procedimiento de cualquier clase, le llevan el papel del consentimiento y le dicen al paciente que firme sin dejarlos que lean nada o pregunten nada. Me ha pasado ver a personas que no sabían leer y le dicen que hagan una raya como firma y listo, se van. No le explican, no le leen, nada. Cuando vienen y te dicen las opciones, es como que te presionan o te inducen a que tomes la respuesta que ellos quieren escuchar, con sus métodos, y la verdad que como hay muchas personas con poco nivel de educación no se toman el tiempo de preguntar, menos de leer lo que van a firmar. De esa manera terminan siendo inducidos por lo que dice o pide el médico. “Te

operamos o te morís”, cosas así me entendés. Pareciera que no te dan opción a elegir. Pasa también que cuando hay un paciente terminal, nadie le da pelota, me refiero a los profesionales. Pasa lo mismo con los pacientes de salud mental, prefieren que este dormido y que no moleste. Y si vamos al tema de si le informan sobre el tratamiento a los pacientes de salud mental, la verdad que generalmente no. Cuando están excitados se comunican con el psiquiatra para que lo medique, y nada más.

FM: ¿Podrías relatarme una internación que recuerdes y que haya sido significativa por el impacto que tuvo en tu práctica profesional?

E: Hay una señora docente que a mí me jodio, me afectó bastante. Vino las tres veces por intento de ahorcamiento, y ya era una persona que venía con un tratamiento en salud mental desde hace muchos años. Y vos te das cuenta que todos ya la trataban de mala manera, la señora lloraba y nadie la contenía, te hablo de enfermería. Los médicos ya cuando ingresaba, con desgano te decían que le hagas una sonda y la duermas. Pienso que la persona te está pidiendo ayuda a gritos y vos venís y te burlas, eso no ayuda en nada. Me marcó un montón en cuanto al trato que se le da, porque uno se da cuenta de la necesidad de ser escuchados cuando le cruzas dos palabritas y ya te arrancan a contar todo lo que vienen viviendo. Tampoco los otros profesionales que son más del área de salud mental le dan ese tiempo, me refiero a psicología y psiquiatría. Después la paciente se va igual de como ingresó, se le saca los sedantes y la mujer les jura que no lo va a volver a hacer, pero después llega otra vez por lo mismo. Tres veces vino con intento de ahorcamiento, entonces uno obviamente piensa que algo no está funcionando bien.

FM: En relación a las posibilidades de formación en Salud Mental dentro del hospital, ¿existen seminarios o jornadas de capacitación para los trabajadores de la salud sobre la atención y el cuidado de pacientes con padecimiento mental?

E: Si, arman jornadas de capacitación, pero el tema es que cuando empiezan a trabajar en el hospital, ya no quieren formarse más. Salvo que los obliguen a través de una jornada obligatoria, sino nadie va. Siempre hay propuestas, en nuestro grupo que tenemos siempre hay capacitaciones, pero la hacen muy pocos, y si son sobre salud mental nadie las quiere hacer. Vos te das cuenta que no tienen interés. Incluso hay chicos que tratan mal a los pacientes de salud mental, quieren que se queden quietos y no molesten. Los que suelen hacer esas formaciones son los que recién se reciben y necesitan sumar puntos, entonces la hacen. Pero siempre es por obligación, no porque sea de interés para ellos.

FM: ¿Crees que estos espacios de formación son necesarios? ¿Por qué?

E: Totalmente, y tendrían que ser obligatorios. Porque te das cuenta que se manejan mal con los pacientes de salud mental, por eso hace falta mucha formación para que cambie. En enfermería, sobre todo, porque estamos continuamente en contacto con los pacientes. En los médicos también, sino se limita generalmente se hace el control y se prescribe el tratamiento. Pero ningún profesional se involucra en lo que le pasa a la persona realmente.

Entrevista N°7

Fecha: 03/09/2021

Nombre: “T”

Sexo: Femenino

Edad: 34 años

Formación profesional: Médica Generalista

Años de experiencia laboral: 4 años

Duración de la entrevista: 43 minutos

FM: ¿Cuál es tu formación académica?

T: Bueno yo me forme en la Universidad Nacional de litoral, ingrese en el año 2009. Hice la carrera y la terminé, me llevo 7 años terminarla. Me gusta saber un poco de todo por eso me decidí por la especialidad de medicina general y, por cuestiones de familia y de pareja decidí hacer la residencia se en Reconquista. La hice en el Año 2017 y terminen en 2020. Tendría que haber terminado en mayo, pero con el tema de la pandemia se me extendió hasta diciembre del año pasado. Ya tengo la matrícula de especialista y a partir de ahí mi formación siempre fue en el hospital viejo, en la guardia sobre todo porque mi orientación de trabajo es ser médica de APS, y una de esas funciones es ser médico de emergencias, tenes que estar preparado para todo desde recibir un parto, atención de un recién nacido, ACV, infarto, etc. En definitiva, tenes que hacer de todo porque la preparación tiene el perfil de no ser especifica. Al tener ese perfil el médico de APS, se trabaja en lugares donde no hay mucha complejidad entonces hay que estar preparado siempre para distintas situaciones que ingresan. Mi formación fue básicamente tres años en la guardia del hospital viejo, después cuando inauguraron el hospital nuevo nos mudamos ahí. El segundo año de residencia fue una rotación por los servicios de pediatría, de ginecología, traumatología, neonatología, ginecobstetricia, y después siempre en el Centro de Salud, toda la formación se basa en la atención de APS. Por eso se hace control de niño sano, control de embarazo, etcétera.

FM: ¿Qué te llevó a decidirte por esta profesión?

T: Y bueno elegir la carrera porque desde que tengo uso de razón siempre dije que quería ser médica mi papá siempre se acuerda que desde chiquita quería la valijita de Juliana la doctora. Así que se ve que ya lo tengo desde hace mucho, desde muy chica.

FM: ¿Cuántos años de experiencia tienes en tu puesto de trabajo actual?

T: En el hospital arranque en el 2017 con la residencia, y trabaje como residente hasta el 2020. Después ya me dieron un cargo en la guardia del hospital de 24 horas. Así que podemos decir que arranque en el 2017 ininterrumpidamente hasta ahora.

FM: ¿Cómo te ves en los próximos cinco años de tu vida profesional?

T: Sí, lo que pasa que mi cargo es de emergencia, así que dudo de que me saquen de esa función. Aparte hay muchas faltante de médicos de emergencia, la verdad que no hay y es todo un tema conseguirlos para la guardia. Generalmente somos dos médicos, pero se está tratando de que haya más,

pero con el tema de la pandemia y la mudanza del hospital aumentó la cantidad de gente por consulta en el hospital por eso la faltante de profesionales se nota más. Así que yo me veo ahí en el mismo lugar dentro de unos años porque no creo que me saquen de ese lugar, de la Guardia. El otro cargo que tengo es en el centro de salud Caps de barrio Guadalupe seguramente por unos años más continuaré trabajando ahí también.

FM: ¿Cuál es, en tu opinión, el rol que debe cumplir el trabajador de la salud en el sistema público?

T: Desde mi formación a partir de lo que yo fui construyendo en relación al médico generalista es sobre todo ser empático y saber que en la parte pública tenés que arreglarte con lo que hay, con los recursos que existen en el momento, y que por más que hagas todos tus esfuerzos y pongas tus ganas para lograr tener un diagnóstico rápido existen muchas trabas con respecto a los burocrático. El médico a pesar de eso, debe seguir adelante y debe ser empático entendiendo que situación de los pacientes, una mirada más general de las situaciones que ingresan. Porque pasa mucho que les dicen a los pacientes anda a comprar determinada medicación y el paciente va a la farmacia y le sale tres mil pesos o más, entonces cuando hablo de una mirada general es entender también la situación de las personas que asisten al hospital. La idea es poder ser empático, repito. Y pensar si la persona o mejor dicho preguntarle a la persona si puede acceder a esa medicación, o si podrá hacerse una ecografía.

También, hay muchos inconvenientes con los turnos para análisis de laboratorio o de ecografía, en el espacio público se prolonga mucho el tiempo de espera por la cantidad de pacientes que se atiende. En la guardia por ahí es distinto porque ya la persona entra muchas veces con un papel que tiene obra social, eso es porque saben que en el hospital si tenés fuertes dolores de panza te ponen un inyectable y es gratis, en cambio en lo privado te cobran por el inyectable a parte de la orden y todo lo demás. Entonces tratar de tener la mirada empática es ver quién puede quién no puede verdaderamente pagar y poder llegar a un diagnóstico, eso te hablo de la parte del centro de salud donde trabajo, qué es donde más inconvenientes tenemos. Porque por ejemplo mandamos a las embarazadas a hacerse una ecografía al hospital, y le dan turno re lejos en el tiempo, y capaz el chico ya nació y recién tiene fecha para el estudio. Eso es lo que nos frena mucho en relación a la salud pública, la cuestión del tiempo y la organización.

En la guardia al tener una atención de urgencia y emergencia, siempre la idea es identificar qué es lo urgente y qué es lo que se puede derivar para consultorio, pero tenemos disposición las 24 horas, de laboratorio tomografía las 24 horas, radiografía las 24 horas...lo único que no se tiene es ecografía las 24 horas, eso trae dificultades los fines de semana, sobre todo. Cuando me toca trabajar los fines de semana pasa que, si llega un paciente con un cólico biliar después de las 13 horas, ya no se le puede hacer una ecografía porque no están más los profesionales. La verdad que queda muy expuesto esa carencia en la atención. Entonces tenés que recurrir a otro recurso que es la tomografía, pero no es lo ideal. Te vas arreglando con lo que hay como te decía, obviamente los recursos son más que en un centro de salud. Incluso me pasa que vienen pacientes los lunes a la mañana al centro de salud, y tiene cólico biliar por dar un ejemplo, le digo entonces que lo espero a las 20 horas en el hospital que sé que voy a

estar de guardia, entonces lo atiendo ahí y pido los estudios a laboratorio. Eso es posible porque tengo la suerte de estar en los dos lugares, y trabajar con los dos pacientes. Tenemos recursos muy limitados, más en el centro de salud que en la guardia.

FM: ¿Cómo definirías al padecimiento mental a partir de tu experiencia de trabajo?

T: Diría que los pacientes de salud mental vienen en aumento, eso en principio, porque la demanda viene aumentando. Antes se veía casos de intento de suicidio, ingesta medicamentosa y demás. Pero con todo esto de la pandemia, desde que empezó, fue una explosión de casos, de gente que perdió el laburo, que no tiene para darle de comer a sus hijos. Casos de personas que ya venían con una patología de base y con la pandemia se profundizó su malestar. Este año no fue tanto, pero nos pasó que el año pasado al comenzar la pandemia se fueron cerrando todos los consultorios de salud mental entonces teníamos pacientes bollando con un papelito que indicaba la medicación escrita por los psiquiatras. Y llegaban a la guardia con un papelito que decían que tomaban esa medicación sin ninguna otra explicación, solamente con una cajita vacía pidiendo por favor que lo ayuden. La verdad que muy crítico lo del año pasado porque andaban a la deriva. No había nadie que contenga a esos pacientes sin su medicación ¿y donde terminaban? muchos en la guardia del hospital por intentos de suicidio, ingesta medicamentosa o acortados. También estoy viendo que la población que ingresa son cada vez más jóvenes, 12 o 13 años de edad a veces menos, y eso es lo que me llama mucho la atención.

Nosotros tuvimos el otro día un paciente de 8 años, y hablaba con mis compañeros de sala y decíamos que a esa edad nosotros estábamos jugando a las muñecas o a otros juegos con nuestros amigos. Entonces la pregunta que nos hacíamos es ¿cuáles son las problemáticas tan graves que tiene este niño para terminar de esta manera en la guardia de un hospital por un intento de suicidio?

Después siempre lo que hace falta es que se hagan las interconsultas, las referencias y contrareferencias entre el hospital y el centro de salud. Porque pasa que llega el paciente al centro de salud y nos cuenta que el fin de semana estuvo internado por una crisis nerviosa o por cierta ideación, no nos enteramos si ellos mismos no nos cuentan. Por eso creo que hace falta que se activen esos canales de comunicación entre el hospital y los centros de salud.

FM: ¿Cuáles crees que son sus causas?

T: Mira la mayoría de las veces son mujeres que tienen hijos con problemas de drogadicción, de alcohol, de robo. Viste la típica pelea con su hijo que está preso, que golpeo a alguien, que robo, y que lo quieren matar a su hijo. La mayoría son madres con problemáticas de ese estilo. En la parte de los hombres, se ven muchos problemas de salud mental como resultado de la pérdida de su pareja, y también por la pérdida de trabajo que genera muchísima angustia e incertidumbre. Pero lo que más se ve en la población de los hombres es la típica discusión con la pareja, y las problemáticas que se generan a partir de eso. En general, si lo pensamos bien tanto en hombres como mujeres los problemas vienen a ser conflictos familiares y de relaciones. Eso es lo que más vemos que llega a la guardia. Debemos sumar a todo esto, lo que te dije en la otra pregunta que me hiciste, ya sea la pandemia, la falta de trabajo, no tener comida, la falta de medicación...y bueno todo eso.

FM: ¿Qué profesionales piensas que estarían capacitados para tratar una problemática en salud mental, y de qué manera te imaginas que debería ser abordada por ellos?

T: Cómo mi formación es mediante el trabajo en equipo, pienso que no solamente se debe involucrar al psicólogo y a la psiquiatra, sino también se contemple la incidencia del contexto familiar. Porque si ese contexto no ayuda, el trabajo se debe dar en equipo y a partir de distintos profesionales que atraviesan la atención de ese paciente. Tanto del médico, como la psicóloga, la psiquiatra, así como también que se garantice la atención en el centro de salud más cercano a su domicilio. Y creo que poder hacer visitas a la casa del paciente y evaluar las condiciones en la que vive, es fundamental. Enfermería también particularmente nos ayuda un montón porque hay muchos pacientes que se nos pasan en la consulta del día entonces, por ejemplo, en este centro de salud que yo trabajo tenemos una enfermera que hace años que está y es la que más alerta está, y la que más escucha a los pacientes para después traernos esa información necesaria para profundizar sobre las problemáticas que van surgiendo. Yo creo que los psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, médicos, enfermeros y administrativos, ayudan un montón y por eso está bueno el trabajo sea en equipo todos para lograr armar un buen perfil de cada paciente y de cómo vive en su barrio. Por lo menos es así cómo se intenta trabajar en el centro de salud.

En el hospital, la dificultad que tenemos son la falta de camas para internar pacientes. Se tuvo que reconfigurar la organización de los espacios de las salas en el hospital, porque antes era toda una sala COVID y ahora cómo mermaron los casos, tenemos ingresos de otras patologías. Entonces tenemos pacientes psiquiátricos internados en la guardia hasta que el psicólogo y la psiquiatra puedan pasar a verlos. Antes lo que se hacía acá, era llamar a la guardia, ingresaba supongamos por una ingesta medicamentosa, se lo atendía y luego se hacía el llamado a clínica para luego subirlos a la sala de internación. Cuando vino la pandemia, como la sala de clínica estaba abocado a COVID, se empezó a que los especialistas vayan más al hospital. Porque lo que sucedía antes es que, si un paciente tenía un problema cardiológico, se lo internaba y después pasaba el especialista a verlo. Ahora se está tratando de que se siga esta nueva forma de organización, que tiene que ver con mayor presencialidad de los profesionales, entonces no se carga tanto la sala de clínica. Pero bueno, pasa que lo internas en la guardia a la madrugada, y te llaman preguntando como está el paciente, vos le contas como está el paciente, te indican que medicación darle y te piden que lo internes para pasar por la mañana a verlo recién. Entonces, es una forma de funcionamiento que va a ser difícil cambiarla. Por ejemplo, tenemos un paciente con un brote psicótico, y no es que vos llamas al profesional y está, para nada, tenemos que hacer nosotros el salvataje inicial, sedarlo si la persona está con una crisis muy aguda. Eso es lo que se está intentando cambiar, es decir, comenzar a integrar más al psicólogo y al psiquiatra en estas situaciones que suceden en la guardia.

FM: ¿Cuáles son las distintas modalidades de atención hospitalaria que existen actualmente para dar respuestas a las demandas en salud mental?

T: Lo que yo veo es que en consultorio externo sé que están ahí, también en la sala que es el lugar donde pasan a ver los pacientes que nosotros derivamos desde la guardia para que sean internados.

Depende que profesional está, tenemos alguna visita a la guardia, pero es muy raro, generalmente se los interna y van al servicio a atender.

FM: Basándonos en tu experiencia y observación ¿qué tratamientos se suelen utilizar para tratar las problemáticas que se presentan en salud mental?

T: Y piensa que, hablando sinceramente, la parte de salud mental en la guardia es básicamente contener y seguir con otra cosa. Por ejemplo, tenés una mujer que está en una situación de crisis de angustia porque se peleó con su pareja, se procede a contener y después se sigue con otro paciente. En la guardia es siempre estar a mil, solo somos dos médicos de guardia, entonces estamos siempre a full. Los chicos de enfermería lo ingresan a la guardia, le toman los signos vitales, se le hace un electrocardiograma si es que presenta síntomas de dolores precordial, y después se pasa a la medicación ya sea vía oral, o intramuscular, o intravenosa. Más si llegan en un estado de sobreexcitación, o conductas violentas. La cuestión es esa, la realidad es que hay que aplicarle la medicación para que el paciente que ingresa alterado logre estar tranquilo entonces nosotros podemos atender a los demás pacientes. No se le da la contención que necesitan, yo voy y hablo con ellos, les hago ciertas preguntas, pero no se puede profundizar mucho con el paciente por los tiempos que manejamos en la guardia. Ojalá pudiera sentarme a hablar y darle ese tiempo que veo que necesitan.

En la guardia, la salud mental es eso, llega el paciente y se busca tranquilizarlo con la medicación, el tema es que después de un par de horas otra vez comienzan con sus malestares y su excitabilidad. Por eso está bueno que hubiera alguien de salud mental que pueda hacer la contención inicial, nos aliviaría un montón nuestro trabajo. Hay médicos con muchos años de trabajo en la guardia que rápidamente le aplican una medicación, ya sea un lorazepam sublingual, un haloperidol, o un triple esquema, y pide que se llame al psiquiatra y que se arregle con ese paciente. Yo creo que la contención en la guardia sería fundamental. Es una realidad, tampoco hay espacio físico para hacer esto que estamos hablando, porque es difícil tener un paciente con un brote psicótico en un espacio donde solo tenemos dos Shocks Room que es donde llegan las emergencias, y no podemos tener al paciente ahí dos o tres horas mientras se le hace una entrevista. En este momento estamos colapsados en la guardia, si bien el espacio en si es amplio, con la pandemia se complicó aún más todo. Tampoco hay lugar para que se exclusivo para atender estas situaciones, creo que se necesitaría crear un consultorio para poder hacer una entrevista con algún referente de salud mental, aparte de pasar por toda la parte médica.

FM: ¿Cuáles son los criterios o procedimientos que se tienen en cuenta para llevar a cabo una internación y la posterior externación de un paciente?

T: Te puedo hablar un poco del ingreso más que nada porque mi trabajo es recibir los pacientes en la guardia. El procedimiento para una internación es en primer lugar la atención al paciente que ingresa, y la estabilización del mismo. Después como te decía, en el caso de ser un paciente de salud mental, se llama al psiquiatra para evaluar si se lo interna al paciente. Suele pasar que, si ingresa una persona en un estado crítico, por ejemplo, un intento de suicidio por ingesta medicamentosa se suele evaluar desde la guardia la internación en el caso de que haya camas disponibles en la sala. Lo digo, porque no hay guardia 24/7 para la atención en salud mental. La verdad que después como lo evaluarán

hasta darle el alta, no lo sé. Pero lo que si se es que existen muchos reingresos de pacientes con problemas mentales.

FM: A partir de los cambios que introduce la Ley de Salud Mental 26.657 en relación a las internaciones en Salud Mental (se ofrece leer los artículos correspondientes: 14, 15, 27 y 28), ¿Qué opinión tienes al respecto sobre los cambios en la reglamentación a la hora de llevar a cabo una internación en Salud Mental?

T: Totalmente positivo, para mí sí. Está bueno que no se los aisle. Porque viste que es toda una cuestión social también. Incluso los mismos pacientes con ingresas por otros problemas te dicen que no lo pongan al lado de ese loquito. Yo lo considero muy positivo, incluso el año pasado con a la dirección anterior del hospital se intentó volver a internar a los pacientes de salud mental en el hospital viejo, para hacer lugar en el nuevo hospital y tener disponibles más camas para la internación. Pero no se pudo hacer porque se levantó toda una movida en el hospital en contra de esta iniciativa, y me parece que se va en contra de la ley de salud mental seguir sosteniendo esta forma de atención, pero bueno, y después se salieron a escudar los que estaban en contra diciendo que entendieron mal. Todavía incluso desde las direcciones se trata de seguir aislando a estos pacientes, de que tengan un lugar a parte, para que no molesten y no interfieran con el flujo de atención de la guarida como de la sala de internación. Pero bueno, yo creo que es positivo de que se los trate de igual a igual, porque es como cualquier tratamiento, hay que entender que, si el paciente está estable no es necesario tenerlos aislados, puede ser atendido de igual manera que otro paciente con otros problemas.

FM: Por otra parte, sobre la acción normativa que presenta ley en relación a la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y su progresiva transformación en hospitales generales o polivalentes, ¿cuál es tu postura al respecto?

T: Creo que en cierta medida es algo bueno. Pero también creo que falta organizar la parte de dónde van a estar esos pacientes. Bueno si, cerramos los manicomios está perfecto, pero ¿se cuenta con un equipo conformado en cada institución para responder a la demanda? me refiero en cada nivel de atención. Además ¿hay un protocolo armado sobre el lineamiento para la atención de estos pacientes? Yo la verdad que desconozco si cada institución tiene un protocolo para su abordaje.

FM: ¿Qué opinión tenés sobre los recursos que dispone el hospital para atender las demandas de internación y atención en salud mental?

T: Por lo poco que veo, bueno como bien sabes yo voy a la Guardia y no conozco muy bien el manejo del equipo de salud mental formado. Solo sé que hay profesionales de psiquiatría, psicología y trabajo social. Pero la verdad que yo no podría decirte si son suficientes para responder a las demandas de salud mental en internación. Yo no sé qué pasa con esos pacientes cuando se los interna en sala. Yo estoy a favor de que en la Guardia se puedan tratar estas cuestiones de salud mental que te fui planteando anteriormente. En primer lugar, para mí no todo es para internar. Creo que ingresando a la Guardia y haciendo el salvataje inicial, luego teniendo una atención psicológica y psiquiátrica en la misma guardia donde se evalúa si es necesario o no la internación, me parece que esta forma seria más efectiva. Y en el caso de que no sea un paciente para internar, se le continúa haciendo un seguimiento tanto de la

medicación como de la contención psicológica. Yo creo que no todo lo que ingresa a guardia se debería internar, pero lamentablemente falta esto que te dije, contención psicológica. La pregunta básica que nosotros hacemos en guardia es ¿te querés quitar la vida? ¿sí o no?, si se quiere quitar la vida se lo interna. Hacemos todo lo que podemos como médicos de guardia, no somos ni psiquiatras ni psicólogos. Pero yo creo que si habría un equipo que ya lo pueda tratar desde guardia donde pueda definir cuales se internan y cuáles no, sería buenísimo, pensemos también que si funcionaria de esta forma no se saturaría tanto el sistema. Imagínate que por ahí tenemos personas que ingresan a las once de la noche con ideaciones suicidas, el psicólogo y el psiquiatra llegan a las once de la mañana del otro día ya para darle el alta, entonces la persona estuvo toda la noche con nosotros, cuando se podría haberlo contenido al paciente un par de horas y después haberse ido a su casa.

FM: En relación a la modalidad de abordaje en Salud Mental, en el artículo 8 especifica la conformación de un equipo interdisciplinario donde debe ser integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Además, en el artículo 13 establece que los profesionales con título de grado están en iguales condiciones para ocupar cargos de conducción, gestión de servicios e institucionales (se le ofrece leer los artículos 8 y 13). ¿Cuál es tu opinión respecto de la posibilidad de creación de un equipo interdisciplinario en el servicio de Salud Mental en este hospital? ¿hay o podría haber resistencias respecto a su conformación? ¿Por qué?

T: Me parece súper necesario esa conformación o esa modalidad de funcionamiento. Y en relación a las posibles resistencias, creo que vienen de los mismos profesionales, pero no de todos. En lo institucional también, hasta que ellos no vean la importancia de conformar estos equipos para atender las demandas de salud mental, y que se saquen la idea de que todos estos pacientes deben internarse y si es mejor en una salita aparte para que no moleste el funcionamiento del hospital, vamos a seguir en la misma. Eso es por lo menos lo que yo veo a través de mi trabajo en el hospital.

FM: Teniendo en cuenta la ley sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (se ofrece la lectura del artículo 2 en el caso de no conocer los 7 derechos), en la singularidad de esta organización institucional, ¿están garantizados?

T: Más que nada en guardia, es el tema del tiempo, de la buena atención, eso falta. Porque somos pocos, estamos a mil, entonces no se garantiza la buena calidad de atención en todos los casos, eso no quiere decir que no ponemos todo de nosotros para lograr la mejor atención lo que pasa es que la demanda es tan grande que a veces se dificulta poder responder como uno quisiera. Después con la intimidad también, porque hemos metido dos camas en un consultorio sin biombo, sin nada. Tampoco hay mucha privacidad, o también nos pasa que en la guardia hay personal policial y de limpieza, entonces tal vez estas en una situación de atención con un paciente hablando sobre algo delicado y cuando te das cuenta tenés tres o cuatro personas paradas en la puerta. Entonces hay derechos que se es difícil sostener en la guardia. El tema de la confidencialidad también, porque no tenemos un espacio para cada paciente para que pueda estar tranquilo, que pueda recibir la información que necesita, la verdad que es muy difícil.

FM: ¿Podrías relatarme una internación que recuerdes y que haya sido significativa por el impacto que tuvo en tu práctica profesional?

T: Si, un niño de diez años que ingresa a la guardia con un intento de ahorcamiento. Se supo después que era abusado y también que ingreso muy mal, termino en terapia intubado. El relato de la familia no coincidía con lo que nos decía el paciente. La familia decía que el niño estaba jugando en su cama y se desmayó, y nosotros revisándolo encontramos marcas en el cuello. Lo que más me impacto fue que sea un niño, porque con los adultos estoy más acostumbrada. Pero ver esa situación que atravesaba este niño, me afectó. Después hay una paciente súper conocida de la guardia, que tiene una hebefrenia refractaria al tratamiento, que cae a la guardia cada dos por tres con intento de suicidio. Y uno piensa que es una chica joven, veinte y pico de años, estar pasando por esto, y no poder darle una solución. No sé qué es lo que está fallando en ella, tal vez contención ya que viene de una familia súper conflictiva. Esta situación nos pone a todos lo que atendemos en la guardia muy mal. Uno piensa siempre en estos casos y dice, pobre piba que es lo que estará fallando o faltando para que pueda recuperarse definitivamente. En algún momento, de tantos intentos de suicidio, va a terminar lográndolo.

FM: En relación a las posibilidades de formación en Salud Mental dentro del hospital, ¿existen seminarios o jornadas de capacitación para los trabajadores de la salud sobre la atención y el cuidado de pacientes con padecimiento mental?

T: No, lamentablemente no hay formación o capacitación para la atención de estos pacientes, menos para los trabajadores de la guardia. Hay muchos médicos grandes de edad, que yo sé que por más que se hagan capacitaciones no van a ir.

FM: ¿Crees que estos espacios de formación son necesarios para el personal de salud? ¿por qué?

T: Y creo que estos espacios son súper necesarios, para el médico, para el personal de enfermería, para todos en general, y los que trabajamos en guardia para lograr hacer una contención inicial más efectiva y abarcativa. Porque al haber más enfermeros, cuando los médicos no pueden hacer esa contención, estaría bueno que los enfermeros puedan hacerlo. Pero para todo esto, se necesitan estas capacitaciones.

FM: Gracias por tu espacio y por tu tiempo para la entrevista.

T: De nada, suerte con tu trabajo, saludos.

Entrevista N°8

Fecha: 09/09/2021

Nombre: "L"

Sexo: Femenino

Edad: 34 años

Formación profesional: Médica Psiquiatra

Años de experiencia laboral: 1 años

Duración de la entrevista: 30 minutos

Franco Mazzuchini: ¿Cuál es tu formación académica?

L: Yo soy médica, y siempre me gustó la psiquiatría. Desde antes de comenzar a estudiar medicina siempre mi interés estuvo puesto en los pacientes con patologías mentales.

FM: ¿Qué te llevó a decidirte por esta profesión?

L: Como te decía, tenía claro que quería ser psiquiatra, lo termine de confirmar porque me gustaban todas las materias de salud mental que teníamos en la carrera.

FM: ¿Cuántos años de experiencia tienes en tu puesto de trabajo actual?

L: Bueno, yo hace un año que estoy en el Hospital. Anteriormente estaba haciendo mi residencia en Santa Fe, y unos meses en España por intercambio donde conocí la manera de organización y trabajo que en ese país tenían sobre el abordaje en salud mental en un hospital.

FM: ¿Cómo te ves en los próximos cinco años de tu vida profesional?

L: Bueno, me gusta trabajar acá en el hospital, en internación, sobre todo, es lo que me siento más a gusto y por ese motivo me gustaría continuar a futuro trabajando en el hospital. Recién comienzo, pero la dinámica hospitalaria me gusta, y el trabajo en equipo también.

FM: ¿Cuál es, en tu opinión, el rol que debe cumplir el trabajador de la salud en el sistema público?

L: Lo que tiene por ahí la parte publica es la protección o respaldo que por ejemplo en el consultorio particular uno no la tiene. Si lo comparamos tenemos otras facilidades también en lo público a diferencia de sector privado. Y lo que veo es que muchos profesionales trabajan de forma distinta acá en la parte pública, digo en cuanto a la atención o dedicación porque no le pagan bien. En cambio, en la parte privada, se gana mejor. En mi caso trabajo las mismas horas tanto en un lado como en el otro, pero se gana diferente. Pero como te decía, la parte pública te permite un respaldo porque se trabaja en equipo con otros profesionales para evaluar una situación, no estas vos sola con el paciente como pasa en el consultorio particular y eso lo valoro mucho.

FM: ¿Cómo definirías al padecimiento mental a partir de tu experiencia de trabajo?

L: El padecimiento mental, lo que estamos viendo ahora justamente, es la inmensa cantidad de chicos jóvenes que no sé qué les pasa realmente, si es que no tienen proyecciones a futuro que les permitan continuar con sus vidas o motivarlos a seguir, porque estamos teniendo muchos casos de intentos de suicidio y parece que la solución o la salida siempre es esa. Por ejemplo, un joven se pelea

con su madre, y en vez de mudarse o buscar otra solución, cuelga una soga en su habitación y se intenta ahorcar. Entonces, si la respuesta a los conflictos es esa, claramente es en primer lugar muy preocupante, pero también nos muestra que, si buscan una salida tan extrema como esa para resolver un conflicto, eso nos indica que algo está pasando con la juventud. Otro ejemplo, una joven no quiere seguir con sus estudios y se termina empastillando, ¿me entendés? Preocupa las decisiones que toman, no miden las consecuencias y llevan al extremo todo.

FM: ¿Cuáles crees que son sus causas?

L: Mucha de las causas creo que tienen que ver por la pobreza en la que viven que los limitan en sus recursos, y también con esto de querer todo ya. En una sociedad que vivimos donde todo debe ser rápido, las decisiones deben ser rápidas, donde no te podés equivocar, donde no hay tiempo para pensar. Yo veo también que la pandemia como un fenómeno que afectó a la salud mental de las personas, y empeoró los cuadros patológicos de muchos pacientes. Esto del aislamiento, el no saber qué va a pasar a futuro, pero sobre todo el encierro y el distanciamiento de los vínculos, afecta muchísimo. Comenzaron a aparecer en algunos pacientes episodios de ansiedad, de temor, personas que no quieren salir de sus casas.

FM: ¿Qué profesionales piensas que estarían capacitados para tratar una problemática en salud mental, y de qué manera te imaginas que debería ser abordada por ellos?

L: Todos creo. No solamente aquellos profesionales del área de la salud mental, sino también los médicos y los enfermeros. Porque en la mayoría de los casos, lo que necesita el paciente es la escucha y el acompañamiento que cualquier profesional puede brindar. Pasa mucho acá, que viene un paciente con excitación psicomotriz y lo primero que hacen es llamar al psiquiatra o al psicólogo, sin realizar ellos en primera instancia una contención y una primera escucha. Yo pienso que cualquiera puede hacerlo, porque el solo hecho de estar en el momento y preguntarle algo tan simple como ¿qué es lo que te pasa? ¿qué es lo que te angustia? con la finalidad de poder acompañar ese primer momento donde el paciente está alterado. Obviamente después de eso se debe llamar al psiquiatra o psicólogo para que acuda a atenderlo, pero no está bueno dejar al paciente alterado en la guardia hasta que llegamos nosotros.

FM: ¿Cuáles son las distintas modalidades de atención hospitalaria que existen actualmente para dar respuestas a las demandas en salud mental?

L: Bueno, las modalidades de atención se dividen en consultorio externo, internación y la guardia. Durante la tarde es pasiva la guardia que hacemos, por la mañana es activa.

FM: Basándonos en tu experiencia y observación ¿qué tratamientos se suelen utilizar para tratar las problemáticas que se presentan en salud mental?

L: Mira, desde el ingreso del paciente en la guardia ya se demanda al psiquiatra para que medique. Esto tiene que ver con el miedo a la salud mental que todavía persiste. Supongamos que llega un paciente con antecedentes psiquiátricos, pero ingresó por otro problema, y se acude de igual manera al psiquiatra por las dudas. Y capaz el paciente está compensado desde hace seis años y no hacía falta atenderlo desde el servicio de salud mental. Hay médicos que nos llaman en el horario de la tarde, cuando

no estamos, para que evaluemos una paciente que ingreso en la guardia y lo que le decimos es que primero vean cómo responde a la ingesta y que la dejen en observación hasta que podamos ir al otro día a verla. Ahora, es verdad que de apoco este tema se va aceitando por lo que veo, los médicos hacen su atención inicial al paciente y luego nos consultan vía telefónica si la dejan en observación o la suben a la sala de internación, además de la pregunta típica de qué medicación administrarse en el caso que sea necesaria.

Como te decía, hay profesionales que todavía no se los aguantan a los pacientes de salud mental, le tienen miedo y la queja constante es que son muy demandantes. Por ahí lo que no entienden es que, si bien estos pacientes tienen sus particularidades, si ingresa una persona con apendicitis también va a ser demandante.

FM: ¿Cuáles son los criterios o procedimientos que se tienen en cuenta para llevar a cabo una internación y la posterior externación de un paciente?

L: Bueno los criterios van a depender del cuadro con el cual ingresa. Se evalúa al paciente y toma la decisión de internar o no. Por ejemplo, si tenemos una persona que tuvo hace pocas horas un intento de suicidio y cuando se le pregunta por si persiste en esa idea, se lo interna. Es una cuestión de evaluar caso por caso, y la internación acá en el hospital se la utiliza como último recurso, porque la idea no es internar cada vez más pacientes es justamente lo contrario, lograr ver otras alternativas. Pero la realidad lamentablemente es que las personas que ingresan por la guardia por una situación de salud mental, en su mayoría amerita una internación debido al cuadro que suelen presentar.

Lo que hacemos a veces es dejarlo doce horas en la guardia y vamos viendo si el cuadro cede, entonces no es necesario subirlo a la sala. Y el alta también, depende como responde al tratamiento, si es que vino con una ideación autolítica se ve con el transcurrir de las horas si esa idea persiste, o si vino por una descompensación por un cuadro psicótico se hace el seguimiento para lograr la estabilización, para posteriormente dar el alta.

FM: A partir de los cambios que introduce la Ley de Salud Mental 26.657 en relación a las internaciones en Salud Mental (se ofrece leer los artículos correspondientes: 14, 15, 27 y 28), ¿Qué opinión tienes al respecto sobre los cambios en la reglamentación a la hora de llevar a cabo una internación en Salud Mental?

L: Bueno esto lo hablo muchas veces con mis compañeros, yo estoy de acuerdo que se interne en sala general, pero así como existe la sala de adultos ¿por qué no podría haber una sala para internación psiquiátrica en el hospital? Porque creo que hay cuadros que lo ameritan. Lo que digo es que se podría hacer un área aparte o un par de habitaciones que funcionen exclusivamente para salud mental para casos graves. Se dan situaciones como la de un paciente que tuvo un ACV y se encuentra al lado de una persona que está sufriendo un brote psicótico que no lo puedes controlar con anda. No por eso estamos haciendo una discriminación del paciente, sino que estamos preservando los dos pacientes, el nuestro y el otro que esta por otra situación. Creo que el estar juntos en la habitación puede alterar a los dos. Además, el poder garantizar para los casos complejos como dije un lugar seguro es fundamental. La idea no es aislar, sino para tomar recaudos. Por ahí también para entrevistar, porque suele pasar que hay

una persona al lado del paciente de salud mental que se está recuperando de una fractura, y tiene que estar escuchando todo lo que dice la persona y siempre son cosas muy personales. Sucede mucho que el paciente no quiera contarnos lo que le está pasando por estar presente su compañero de habitación. La privacidad es importante, y muchas veces no hay.

En conclusión, estoy de acuerdo con lo que dice la ley, pero a la vez no estoy de acuerdo por estas situaciones o cuadros complejos donde se debe tener los recaudos que te mencione. Porque mi pregunta es ¿porque se puede internar en la sala general de adultos y nosotros no podemos tener nuestra propia ala para los pacientes agudos de salud mental? Cuando hice la rotación en España, teníamos la B2 que era un ala solo para internaciones en salud mental, y era un hospital público también. Por eso creo que este hospital tendría que tener esto.

FM: Por otra parte, sobre la acción normativa que presenta ley en relación a la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y su progresiva transformación en hospitales generales o polivalentes, ¿cuál es tu postura al respecto?

L: Es que en realidad la ley se hizo todo al revés, del vamos cerraron todo, pero sin hacer los cambios primeros. Se aplicó la ley, pero sin acondicionar los hospitales generales con los recursos necesarios para recibir los pacientes de salud mental. Y pasa ahora que hay pacientes que lo desalojaron de los neuropsiquiátricos y andan a la deriva sin asistencia ni nada.

FM: ¿Qué opinión tenés sobre los recursos que dispone el hospital para atender las demandas de internación y atención en salud mental?

L: Recursos tenemos, sobre todo en cuanto al espacio, pero lo que pasa es que faltan camas para todo tipo de situaciones, y esto se debe a la alta demanda que se agravó también por la pandemia. Ayer hablaba con mis compañeros que antes de comenzar la pandemia llegamos a tener 20 pacientes de salud mental en internación, es decir que la mayoría de camas estaban ocupadas por estos pacientes. Están los recursos, pero el tema es siempre un problema de faltantes de camas disponibles. Entonces, por ejemplo, en el peor momento de la pandemia, se tenía que elegir cuales situaciones verdaderamente ameritaban una internación y cuáles no. Pasa que nuestros pacientes como los de cirugía están esperando en guarida hasta que se liberan algunas camas. Esto es algo cotidiano.

FM: En relación a la modalidad de abordaje en Salud Mental, en el artículo 8 especifica la conformación de un equipo interdisciplinario donde debe ser integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Además, en el artículo 13 establece que los profesionales con título de grado están en iguales condiciones para ocupar cargos de conducción, gestión de servicios e institucionales (se le ofrece leer los artículos 8 y 13). ¿Cuál es tu opinión respecto de la posibilidad de creación de un equipo interdisciplinario en el servicio de Salud Mental en este hospital? ¿hay o podría haber resistencias respecto a su conformación? ¿Por qué?

L: Hace poco presentamos un proyecto elaborado por el equipo, el único problema que surgió cuando armamos la presentación del escrito para la conformación efectiva del servicio de Salud Mental, fue que se propuso una coordinación compuesta por tres profesionales de distintas formaciones, trabajo social, psicología y psiquiatría. Esto nos parecía importante porque si queremos establecer un equipo

interdisciplinario, debería desaparecer esta idea de que tenía que haber un jefe de servicio. Pero no fue aceptado por la parte directiva del hospital, porque pedían que sea un médico el que esté a cargo del servicio. Claramente se sigue sosteniendo la idea de que lo normal o lo más viable es que quede el médico, porque siempre fue así. Pero de todas formas para nosotros son las tres compañeras las referentes, a pesar de que se tenga que modificar el proyecto. Porque lo que sucede es que el servicio de salud mental está funcionando, pero no está formalizado, entonces la idea era proponer esta coordinación de tres profesionales con trayectoria en el hospital. Creemos que es importante esta modalidad porque permite tener una mirada más amplia de todo. Pero bueno, de todas formas, se viene trabajando ya hace un tiempo de manera interdisciplinaria.

FM: Teniendo en cuenta la ley sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (se ofrece la lectura del artículo 2 en el caso de no conocer los 7 derechos), en la singularidad de esta organización institucional, ¿están garantizados?

L: No me tocó ver que suceda eso, sí lo que te mencioné anteriormente lo del tema de la privacidad, que muchas veces no se la garantiza justamente porque se dificulta por tema de que no hay un ala exclusiva de salud mental, entonces pasa que a veces están personas escuchando el relato del paciente, cuando no debería suceder eso. Otra cosa que vemos, es que nos piden informes de otras áreas, como por ejemplo desde la Subsecretaría de Niñez, pero nosotros no podemos revelar cierta información delicada del paciente, o porque fue que ingreso, etc. No nos parece bien que demos información sobre el paciente.

FM: ¿Podrías relatarme una internación que recuerdes y que haya sido significativa por el impacto que tuvo en tu práctica profesional?

L: Hubo una paciente que tuvo varios intentos de suicidio por una depresión que comenzó a sufrir a partir del fallecimiento de su único hijo. Yo no intervine en este caso, sino otros compañeros del servicio, pero sé que si la atendía me hubiera afectado mucho, porque después de varias recaídas, la encontraron muerta en la casa por sobredosis medicamentosa. Fue un caso muy complejo, que afectó mucho a todo el equipo porque si bien algunos de nosotros no intervenimos, manteníamos un constante ida y vuelta con los profesionales que estuvieron luchando para que pueda salir adelante esta mujer. Pero la verdad es que no recuerdo alguna internación que hay atendido que me impactó, si es verdad que la atención a jóvenes con problemas de drogadicción es muy frustrante, porque le das el alta y por ahí regresan a los tres días.

Si hablamos de casos en general, cuando hice la rotación y viajé a España por un mes y medio, pasó algo similar al caso que te conté que sucedió acá en el hospital, una paciente se terminó suicidando. Pero lo que me quedó de esa situación, fue que para mí esa paciente no estaba para el alta y la jefa le da el alta un sábado y el domingo termino con su vida. Yo me daba cuenta que esta mujer no estaba para el alta y que ella misma no quería irse. Pero bueno lo mismo pasa acá en el hospital de Reconquista, no podés tener muchos días a una persona internada porque no tiene a donde ir o porque se peleó con su marido. Este caso que viví en España, la hermana de la paciente se la llevó a su casa para cuidarla, pero al otro día se suicidó. Y como te digo, siempre me quedo esa idea de que no estaba preparada y tampoco

la misma paciente quería eso. Yo creo que me impactó porque fue mi primer contacto con una persona que se termina quitando la vida, a parte yo le hacia el seguimiento. Ese viernes yo no la vi bien, pero la jefa determino que se le dé el alta el sábado, yo intente meter un bocado, decir algo, pero la jefa no me dejo. Capaz si yo hubiese dicho de todas maneras algo de lo que observe, pero bueno. La verdad que fue todo muy trágico porque la chica se termina tirando por la ventana del edificio donde fue a vivir con su hermana. Fue tremendo.

FM: En relación a las posibilidades de formación en Salud Mental dentro del hospital, ¿existen seminarios o jornadas de capacitación para los trabajadores de la salud sobre la atención y el cuidado de pacientes con padecimiento mental?

L: Que se ofrezcan desde el hospital no había. Estamos actualmente en ese proceso, en generar capacitaciones de salud mental para el personal del hospital. Ahora íbamos a empezar con la guardia, pero hay problema con el horario que le dimos, que no estaban muy conformes. En cuanto al interés, yo creo que hay mucho interés. Sobre todo, en la guardia por los ingresos de pacientes con excitación psicomotriz, entre otros cuadros complejos que llegan. La idea es brindarles herramientas para poder contener más efectivamente a estos pacientes. Otra cosa también que se ve, es que los médicos y enfermeros más viejos, se resisten a estas capacitaciones en salud mental, en cambio los residentes o los más jóvenes están más interesados.

FM: ¿Crees que estos espacios de formación son necesarios? ¿Por qué?

L: Creo que son sumamente interesantes, no solo para los trabajadores de la salud en general, sino también para nosotros. Creo que las herramientas en cuanto a la atención, como te dije son demandadas más en la guardia. El otro día ingreso un paciente con una excitación psicomotriz y la médica me hace llamar por el parlante para que vaya. Y cuando fui le dije que ella tiene que saber cómo contener esa situación, porque ella no sabe si esa manifestación del paciente es por una cuestión psiquiátrica o por algo orgánico. En la guardia pasa eso, cuando ingresa un paciente con antecedentes psiquiátricos o manifestando cierta sintomatología psiquiátrica, los médicos no lo quieren tocar, y se desligan muchas veces de esa atención, como si solo fuera responsabilidad nuestra la atención de ese paciente.

FM: Gracias por el espacio y el tiempo que me diste para la entrevista.

L: De nada, espero que sea de ayuda. Éxitos.

Entrevista N°9

Fecha: 03/12/2021

Nombre: "A"

Sexo: Femenino

Edad: 47 años

Formación profesional: Médica Psiquiatra

Años de experiencia laboral: 10 años

Duración de la entrevista: 30 minutos

Franco Mazzuchini: ¿Cuál es tu formación académica?

A: Bueno yo estudié primero medicina y cuando estaba estudiando esa carrera lo que más me gustó fue psiquiatría como especialidad. Yo estudié en Buenos Aires, allí tenemos salud mental en 3 años diferentes. El tercero, en cuarto y quinto año de la Universidad. En tercero es como una base más que nada de psicopatología, algo bastante general. Después en cuarto año se estaban salud mental n°2, psiquiatría, patología, y tratamientos. Y en quinto año estaba orientado a la atención médico-paciente. Estas 3 materias que te mencioné son las que más me gustaron de la carrera de Medicina. Después igual cuando termine medicina no me decidía por hacer psiquiatría porque en cierto sentido estaba la idea en ese momento de que te estabas alejando de la medicina tradicional o general. Entonces empecé al principio un año de residencia en Medicina general. solamente un año duro eso, y en ese proceso me di cuenta que los pacientes que más me gustaban eran de salud mental. Entonces, evidentemente todo señalaba que tenía que orientarme hacia esa área. Después de terminar ese año dejé la residencia e Medicina general y comencé a hacer la residencia en psiquiatría.

FM: ¿Qué te llevó a decidirte por esta profesión?

A: Por supuesto, tengo la influencia de mi padre que fue psiquiatra entonces en mi familia desde que yo tengo uso de razón siempre se habló sobre salud mental y todo lo que tenga que ver con psiquiatría. Siempre sentí que, dentro de la medicina esa orientación es donde más podía llegar a generar un cambio que logré ayudar a las personas. Es decir, uno siempre comienza y tiene la idea de estudiar estas carreras porque en el fondo tiene el deseo de ayudar a las personas. Y, lo que yo veía era que estudiar la carrera de psiquiatría permitía generar muchos cambios y ayudar verdaderamente a la mejoría de las personas que estaban o que están padeciendo algún problema de salud mental. Percibía que se podría generar un cambio en aquella persona que padece. Además, Psiquiatría tiene o mantiene este trabajo clínico de la entrevista, de la pregunta, de la exploración del paciente mediante la charla. La anamnesis es todo. Además, no tenemos un método diagnóstico establecido como si veía que las otras especialidades lo tenían dentro del campo de la medicina. Es muy poco lo que se lo escucha al paciente en las otras especialidades, sino más bien poder localizar a través de los síntomas, cierto problema y las preguntas van direccionadas a esos síntomas para luego hacer muchos estudios. Pero no más que eso. La cuestión de la clínica como entrevista o anamnesis como te decía no tiene la misma importancia o no

es usual encontrarla en otras áreas de la medicina. Era mucho más despersonalizada las otras ramas de la Medicina. Y es por eso que elegí psiquiatría por esta cuestión clínica de la escucha al paciente.

FM: ¿Cuántos años de experiencia tienes en tu puesto de trabajo actual?

Entrevistada: Bueno, hace 10 años que estoy trabajando como psiquiatra. Comencé en lo privado haciendo consultorio. También hacía guardias en la clínica de la Gallareta una vez por semana. Estuve varios años ahí trabajando y también recuerdo que, en la parte privada realizaba consultas ambulatorias en PAMI y fue una experiencia muy linda el trabajar con la población de ancianos. Bueno, y en el hospital hace 5 años.

FM: ¿Cómo te ves en los próximos cinco años de tu vida profesional?

A: Yo creo que estoy reviendo mi profesión todo el tiempo, puedo decirte que todo lo que hice fue de mi agrado, me gustó trabajar en consultorio, haciendo guardias en PAMI, y como que siempre la salud pública fue algo que siempre me gustó. Pero las condiciones muchas veces laborales no son favorables para desarrollarte profesionalmente en lo público, la verdad que no me proyecto tanto, sino que más bien voy revisando mis prácticas cotidianamente. Y te soy sincera, no sé qué va a pasar de acá a 5 años, pero me veo trabajando dentro de la profesión, eso sí. También me gustaría incursionar en otras áreas ¿Como por decirte? ahora estoy muy interesada en la parte de meditación, más específicamente en mindfulness. Y justamente estoy haciendo un curso para psicólogos y psiquiatras para aprenderla y practicar esta técnica como terapia en los pacientes, y a la vez enseñarles a los mismos pacientes mindfulness. Lo que pasa es que en salud mental viste que no hay una sola respuesta, un solo tratamiento, el tratamiento siempre es integral. No por dar un antibiótico te vas a curar porque no es lineal. Entonces está bueno, irá incorporando nuevas técnicas porque hay que diferenciar que hay pacientes que por ahí con la medicación es suficiente, pero otros necesitan además de la medicación ciertas herramientas para la vida cotidiana dentro de su problemática. Para estar mejor y a la vez con el tiempo que estas herramientas o habilidades sustituyan a la medicación.

FM: ¿Cuál es, en tu opinión, el rol que debe cumplir el trabajador de la salud en el sistema público?

A: En general se presenta en la salud pública, casos más graves, más complicados de resolver. Y si o si tienes que trabajar de manera interdisciplinaria. En la parte privada no es que no haya pacientes graves, pero en general su contexto social y cultural por ahí permite qué con una medicación y que pueda ir al psicólogo por su cuenta, más o menos el paciente andaría bien. Pero en las situaciones de los pacientes que ingresan en la parte de la salud pública amerita si o si, un trabajo en equipo Interdisciplinario. La salud publica te obliga a tener una mirada integral porque el paciente viene con una patología o un síntoma qué te diría que es más emergente de una situación social o familiar muy complicada.

FM: ¿Cómo definirías al padecimiento mental a partir de tu experiencia de trabajo?

A: El padecimiento mental, y no voy a hacer nada original en lo que digo, es por un lado muy abstracto, es decir, muy subjetivo. O sea que el paciente viene y te dice que está sufriendo, pero no puede medir cuánto está sufriendo. Entonces la patología mental tiene una carga biológica muchas veces o una

vulnerabilidad que la persona trae de su familia, es decir, genéticamente una predisposición a sufrir depresión o una esquizofrenia. Pero, por otro lado, en realidad se termina manifestado en condiciones de vida muy adversas desde la niñez, desde el nacimiento. El contexto es determinante. Eso es también lo que me gustaba de salud mental, porque no es dos más dos, y como resultado siempre da cuatro.

Cuando el paciente ingresa para ser atendido por nosotros, tal vez tiene 24 años, pero viene sufriendo desde mucho tiempo antes. Son personas además muy castigadas, y digo esto en el sentido de que nacieron en un contexto donde nadie los miro, nadie los entendió, nadie los valoro como personas y bueno, se fueron defendiendo como pudieron en la vida. Porque todo esto puede llevar desde un trastorno de personalidad donde la persona no puede manejar las presiones y la ansiedad que le genera el contexto donde vive, hasta cuadros más graves como una psicosis. Entonces si o si el tratamiento de un paciente con un padecimiento de salud mental tiene que ser integral, porque las determinaciones no son solo biológicas. No es lineal la cosa, puedo darle a un paciente un antidopaminérgico porque identifico que el problema viene por la dopamina, pero en realidad yo siempre digo que la medicación es una ayuda, no es suficiente, necesitamos de otras profesiones para abordar estos problemas. El psiquiatra es una función más dentro del equipo de salud mental.

FM: ¿Cuáles crees que son sus causas?

A: Como te mencione anteriormente, el contexto de nacimiento, su historia, la predisposición genética a un cierto padecimiento pero que siempre es determinado por un contexto desfavorable.

FM: ¿Qué profesionales piensas que estarían capacitados para tratar una problemática en salud mental, y de qué manera te imaginas que debería ser abordada por ellos?

A: Cada vez me doy cuenta de varias cosas, por ejemplo, una de ellas es la importancia del Acompañamiento Terapéutico en el hospital, nunca lo había visto en mi formación, tal vez porque es algo nuevo. Es realmente la continuación del tratamiento ambulatorio del paciente internado que sale y se va a su casa, donde tiene un seguimiento y un acompañamiento para que se sostengan las indicaciones necesarias para que mediante el tratamiento la persona logre recuperarse. Entonces es re importante porque sucede que el psiquiatra y el psicólogo vemos a un paciente no más de una vez por semana, y para que ese tratamiento continúe es necesario un Acompañamiento Terapéutico. El tratamiento siempre es más efectivo cuando se hace un acompañamiento ambulatorio. En definitiva, lo farmacológico debe ir de la mano de la atención psicológica. Algunos pacientes, los más graves como en adicciones, es necesario sumar siempre un Acompañamiento Terapéutico. Esto lo descubrí hace unos años atrás trabajando en lo público, y veo mucho potencial a partir de la contención que se le puede brindar no solo al paciente con problemas de adicciones sino también a la familia. Creo que se evitaría muchísimas internaciones bajo esta estrategia ambulatoria donde se realiza un acompañamiento diario a los pacientes de salud mental.

Por otro lado, creo que el abordaje debe ser integral, donde cada profesional dentro de su disciplina aporta su conocimiento para construir entre todo un panorama general de lo que le está sucediendo al paciente. Me estaba olvidando de enfermería, que son ellos los que están siempre y todo el tiempo en el proceso de internación con el paciente. La información que ellos brindan es fundamental,

imagínate llegar temprano a la mañana y el enfermero te dice que el paciente no durmió en toda la noche, o se quejó por algo, o no quiere tomar la medicación, o se peleó con su familiar/cuidador. Entonces todo eso es imposible saberlo si uno no está ahí todo el tiempo con el paciente, como si lo hacen los enfermeros. Ellos son un recurso muy importante, pero no solo para la sala de internación, sino también en la guardia, o el rol que toma nuestro compañero enfermero que forma parte de equipo de salud mental donde hace un seguimiento por fuera del hospital y va los domicilios de las personas que no pueden acercarse hasta allí. Cumpliendo una doble función, garantizar el tratamiento farmacológico, por un lado, pero también observar cómo está el paciente en su casa. Porque sucede muchas veces que, gracias a esa información, vemos o no la necesidad de programar un turno en el caso que sea algo urgente.

FM: ¿Cuáles son las distintas modalidades de atención hospitalaria que existen actualmente para dar respuestas a las demandas en salud mental?

A: Bueno, está el dispositivo “Patitos en Fila” a la tarde y en este hospital no hay mucho más. Más allá de la articulación con primer nivel de atención que es importante porque es un trabajo importante que se da siempre o se intenta que sea fluido y constante. La idea siempre es continuar el tratamiento en el domicilio con cierto seguimiento, pero bueno, para mí en el hospital tendría que haber más talleres ya que eso ayudaría mucho porque hay muchos pacientes que no necesitan la consulta particular o que sea algo continuo, sino más bien un taller que promueva la salud y brinde herramientas para sobrellevar las situaciones diarias de vida. Por ejemplo, cuando yo hice la residencia del hospital Rivadavia de Buenos Aires observé que, en el horario vespertino, los psicólogos tenían muchos grupos para trabajar distintas problemáticas y recuerdo que había uno para personas con consumo problemático, otro para las embarazadas donde trabajan los miedos y de más temas. Estos talleres lo daban los psicólogos. Yo creo que acá en el hospital de Reconquista nos falta profesionales, porque la demanda es tan excesiva que te termina absorbiendo y no podés pensar más allá del día a día. Es imposible proyectar grandes cosas a futuro justamente porque la demanda es constante en el hospital.

Para mí, por ejemplo, en la guardia los médicos generalistas tendrían que tener formación en salud mental, que sé que no la tienen. Yo no conozco acá ninguno que se haya capacitado atender a esta población pacientes. Siempre queda excluida la salud mental dentro de las formas de atención hospitalarias, y sobre todo por parte de los médicos. Es decir, está la atención en salud mental, por un lado y la atención médica por otro. Y es esto lo que creo que falla la hora de poder tener una mirada integral el padecimiento de una persona que ingresa al hospital. Por eso habíamos dicho en algún momento con el equipo, que sería bueno que los residentes de Medicina General del hospital roten por lo menos 3 meses, para que vayan perdiendo el miedo a los pacientes de salud mental. Porque lo que uno observa es que se anulan, no quieren atenderlos y rápidamente buscan llamar al servicio de salud mental, ya sea al psiquiatra o al psicólogo. Es verdad que, con la pandemia todo se saturó y los médicos no dan abasto con todas las demandas, entonces es difícil poder escuchar y darle ese tiempo para que el paciente de salud mental pueda en cierta medida aliviar un poco sus síntomas mediante la palabra. Yo siempre pensé que es necesario que haya un psicólogo de guardia las 24 horas, y no tanto un psiquiatra porque con el tema de la medicación el médico generalista puede manejar esta cuestión. Y más adelante

en otro momento, el psiquiatra puede ir modificando o ajustando la medicación. Pero en la guardia es más importante el rol del psicólogo porque tiene las herramientas para controlar ciertos estados de crisis que sufren las personas que muchas veces ingresan al hospital. Creo que sería buenísimo que haya una guardia activa en el hospital mediante un psicólogo justamente en el espacio de atención de urgencias, porque en Reconquista no hay guardia de ninguna especialidad. Me parece que a lo mejor en salud mental tendría que haber, si pensamos en la cantidad de ingresos por intento de suicidios que hay, claramente sería un recurso súper necesario. Inclusive la familia podría llevar a la persona afectada a una consulta antes de que suceda el episodio.

FM: Basándonos en tu experiencia y observación ¿qué tratamientos se suelen utilizar para tratar las problemáticas que se presentan en salud mental?

A: Depende siempre de la situación que presenta la persona que ingresa, hay algunos que no necesitan la intervención de trabajo social y otras que claramente sí. Hay pacientes que al ser diagnosticados con esquizofrenia claramente van a necesitar medicación por lo tanto la intervención del psiquiatra es fundamental. Porque pensemos que, si una persona con un psicosis no está compensada desde la medicación, para el psicólogo va a ser imposible intervenir. Hay otras situaciones que con psicoterapia solamente el paciente anda bien, por eso creo que la demanda de salud mental debe tener una respuesta personalizada. Por eso necesitamos muchos recursos de profesionales, y que en general no se le da esa importancia. Acá en el hospital hay seis cardiólogos y uno piensa que es importante la cardiología, pero están todos los médicos clínicos y terapeutas que pueden suplir la parte de cardiólogos porque también saben manejar patología cardíaca. Pero, sin embargo, los profesionales de salud mental somos re poquitos. Una especialidad que es difícil, que necesita darle mucho tiempo al paciente para su evaluación para brindarle una escucha efectiva, donde se debe también dar una respuesta individualizada, y justo es el que menos recursos tiene.

Yo creo que hay desconocimiento desde la función del médico. Yo tuve suerte, en mi facultad la salud mental estaba presente y era tratada de otra manera, y fijate que de mi promoción tres hicimos psiquiatría, y eso es mucho. Pero en general la formación de pregrado del médico es muy mala en salud mental, por ahí empiezan a dar las materias a partir del psicoanálisis y después los estudiantes quedan con la idea de que salud mental es psicoanálisis solamente, pero es solo una teoría que permite entender ciertos aspectos de los pacientes, y no puede ser que queden solo con eso. Yo hace no mucho estaba hablando con un estudiante de la facultad, y me sorprendió escuchar que en el pregrado siguen estudiando la teoría de Freud, y eso no es todo salud mental. Se genera una confusión, obviamente que el especialista que eligió estudiar psiquiatría debe leerlo, pero para el médico del pregrado debe ser otra la formación. Pienso que se le debe brindar herramientas prácticas y básicas para cuando tienen un paciente en guardia saben cómo manejarlo. Yo cuando estaba haciendo mis guardias en medicina general, también me pasaba que llegaba un paciente de salud mental y no sabía qué hacer, uno siente que no puede hacer nada. En la formación de las carreras tradicionales de medicina, la salud mental todavía aparece como una materia teórica donde los pacientes todavía están en el manicomio, ¿entendés? La enseñanza está muy desfasada en el tiempo.

FM: ¿Cuáles son los criterios o procedimientos que se tienen en cuenta para llevar a cabo una internación y la posterior externación de un paciente?

Entrevistada: Para una internación en general lo que se tiene en cuenta o por lo menos lo que yo tengo en cuenta es la situación de riesgo del paciente. Si la consulta es de bajo riesgo y el paciente tiene un contexto familiar que lo va a acompañar, y la persona puede reflexionar sobre lo que le paso, entonces se va de alta en guardia con un turno para que regrese para hacer un control en consultorio externo. Yo pienso que en general la internación es necesaria cuando el paciente no va a mejorar, y si lo mando a la casa va a empeorar. Entonces se le dice al paciente la posibilidad de internarlo explicando que al estar unos días acá se puede hablar y trabajar mejor sobre el tema que lo aqueja. Se le explica que se le va a dar cierta medicación que le va ayudar o si ya venía en tratamiento farmacológico se le indica que se van a hacer algunos ajustes para lograr una mejoría en ese aspecto. Además, va a tener la atención de psicología y en el caso que amerite la intervención también de trabajo social. Todo esto se le explica al paciente, y creo en lo personal que la internación posibilita que, al estar en el hospital, se pueda realizar una atención más exhaustiva del caso. Yo en general lo que evalúo como te decía es el riesgo, pero no el cierto e inminente, sino el riesgo entendido como aquellos indicios que me demuestran que el paciente necesita un cuidado más intensivo. Yo en esos casos propongo una internación. Después tenés aquellos ingresos de casos agudos en la guardia del hospital donde no hay dudas de la internación. Imagínate una persona que se intentó quitar la vida y la encontraron colgada del cuello por una soga, claramente implica una internación, no hay dudas de eso. Por eso, vuelvo a decir lo mismo para mí el criterio de una internación es el riesgo que en la casa de la persona empeore o se agrave la situación.

En el caso de la externación, lo que evaluamos es la capacidad de reflexión sobre lo que le está sucediendo, y lo que estuvimos trabajando también en internación es hacer un abordaje familiar. Esto último que te digo es importante, hablar con los padres, con los hermanos, para tener un panorama más amplio que nos permita entender mejor el caso. Trabajar con la familia implica no solo recuperar información necesaria, sino plantear un trabajo en conjunto de cómo seguir con el tratamiento donde cada uno de los integrantes de la familia pueda acompañar y de qué manera hacerlo. Cuando se ve que hay compromiso de la familia y el entendimiento de lo que le sucedió al paciente, entonces se procede a dar la externación. Es importante ver que el paciente está estable, y lo pensamos siempre desde la capacidad de reflexión sobre la situación que logra elaborar.

FM: A partir de los cambios que introduce la Ley de Salud Mental 26.657 en relación a las internaciones en Salud Mental (se ofrece leer los artículos correspondientes: 14, 15, 27 y 28), ¿Qué opinión tienes al respecto sobre los cambios en la reglamentación a la hora de llevar a cabo una internación en Salud Mental?

A: La ley en teoría esta buena, pero el sistema de salud no se adaptó a la ley. Fijate vos que dice que se deben crear instituciones intermedias, hospitales de día, para transición de los pacientes internados en los psiquiátricos para su paulatina inserción a la comunidad. Y como no se está aplicando la ley, el paciente queda desprotegido en algún punto por lo menos acá en Reconquista es lo que veo. No sé cómo serán en otras localidades, pero acá es la internación en el hospital o la casa solamente,

están esas dos opciones por eso pienso que se necesitarían lugares o dispositivos intermedios donde la persona pueda ir a la tarde a relacionarse y participar de talleres. Porque incluso pienso que está bueno que los pacientes agudos de Salud Mental puedan internarse en hospitales generales y ya no en lugares que son exclusivos para ellos. Siempre digo que la patología en Salud Mental es una patología más como si tuvieras una enfermedad del corazón o del hígado. Pero como es compleja en su tratamiento, por eso creo que es solo posible si se lo trabaja de manera interdisciplinaria, sin embargo, no veo que el sistema de salud se esté adaptando a estos cambios. Por ejemplo, el trabajo comunitario y todo lo que es primer nivel de atención necesitan más recursos para prevenir que la persona llegue a una internación. Yo lo que veo es eso, faltan recursos y programas desde el Estado para aplicar la ley. También lo que veo es que la justicia tampoco se aggiorno por lo menos acá en Reconquista.

En febrero pedimos la internación involuntaria de una paciente especial que no se quería internar, pero la habían descolgado de un árbol un vecino, imaginate. La paciente estuvo internada, le dimos el alta y nunca llegó la orden involuntaria. En agosto nos llega un oficio donde la jueza habilitaba la orden de internación que pedimos en febrero, y entonces hubo que ir a buscar a la paciente al domicilio involuntariamente porque no le podíamos decir que no a la jueza. Totalmente iatrogénico, y hablamos con la abogada del hospital y nos dice que si hay una orden de un juez hay que cumplirla. Imaginate que la paciente tal vez estaba bien en su casa y se la tiene que internar de todas maneras. La verdad que fue una situación de no creer. Encima estuvo la policía un mes prácticamente buscando a la paciente hasta que la trajeron para internarla. Luego de eso durante el tiempo que estuvo en el hospital, que fueron unos días, se trabajó con ella y luego se le dio el alta. La justicia no sé si desconoce o no le importa o no tiene los recursos. Por eso digo que la ley en teoría es muy buena pero la reforma que hay que hacer es larga y va a llevar tiempo.

FM: Por otra parte, sobre la acción normativa que presenta ley en relación a la prohibición de la creación de nuevos hospitales psiquiátricos y su progresiva transformación en hospitales generales o polivalentes, ¿cuál es tu postura al respecto?

A: Bueno como te respondí anteriormente, estos cambios tienen que venir acompañados de más recursos no solo para el hospital, sino para la creación de dispositivos intermedios como Hospitales de Día o Centros de Días que puedan contener ambulatoriamente a los pacientes de salud mental. Pero todo esto falta acá en el norte de la provincia entonces creo que, si bien uno está a favor de la ley, es imposible llevarla a cabo si no se invierte en el sistema de salud para garantizar la atención de los pacientes bajo esta nueva modalidad.

FM: ¿Qué opinión tenés sobre los recursos que dispone el hospital para atender las demandas de internación y atención en salud mental?

A: El hospital general no tiene los recursos asignados, le faltaría el doble de personal de salud mental en este momento, y si se pudiera triplicar mejor. Pero también me paso de estar en una reunión con la dirección del hospital para pedir más profesionales, entre ellos la incorporación de dos psiquiatras más y la respuesta me sorprendió, porque demostró la ignorancia sobre la situación de demanda en salud mental que hay acá. Básicamente la respuesta fue que cuatro psiquiatras era muy exagerado, que con los

dos que están ya es suficiente. Y prometieron que si aumenta la demanda van a incorporar más a futuro. Yo la verdad quedé en shock, porque verdaderamente no tienen idea como día a día nos vemos sobrepasados por la demanda de atención en salud mental. Sumando a eso que somos solo dos psiquiatras para todo el norte de Santa Fe, tanto para el departamento de Vera y General Obligado, que serían más o menos 300.000 personas.

Ese pensamiento por parte del director del hospital, creo que tiene que ver con su edad, ya que creo que todavía se sigue pensando que hay la misma cantidad de pacientes que treinta años atrás. Me sorprende también esa respuesta porque él fue quien impulsó hace años atrás cuando era jefe de clínica médica, que todos los médicos deben atender sin excusas a los pacientes de salud mental. Inclusive en esa época cuando yo ingresé a trabajar en el hospital, me pidió que asista a los pases de clínica para que los residentes puedan preguntarme por los pacientes internados de salud mental. Fue una práctica que después se abandonó. A lo que voy con esto, es que pensé que iba a ver una mejor predisposición y entendimiento de la situación del servicio en cuanto a los reclamos por la incorporación de más profesionales, cosa que no pasó. Yo creo que, a parte del desconocimiento real de la situación por parte de dirección, pasa otra vez lo mismo de siempre, el paciente de salud mental queda de lado. Uno siente que no es escuchado por las autoridades, y nosotros tampoco.

FM: En relación a la modalidad de abordaje en Salud Mental, en el artículo 8 especifica la conformación de un equipo interdisciplinario donde debe ser integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores. Además, en el artículo 13 establece que los profesionales con título de grado están en iguales condiciones para ocupar cargos de conducción, gestión de servicios e institucionales (se le ofrece leer los artículos 8 y 13). ¿Cuál es tu opinión respecto de la posibilidad de creación de un equipo interdisciplinario en el servicio de Salud Mental en este hospital? ¿hay o podría haber resistencias respecto a su conformación? ¿Por qué?

A: A partir de mi experiencia creo que no hay resistencia por parte del equipo de salud mental, con quien vos hables dentro del grupo que se dedica a la atención de pacientes de salud mental todos piensan que es necesario el trabajo interdisciplinario porque nadie por si solo puede abarcar toda la problemática de un paciente, somos todos conscientes de eso y lo tenemos claro. Pasó por ejemplo con las autoridades actuales que cuando elegimos tres coordinadoras para el servicio a partir de un proyecto que armamos, una trabajadora social, una psicóloga y yo. La dirección rechazó esta idea diciendo que tiene que ser un solo coordinador y tenía que ser yo porque soy médica. Claramente se sigue con el pensamiento de que solo un médico puede ser jefe del servicio. Yo no quería ser la única, porque no creo en eso. Pero se justificaron diciendo de que desde la provincia solicitan la firma de un médico. Entonces termine aceptando, porque el mismo sistema te termina llevando a esa decisión. Pero además sentí que fue un atropello, porque había una decisión tomada por el equipo de establecer una coordinación interdisciplinaria y las autoridades la tiraron al piso como inaceptable. Lo que paso fue que al final terminaron poniendo a dedo al coordinador. Uno termina haciendo lo que ellos querían.

Saliendo del espacio de salud mental, si te vas a otras especialidades médicas, empiezas a ver que siguen con la misma mentalidad sobre la locura y quienes deben solamente atenderla. Un ejemplo

de eso, fue hace un tiempo atrás que cruce palabras con un médico que me preguntó cuántos son en el servicio de salud mental, y le dije que somos 14 trabajadores. Me mira y me dice que el preguntaba por cuantos médicos hay, y le digo que solamente dos. Entonces me responde que por lo menos hay dos profesionales en el servicio de salud mental. Entonces claramente siguen con la idea del psiquiatra como el único que puede dar una atención profesional a los pacientes de salud mental. Nosotros trabajamos más interdisciplinariamente que ellos, y se lo dije. Además, es muy notoria la división que hacen los médicos con el resto de los profesionales. Todos los días podés ver como en clínica médica la evaluación de un paciente la hacen solamente entre ellos, no integran para nada a otras profesiones. En el hospital en si todavía se manejan con esa lógica, y para salud mental esa forma no sirve.

FM: Teniendo en cuenta la ley sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (se ofrece la lectura del artículo 2 en el caso de no conocer los 7 derechos), en la singularidad de esta organización institucional, ¿están garantizados?

A: Mira me parece que a veces, y no quiero culpar al trabajador de la salud porque muchas veces están colapsados por la demanda, pero creo que se suele vulnerar bastante el derecho al trato digno. Y esto uno se entera por el mismo paciente, porque te dicen que el enfermero o la enfermera los tratan mal, o los retan para que tomen la medicación, muchas veces en tono de amenaza. En todas las especialidades pasa esto que te digo, en clínica médica pasa más esto de la cosificación del paciente, te encontrás con médicos que no llaman por su nombre al paciente sino por su enfermedad. El diálogo que sostienen entre médicos o entre los médicos y los enfermeros es “hay que pasar a ver a la neumonía de la cama cuatro”, cosas así escuchas. Por ahí pasa que con las secretarías de admisión, que también están tan desbordadas atendiendo miles de pacientes por días, entonces terminan tratando mal a las personas. A mí también cuando veo que el tratamiento con un paciente no está funcionando. En realidad, creo que uno está saturado y cansado. No es que somos unos psicópatas que no nos importan los pacientes, porque en general estamos por una gran vocación por ayudar a las personas. Es tanta la demanda que nos supera en muchos momentos.

Justamente la semana pasada hablábamos con un compañero psicólogo y una trabajadora social, que, si no te adaptas a ese sistema empezás a sintomatizar, estresar y angustiar. Pero si te sobreadaptas al sistema uno empieza a tratar a los pacientes con mucha más distancia y sin involucrarse en la situación, tratando solo la patología. Entonces uno cae en la cuenta de que ninguna de las dos está bien. Pero creo que justamente el sistema te lleva a esto, y lo ideal es tratar a los pacientes con dignidad, pero te termina exprimiendo. Yo lo que veo es que el sistema a partir de una alta demanda, te obliga a responder en condiciones que son muy precarias, desde tener un salario bajo, como también no tener los recursos suficientes para brindar una respuesta de la forma en que uno quisiera. Yo lo que le planteaba al director del hospital es que, si me daba más horas, yo no tendría que trabajar en un consultorio privado a la tarde y me dedico exclusivamente a la atención en el hospital. La idea era tener más horas y que me pague más, porque no puedo vivir solo de la plata que me da el hospital. Pero la verdad que cero interés, no hubo nunca una respuesta. Entonces te sentís explotado, y si te quedas en este lugar te tenes que alienar a la modalidad de atención que el sistema te impone. Uno se encuentra en consultorio externo, diciendo

que pase fulanito, se lo atiende rápido para que pase el siguiente porque sabes que son muchos y las horas no alcanzan. Además, creo que el servicio de salud mental y pediatría son los únicos que tratan al paciente por su nombre. Pero todas las otras especialidades no lo hacen, por ejemplo, cuando te van a hacer una interconsulta te dicen por el número de habitación y la patología, y si le preguntas como se llama se ponen nerviosos y quedan pensando hasta que tienen que buscar en la historia clínica el nombre del paciente. Se te pueden pasar o confundir algunos nombres, pero creo que de entrada no prestan atención a este aspecto que es tan importante.

FM: ¿Podrías relatarme una internación que recuerdes y que haya sido significativa por el impacto que tuvo en tu práctica profesional?

A: Bueno, una paciente que se internó varias veces en el hospital, y era para todo un suplicio tenerla, porque viste cuando no le das en la tecla con el tratamiento para que la paciente en este caso mejore. Entonces estábamos todos muy preocupados, entonces en un momento uno del equipo, que no me acuerdo quién era, piensa en la idea de que la vean los acompañantes terapéuticos. Cuando comenzaron a trabajar con ella, se logró un avance increíble, lo que no logro la medicación y la psicoterapia, lo hizo el acompañamiento ambulatorio. Te juro que fue un clic en mi cabeza, porque note la importancia que tiene el Acompañamiento Terapéutico y sus beneficios como estrategia terapéutica.

FM: En relación a las posibilidades de formación en Salud Mental dentro del hospital, ¿existen seminarios o jornadas de capacitación para los trabajadores de la salud sobre la atención y el cuidado de pacientes con padecimiento mental?

A: Si, hay capacitaciones pero la verdad que como te decía, la demanda es tanta que no te alcanza el tiempo para sentarte y armar algo. Siempre pensé y lo hablé con la jefa de residentes de clínica sobre la posibilidad de hacer una capacitación sobre ciertos temas de salud mental para brindar herramientas prácticas. Los médicos piensan en cuestiones abstractas y poco realistas en relación a la salud mental, eso tiene que ver con la mala formación en la carrera de medicina en ese aspecto. Porque te suelen hacer preguntas que uno piensa que las tendrían que saber o por lo menos tener cierta idea, por ejemplo, sobre la esquizofrenia. Luego vino la pandemia y esta idea de capacitación se cayó. Mi idea era transmitirles mediante jornadas de capacitación que era la esquizofrenia, que pasa en el cerebro de una persona con esta enfermedad. Porque me parece que está bueno enseñarles que la esquizofrenia es una patología como cualquier otra, donde el paciente necesita el mismo cuidado que por ejemplo un paciente cardiológico. En definitiva, siempre quise bajar contenido concreto para los médicos residentes para que tengan conocimiento sobre las patologías en salud mental. Y también como llega el paciente a estar así, sus instancias en el desarrollo psicológico y neurológico en la infancia, y porque surgen los síntomas ahora en la actualidad. Esto estaría dirigido para los médicos residentes y los clínicos.

Cuando hice mi tesis para la especialidad, el tema que escogí es la incidencia de infecciones en el segundo trimestre de embarazo y la probabilidad de que esos chicos hicieran una esquizofrenia a lo largo de su vida. Enfermedades banales como la gripe, donde se realizó un estudio prospectivo, y bueno estuvo más basado en países donde tienen la historia clínica de un paciente durante toda la vida, como Finlandia y Suecia. Países donde llegaron a hacer un seguimiento de pacientes por treinta o cuarenta

años. Y en general las estadísticas dan que, si las madres sufren en el segundo trimestre del embarazo algún tipo de infección como la gripe, y se lo hace en ese periodo porque es el momento donde se diferencian las neuronas de la corteza cerebral, las probabilidades que el bebé con los años sufra esquizofrenia son números muy grandes, muy significativos. Por eso la idea de la formación hacia los médicos, tiene que ver con mostrarle esta investigación y explicarles que el paciente que ingresa con una esquizofrenia o una depresión está sufriendo porque quiere. Que la persona que tiene una patología de salud mental está así porque no quiere salir de ese estado. Y este pensamiento que es muy común, es el que debemos desterrar. No es una cuestión voluntaria del paciente donde busca estar sumergido en un padecimiento mental.

FM: ¿Cómo es la actitud del personal de salud frente a la posibilidad de asistir a dichas capacitaciones?

A: En general es buena la actitud cuando vos les propones capacitación en salud mental, porque todas las personas están atravesadas de alguna manera ya sea uno mismo o un familiar. Por eso creo que hay interés y a la vez mucho desconocimiento, y si hay ignorancia siempre aparece el prejuicio. Contra eso debemos luchar. El miedo a lo que no conocemos, nos lleva al prejuicio y a la marginación tildando de loco a toda persona que sufra un padecimiento mental. Entonces si uno les puede brindar herramientas para manejar no solo a un paciente, sino ellos mismos controlar su estado emocional frente a una situación de salud mental, creo que los va a llevar a sentirse más productivos y eficientes.

FM: ¿Crees que estos espacios de formación son necesarios? ¿Por qué?

A: Siempre pensé que la formación en Salud Mental debe ser más exhaustiva en los otros profesionales de la salud. Como te digo, muchos médicos clínicos me han hecho preguntas donde se evidencia que no tienen ningún saber, y eso los lleva muchas veces al prejuicio social sobre los pacientes de salud mental. Por ejemplo, el otro día un médico se acerca y me dice si el paciente de salud mental que había ingresado se estaba haciendo el enfermo. Yo la verdad que lo miré sorprendida y le dije que no. A lo que voy con esto, es como queda en evidencia la falta de formación en salud mental en algunas especialidades dentro del hospital. Ahora, es verdad que en enfermería pasa lo mismo, hay enfermeros que ven al paciente que se despierta, comienza a comer y hablar, ya para ellos está para darle el alta. Suelen venir a preguntar cuando se le va a dar el alta a determinado paciente, porque según ellos ya está bien. Y lo que uno ve es que, para algunos enfermeros los pacientes de salud mental suelen ser una molestia o una carga. Porque no son pacientes que van a estar acostados y quietos, físicamente la mayoría está bien, el problema viene por otro lado, y eso es lo que a veces no terminan de entender los enfermeros. Les explico siempre que vienen con esta idea, de que ese no es el criterio de externación.

FM: Gracias por acceder a la entrevista.

A: De nada, éxitos y espero que te haya servido. Saludos.

Construcción de las categorías

Contenidos	Códigos	Categorías
(Hubo una elección al azar y una elección consciente de la profesión. Al azar porque yo había rendido para medicina en Córdoba capital, pero no pude entrar. Un amigo iba a estudiar veterinaria a Río Cuarto y me dice que vaya con él para no perder el año. Me fui a estudiar técnico en laboratorio. Cuando llego las inscripciones ya habían pasado pero este compañero tenía contactos dentro de la universidad y consiguió la carpeta de todos los programas de salud. y al revisarla encontré la de enfermería. Si técnico en laboratorio era una segunda opción, enfermería estaba lejos de haberlo pensado). (Entrevista n° 1: “F”). (En el último año de mi carrera, tenía una materia llamada psicopatología que tiene que ver con la salud mental en realidad, sumando también a una crisis que tuvo un familiar, fue confluyendo mi interés hacia el área de la salud mental). (Entrevista n°2: “V”). (Soy licenciado en psicología, estudie en la universidad de Córdoba, lo que me llevo a elegir la carrera fue por un suceso significativo que estaba viviendo el país cuando yo estaba en cuarto año de la secundaria y paso la crisis del 2001. Después en 2002 teníamos que hacer proyectos de investigación bibliográfica, en donde con un grupo de compañeros elegimos el tema de la crisis y su impacto en la salud mental. En esa investigación, también hicimos algunas entrevistas a profesionales, y esta experiencia me marco mucho y fue uno de los motivos principales que me orientaron hacia las ciencias sociales y humanísticas. Peor bueno yo creo que se puso en juego esta experiencia personal, pero también algo de la identidad porque seguramente tuvo algo que ver que mi hermana mayor haya estudiado psicología). (Entrevista n° 3: “G”). (Siempre me intereso el estudio de lo humano, lo que es ciencias sociales. Y elegí Trabajo Social porque al investigar sobre la profesión me informaron que comenzaba a hacer trabajo de campo desde el segundo año ya. Eso me motivo un montón en la elección de la carrera). (Entrevista n° 5: “Y”). (Lo que me llevo a decidirme tuvo que ver con eso, con las posibilidades de trabajo que tiene ser enfermero). (Entrevista n° 6: “E”). (Y bueno, elegí la carrera porque desde que tengo uso de razón siempre dije que quería ser médica mi papá siempre se acuerda que desde chiquita quería la valijita de Juliana la doctora. Así que se ve que ya lo tengo desde hace mucho, desde muy chica). (Entrevista n° 7: “T”). (Por supuesto, tengo la influencia de mi padre que fue psiquiatra entonces en mi familia desde que yo tengo uso de razón siempre se habló sobre salud mental y todo lo que tenga que ver con psiquiatría. Siempre sentí que, dentro de la medicina esa orientación es donde más podía llegar a generar un cambio que logré ayudar a las personas. Es decir, uno siempre comienza y tiene la idea de estudiar estas carreras porque en el fondo tiene el deseo de ayudar a las personas). (Entrevista n° 9: “A”).	-Elección de la profesión	*Condiciones subjetivas de elección laboral

(Psiquiatría tiene o mantiene este trabajo clínico de la entrevista, de la pregunta, de la exploración del paciente mediante la charla. La anamnesis es todo. Además, no tenemos un método diagnóstico establecido como si veía que las otras especialidades lo tenían dentro del campo de la medicina. Es muy poco lo que se lo escucha al paciente en las otras especialidades, sino más bien poder localizar a través de los síntomas, cierto problema y las preguntas van direccionadas a esos síntomas para luego hacer muchos estudios. Pero no más que eso. La cuestión de la clínica como entrevista o anamnesis como te decía no tiene la misma importancia o no es usual encontrarla en otras áreas de la medicina. Era mucho más despersonalizada las otras ramas de la Medicina. Y es por eso que elegí psiquiatría por esta cuestión clínica de la escucha al paciente). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Entonces me anoto en enfermería y al año me becaron con otros dos compañeros para empezar a trabajar en un Mini loquero. Pero no tenía en ese momento la vocación o ese querer laburar con la locura o la Salud Mental. Podríamos decir que ese fue mi primer encuentro con pacientes psiquiátricos). (Entrevista n° 1: “F”). (Imagínate que al año de comenzar a estudiar enfermería ya estaba trabajando gracias a la beca que te había mencionado que me dieron cuando estaba estudiando Enfermería. En ese momento tenía 20 años. Y tengo ahora 56 años es decir que hace 36 años que estoy en esto (risas). En este hospital comencé a trabajar hace dos años.). (Entrevista n° 1: “F”). (Luego se da la casualidad de encontrarme con un compañero, que me comenta que estaba trabajando en el hospital en un dispositivo de salud mental con pacientes que se encontraban internados haciendo acompañamiento terapéutico, y además martes y jueves hacían talleres grupales. Entonces yo le pregunté si podía comenzar a ir como voluntaria y ver qué onda ese dispositivo que me había llamado la atención, sobre todo por la experiencia. A los meses me avisa este compañero que el coordinador del dispositivo le dijo que podía ir a los talleres martes y jueves, y entonces comencé a participar. todo esto que te cuento es en el año 2018. Y en el 2019 el coordinador me llamo para trabajar en el hospital como acompañante. Comenzamos cinco acompañantes, y actualmente somos cuatro). (Entrevista n° 2: “V”). (Yo estoy hace 11 años casi trabajando de mi profesión, y cuando empecé a ejercer fue en lo privado y en lo público simultáneamente. Con mayor continuidad en la parte publica hace 5 o 6 años, ya que antes eran reemplazos y concurrencias). (Entrevista n° 3: “G”). (Bueno, en el hospital trabajo hace dos años haciendo reemplazos antes de la pandemia, y luego me hicieron un contrato al comenzar la pandemia, y aún sigo con esa modalidad. También trabajo ya hace muchos años, en Emergencias AME, donde se hace atención y traslado de pacientes que han tenido algún accidente). (Entrevista n° 4: “M”). (Bueno, ahora en diciembre voy a cumplir 11 años de trabajo, a partir de mi ingreso en la concurrencia en el hospital público. También trabajé dos años en APS, en un centro de salud de la ciudad de reconquista, donde esa experiencia en lo territorial es lo que se relaciona con mi formación y básicamente es lo esencial en el Trabajo Social). (Entrevista n° 5: “Y”).	-Experiencia Laboral	

(Yo acá en la parte de clínica estoy hace tres meses, estuve siete meses en la guardia, y en general ya hace dos años que trabajo en la parte pública. El tiempo restante estuve en el hospital de campaña, que sería el viejo hospital. Yo estoy, como mucho de mis compañeros contratados, que se le dice contrato COVID). (Entrevista n° 6: “E”). (En el hospital arranque en el 2017 con la residencia, y trabaje como residente hasta el 2020. Después ya me dieron un cargo en la guardia del hospital de 24 horas. Así que podemos decir que arranque en el 2017 ininterrumpidamente hasta ahora). (Entrevista n° 7: “T”). (Bueno, yo hace un año que estoy en el Hospital. Anteriormente estaba haciendo mi residencia en Santa Fe, y unos meses en España por intercambio donde conocí la manera de organización y trabajo que en ese país tenían sobre el abordaje en salud mental en un hospital). (Entrevista n° 8: “L”). (Bueno, hace 10 años que estoy trabajando como psiquiatra. Comencé en lo privado haciendo consultorio. También hacía guardias en la clínica de la Gallareta una vez por semana. Estuve varios años ahí trabajando y también recuerdo que, en la parte privada realizaba consultas ambulatorias en PAMI y fue una experiencia muy linda el trabajar con la población de ancianos. Bueno, y en el hospital hace 5 años). (Entrevista n°: “A”).		
(Soy enfermero profesional universitario De la Universidad de Río cuarto y después hice la residencia interdisciplinaria en Salud Mental). (Entrevista n°1: “F”). (Bueno yo estudie trabajo social, es una carrera que se estudia en el Instituto Superior Incorporado Juan XXIII que es de 4 años, también hace un par de años atrás que vengo haciendo cursos sobre Salud Mental). (Entrevista n° 2: “V”). (Bueno estudie enfermería acá en reconquista, y lo que me llevo a decidirme por la profesión fue porque quería una salida laboral rápida y también segura. Además, como yo fui bombero mucho tiempo y entonces quería algo similar). Entrevista n° 4: “M”). (Bueno yo tuve dos etapas en mi formación en trabajo social, la primera duró 4 años y el título era de nivel terciario, donde tenía una orientación en niñez. Luego hice la licenciatura en Servicio Social). (Entrevista n° 5: “Y”). (Al principio mi idea era trabajar en salud, pero no estaba en mis planes orientarme en salud mental. Pero se dio la oportunidad de comenzar a trabajar en este hospital general, mediante una concurrencia donde se ofrece una formación basada en salud mental. El contexto de finalización del posgrado coincidió con la puesta en escena reciente de la ley de salud mental nacional. Esto propicio mi camino en este recorrido en el área de salud mental y el estudio de la nueva ley de manera minuciosa). (Entrevista n° 5: “Y”). (Bueno, yo soy enfermero, hasta ahí llegué con mis estudios. La verdad es que también estuve estudiando para la programación de computadoras, pero me aconsejaron que no siga por ahí, porque no tiene salida laboral). (Entrevista n° 6: “E”). (Bueno yo me forme en la Universidad Nacional de litoral, ingrese en el año 2009. Hice la carrera y la terminé, me llevo 7 años terminarla. Me gusta saber un poco de todo por eso me decidí por la especialidad de medicina general y, por cuestiones de familia y de pareja decidí hacer la residencia en Reconquista.	-Formación académica	

La hice en el Año 2017 y terminen en 2020). (Entrevista n° 7: “T”). (Al tener ese perfil el médico de APS, se trabaja en lugares donde no hay mucha complejidad entonces hay que estar preparado siempre para distintas situaciones que ingresan. Mi formación fue básicamente tres años en la guardia del hospital viejo, después cuando inauguraron el hospital nuevo nos mudamos ahí). (Entrevista n° 7: “T”) (Yo soy médica, y siempre me gustó la Psiquiatría. Desde antes de comenzar a estudiar Medicina siempre mi interés estuvo puesto en los pacientes con patologías mentales). (Entrevista n° 8: “L”). (Después igual cuando termine Medicina no me decidía por hacer Psiquiatría porque en cierto sentido estaba la idea en ese momento de que te estabas alejando de la medicina tradicional o general. Entonces empecé al principio un año de residencia en Medicina General. solamente un año duro eso, y en ese proceso me di cuenta que los pacientes que más me gustaban eran de salud mental. Entonces, evidentemente todo señalaba que tenía que orientarme hacia esa área. Después de terminar ese año dejé la residencia e Medicina general y comencé a hacer la residencia en psiquiatría). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Al principio no quería venir al hospital, no me gustaba la idea. Pero en la actualidad no sé... hace ya casi dos años que estoy en el hospital y estoy tratando de encontrarle la vuelta y poder darle una impronta desde nuestra visión de la Salud Mental basada en lo territorial). (Entrevista n°1: “F”). (Lo que quiero decir es que si lo pensamos desde la impronta del dispositivo “Patitos En Fila” qué es un espacio terapéutico donde los profesionales son acompañantes terapéuticos y vos lo sabes muy bien porque formas parte de este equipo. Si lo pensamos desde esa esa visión al hospital, claramente uno puede trabajar de otra manera, diferente a la lógica que muchas veces se establece en una institución tan grande como es un hospital general. Es decir, las ganas de seguir en el hospital se basan en poder darle nuestra impronta desde una visión con conexión a la territorial). (Entrevista n°1: “F”). (La verdad que no me veo trabajando acá a cinco años en el hospital, porque aparte de recibirme de Trabajo Social, comencé a hacer la carrera de Ciencias de la Educación. Y bueno, amo la salud mental, pero como todos sabemos el pago es una miseria, entonces es imposible proyectar a futuro haciendo lo que estamos haciendo). (Entrevista n° 2: “V”). (En el hospital creo que se pone en juego la importancia de lo vincular, quiero decir con esto con las relaciones que uno puede establecer con tus compañeros de trabajo y las posibilidades de poder construir proyectos. Creo que no me veo trabajando en un lugar donde no haya un proyecto que me sostenga. No me gusta pensar que tengo que ir a atender y volverme a mi casa). (Entrevista n° 3: “G”). (Creo que, en conclusión, el trabajo en equipo de manera interdisciplinaria es lo que me sostendría para continuar en lo público por mucho tiempo más). (Entrevista n°3: “G”). (Mira, me veo trabajando en hospital de enfermero, pero solo ahí. Quiero distribuir mi tiempo en comenzar un emprendimiento personal. Quiero ser mi propio jefe, ya que es muy cansador estar dependiendo de superiores, cansa sobre todo	-Perspectiva laboral a futuro	

el maltrato que por ahí uno recibe o tener que soportar sus caprichos. De todas maneras, no quiero dejar el hospital porque me gusta la forma de trabajo y el ambiente de compañerismo que se armó entre los enfermeros de turno). (Entrevista n°4: “M”). (De acá en adelante me veo con proyecciones y perspectivas de ideas que deseo darles formas con el grupo de compañeros del servicio donde se da la posibilidad del trabajo interdisciplinario. Esta posibilidad es muy enriquecedora porque aporta a la integración, y no a la fragmentación. El planificar con el otro genera muchísimas posibilidades, favorece a mejorar las alternativas y a dar un mejor servicio. La pandemia vino a retrasar estos proyectos en mente). (Entrevista n° 5: “Y”). (Me gustaría que, de acá a cinco años, lograr continuar en el lugar que estoy porque me gusta. Pero lamentablemente estamos con un pie adentro y pie afuera, nadie nos garantiza que nos renueven el contrato. Algunos dicen que se sigue necesitando el personal, por más que no hay más COVID, se van a necesitar más recursos de enfermería). (Entrevista n° 6: “E”). (Generalmente somos dos médicos, pero se está tratando de que haya más, pero con el tema de la pandemia y la mudanza del hospital aumentó la cantidad de gente por consulta en el hospital por eso la faltante de profesionales se nota más. Así que yo me veo ahí en el mismo lugar dentro de unos años porque no creo que me saquen de ese lugar, de la Guardia. El otro cargo que tengo es en el centro de salud CAPS de barrio Guadalupe seguramente por unos años más continuaré trabajando ahí también). (Entrevista n° 7: “T”). (Bueno, me gusta trabajar acá en el hospital, en internación, sobre todo, es lo que me siento más a gusto y por ese motivo me gustaría continuar a futuro trabajando en el hospital. Recién comienzo, pero la dinámica hospitalaria me gusta, y el trabajo en equipo también). (Entrevista n° 8: “L”). (Yo creo que estoy reviendo mi profesión todo el tiempo, puedo decirte que todo lo que hice fue de mi agrado, me gustó trabajar en consultorio, haciendo guardias en PAMI, y como que siempre la salud pública fue algo que siempre me gustó. Pero las condiciones muchas veces laborales no son favorables para desarrollarte profesionalmente en lo público, la verdad que no me proyecto tanto, sino que más bien voy revisando mis prácticas cotidianamente. Y te soy sincera, no sé qué va a pasar de acá a 5 años, pero me veo trabajando dentro de la profesión, eso sí). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Es verdad que también hay una un estigma sobre el trabajo en el sector público y un desprestigio que comienza en los años noventa. Donde todo lo privado era lo bueno y todo lo público lo malo). (Entrevista n° 1: “F”). (Yo reivindico al trabajo público y al trabajador como la esencia de mi profesión y de mi oficio, sobre todo yo siempre digo que el oficio tiene que ver con recibirse de trabajador no solo de recibirse de una profesión. Ponerle un plus, donde el trabajo es uno a uno con el paciente, y la libertad que se tiene para trabajar con el paciente). (Entrevista n° 1: “F”). (Recuerdo un caso de una chica que se encontraba internada en hospital, y me dice que con el psicólogo que se atendía en la parte privada, le dijo que no la iba a tender más, sin darle	-Rol del trabajador de la salud en el sistema público	

ninguna explicación, “¡no te voy a atender más!”, le dijo. En lo público vos no podés negarle la atención. En lo privado tenes llamémosle la libertad de elegir si queres atender o no a determinado paciente. En el caso de esta joven, creo que encima la querían internar en una clínica psiquiátrica que funciona acá en la zona, en la Gallareta). (Entrevista n° 2: “V”). (Yo creo que la diferencia que hay entre el sistema público a diferencia del privado es la demanda que es muy alta en lo público. En la cuestión económica, cualquier profesional de la salud en la parte privada puede ganar mejor, pero la parte publica tiene los desafíos de los casos y las situaciones son completamente distintas a lo privado). (Entrevista n° 3: “G”). (Creo que la parte pública tiene muchos desafíos y pone en juego otras habilidades que en la parte privada no están, y la interdisciplina te permite la posibilidad de comunicarte con trabajadores de otras disciplinas y aprender, eso no lo vas a encontrar en lo privado). (Entrevista n° 3. “G”). (La diferencia está en el patrón, es decir en lo público tenés los jefes de área, pero en lo privado está el jefe que es a la vez el dueño por así decirlo). (Entrevista n° 4: “M”). (En el hospital vienen y te saludan de lo más bien, y en el privado no te saludan, te forrean mal, hacen como que no te conocen. La verdad que no sé por qué. La única explicación que encuentro, y que lo suelo hablar con mis colegas enfermeros, es que al privado van a facturar y en el público se maneja de otra manera). (Entrevista n° 4: “M”). (El trabajador de salud en general somos facilitadores de búsqueda del bienestar de la población que requiera o necesite el servicio. La atención de la salud tiene que ser lo suficientemente amplia como para abarcar no solo cuando la persona está enferma, sino también generando recursos para prevenir que suceda). (Entrevista n° 5: “Y”). (Mira, yo trabajo también en el Sanatorio Reconquista, y personalmente veo que ahí los enfermeros en general y los administrativos, tratan muy mal a los pacientes, es una queja recurrente y los mismos pacientes me lo cuentan cuando estoy trabajando ahí. El trato y la atención acá en el hospital muy raro que lo escuche, al contrario, muchas veces los pacientes del hospital me comentan la buena atención que reciben. Por eso pienso que se da al revés de como uno pensaría que debería ser la atención, ya que en lo privado vos estas pagando). (Entrevista n° 6: “E”). (Desde mi formación a partir de lo que yo fui construyendo en relación al médico generalista es sobre todo ser empático y saber que en la parte pública tenés que arreglarte con lo que hay, con los recursos que existen en el momento, y que por más que hagas todos tus esfuerzos y pongas tus ganas para lograr tener un diagnóstico rápido existen muchas trabas con respecto a los burocrático. El médico a pesar de eso, debe seguir adelante y debe ser empático entendiendo que situación de los pacientes, una mirada más general de las situaciones que ingresan). (Entrevista n° 7: “T”). (Lo que tiene por ahí la parte publica es la protección o respaldo que por ejemplo en el consultorio particular uno no la tiene. Si lo comparamos tenemos otras facilidades también en lo público a diferencia de sector privado. Y lo que veo es que muchos profesionales trabajan de forma distinta acá en la parte pública,		
---	--	--

digo en cuanto a la atención o dedicación porque no le pagan bien. En cambio, en la parte privada, se gana mejor. En mi caso trabajo las mismas horas tanto en un lado como en el otro, pero se gana diferente). (Entrevista n° 8: “L”). (En general se presenta en la salud pública, casos más graves, más complicados de resolver. Y si o si tienes que trabajar de manera interdisciplinaria. En la parte privada no es que no haya pacientes graves, pero en general su contexto social y cultural por ahí permite qué con una medicación y que pueda ir al psicólogo por su cuenta, más o menos el paciente andaría bien). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Desde el servicio se está pensado el afuera también, no solamente la internación. La importancia que tiene hacer una buena contrarreferencia, la importancia que tiene la creación del dispositivo de continuidad y cuidado, que tiene que ver con eso. Con un seguimiento por un tiempo y una verdadera articulación con el primer nivel, sobre todo). (Entrevista n° 1: “F”). (Yo creo el problema está en que se entiende por externación, porque se la piensa como un alta, y yo creo que el alta en si no debería existir. La internación es parte del tratamiento, porque cualquiera puede tener una crisis o episodio, y bueno, eso debe ser considerado como parte de nuestro laburo. Sino caemos en la idea de pensar que cuando se le da el alta a un paciente, se lo externa y ya no pertenece más, deja de ser un paciente. Como si el alta significaría que está curado, y sin ánimo de cronificar, a lo que me refiero es a la importancia del seguimiento periódico acorde a la situación del paciente y yo creo que en este tema estamos en una construcción interesante). (Entrevista n° 1: “F”). (La externación tiene que ver con esto, con su historial clínico más el contexto social que vive la persona. Creo que el alta debe ser una decisión interdisciplinaria, antes se solía ver que era solamente del psiquiatra, pero ahora eso está cambiando. Sin embargo, el psiquiatra y el psicólogo siguen siendo los que determinan el tratamiento y el alta del paciente). (Entrevista n°2: “V”). (Creo que depende mucho de la situación que ingresa. Y en esto me apoyo en la ley de salud mental donde dice que, si se determina que hay un riesgo para sí mismo o para terceros, en ese punto es clave para determinar una internación. Para dar un alta depende como va evolucionando el paciente, de su capacidad de reflexión, también ir viendo la red de contención que tiene el paciente para que pueda acompañarlo en su tratamiento). (Entrevista n°3: “G”). (Creo que se toma la decisión de internar a una persona cuando llega a atentar contra su vida, quiero decir cuando está en riesgo su vida. Yo creo que para dar el alta a un paciente se tiene que tener en cuenta el entorno familiar, si va a haber acompañamiento en relación a los cuidados que la persona necesita y a la asistencia que le podrían dar en su domicilio. Creo que eso es re importante, no solo para los pacientes de salud mental, sino para cualquier persona internada). (Entrevista n° 4: “M”). (Cuando ingresa un paciente de salud mental al hospital, siempre es por evaluación psiquiátrica en primera instancia. Está todavía muy enquistado esta idea en la institución, porque se sigue sosteniendo una mirada muy biologicista de la atención). (Entrevista n° 5: “Y”).	-Criterios y procedimientos para una internación y posterior externación en SM	*Procedimientos y abordajes en Salud Mental

(La posibilidad de llevar a cabo una internación como estrategia se va analizando ya en la guardia, me refiero a indagar si es un caso que es posible el trabajo en territorio o no, porque muchas veces ingresan pacientes en un estado agudo de padecimiento y con un historial de recaídas por la falta de adhesión al tratamiento). (Entrevista n° 5: “Y”). (No hay protocolo, eso depende de cómo lo presente la ambulancia cuando lo trae. Porque si dicen que es por brote psicótico o intento de suicidio, ya ahí los médicos lo anotan como paciente de salud mental y hacen la interconsulta con el psiquiatra. También llegaron muchas personas este año que se empastillaron y ya automáticamente se los etiqueta como paciente de salud mental, y nosotros les hacemos una sonda nasogástrica, lavamos bien todo el estómago y se los manda a la sala de internación). (Entrevista n° 6: “E”). (En el proceso del alta la verdad que no tengo mucha idea, pero sé que el médico clínico lo evalúa y dependiendo lo que ve, le da el alta o espera unos días más. Pero va más en el ojo del médico, no tanto en protocolos, por lo que yo veo). (Entrevista n° 6: “E”). (Te puedo hablar un poco del ingreso más que nada porque mi trabajo es recibir los pacientes en la guardia. El procedimiento para una internación es en primer lugar la atención al paciente que ingresa, y la estabilización del mismo. La verdad que después como lo evaluarán hasta darle el alta, no lo sé. Pero lo que si se es que existen muchos reingresos de pacientes con problemas mentales). (Entrevista n° 7: “T”). (Bueno los criterios van a depender del cuadro con el cual ingresa. Se evalúa al paciente y toma la decisión de internar o no. Por ejemplo, si tenemos una persona que tuvo hace pocas horas un intento de suicidio y cuando se le pregunta por si persiste en esa idea, se lo interna. Es una cuestión de evaluar caso por caso, y la internación acá en el hospital se la utiliza como último recurso. Pero la realidad lamentablemente es que las personas que ingresan por la guardia por una situación de salud mental, en su mayoría amerita una internación debido al cuadro que suelen presentar). (Entrevista n° 8: “L”). (Y el alta también, depende como responde al tratamiento, si es que vino con una ideación autolítica se ve con el transcurrir de las horas si esa idea persiste, o si vino por una descompensación por un cuadro psicótico se hace el seguimiento para lograr la estabilización, para posteriormente dar el alta). (Entrevista n° 8: “L”). (Yo pienso que en general la internación es necesaria cuando el paciente no va a mejorar, y si lo mando a la casa va a empeorar. Entonces se le dice al paciente la posibilidad de internarlo explicando que al estar unos días acá se puede hablar y trabajar mejor sobre el tema que lo aqueja). (Entrevista n° 9: “A”). (Yo en general lo que evalúo como te decía es el riesgo, pero no el cierto e inminente, sino el riesgo entendido como aquellos indicios que me demuestran que el paciente necesita un cuidado más intensivo. Yo en esos casos propongo una internación. Después tenés aquellos ingresos de casos agudos en la guardia del hospital donde no hay dudas de la internación. Imaginate una persona que se intentó quitar la vida y la encontraron colgada del cuello por una soga, claramente implica una internación, no hay dudas de eso). (Entrevista n° 9: “A”).		
--	--	--

(En el caso de la externación, lo que evaluamos es la capacidad de reflexión sobre lo que le está sucediendo, y lo que estuvimos trabajando también en internación es hacer un abordaje familiar. Trabajar con la familia implica no solo recuperar información necesaria, sino plantear un trabajo en conjunto de cómo seguir con el tratamiento donde cada uno de los integrantes de la familia pueda acompañar y de qué manera hacerlo. Cuando se ve que hay compromiso de la familia y el entendimiento de lo que le sucedió al paciente, entonces se procede a dar la externación). (Entrevista n° 9: “A”). (Y lo que uno ve es que, para algunos enfermeros los pacientes de salud mental suelen ser una molestia o una carga. Porque no son pacientes que van a estar acostados y quietos, físicamente la mayoría está bien, el problema viene por otro lado, y eso es lo que a veces no terminan de entender los enfermeros. Les explico siempre que vienen con esta idea, de que ese no es el criterio de externación). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Está en construcción desde hace un tiempo, quiero decir una modalidad que sea fiel a la ley. Cuesta muchísimo porque el sistema no está preparado para eso, entonces de pronto ayer si hubiéramos tenido un espacio intermedio, una paciente reincidente hoy no estaría internada en el hospital. Pero está y se debe a esa carencia de espacios más intermedios de atención. Tomando este caso que mencione, si el centro de salud hubiera intervenido de otra manera, y no expulsándola como prácticamente sucedió los resultados también serían otros). (Entrevista n° 1: “F”). (Digamos que en esta construcción se debe romper muchas cosas, y el sistema en eso es muy fuerte y se cohesiona de tal manera que se cierra en sí mismo. Yo creo que ahí está donde debemos justamente hacer la construcción que necesitamos, porque si no podemos humanizar una guardia, un cuidado en clínica médica...estamos perdidos) (Entrevista n° 1: “F”). (En el hospital en lo que refiere a la salud mental está la guardia donde se atienden las crisis, después tenés los consultorios externos donde atienden los psicólogos y psiquiatras. Luego también las internaciones en el área de adultos, y nuestro dispositivo de acompañamiento terapéutico. Además, en pediatría y neo también el servicio de salud mental actúa cuando se lo solicita, ya sea un médico o enfermero hacen el pedido a la psicóloga para que pasa a ver a un paciente que lo necesita). (Entrevista n° 2: “V”). (Bueno, puede ser la guardia, puede ser ya en un momento de internación y no necesariamente dicha internación sea de salud mental, ya que se da un emergente que se requiere un acompañamiento o asistencia a esa persona. También tenemos consultorio externo; desde lo que son las interconsultas por parte de otras instituciones o de otros organismos, o centros de salud. Y actualmente se le suma la atención de pacientes con COVID 19 donde dicha atención se da en el hospital de campaña, llamado comúnmente hospital viejo, y en el sector de internación de adultos). (Entrevista n° 3: “G”). (Yo pienso que entre la atención en los consultorios externos y en internación de adultos, es tan alta la demanda de pacientes en salud mental que no dan abasto. Me parece que en ese sentido tampoco se está cuidando al profesional, porque al no contar con	-Modalidades de atención hospitalaria en SM	

los recursos necesarios, imagínate cómo repercutirá eso también en su propia salud mental). (Entrevista n° 4: “M”). (La modalidad de atención en salud mental no está sectorizada, sino que es transversal y es muy accesible a todas las áreas del hospital. Hace un tiempo atrás hubo un montón de tropiezos que tienen que ver con las gestiones y la impronta que le otorga cada profesional sumándole a las autoridades del hospital. Porque no es lo mismo que las máximas autoridades de una institución tengan una fuerte impronta desde salud mental que llegue de forma transversal a todos los equipos y a todos los servicios generando que el trabajo fluya, a que no tenga dicha impronta). (Entrevista n° 5: “Y”). (Según tengo entendido hacen consultorio externo, pero yo los veo por la mañana que hacen visita en la sala que se le dice, sería en la parte de internación de adultos. Pasan a ver los pacientes. Los psicólogos y los psiquiatras. En el servicio de guardia, cuando ingresa un paciente, se llama al especialista de salud mental para que lo evalúe y haga el pase a la sala de adultos en el caso que sea necesario una internación). (Entrevista n° 6: “E”). (Lo que yo veo es que en consultorio externo sé que están ahí, también en la sala que es el lugar donde pasan a ver los pacientes que nosotros derivamos desde la guardia para que sean internados. Depende que profesional está, tenemos alguna visita a la guardia, pero es muy raro, generalmente se los interna y van al servicio a atender). (Entrevista n° 7: “T”). (Bueno, las modalidades de atención se dividen en consultorio externo, internación y la guardia. Durante la tarde es pasiva la guardia que hacemos, por la mañana es activa). (Entrevista n° 8: “L”). (La idea siempre es continuar el tratamiento en el domicilio con cierto seguimiento, pero bueno, para mí en el hospital tendría que haber más talleres ya que eso ayudaría mucho porque hay muchos pacientes que no necesitan la consulta particular o que sea algo continuo, sino más bien un taller que promueva la salud y brinde herramientas para sobrellevar las situaciones diarias de vida). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Ahora podemos decir que con la nueva coordinación del servicio las decisiones son más interdisciplinarias y más humana a mi entender, antes se priorizaba la medicación y hasta era casi la única terapia que se le daba importancia. Lo que se veía mucho antes era lo médico y se medicaba hasta doparlo, entonces el paciente permanecía dormido casi toda la internación). (Entrevista n° 2: “V”). (El más utilizado es el farmacológico. Uno ve como quedan cuando lo internan, re papeado. La verdad que te da una lástima verlos en esa situación. Imposible poder hablar con una persona que está en ese estado). (Entrevista n° 4: “M”). (Pero después está el otro tema, como haces para que quede quieto o tranquilo si está en una crisis y sin medicar. Yo creo que muchas veces se pasan con la cantidad de medicación, vos imagínate que hay veces que vemos pacientes dormir dos o tres días seguidos. Pero como te digo, uno no sabe que pueden hacer en un estado de crisis nerviosa, capaz buscan tirarse por la ventana). (Entrevista n° 4: “M”).	-Tratamientos más utilizados para la atención en SM	

(Muchas veces los pacientes no requieren medicación, pero hay ocasiones donde ingresan casos agudos que sí ameritan en primera instancia la medicación para que sea posible el abordaje mediante la palabra). (Entrevista n° 5: “Y”). (Lo que yo veo es que, si bien lo evalúa el psiquiatra y vienen a ver al paciente, me parece que necesitan más seguimiento y control. Incluso hay veces como que para que no jodan, se los duermen y terminan pasando todo el día así. Después los profesionales que lo van a ver, dicen que no pudieron hablar con el paciente porque estaba dormido ¿me entendés? Entonces es como que no le dan mucha pelota). (Entrevista n° 6: “E”). (También la parte de enfermería no le tienen la paciencia que debieran tener. El otro día había una paciente que ingreso por un intento de suicidio, y cuando la subieron a la habitación y dejarla ahí, cuando volvieron a revisar como estaba, la vieron que se quería tirar por la ventana. Entonces ¿qué hicieron? la ataron para sedarla y listo, durmió todo el día. Nadie intento comunicarse con un profesional para que hablen con la persona, siempre lo más fácil para que no moleste). (Entrevista n° 6: “E”). (La realidad es que hay que aplicarle la medicación para que el paciente que ingresa alterado logre estar tranquilo entonces nosotros podemos atender a los demás pacientes). (Entrevista n° 7: “T”). (Mira, desde el ingreso del paciente en la guardia ya se demanda al psiquiatra para que medique. Esto tiene que ver con el miedo a la salud mental que todavía persiste. Supongamos que llega un paciente con antecedentes psiquiátricos, pero ingresó por otro problema, y se acude de igual manera al psiquiatra por las dudas. Y capaz el paciente está compensado desde hace seis años y no hacía falta atenderlo desde el servicio de salud mental). (Entrevista n° 8: “L”).		
(Y hay algo que no se hace, y que nosotros tampoco, hasta los profesionales más formados no lo hacen, que es incluir también al paciente en su propio tratamiento o en la estrategia terapéutica. Pero hay una cosa de infantilizar a la persona que es creer que se le va a hacer menos mal si no se le dice lo que está sucediendo). (Entrevista n° 1: “F”). (Mucho de esos derechos no se cumplen, uno de esos es la confidencialidad. Desde que vine a Reconquista me llamo la atención como el hospital era una noticia amarilla en los medios de comunicación, y decían a modo de parte de guardia, que bien puede ser el parte que se da en el pase de guardia entre enfermeros o entre médicos. Hablaban desde ahí, se pasaban información del paciente y se sigue pasando información totalmente privada que es de la institución. Donde el paciente nunca fue consultado ni su familia. Yo creo que es una violación de un derecho fundamental porque expone a la persona, y en salud mental mucho más). (Entrevista n° 1: “F”). (Nos ha pasado con muchos pacientes que se los toma como una noticia pintoresca, y después eso ha tenido influencia desde lo clínica en el paciente. Recuerdo un caso de una chica que es internada recurrentemente en el hospital y que justamente se internó nuevamente ayer, la relevancia que le dieron desde los medios género que ahora ya sea conocida como la chica del puente). (Entrevista n° 1: “F”). (En relación a aquellos casos o situaciones de salud mental y hago referencia a mi experiencia de vida más en la época de	-Derechos del paciente	*Salud Mental y Derechos Humanos

estudiante donde he tomado contacto con algunas instituciones psiquiátricas donde tenían pacientes encerrados, siendo este su lugar de vida, y al mismo tiempo se estaban vulnerando constantemente sus derechos). (Entrevista n° 3: “G”). (Mira desde mi experiencia de trabajo en el hospital creo que todos los derechos, en general, están garantizados). (Entrevista n° 4: “M”). (Si, se vulneran los derechos. Sobre todo, con el estigma que tienen algunos pacientes por parte de los profesionales en cuanto a la idea de “¿qué puede entender esta persona sobre su diagnóstico y lo que implica su enfermedad?”. Es muy común escuchar y ver esto). (Entrevista n° 5: “Y”). (Justamente la semana pasada estuve hablando con un paciente de salud mental en la guardia con COVID también, y la persona me dice que no sabía que estuvo la policía en el lugar y que le sacaron fotos. Nunca le preguntaron nada, y ella se entera porque el hijo navegando por internet encuentra en una página de noticias la foto de ella en su peor estado y pasándola muy mal). (Entrevista n° 5: “Y”). (Falla mucho en cuanto al trato digno y a la privacidad del paciente. Falta más humanidad en la atención de los pacientes. Hay enfermeros y médicos puntuales que tratan muy mal a la gente). (Entrevista n° 6: “E”). (A mí no me gustaría que estén diciendo mi diagnóstico enfrente de todas las personas, por más que sea dentro del grupo de profesionales, creo que debe tenerse recaudos y cuidar eso, porque siempre hay personas ajenas que están escuchando esa información. Por eso te digo que la intimidad y la confidencialidad muchas veces no se respeta como debería ser). (Entrevista n° 6: “E”). (Hay muchos inconvenientes con los turnos para análisis de laboratorio o de ecografía, en el espacio público se prolonga mucho el tiempo de espera por la cantidad de pacientes que se atiende). (Entrevista n° 7: “T”). (Mira me parece que a veces, y no quiero culpar al trabajador de la salud porque muchas veces están colapsados por la demanda, pero creo que se suele vulnerar bastante el derecho al trato digno. Y esto uno se entera por el mismo paciente, porque te dicen que el enfermero o la enfermera los tratan mal, o los retan para que tomen la medicación, muchas veces en tono de amenaza). (Entrevista n° 9: “A”). (En todas las especialidades pasa esto que te digo, en clínica médica pasa más esto de la cosificación del paciente, te encontrás con médicos que no llaman por su nombre al paciente sino por su enfermedad. El diálogo que sostienen entre médicos o entre los médicos y los enfermeros es “hay que pasar a ver a la neumonía de la cama cuatro”, cosas así escuchas). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Y si hablamos sobre nuestro trabajo como acompañantes terapéuticos, ¿quiénes pasan 4 horas escuchando las problemáticas de los pacientes? ¿quiénes pasan más de 15 minutos escuchándolos y dándole su tiempo? solamente los acompañantes terapéuticos). (Entrevista n° 2: “V”). (A nosotros los acompañantes no se nos suele consultar por lo trabajado con el paciente o que mirada tenemos en relación a un caso. Solo en casos excepcionales y complejos, puede ser que sí). (Entrevista n° 2: “V”).	-Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico	

(Bueno, el dispositivo tiene la misma impronta desde que arrancamos en el 2019. El objetivo es más que nada la contención y darle lugar a la palabra del otro, hacer valer esa palabra que tiene un valor y un peso. Reconocer la importancia que tiene esa palabra. Sobre todo, la escucha atenta es una pata fundamental del dispositivo, donde escuchar al otro en su padecimiento y sus situaciones que atraviesa es justamente permitirle un espacio que antes no tenía). (Entrevista n° 2: “V”). (Es un espacio que está compuesto por personas que estuvieron alguna vez internadas en el hospital y se les ofrece este espacio grupal. Obviamente participa el que quiere, un día o los dos días, donde damos este espacio de encuentro. Los coordinadores del taller que se llama Patitos en Fila somos los acompañantes terapéuticos y un enfermero formado en salud mental). (Entrevista n° 2: “V”). (En el caso del Acompañante Terapéutico es igual, su función es fundamental para el trabajo con los pacientes crónicos, pero lamentablemente no se reconoce su trabajo como se debería). (Entrevista n°5: “Y”). (Cada vez me doy cuenta de varias cosas, por ejemplo, una de ellas es la importancia del Acompañamiento Terapéutico en el hospital, nunca lo había visto en mi formación, tal vez porque es algo nuevo. Es realmente la continuación del tratamiento ambulatorio del paciente internado que sale y se va a su casa, donde tiene un seguimiento y un acompañamiento para que se sostengan las indicaciones necesarias para que mediante el tratamiento la persona logre recuperarse). (Entrevista n° 9: “A”). (Algunos pacientes, los más graves como en adicciones, es necesario sumar siempre un Acompañamiento Terapéutico). (Entrevista n° 9: “A”). Creo que se evitaría muchísimas internaciones bajo esta estrategia ambulatoria donde se realiza un acompañamiento diario a los pacientes de salud mental. (Entrevista n° 9: “A”).		
(Yo creo que avanza en ese sentido de la conformación, aunque todavía hay gente que no cree en el equipo y que se piensan dueños de la salud, generalmente son médicos, pero también hay psicólogos que se creen dueño de la salud mental). (Entrevista n° 1: “F”). (Los límites son impuestos no solo desde la dirección, sino administrativos e inclusive. En definitiva, creo que son decisiones políticas que se debieran tomar y no se las toman, o que se toman algunas no más). (Entrevista n° 1: “F”). (Y vuelvo a remarcar la importancia del trabajo interdisciplinario, porque es muy enriquecedor para el equipo que interviene en un caso, aportar al tratamiento del paciente y a su recuperación). (Entrevista n° 2: “V”). (Si pienso de acá al futuro, me veo trabajando en proyectos dentro de un equipo interdisciplinario como se quiere comenzar a trabajar ahora en el servicio de salud mental). (Entrevista n° 3: “G”). (Creo que, en conclusión, el trabajo en equipo de manera interdisciplinaria es lo que me sostendría para continuar en lo público por mucho tiempo más). (Entrevista n° 3: “G”). (Mira, desde mi experiencia en el hospital no se trabaja de manera interdisciplinaria cuando se atiende a un paciente. Viene el médico clínico y hace lo suyo, el enfermero hace su parte, después el psiquiatra y el psicólogo por otro lado evalúan a la	-Equipo interdisciplinario	

persona internada, y así. Yo veo que cada uno cumple su función y listo, no hay comunicación entre los profesionales de distintas disciplinas). (Entrevista n° 4: “M”). (Bueno con respecto al equipo, no veo otra forma de trabajo que no sea el interdisciplinario, sino es imposible poder dar un análisis completo del sujeto. Como te decía antes, la atención debe tener una mirada integral de la persona y, por lo tanto, el trabajo de los profesionales debe ser en equipo). (Entrevista n° 5: “Y”). (Estaría bueno que se llegue a conformar un equipo interdisciplinario que se ocupe de los pacientes de salud mental. También sería ideal que no sea un médico el que esté a cargo, porque ellos no tienen la visión que puede tener un psicólogo o un trabajador social, una mirada amplia del problema me refiero) (Entrevista n° 6: “E”). (Siempre pasó que cada psiquiatra tiene su psicólogo de confianza, y trabajan entre ellos por un lado y los demás por el otro). (Entrevista n° 6: “E”). (Pero en las situaciones de los pacientes que ingresan en la parte de la salud pública amerita si o si, un trabajo en equipo Interdisciplinario. La salud publica te obliga a tener una mirada integral porque el paciente viene con una patología o un síntoma qué te diría que es más emergente de una situación social o familiar muy complicada). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Justamente hoy llamaron a una de las psicólogas del servicio porque falleció un paciente de 51 años de COVID, y el padre está internado en el hospital de campaña (hospital viejo). El mismo hospital le pide a la psicóloga que vaya a contarle a este hombre que su hijo falleció. Fijate vos como se mal utiliza un recurso. El que tiene que decirle en primera instancia es el médico, y después intervendrá en el caso de ser necesario, el psicólogo. A lo que me refiero es que a todo el equipo de salud le compete el cuidado, la contención, el acompañamiento, el apoyo, no solamente al psicólogo). (Entrevista n° 1: “F”). (Me ha tocado la experiencia de estar con personas que han estado 20 o 30 años internadas, y que hemos tenido un trabajo de seis o siete meses de laburo intensivo con la familia, con la comunidad y con la persona, porque imaginate que paso más tiempo en el manicomio que en la sociedad. El manicomio no es una institución saludable, eso está claro, por lo tanto, no debe existir. Basaglia decía eso justamente, que hay que erradicar decididamente los manicomios porque si hay aunque sea uno solo, siempre está la posibilidad de mandar a alguien a ese lugar). (Entrevista n° 1: “F”). (Supongamos que, de un promedio de doscientos pacientes y digo pacientes porque no eran usuarios ya que no estaban eligiendo, quizás cinco estaban en una situación aguda grave de crisis diarias donde uno se preguntaba ¿qué tipo de respuesta se le puede dar a una persona en ese estado permanente? y de lo que se trataba de hacer era de cuidarlos y protegerlos de sí mismos. Estas personas se encontraban en una habitación forrada de goma espuma o de colchones para que no se lastimasen. Son estos casos lo que me hacen reflexionar y preguntarme de qué manera se los podría ayudar más que generar un entorno de cuidado y contención. Y me lleva a pensar que el hospital público, el hospital general, no podría dar	-Internaciones: Hospitales monovalentes vs Hospitales Generales	

respuesta a estas situaciones. O si llegara a dar una respuesta, no sería satisfactoria). (Entrevista n° 3: "G"). (Yo creo siempre es por alguna situación extrema, más ahora con el tema del COVID donde se necesitan camas. Después vemos que hay gente que parece que le gusta internarse, que busca quedarse en una de las habitaciones del hospital, por ahí pienso que es por la atención que pueden recibir, tiene para comer y bañarse gratis. Yo eh visto casos de personas que se sentían más seguras estando en el hospital internadas. Creo que son los casos donde lo que buscan es contención y compañía, hasta inventan los síntomas para quedarse más tiempo). (Entrevistas n° 4: "M"). (A mi parecer está bien que se internen pacientes en hospitales generales, porque como te había dicho anteriormente, todos somos posibles pacientes de salud mental, y todos debemos tener el derecho a ser atendidos como cualquier otra persona en un hospital. Yo he visto como quedan los pacientes internados en neuropsiquiátricos, y la verdad que las personas ahí metidas pierden toda noción del tiempo y de la realidad que se vive afuera. Entonces no es lógico que porque tengamos en algún momento un ataque de nervios nos encierren para tratarnos). (Entrevista n° 4: "M"). (No creo que los hospitales psiquiátricos sean una respuesta a los padecimientos mentales inclusive los estados agudos, porque creo que es necesario ver cuáles fueron los factores que hicieron llegar a ese estado al paciente y ahí entra la idea de la prevención para que no suceda tal deterioro o estado de padecimiento grave). (Entrevista n° 5: "Y"). (Por otro lado, para mi está bien que se los interne a en hospitales generales, es un tema que lo hemos hablado, me refiero a la desmanicomialización. No está bien que se los tenga en una internación de ese tipo, no les hace bien porque no aporta en nada a mejorar su salud. Esta bueno que se lo traten acá, pero debe haber un mejor seguimiento). (Entrevista n° 6: "E"). (Bueno esto lo hable muchas veces con mis compañeros, yo estoy de acuerdo que se interne en sala general, pero, así como existe la sala de adultos ¿por qué no podría haber una sala para internación psiquiátrica en el hospital? Porque creo que hay cuadros que lo ameritan. Lo que digo es que se podría hacer un área aparte o un par de habitaciones que funcionen exclusivamente para salud mental para casos graves). (Entrevista n° 8: "L"). (No sé cómo serán en otras localidades, pero acá es la internación en el hospital o la casa solamente, están esas dos opciones por eso pienso que se necesitarían lugares o dispositivos intermedios donde la persona pueda ir a la tarde a relacionarse y participar de talleres. Porque incluso pienso que está bueno que los pacientes agudos de Salud Mental puedan internarse en hospitales generales y ya no en lugares que son exclusivos para ellos). (Entrevista n° 9: "A").		
(El manicomio nos lleva 150 o 200 años de ventaja y la ley recién tiene 10 años a penas, pero la ley viene a meterse entre la justicia y el psiquiatra...no niega ninguno de los dos, los toma a ambos. De hecho, al psiquiatra se lo ubica dentro de un equipo interdisciplinario. Y a la justicia la pone, en los casos de internación, como garante de esa internación. Es decir, no los niega a los dos, pero no pueden estar juntos y solos tomando	-La atención a partir de Ley Nacional de Salud Mental 26.657	

decisiones. El que decide, es el equipo y en ese sentido la ley es fabulosa y debemos tomarla). (Entrevista n° 1: “F”). (Un ejemplo es una usuaria del taller grupal del dispositivo de acompañamiento terapéutico que me olvide decirte que se llama Patitos en Fila, donde tuvo una internación en el hospital general y a raíz de ello, comenzó a participar en nuestro espacio. Bueno, ella anteriormente estuvo mucho tiempo internada en la Gallareta, no recuerdo bien los años, pero creo que alrededor de 20 más o menos. Ella nos cuenta que deja de vivir en ese lugar simplemente porque su padre, quien era el que pagaba la internación, falleció. Por este motivo la dieron de alta, si podríamos llamarlo así. Actualmente regreso a convivir con su familia. A lo que voy con este caso, es que el Órgano de Revisión, nunca intervino para revisar porque esta persona estuvo tantos años internada. Lo que se cuestiona acá, es la utilización de la internación por tiempo indefinido, que claramente no va de la mano con lo que la ley dice). (Entrevista n° 2: “V”). (Desde mi experiencia, en el hospital general de Reconquista se están realizando las internaciones de salud mental. Se está viendo también, que las internaciones sean los más breves posibles). (Entrevista n° 2: “V”). (Está buenísimo, pero ¿qué hacemos con las personas que toda su vida la pasaron en hospitales psiquiátricos, donde van a parar, con quienes, como se van a adaptar en la sociedad si no tienen familiares ni redes de contención? En otros lugares, como Buenos Aires hay casas de medio camino donde se los acompaña en ese proceso que se llama desinstitucionalización, y puedan reincorporarse a la sociedad. Pero acá en esta zona no hay, y tenemos sin ir más lejos a la Gallareta, donde hay situaciones donde no estaría funcionando el Órgano de Revisión). (Entrevista n° 2: “V”). (La ley ha beneficiado a un 95% o más de personas con padecimiento mental que han estado institucionalizadas, creo que la ganancia ha sido mayor y de gran alcance si lo comparamos con cierta pérdida por la falta de respuesta frente a la atención de determinados casos excepcionales como había mencionado anteriormente). (Entrevista n° 3: “G”). (Varias internaciones han requerido que vayamos a leer y repasar la ley de salud mental, así que comprendo bien tu pregunta hacia donde apunta. Yo creo que la ley vino a marcar un antes y un después a favor de los derechos del paciente, un cambio bastante importante, ya que no es lo mismo antes de la reglamentación de la ley, que ahora). (Entrevista n° 3: “G”). (Si, recuerdo lo que dice la ley sobre las internaciones. Para mí las internaciones deben ser lo más breves posibles y como último recurso terapéutico. Como te había dicho, se debe pensar a la persona con padecimiento mental desde la mirada integral de la salud, y de la misma forma tienen que ser las resoluciones y el abordaje de los profesionales). (Entrevista n° 5: “Y”). (Si, conozco la ley. Mira, en cuanto a las internaciones involuntaria, son la mayoría, y nunca se notifica). (Entrevista n° 6: “E”). (Creo que en cierta medida es algo bueno. Pero también creo que falta organizar la parte de dónde van a estar esos pacientes. Bueno si, cerramos los manicomios está perfecto, pero ¿se cuenta con un equipo conformado en cada institución para		
---	--	--

responder a la demanda? me refiero en cada nivel de atención. Además ¿hay un protocolo armado sobre el lineamiento para la atención de estos pacientes? Yo la verdad que desconozco si cada institución tiene un protocolo para su abordaje). (Entrevista n° 7: “T”). (Es que en realidad la ley se hizo todo al revés, del vamos cerraron todo, pero sin hacer los cambios primeros. Se aplicó la ley, pero sin acondicionar los hospitales generales con los recursos necesarios para recibir los pacientes de salud mental. Y pasa ahora que hay pacientes que lo desalojaron de los neuropsiquiátricos y andan a la deriva sin asistencia ni nada). (Entrevista n° 8: “L”). La ley en teoría esta buena, pero el sistema de salud no se adaptó a la ley. Fijate vos que dice que se deben crear instituciones intermedias, hospitales de día, para transición de los pacientes internados en los psiquiátricos para su paulatina inserción a la comunidad. Y como no se está aplicando la ley, el paciente queda desprotegido en algún punto por lo menos acá en Reconquista es lo que veo). (Entrevista n° 9. “A”). (Bueno como te respondí anteriormente, estos cambios tienen que venir acompañados de más recursos no solo para el hospital, sino para la creación de dispositivos intermedios como Hospitales de Día o Centros de Días que puedan contener ambulatoriamente a los pacientes de salud mental. Pero todo esto falta acá en el norte de la provincia entonces creo que, si bien uno está a favor de la ley, es imposible llevarla a cabo si no se invierte en el sistema de salud para garantizar la atención de los pacientes bajo esta nueva modalidad). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Yo estuve una institución que se creó 1914 en Oliva provincia de Córdoba. Ingresaron el 4 de julio de ese primer año, 99 pacientes. Ese mismo año en diciembre ya había 1.200. Entonces, en el año 1933 llego a tener más de 5 mil pacientes, y fue catalogado como unos de los manicomios más grandes de Sudamérica. Y eso fue signando a la locura paralela al sistema de salud). (Entrevista n° 1: “F”). (Al tener experiencia por trabajar en loqueros y atender a personas que vivieron 30, 40, hasta 50 años de internación, uno nunca termina de dimensionar por completo todo lo que eso significa). (Entrevista n° 1: “F”). (Esa lógica todavía persiste en los trabajadores de la salud, atraviesa nuestras prácticas, porque esta acá (señala con su dedo índice la cabeza), no está en el manicomio. Verdaderamente está en la cabeza de cada uno de nosotros, persiste ahí). (Entrevista n° 1: “F”). (Veo muchas cosas del loquero, en el hospital de acá, en la forma de dirigirse al otro, de tomar a ese otro como un objeto. Lo vemos en los jefes de clínica médica, en los jefes de enfermería. Anteriormente lo vimos en la dirección del hospital). (Entrevista n° 1: “F”). (Claramente hay una corriente que sigue pensando en el manicomio). (Entrevista n° 1: “F”). (Uno no veía la razón por la cual una persona internada en esa institución tenía que pedir permiso para salir a la calle o a hacer sus cosas o elegir a donde vivir, pero no, estaban ahí viviendo en una institución. Lo que te cuento hace referencia a lo previo, a las situaciones anteriores a la ley. Seguramente en algún momento de sus vidas hayan tenido un padecimiento, pero nada	-Lógica Manicomial-Locura	

justificaba las internaciones indefinidas de estas personas). (Entrevista n° 3: "G"). (Por ahí lo que se puede ver que persiste es esa idea enraizada de la demanda al psiquiatra para la atención de los pacientes. Al ser el hospital una institución médica o de historia de tipo médica es como que se demanda su presencia y que instaure un tratamiento. Este pedido o exigencia no lo veo tanto por parte de los pacientes, como si de los mismos médicos o colegas en general). (Entrevista: n° 3: "G"). (Yo creo que no deben cerrarse todos los hospitales psiquiátricos, porque hay gente que necesita de esos lugares, que verdaderamente están locos y no tienen noción ya de la realidad. Yo creo que no sienten miedo, nada. Yo mire muchos documentales o series donde muestran que los asesinos seriales no sienten culpa, bueno una persona que no siente culpa no se va a matar o intentar quitarse la vida, pero una persona que siente culpa por algo se puede matar, esa es mi opinión). (Entrevista n° 4: "M"). (Todavía incluso desde las direcciones se trata de seguir aislando a estos pacientes, de que tengan un lugar a parte, para que no molesten y no interfieran con el flujo de atención de la guarida como de la sala de internación). (Entrevista n° 7: "T"). (Mira, desde el ingreso del paciente en la guardia ya se demanda al psiquiatra para que medique. Esto tiene que ver con el miedo a la salud mental que todavía persiste. Supongamos que llega un paciente con antecedentes psiquiátricos, pero ingresó por otro problema, y se acude de igual manera al psiquiatra por las dudas. Y capaz el paciente está compensado desde hace seis años y no hacía falta atenderlo desde el servicio de salud mental). (Entrevista n° 8: "L"). "En definitiva, lo farmacológico debe ir de la mano de la atención psicológica). (Entrevista n° 9: "A").		
(Yo creo que en este momento el hospital no tiene los recursos, va en ese camino a mi parecer, pero ahora no los tiene no tiene los recursos Psi, trabajo social y tampoco está el recurso de enfermería. Tampoco está el recurso que hablamos hoy sobre la posibilidad de crear dispositivos, tampoco está la formalización del recurso del acompañante terapéutico, que para nosotros es fundamental como parte del equipo). (Entrevista n° 1: "F"). (Incorporar más recursos humanos permitiría otras posibilidades, se puede pensar en otro tiempo, en otros espacios, otros cuidados. Yo creo que se enriquece la discusión y el aporte clínico es fundamental porque favorecen en definitiva a mejorar la calidad de atención en salud). (Entrevista n° 1: "F"). (Creo que no se cuentan con los recursos suficientes, porque recibe mucha demanda no solo de Reconquista y de otros lugares de la zona porque lamentablemente estos pueblos o ciudades no cuentan con los recursos humanos para dar respuesta a ciertas situaciones de Salud Mental. También si hablamos de recurso material, no hay tantas camas en internación de adultos para pacientes de salud mental). (Entrevista n° 2: "V"). (En general se cuentan con los recursos y se puede dar respuesta, existen esas situaciones excepcionales, si bien creo que no es necesario la creación de nuevos hospitales monovalentes, hay casos que puedan llegar a ser necesario alguna institución especializada). (Entrevista n° 3: "G").	-Recursos materiales y humanos disponibles en el HCR	

(Creo que, en relación a recursos humanos, se podría decir que es necesario para beneficio del todo el hospital, incorporar más trabajadores de enfermería y además brindar formación a los enfermeros sobre la atención de usuarios con padecimientos subjetivos). (Entrevista n° 3: “G”). (Mira yo trabajo todos los días en el hospital varias horas, y lo que veo es el colapso de la atención por la cantidad de demanda que hay. Se necesitan recursos humanos en todas las áreas y equipos del hospital. Y como te decía, en salud mental ni hablar que hace falta). (Entrevista n° 4: “M”). (También en cuanto a los recursos materiales por así decirlo, creo que en internación faltarían más camas, para todo tipo de patologías. Porque sucede que en la guardia quedan pacientes que no pueden ingresarlos a la sala de internación de adultos porque no hay camas). (Entrevista n° 4: “M”). (La ley habla del recurso de poder contar con una involuntaria, pero para utilizar dicha posibilidad se debe contar con ciertos recursos que debe contemplar la ley, pero lamentablemente no los tenemos, y por ahí una medicación no va a reemplazar a todo lo que necesita el paciente con una involuntaria). (Entrevista n° 4: “M”). (Cuando yo empecé a trabajar acá, hace ya diez años, para nada se contaban con el personal necesario, recuerdo que había dos psiquiatras y una psicóloga, básicamente nada. Ahora si hay un equipo más conformado). (Entrevista n° 5: “Y”). (Hay un déficit claro en cuanto a los recursos institucionales. Vemos que hay casos muy complejos para su abordaje, pacientes crónicos y agudos que necesitan espacios puntuales de menores riesgos y de estrategias de intervención particulares teniendo en cuenta las condiciones muchas veces graves que llega el paciente. Con el fin de evitar una contención mecánica, y eso se logra con otras alternativas como la habilitación de la escucha y la palabra, como también habilitar espacios donde el paciente pueda desplazarse). (Entrevista n° 5: “Y”). (Desde lo que veo y partiendo de mi experiencia trabajando y recorriendo el hospital, creo que sí. Pero me refiero a lo material, ahora si hablamos de personas hace falta más profesionales. Por ejemplo, en la sala de internación de adultos somos diez enfermeros, y súmale dos psicólogos y un psiquiatra en sala. Me parece que está ahí la falla. Yo no sé si no se consiguen profesionales o falta financiamiento). (Entrevista n° 6: “E”). (Por lo poco que veo, bueno como bien sabes yo voy a la Guardia y no conozco muy bien el manejo del equipo de salud mental formado. Solo sé que hay profesionales de psiquiatría, psicología y trabajo social. Pero la verdad que yo no podría decirte si son suficientes para responder a las demandas de salud mental en internación. Yo no sé qué pasa con esos pacientes cuando se los interna en sala). (Entrevista n° 7: “T”). (Por eso necesitamos muchos recursos de profesionales, y que en general no se le da esa importancia. Acá en el hospital hay seis cardiólogos y uno piensa que es importante la cardiología, pero están todos los médicos clínicos y terapeutas que pueden suplir la parte de cardiólogos porque también saben manejar patología cardíaca. Pero, sin embargo, los profesionales de salud mental somos re poquitos. Una especialidad que es difícil, que necesita darle mucho tiempo al paciente para su evaluación para brindarle una escucha efectiva, donde se debe también dar		
---	--	--

una respuesta individualizada, y justo es el que menos recursos tiene). (Entrevista n° 9: “A”). (Pero también me paso de estar en una reunión con la dirección del hospital para pedir más profesionales, entre ellos la incorporación de dos psiquiatras más y la respuesta me sorprendió, porque demostró la ignorancia sobre la situación de demanda en salud mental que hay acá. Básicamente la respuesta fue que cuatro psiquiatras era muy exagerado, que con los dos que están ya es suficiente. Y prometieron que si aumenta la demanda van a incorporar más a futuro. Yo la verdad quedé en shock, porque verdaderamente no tienen idea como día a día nos vemos sobrepasados por la demanda de atención en salud mental. Sumando a eso que somos solo dos psiquiatras para todo el norte de Santa Fe, tanto para el departamento de Vera y General Obligado, que serían más o menos 300.000 personas). (Entrevista n° 9: “A”). Justamente la semana pasada hablábamos con un compañero psicólogo y una trabajadora social que si no te adaptas a ese sistema empezas a sintomatizar, estresar y angustiar. Pero si te sobreadaptas al sistema uno empieza a tratar a los pacientes con mucha más distancia y sin involucrarte en la situación, tratando solo la patología. Entonces uno cae en la cuenta de que ninguna de las dos está bien. Pero creo que justamente el sistema te lleva a esto, y lo ideal es tratar a los pacientes con dignidad, pero te termina exprimiendo. Yo lo que veo es que el sistema a partir de una alta demanda, te obliga a responder en condiciones que son muy precarias, desde tener un salario bajo, como también no tener los recursos suficientes para brindar una respuesta de la forma en que uno quisiera). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Justamente al padecimiento mental lo comencé a utilizar más desde la Ley nacional de salud mental, siempre suelo hablar más de salud mental y creo que el concepto de padecimiento mental viene a poner una idea interesante para no quedarnos con el trastorno mental, con la deficiencia de la persona, el déficit). (Entrevista n° 1: “F”). (El padecimiento mental es algo que lo podemos atravesar todas las personas, nadie está exento de no tener un sufrimiento, es una cuestión subjetiva que tiene que ver también con las redes de contención, me refiero a si tiene apoyo o no de su entorno). (Entrevista n° 2: “V”). (La verdad que no encuentro críticas de mi parte a la definición de salud mental que plantea la ley nacional, que entiende al padecimiento mental enmarcado en una historia personal, en un contexto, que aparece en un determinado momento. El contexto es social y familiar). (Entrevista n° 3: “G”). (Cuando hablo que sucede en un momento determinado, es no quedarse enquistado pensando que un paciente cuando ingresa y se le pone un diagnóstico, se convierte en una etiqueta para la persona y queda señalado para toda su vida. Esto lo digo porque lo veo. Un diagnóstico que queda fijado como aquello que explica y pongámoslo entre muchas comillas, la conducta de la persona). (Entrevista n° 3: “G”). (Todos somos posibles pacientes de salud mental, mañana me puede agarrar un ataque de nervio y termino internado o atendido como paciente). (Entrevista n° 4: “M”). El paciente de salud mental tiene una enfermedad como cualquier otra y debe ser tratado de la misma manera que	-Definiciones sobre el Padecimiento Mental	*Significaciones sobre el Padecimiento Mental

cualquier otra persona internada por algo orgánico). (Entrevista n° 4: “M”). (Las personas con padecimiento subjetivo, tienen que ver con algo que han pasado en algún momento en la historicidad de su vida, un episodio un hecho que tal vez produjeron un cambio en la manera de pensar, de sentir y de vivir). (Entrevista n° 5: “Y”). (Diría que los pacientes de salud mental vienen en aumento, eso en principio, porque la demanda viene aumentando. Antes se veía casos de intento de suicidio, ingesta medicamentosa y demás. Pero con todo esto de la pandemia, desde que empezó, fue una explosión de casos, de gente que perdió el laburo, que no tiene para darle de comer a sus hijos. Casos de personas que ya venían con una patología de base y con la pandemia se profundizó su malestar). (Entrevista n° 7: “T”). (El padecimiento mental, lo que estamos viendo ahora justamente, es la inmensa cantidad de chicos jóvenes que no sé qué les pasa realmente, si es que no tienen proyecciones a futuro que les permitan continuar con sus vidas o motivarlos a seguir, porque estamos teniendo muchos casos de intentos de suicidio y parece que la solución o la salida siempre es esa). (Entrevista n° 8: “L”). (Por ejemplo, un joven se pelea con su madre, y en vez de mudarse o buscar otra solución, cuelga una soga en su habitación y se intenta ahorcar. Entonces, si la respuesta a los conflictos es esa, claramente es en primer lugar muy preocupante, pero también nos muestra que, si buscan una salida tan extrema como esa para resolver un conflicto, eso nos indica que algo está pasando con la juventud). (Entrevista n° 8: “L”). (El padecimiento mental, y no voy a hacer nada original en lo que digo, es por un lado muy abstracto, es decir, muy subjetivo. O sea que el paciente viene y te dice que está sufriendo, pero no puede medir cuánto está sufriendo). (Entrevista n° 9: “A”). (Siempre digo que la patología en Salud Mental es una patología más como si tuvieras una enfermedad del corazón o del hígado). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Tiene que ver con la definición de la ley de salud mental sobre el padecimiento de la persona. Tener en cuenta su historia, su contexto, sus emociones, etc). (Entrevista n° 1. “F”). (Creo que es multicausal, y tiene que ver también con lo que plantea la ley de salud mental, el contexto, sus vínculos, la situación socio económica, las diferentes etapas que atraviesan las personas. Por eso es muy importante posicionarnos cuando hacemos una lectura de una situación de salud mental...sobre el momento histórico que estamos atravesando, porque eso también determinada y produce determinados malestares en las personas). (Entrevista n° 2: “V”). (Cuando hablo de historia, me refiero a ese contexto de aprendizajes ya sea por lo que se ha vivido, en cuanto experiencia personal, como también a modelos de aprendizajes que se han tenido a modo de observación para afrontar ciertas situaciones de vida). (Entrevista n° 3: “G”). (No se puede generalizar lo vivido, tiene su particularidad cada caso). (Entrevista n° 3: “G”). (Ahora todo el mundo sufre ansiedad, todo el mundo anda medicado por una cosa o por otra. La mayoría de mis compañeros sufre ansiedad, creo que eso junto con el estrés son	-Causas del Padecimiento Mental	

las enfermedades que más veo y escucho. Es más, yo también sufro ansiedad). (Entrevista n° 4: “M”). (En el hospital no te imaginás la cantidad de jóvenes ingresan a la sala de internación por estos problemas de ansiedad y estrés. Capaz hoy las redes sociales y los medios de comunicación visibilizan más ahora que antes este problema, no lo sé, lo que si se es que es algo en aumento). (Entrevista n° 4: “M”). (El vivir todos tan acelerados, eso lo hablamos siempre con mis compañeros de trabajo, hace re mal, te pone en una situación muy agobiante). (Entrevista n° 4: “M”). (Cuando pensamos en salud mental, hay que hablar no solo en el trauma o en la pérdida que puede haber sufrido una persona, sino también lograr tener salud mental es generar las condiciones de vida digna. Esto quiere decir tener un trabajo digno, una vivienda, un contexto social favorable para el desarrollo de la persona o la población. Por eso, cuando analizamos las causas como profesionales de la salud, hay que tener una mirada integral). (Entrevista n° 5: “Y”). (Lograr resignificar, superar un momento en el cual la persona no la está pasando bien, yo creo que está en la misma persona la clave para volver a conectarse con sigo misma y las personas de su contexto cercano). (Entrevista n° 5: “Y”). (Las causas que nos tocó atender acá, son personas con depresión que ya venían arrastrándola hace mucho tiempo. Gente con años de drogadicción o consumo de sustancias. Casi siempre son esas, también familiares que ingresan por intento de suicido y muchas veces el motivo es porque perdieron algún familiar). (Entrevista n° 6: “E”). (En general, si lo pensamos bien tanto en hombres como mujeres los problemas vienen a ser conflictos familiares y de relaciones. Eso es lo que más vemos que llega a la guardia. Debemos sumar a todo esto, lo que te dije en la otra pregunta que me hiciste, ya sea la pandemia, la falta de trabajo, no tener comida, la falta de medicación...y bueno todo eso). (Entrevista n° 7: “T”). (Mucha de las causas creo que tienen que ver por la pobreza en la que viven que los limitan en sus recursos, y también con esto de querer todo ya. En una sociedad que vivimos donde todo debe ser rápido, las decisiones deben ser rápidas, donde no te podés equivocar, donde no hay tiempo para pensar). (Entrevista n° 8: “L”). (Cuando el paciente ingresa para ser atendido por nosotros, tal vez tiene 24 años, pero viene sufriendo desde mucho tiempo antes. Son personas además muy castigadas, y digo esto en el sentido de que nacieron en un contexto donde nadie los miro, nadie los entendió, nadie los valoro como personas y bueno, se fueron defendiendo como pudieron en la vida). (Entrevista n° 9: “A”). (Entonces la patología mental tiene una carga biológica muchas veces o una vulnerabilidad que la persona trae de su familia, es decir, genéticamente una predisposición a sufrir depresión o una esquizofrenia). (Entrevista n° 9: “A”). (Pero, por otro lado, en realidad se termina manifestado en condiciones de vida muy adversas desde la niñez, desde el nacimiento. El contexto es determinante). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Hace poco hubo un reclamo del personal de enfermería sobre la falta de capacitación en salud mental. Estuvo muy bueno porque organizamos a partir de ese reclamo tres encuentros	-Espacios de Formación en Salud Mental	

donde una trabajadora social y yo hablamos sobre la Ley de Salud Mental. En el segundo, estuvieron un psicólogo y una psicóloga hablando sobre el tema de que se hace en una internación, y en el tercer encuentro se continuó hablando de las intervenciones en las internaciones por parte de las psiquiatras). (Entrevista n° 1: “F”). (Sería buenísimo, capacitar desde el cuidado hacia el otro, saber alojar al otro con todo lo que eso implica. Sin embargo, uno no puede obligar a que se capaciten, y también por más que se lleve a cabo una capacitación, algunos trabajadores pueden no estar de acuerdo con lo que uno plantea. Pero los espacios de capacitación siempre son beneficiosos). (Entrevista n° 2: “V”). (Sería genial que cuenten con esas herramientas y poder ofrecer una mejor respuesta a la demanda de atención en salud mental. Pero también creo que esas herramientas permitirían disminuir el grado de incertidumbre en relación a cómo tratarlos). (Entrevista n° 3: “G”). (Y en general, creo que los espacios de formación son importantes por el sentido de pertenecía que genera, de sentir que somos parte de un mismo equipo, dentro de un mismo barco). (Entrevista n° 3: “G”). (La verdad que no hay formación en el hospital sobre la atención de pacientes con algún problema en salud mental). (Entrevista n° 4: “M”). (Los espacios de formación son esenciales, muy importantes, porque tratamos con gente todo el tiempo, y muchas veces nos damos cuenta que nos falta ciertas herramientas para abordar algunos problemas que surgen. Además, esas herramientas que podríamos aprender, serían no solo para trabajar con los pacientes sino también para uno mismo, que muchas veces al estar tan sobrepasados por la demanda, no actuamos como deberíamos). (Entrevista n° 4: “M”). (Actualmente no, hace unos cinco años atrás se hicieron capacitaciones de actualización en salud mental a través del nodo de salud y la Dirección de Salud Mental, donde se convocó a toda nuestra región para que participen. Y después todo lo otro es más virtual, porque en la zona no existen capacitaciones). (Entrevista n° 5: “Y”). (Yo creo que son muy necesario, y es algo que debe sistematizarse ya. Una formación de salud mental al año como mínimo debe haber. Ya sea intrahospitalaria, para el personal e intersectorial). (Entrevista n° 5: “Y”). (Si, arman jornadas de capacitación, pero el tema es que cuando empiezan a trabajar en el hospital, ya no quieren formarse más. Salvo que los obliguen a través de una jornada obligatoria, sino nadie va). (Entrevista n° 6: “E”). (Tendrían que ser obligatorios. Porque te das cuenta que se manejan mal con los pacientes de salud mental, por eso hace falta mucha formación para que cambie. En enfermería, sobre todo, porque estamos continuamente en contacto con los pacientes). (Entrevista n° 6: “E”). (Y creo que estos espacios son súper necesarios, para el médico, para el personal de enfermería, para todos en general, y los que trabajamos en guardia para lograr hacer una contención inicial más efectiva y abarcativa. Porque al haber más enfermeros, cuando los médicos no pueden hacer esa contención, estaría		
---	--	--

bueno que los enfermeros puedan hacerlo. Pero para todo esto, se necesitan estas capacitaciones). (Entrevista n° 7: "T"). (Creo que son sumamente interesantes, no solo para los trabajadores de la salud en general, sino también para nosotros. Creo que las herramientas en cuanto a la atención, como te dije son demandadas más en la guardia). (Entrevista n° 8: "L"). (Por eso habíamos dicho en algún momento con el equipo, que sería bueno que los residentes de Medicina General del hospital roten por lo menos 3 meses, para que vayan perdiendo el miedo a los pacientes de salud mental. Porque lo que uno observa es que se anulan, no quieren atenderlos y rápidamente buscan llamar al servicio de salud mental, ya sea al psiquiatra o al psicólogo). (Entrevista n° 9: "A"). (Por eso la idea de la formación hacia los médicos, tiene que ver con (..) explicarles que el paciente que ingresa con una esquizofrenia o una depresión está sufriendo porque quiere. Que la persona que tiene una patología de salud mental esta así porque no quiere salir de ese estado. Y este pensamiento que es muy común, es el que debemos desterrar. No es una cuestión voluntaria del paciente donde busca estar sumergido en un padecimiento mental). (Entrevista n° 9: "A"). (Por eso creo que hay interés y a la vez mucho desconocimiento, y si hay ignorancia siempre aparece el prejuicio. Contra eso debemos luchar. El miedo a lo que no conocemos, nos lleva al prejuicio y a la marginación tildando de loco a toda persona que sufra un padecimiento mental). (Entrevista n° 9: "A").		
(Luego con el tiempo, empecé a preguntarme, ¿qué es lo que le duele a una persona cuando dice que le duele algo? Es tan subjetivo el dolor, que distintas cosas calman a distintas personas. Algunos con una morfina, pero a otros con un cuento. Esto siempre lo recuerdo, porque me enseñó muchas cosas, me hizo entender el cuidado y que, en esa circunstancia de querer zafar de la situación yo había brindado un cuidado, bastante malo, pero había sido de todas maneras una posición de cuidado desde la cual fui reforzando, con otras situaciones que fueron abonando elementos importantes en mis intervenciones). (Entrevista n° 1: "F"). (La situación por la cual llego fue porque lograron sacarlo de su casa que fue usurpada por unos jóvenes y convivía con ellos. Estuvo por mucho tiempo en una relación de sometimiento por estas personas. había sufrido maltrato físico, y no se estaba alimentando. Lo que me impacto fue que como el caso estaba judicializado, el policía que estaba en la habitación, lo ata porque sino se quería sacar el suero. Esta escena que te cuento fue justo cuando yo recién ingresaba a trabajar ese día, entonces vi toda la escena. Me acerco para charlar con el paciente, y lo que observe fue el miedo en sus ojos y se lo notaba totalmente desorientado. Me quede con él un buen rato charlando, le explique donde estaba, quien era, y que no tenía que sacarse el suero porque le estaban dando vitaminas, y luego lo desate). (Entrevista n° 2: "V"). (Bueno, la primera que se me viene a la mente es una situación donde había que darle el alta a un paciente, y lo significativo que fue para la persona que el alta se lo vaya a dar la psiquiatra, el psicólogo y la trabajadora social en conjunto. La repercusión que tuvo en el paciente posterior al alta me hizo dar cuenta la	-Experiencias significativas con pacientes	

importancia del abordaje interdisciplinario). (Entrevista n° 3: “G”). (Mira, una situación que me marco no fue con un paciente sino con un compañero enfermero, que venía hace mucho tiempo laburando un montón, súper estresado, y hace poco agarró COVID. Bueno este compañero estaba súper obsesionado con la plata, el mismo me lo decía. El COVID lo trato súper mal, estuvo en terapia y salió adelante. A partir de ese suceso, esta persona comenzó a pasar más tiempo con la familia, ya no agarraba horas extras. Todo esto me hizo replantear como venía manejando mi propio trabajo, yo trabajo 16 horas al día, básicamente voy a dormir a mi casa, mi pareja casi no me ve, salvo los sábados y domingo. Muchos compañeros llevan el mismo ritmo de trabajo, y a la larga termina repercutiendo en tu cuerpo). (Entrevista n° 4: “M”). (Una usuaria de la Cuña Boscosa que fue diagnosticada con esquizofrenia la cual ella no podía entender la gravedad de su problemática o malestar subjetivo que atravesaba, por lo tanto, interrumpía de manera sistemática su tratamiento (...). Estuvo en el hospital 1 mes aproximadamente. Ella manifestaba que sentía muchas amenazas por parte de la comunidad donde vivía porque estaba estigmatizada por estas cuestiones de su desequilibrio. En el pueblo donde ella vivía estaba muy discriminada entonces ahí se fue trabajando poco a poco para poder ir replanteando la posición de ella frente a su problemática). (Entrevista n° 5: “Y”). (Recuerdo que vino una señora muy conocida acá en Reconquista que era repartidora de productos, tuvo cuatro intentos de suicidio luego de fallecer su hijo, episodios que derivaron todos en una internación. Bueno, la cuestión es que ya cuando ingresó la segunda vez, desde el ingreso ya se la trataba como paciente de salud mental, y otra vez lo mismo, se duerme al paciente. Entonces lo que uno ve al trabajar en el hospital, es que los pacientes de salud mental no salen recuperados, y te das cuenta porque otra vez regresan. Algo está fallando en la atención, pienso. Lo que percibo es que se lo quieren sacar de encima rápido). (Entrevista n° 6: “E”). (Si, un niño de diez años que ingresa a la guardia con un intento de ahorcamiento. Se supo después que era abusado y también que ingreso muy mal, termino en terapia intubado. El relato de la familia no coincidía con lo que nos decía el paciente. La familia decía que el niño estaba jugando en su cama y se desmayó, y nosotros revisándolo encontramos marcas en el cuello. Lo que más me impacto fue que sea un niño, porque con los adultos estoy más acostumbrada). (Entrevista n° 7: “T”). (Después hay una paciente súper conocida de la guardia, que tiene una hebefrenia refractaria al tratamiento, que cae a la guardia cada dos por tres con intento de suicidio. Y uno piensa que es una chica joven, veinte y pico de años, estar pasando por esto, y no poder darle una solución. No sé qué es lo que está fallando en ella, tal vez contención ya que viene de una familia súper conflictiva. Esta situación nos pone a todos lo que atendemos en la guardia muy mal). (Entrevista n° 7: “T”). (La atención a jóvenes con problemas de drogadicción es muy frustrante, porque le das el alta y por ahí regresan a los tres días). (Entrevista n° 8: “L”).		
--	--	--

(Ese viernes yo no la vi bien, pero la jefa determino que se le dé el alta el sábado, yo intente meter un bocado, decir algo, pero la jefa no me dejo. Capaz si yo hubiese dicho de todas maneras algo de lo que observe, pero bueno. La verdad que fue todo muy trágico porque la chica se termina tirando por la ventana del edificio donde fue a vivir con su hermana. Fue tremendo). (Entrevista n° 8: “L”). (Bueno, una paciente que se internó varias veces en el hospital, y era para todo un suplicio tenerla, porque viste cuando no le das en la tecla con el tratamiento para que la paciente en este caso mejore. Entonces estábamos todos muy preocupados, entonces en un momento uno del equipo, que no me acuerdo quién era, piensa en la idea de que la vean los acompañantes terapéuticos. Cuando comenzaron a trabajar con ella, se logró un avance increíble, lo que no logro la medicación y la psicoterapia, lo hizo el acompañamiento ambulatorio). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Para mi cualquier trabajador puede hacerlo, así lo planteamos y lo planteo yo desde hace mucho tiempo. No solamente tiene que tener un título, las intervenciones pueden venir en el hospital a través de un camillero, un mucamo o un administrativo). (Entrevista n° 1: “F”). (Yo creo que el abordaje de las situaciones de salud mental tiene que ser multidisciplinario, por ejemplo, en nuestro dispositivo de acompañamiento me encantaría que hubiera una persona que haya estudiado arte, porque aportaría un montón en los talleres. Obviamente que, para todo esto, se necesita hacer una capacitación sobre la salud mental para que estos profesionales tengan la misma perspectiva que nosotros, me refiero a la idea del sujeto de derecho, como lo indica la ley). (Entrevista n° 2: “V”). (Ahora, si hablamos de una cuestión más estructurada y con conocimiento más formal, ahí uno dice bueno claro, piensa rápidamente en las disciplinas básicas como psicología, psiquiatría, acompañante terapéutico, terapeuta ocupacional...es decir, por ahí digo, si uno puede encarnar las cualidades que nos hagan sentir y hagan sentir al otro lo más humano posible en su momento de padecimiento, creo que estamos interviniendo y lo puede hacer cualquiera que tenga en ese momento la posibilidad de tener esa disposición. Como dije está el saber formal, pero también está el saber que te da la experiencia). (Entrevista n° 3: “G”). (Creo que cualquier persona que trabaja en el hospital puede dar respuesta a un problema de salud mental, del mucamo hasta el médico. Yo veo por ejemplo que algunos mucamos cuando están en la habitación con un paciente de salud mental le empieza a hablar y deriva eso en una charla que muchas veces le hace re bien a la persona internada). (Entrevista n° 4: “M”). (Yo creo que en salud mental podemos estar interviniendo todos, aunque si hablamos de la especificidad claramente hay profesiones más afines por la formación que tienen sobre el padecimiento mental. Pero si hablamos de una intervención en distintas situaciones, hasta en crisis, se me vienen a la cabeza varios trabajadores que pueden actuar, un enfermero, un camillero, hasta un administrativo). (Entrevista n° 5: “Y”). (Me parece que Psicología y Trabajo Social son fundamentales, creo que ayudan un montón a las personas con problemas de	-Profesionales capacitados para atender una problemática en salud mental	

salud mental. También Psiquiatría y Enfermería, pero se me hace que lo importante es el acompañamiento, más allá de las profesiones. No venir al hospital a hacer una visita de cinco minutos como generalmente pasa). (Entrevista n° 6: “E”). (Los psiquiatras acá prácticamente brillan por su ausencia. Porque van un ratito, ven al paciente, completan la planilla, y se van. También muy rara vez vas a encontrar a un enfermero hablándole al paciente, la mayoría se limita a controlar al paciente y hacerle la medicación, no más que eso. Es raro ver que enfermería se involucre y acompañe a pacientes de salud mental). (Entrevista n° 6: “E”). (Cómo mi formación es mediante el trabajo en equipo, pienso que no solamente se debe involucrar al psicólogo y a la psiquiatra, sino también se contemple la incidencia del contexto familiar. Porque si ese contexto no ayuda, el trabajo se debe dar en equipo y a partir de distintos profesionales que atraviesan la atención de ese paciente. Tanto del médico, como la psicóloga, la psiquiatra, así como también que se garantice la atención en el centro de salud más cercano a su domicilio. Y creo que poder hacer visitas a la casa del paciente y evaluar las condiciones en la que vive, es fundamental). (Entrevista n° 7: “T”). (Todos creo. No solamente aquellos profesionales del área de la salud mental, sino también los médicos y los enfermeros. Porque en la mayoría de los casos, lo que necesita el paciente es la escucha y el acompañamiento que cualquier profesional puede brindar). (Entrevista n° 8: “L”). (Me estaba olvidando de enfermería, que son ellos los que están siempre y todo el tiempo en el proceso de internación con el paciente. La información que ellos brindan es fundamental, imagínate llegar temprano a la mañana y el enfermero te dice que el paciente no durmió en toda la noche, o se quejó por algo, o no quiere tomar la medicación, o se peleó con su familiar/cuidador. Entonces todo eso es imposible saberlo si uno no está ahí todo el tiempo con el paciente, como si lo hacen los enfermeros). (Entrevista n° 9: “A”).		
(En la guardia cuando necesitan que salud mental haga una evaluación a un paciente que ingresa en circunstancias complejas, ahí acudimos todos en el sentido de que se interviene todo el equipo para dar una respuesta). (Entrevista n° 5: “Y”). (Me parece que también deberían hacerles un seguimiento, porque la mayoría regresa. Todos los años, los que das de alta, vuelven siempre. Cuando trabajaba en la guardia, era ver eso, el reingreso de pacientes por los mismos motivos y de la misma forma. La gran mayoría llegan todos cortados, por intento de suicidio. Los médicos de la guardia hacen la interconsulta con salud mental, y después de que lo ven y se estabiliza, al otro día o a los dos días lo largan). (Entrevista n° 6: “E”). (No se le da la contención que necesitan, yo voy y hablo con ellos, les hago ciertas preguntas, pero no se puede profundizar mucho con el paciente por los tiempos que manejamos en la guardia. Ojalá pudiera sentarme a hablar y darle ese tiempo que veo que necesitan). (Entrevista n° 7: “T”). (En la guardia, la salud mental es eso, llega el paciente y se busca tranquilizarlo con la medicación, el tema es que después de un par de horas otra vez comienzan con sus malestares y su excitabilidad. Por eso está bueno que hubiera alguien de salud	-Atención en Guardia hospitalaria	Urgencias en Salud Mental

mental que pueda hacer la contención inicial, nos alivianaría un montón nuestro trabajo). (Entrevista n° 7: “T”). (Después como te decía, en el caso de ser un paciente de salud mental, se llama al psiquiatra para evaluar si se lo interna al paciente. Suele pasar que, si ingresa una persona en un estado crítico, por ejemplo, un intento de suicidio por ingesta medicamentosa se suele evaluar desde la guardia la internación en el caso de que haya camas disponibles en la sala. Lo digo, porque no hay guardia 24/7 para la atención en salud mental). (Entrevista n° 7: “T”). (Lo que hacemos a veces es dejarlo doce horas en la guardia y vamos viendo si el cuadro cede, entonces no es necesario subirlo a la sala). (Entrevista n° 8: “L”). (El otro día ingreso un paciente con una excitación psicomotriz y la médica me hace llamar por el parlante para que vaya. Y cuando fui le dije que ella tiene que saber cómo contener esa situación, porque ella no sabe si esa manifestación del paciente es por una cuestión psiquiátrica o por algo orgánico. En la guardia pasa eso, cuando ingresa un paciente con antecedentes psiquiátricos o manifestando cierta sintomatología psiquiátrica, los médicos no lo quieren tocar, y se desligan muchas veces de esa atención, como si solo fuera responsabilidad nuestra la atención de ese paciente). (Entrevista n° 8: “L”). (Hay médicos que nos llaman en el horario de la tarde, cuando no estamos, para que evaluemos una paciente que ingreso en la guardia y lo que le decimos es que primero vean cómo responde a la ingesta y que la dejen en observación hasta que podamos ir al otro día a verla). (Entrevista n° 8: “L”). (Yo siempre pensé que es necesario que haya un psicólogo de guardia las 24 horas, y no tanto un psiquiatra porque con el tema de la medicación el médico generalista puede manejar esta cuestión. Y más adelante en otro momento, el psiquiatra puede ir modificando o ajustando la medicación. Pero en la guardia es más importante el rol del psicólogo porque tiene las herramientas para controlar ciertos estados de crisis que sufren las personas que muchas veces ingresan al hospital). (Entrevista n° 9: “A”).		
(Encima en el medio de la pandemia, se dificulta un poco más pensar la salud mental, no se pueden pensar dispositivos por fuera de lo establecido procedimentalmente, porque necesitan otros tiempos diferentes a las técnicas y los procedimientos ya establecidos). (Entrevista n° 1: “F”). (En relación a los días de internación, ahora con la pandemia esto ha cambiado, en el sentido de que han disminuido los días de internación, por la demanda de camas para paciente con COVID que están atravesando la enfermedad). (Entrevista n° 3: “G”). (No te imaginas la psicosis que se vive en la gente hoy en día por causa del COVID y la cuarentena. Las personas mayores son aquellas que la pasan peor, uno ve que el grado de incertidumbre y miedo que tienen. Todo eso suma en cuanto a desarrollar algún problema de salud mental, vivir de esta manera). (Entrevista n° 4: “M”). (Bueno ahora por el contexto de COVID y el auge de los casos hay menos camas disponibles, y lo que se está haciendo es la evaluación en guardia. Ingresar el paciente y generalmente los médicos van avisando a los números de teléfonos de los	-Efectos de la Pandemia COVID 19	

profesionales del servicio de salud mental, porque al no haber un interno en el servicio de guardia, se comunican con la psiquiatra o psicólogo, pero más al psiquiatra). (Entrevista n° 5: “Y”). (Al comenzar la pandemia se fueron cerrando todos los consultorios de salud mental entonces teníamos pacientes bollando con un papelito que indicaba la medicación escrita por los psiquiatras. Y llegaban a la guardia con un papelito que decían que tomaban esa medicación sin ninguna otra explicación, solamente con una cajita vacía pidiendo por favor que lo ayuden. La verdad que muy crítico lo del año pasado porque andaban a la deriva. No había nadie que contenga a esos pacientes sin su medicación ¿y donde terminaban? muchos en la guardia del hospital por intentos de suicidio, ingesta medicamentosa o acortados). (Entrevista n° 7: “T”). (En este momento estamos colapsados en la guardia, si bien el espacio en si es amplio, con la pandemia se complicó aún más todo. Tampoco hay lugar para que se exclusivo para atender estas situaciones, creo que se necesitaría crear un consultorio para poder hacer una entrevista con algún referente de salud mental, aparte de pasar por toda la parte médica). (Entrevista n° 7: “T”). (Recursos tenemos, sobre todo en cuanto al espacio, pero lo que pasa es que faltan camas para todo tipo de situaciones, y esto se debe a la alta demanda que se agravó también por la pandemia. Ayer hablaba con mis compañeros que antes de comenzar la pandemia llegamos a tener 20 pacientes de salud mental en internación, es decir que la mayoría de camas estaban ocupadas por estos pacientes. Están los recursos, pero el tema es siempre un problema de faltantes de camas disponibles). (Entrevista n° 8: “L”). (Entonces, por ejemplo, en el peor momento de la pandemia, se tenía que elegir cuales situaciones verdaderamente ameritaban una internación y cuáles no. Pasa que nuestros pacientes como los de cirugía están esperando en guarida hasta que se liberan algunas camas. Esto es algo cotidiano). (Entrevista n° 8: “L”). (Es verdad que, con la pandemia todo se saturó y los médicos no dan abasto con todas las demandas, entonces es difícil poder escuchar y darle ese tiempo para que el paciente de salud mental pueda en cierta medida aliviar un poco sus síntomas mediante la palabra). (Entrevista n° 9: “A”).		
--	--	--