

Reflexiones en torno las internaciones por salud mental dentro de un Hospital General de Agudos

Federico Fernández¹

Fecha de recepción: 21/10/2025

Fecha de aprobación: 27/02/2026

Resumen

El presente trabajo propone analizar las complejidades en los procesos de atención de las internaciones por Salud Mental dentro de un Hospital General ubicado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Para ello, se describirá tanto el tránsito institucional de lxs usuarixs con padecimiento mental, como las perspectivas e intervenciones realizadas por lxs profesionales de Trabajo Social.

Palabras clave: SALA DE INTERNACIÓN DE ADULTXS – SALUD MENTAL – TRABAJO SOCIAL – EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS - HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

Abstract

This paper aims to analyze the complexities involved in the care processes of psychiatric hospitalizations within a General Hospital located in the southern area of the City of Buenos Aires. To this end, it will describe both the institutional trajectory of users with mental health conditions and the perspectives and interventions carried out by Social Work professionals.

Keywords: ADULT HOSPITALIZATION ROOM– MENTAL HEALTH – SOCIAL WORK – INTERDISCIPLINARY TEAMS – GENERAL ACUTE CARE HOSPITAL.

¹ Licenciado en Trabajo Social. Institución de pertenencia: Residencia de Trabajo Social – Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Correo: fed.fernandez96@gmail.com

Introducción

El propósito del siguiente artículo es dar cuenta de los aprendizajes construidos en el proceso de intervención a partir de mi rotación por el área de internación de adultxs durante fines del año 2022 e inicios del 2023, en el marco de mi primer año como residente de Trabajo Social en un Hospital General de Agudos ubicado en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Me propongo reflexionar sobre las complejidades de la intervención del Trabajo Social en las internaciones de adultxs con padecimiento de salud mental, a partir de una situación que me ha tocado acompañar durante mi rotación. Si bien la misma no resulta representativa de lo que ocurre en la totalidad con lxs pacientes de salud mental, puede enriquecer las reflexiones ya que refleja algunas tensiones que los equipos viven en la práctica.

Acompañé la internación de un usuario (de ahora en adelante "J") y su posterior derivación a un hospital monovalente de la Ciudad de Buenos Aires. Considero importante mencionar que si bien mi paso por la sala implicó conocer solo una parte del proceso de internación de "J" en el hospital, aún así me generó una serie de interrogantes que desarrollaré a lo largo del trabajo.

Al momento de incorporarme en la sala, en noviembre del año 2022, "J" se encontraba internado hace seis meses, habiendo tenido dos ingresos previos de pocas semanas de duración (uno en el año 2020 y otro en el mes de febrero del 2022) en el mismo hospital. El motivo de ingreso en todas las situaciones estuvo vinculado con episodios de violencia física entre él y su padre, quien realizó las denuncias correspondientes y por ese motivo "J" se encontraba con consigna policial en el hospital. En las primeras internaciones se trabajó en torno al sostenimiento comunitario de "J" a través de su inclusión en talleres protegidos. De esta forma, se buscaba un tratamiento que brinde mayor contención y acompañamiento a la vez que reduzca la carga de cuidado a la familia, cuestión que sirvió para que una vez dado de alta pueda volver a su hogar y realizar un tratamiento ambulatorio. Sin embargo, durante la última internación (iniciada en mayo del año 2022), el vínculo familiar se encontraba muy debilitado, por lo que las alternativas de egreso debían culminar en un lugar que no comparta con su padre, pero que también le permitieran mejorar distintas dimensiones de su autonomía en la vida cotidiana para luego pensar en otra modalidad residencial. En paralelo a la espera de una vacante para ser derivado a un hogar terapéutico, desde el servicio social del hospital se trabajaba con su madre sobre el vínculo familiar y estas nuevas posibilidades de egreso de "J". Teniendo en cuenta el nivel de vulnerabilidad observado en "J" en relación a su padre por su padecimiento mental, se inició el proceso de determinación de la capacidad jurídica de "J". En el transcurso de ese proceso, "J" manifestaba tener intenciones de no estar más en el hospital e ir a otro efector, y comenzó a tener comportamientos que generaban situaciones disruptivas con el personal de salud de la sala, lo que llevó a configurar su internación como involuntaria por las agresiones observadas en el personal de la sala, pidiendo así la derivación a un hospital monovalente de CABA, que se concreta en el mes de enero.

La situación recién mencionada se constituirá en un disparador a la hora de reflexionar sobre el tránsito institucional de las personas con padecimientos mentales internadas en el Hospital. Como también en torno a las intervenciones realizadas por lxs trabajadorxs sociales y el rol que ocupan a la hora de pensar las intervenciones dentro de los equipos de salud.

La metodología empleada está basada en un enfoque cualitativo. Para la recolección de información se utilizaron principalmente registros personales, datos obtenidos de historias clínicas y registros digitales. A su vez, a través de un total de tres entrevistas semiestructuradas se obtuvo información sobre la perspectiva de lxs profesionales de Trabajo Social que intervienen en la sala.

Aproximaciones teóricas acerca del concepto de “Salud Mental”

Para poder encuadrar las internaciones por Salud Mental resulta necesario mencionar la importancia que significó la sanción tanto de la ley n° 448 en CABA (año 2000) como de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (año 2010), estableciendo un punto de inflexión en lo que respecta a la protección de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental. Con la introducción de dichas legislaciones, la salud mental comenzó a ser pensada desde una perspectiva integral, al entenderla como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” (LNSM, 2010: art. 3). En esto la ley 448 agrega que la salud mental “está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable” (Ley 448, 2000: art. 2). Cabe destacar que ambas legislaciones a lo largo de su desarrollo no hablan de “pacientes”, término que predomina en los nosocomios a la hora de referirse a lxs usuarixs con quienes trabajamos, sino que se refieren a “personas”. Con esto por un lado busca diferenciarse, como plantea Mercado, de la concepción de paciente vinculado a “alguien débil, dependiente, indefenso e incapaz de atenderse o de tomar decisiones por sí mismo sobre su situación.” (Mercado, 199: p. 181). Y por otro, refuerza que a la hora de hablar de Salud Mental se hace referencia a quienes componemos a la sociedad en su conjunto, y no específicamente aquellxs que se encuentran atravesando por una situación aguda de padecimiento mental o institucionalizadxs.

Otro concepto que introduce la LNSM y sirve para entender los procesos de salud-enfermedad-atención que atraviesan las personas internadas, es el de padecimiento. A través de este concepto se busca recuperar no sólo la dimensión subjetiva (apartándose del plano biomédico donde el eje central está en el diagnóstico y la atención de la enfermedad), sino también la importancia de los procesos económicos, históricos, sociales y simbólicos tanto en el origen como en el curso de estos padecimientos (Mercado, 1999). Este enfoque se encuentra en sintonía con lo propuesto por Basaglia al hablar de poner “la enfermedad entre paréntesis”, en el intento de romper con el modelo de la psiquiatría tradicional que centra su mirada en la dimensión patológica del sujeto, para que de esta manera fuese posible ocuparse del sujeto en su experiencia. Recuperando el aspecto subjetivo, en términos de Amarante (2016: p. 37), reaparecen lxs sujetos que estaban “neutralizados, invisibles, opacos, reducidos a meros síntomas de una enfermedad abstracta” (Amarante, 2016: p. 37).

Retomando a Mercado, se entiende por experiencia de padecimiento:

aquel fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie

de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención (Mercado, 1999: p. 182).

Como vemos, la experiencia del padecimiento no está compuesta únicamente por el impacto que tiene la enfermedad en la persona, sino que el proceso de atención también resulta determinante a la hora de pensar la experiencia. Este último es un aspecto que no suele ser incorporado desde el paradigma biomédico desde el que se estructura el proceso de atención, pero resulta crucial si queremos entender a la salud de una manera integral. Asimismo, habla de hacer partícipe a la red social del individuo. Sin responsabilizar a las familias por el cuidado, es preciso reconocer que este actor resulta de vital importancia a la hora de pensar los procesos de internación y externación de lxs usuarixs que transitan por el hospital, ya que el contexto actual de desfinanciamiento de la política pública deriva en que la permanencia o no de unx usuarix en la institución de salud esté determinada por la presencia de una red continente que tenga los recursos materiales y simbólicos para asegurar ciertos cuidados.

“Las personas con internaciones por salud mental son como un flúor en la sala”

Dentro del hospital general, la modalidad de ingreso a la unidad de internación de adultxs por parte de las personas que presentan un padecimiento mental agudo se efectúa desde el área de urgencias del hospital, luego de que el equipo interdisciplinario interviniente en primera instancia establezca el criterio de internación (casi en su totalidad de manera involuntaria).

Existen situaciones en las que se requiere una intervención y seguimiento desde el personal especializado de la sala, por ejemplo donde hubo intentos autolíticos y se produjeron cortes, contusiones, pérdidas del conocimiento, intoxicaciones, entre otras cosas. En estos casos, donde es tal la gravedad del hecho, esa persona es internada en las salas de Clínica o Traumatología (aparte de recibir seguimiento por salud mental). Lo recién mencionado no representa la totalidad de situaciones que se viven con usuarixs de salud mental, ya que muchas veces no resulta necesaria una intervención específica por parte de estos equipos. Cuando esa intervención no resulta necesaria, aparece el principal problema en el proceso de atención vinculado a no poseer una sala de internación especializada en salud mental. Al no existir dicho espacio, lxs usuarixs son enviadxs a diferentes salas de adultxs según la disponibilidad de camas de ese momento. Tal es así que una de las trabajadoras sociales expresaba: *“No hay nada realmente organizado. Se sube a cama según si Clínica tiene disponibilidad. Y si Clínica no tiene disponibilidad (o por otros motivos no lo suben), intentan en Urología o en Traumatología”* (Entrevista n° 2)

Desconocer el número de camas que se destinan para usuarixs con padecimiento de salud mental o dónde van a ir, hace que tengan que transitar sus internaciones en las distintas unidades de internación de adultxs (Clínica, Traumatología o Urología), lo que trae consigo determinadas consecuencias que impactan en la experiencia del proceso de atención de personas con padecimientos psíquicos. El principal aspecto por mencionar tiene que ver con la categoría de “fuera de área”, utilizada por el personal para hacer referencia a lxs usuarixs. Dicho término hace alusión a unx paciente que es internadx en una sala cuya especificidad no se vincula con la problemática de salud que motivó

inicialmente su ingreso al hospital². En el caso de lxs pacientes de salud mental, son incluídxs dentro de esta categoría de manera recurrente:

Es como si siempre fuesen fuera de área. Cuando es una internación específica de salud mental y van a Uro o a Traumato, sí lo consideran como si fuese un fuera de área. (...) Yo no sé si está bien considerarlos así porque me parece que los fuera de área tendrían un área asignada. Éstos no tienen, salvo que fuese la guardia. (Entrevista n° 2)

Este testimonio refleja un punto clave para pensar la tensión que se genera en la intervención profesional: no solo se produce un efecto de relegamiento por parte del equipo médico de la sala a la que no “pertenece” la persona, sino que tampoco hay un dispositivo de internación ni un equipo tratante específico donde pueda referenciarse a la misma. Esto trae consigo la pregunta (y la disputa) por parte del personal de salud respecto a ¿de quién son estos pacientes?:

Siempre el cuestionamiento y la disputa es de quién son paciente, y “fuera de área” ¿de quién? ¿de la guardia? ¿quién se hace cargo? Porque supuestamente es un “fuera de área” de la guardia, pero la guardia no sube a verlos, y termina tomándolos la planta. (Entrevista n°1)

Lo recién mencionado da lugar a la segunda tensión generada por la existencia de una distribución arbitraria e inequitativa de usuarixs internadxs por un padecimiento de salud mental, sumado a la ausencia de una definición a nivel institucional en relación a qué equipo de salud realiza el seguimiento, generando distintas dificultades a la hora de planificar la estrategia de atención en la sala. En estas instancias, cuando se precisa acerca de la intervención y el seguimiento profesional, es donde se ven las consecuencias de ser “fuera de área”, ya que el hecho de ocupar una cama de internación no implicaría que el personal de la sala deba realizar seguimiento de la persona:

En teoría no pasarían a depender del personal de planta. Si bien ahora están en Traumatología y los ve una médica clínica que es de ahí y el equipo de Salud Mental que somos los de planta, no es que va el equipo interdisciplinario de la guardia. Si fuera un “fuera de área” de la guardia, debería subir el equipo interdisciplinario de la guardia del día. Pero hoy es medio tierra de nadie. (Entrevista n°1)

Por otro lado, también se menciona una falencia existente con relación a la escasa comunicación entre los equipos interdisciplinarios de guardia y los de internación, que va desde la imposibilidad de pensar estrategias en conjunto (en vistas de generar una continuidad en la intervención) hasta no dar aviso cuando la persona es derivada de la guardia a la sala. De esta manera se puede percibir que hay cierta fragmentación de la atención de la salud mental durante la internación. Pero esta poca claridad con respecto a quién es el responsable de continuar con la atención de la persona (el personal de guardia

² Por ejemplo, unx paciente que por una cuestión clínica (como puede ser un accidente cerebro-vascular) se encuentre internadx en la sala de Traumatología al no haber camas disponibles en la unidad de Clínica. En este sentido, los servicios se “prestan” una cama.

o el de las salas de internación), se termina materializando en las disputas, problemas de articulación y de comunicación mencionados. No obstante, otros integrantes del equipo de salud brindan respuesta y acompañamiento a estxs usuarixs, como es el caso de enfermería de sala y el equipo de Salud Mental compuesto por lxs mismxs tres trabajadorxs sociales de la sala de adultxs, y dos psiquiatras.

Ahora bien. ¿Qué genera la presencia de una persona con padecimiento de salud mental en una sala que no está preparada para recibirla? Por un lado, al ser consideradxs “fuera de área” por el equipo médico de la sala, es decir fuera de su responsabilidad, no son una prioridad a la hora de intervención. Sin embargo, la presencia de una internación por salud mental puede ser disruptiva tanto para el personal de la sala como para el resto de lxs usuarixs. En primer lugar, en las entrevistas se mencionó en reiteradas oportunidades que no se observa una intencionalidad en la mayoría del personal de la sala de dar respuesta en conjunto como equipo de salud a los padecimientos que atraviesan estas personas, justificándose en su no responsabilidad sobre esx paciente. La entrevistada explicaba, además, que al momento de ser consultado el personal médico sobre el estado de una persona internada por salud mental, la desconocen justificando su accionar por ser una “internación psiquiátrica”. Esto además de impactar negativamente en lxs usuarixs, genera cierto malestar en los equipos profesionales de la sala por estar “ocupando” una cama que podría ser utilizada por una persona que realmente corresponda al área en la que se encuentra.

Por otro lado, en mi práctica pude observar que existe cierta diferencia en el impacto que se genera en la sala cuando se trata de personas que además de alguna patología de salud mental, presentan trayectorias de consumo o se encuentran en situación de calle. Frente a estas situaciones, se suele ver un rechazo mayor, ya que la persona viene acompañada con determinadas vulnerabilidades históricas vinculadas al plano económico, habitacional o vincular; ya que cuentan con lazos muy debilitados o incluso rotos, que reflejan el carácter social de los padecimientos. Por lo tanto, este rechazo viene acompañado de discursos que giran en torno a la culpabilización de la persona por la situación en la que se encuentra.

Sin embargo, el impacto de este tipo específico de internaciones en el equipo de salud varía de acuerdo al momento del padecimiento por el que se encuentra atravesando cada usurix: *“Hay situaciones en las que están tranquilos, y a veces a los gritos, insultos. Incluso yo presencié que iban a internar a uno de Traumato y un familiar dijo que no. Claramente es disruptivo en la sala, no es el paciente que se espera.” (Entrevista n° 2)*

A diferencia de otro tipo de pacientes de la sala, el usuarix internadx por salud mental carga consigo cierto estigma, ya que es portador de la etiqueta de lo impredecible. Esta carga es impuesta por lxs demás al sentirse en un riesgo constante ante la posibilidad de que la persona en cualquier momento genere conflicto con un otrx (sea compañerx de habitación o personal de la sala). Dicha incertidumbre da lugar al rechazo por parte de quienes rodean al usuarix. En este sentido, Amarante (2016) menciona que aquellas representaciones y sentidos sociales de miedo, riesgo, exclusión, estigmas, discriminaciones, prejuicios, tienen una razón histórica, y están fundados en pensamientos arraigados fuertemente en nuestra sociedad a través de nuestras leyes e instituciones que promovieron (y algunas lo siguen haciendo) nociones de alienado o peligrosidad al hablar de personas con padecimientos de salud mental.

La situación de “J” sirve como ejemplo para reflejar la mirada vinculada a la peligrosidad

de las personas con padecimientos mentales, pero también para pensar la importancia del momento del padecimiento que se encuentran transitando lxs sujetxs:

Con “J” se termina "decidiendo" el Borda porque tuvo un episodio medio agudo en la sala, de reaccionar frente a la violencia del sistema público de salud, que se interpreta como un riesgo para sí o terceros, pero en realidad era un pibe que estaba esperando hace meses. ¿Cómo no vas a esperar que reaccione cada tanto con algo o alguien? (Entrevista n° 2)

Como he mencionado, “J” en el último tiempo había comenzado a tener cambios en su actitud y comportamientos que generaban situaciones disruptivas con el personal de la sala. Estas acciones pueden vincularse con el tiempo que estuvo a la espera de conseguir un efector donde continuar su tratamiento, y con cómo la falta de adecuación de los dispositivos de internación en salud mental en el hospital puede afectar de manera negativa a las personas.

Para concluir este segundo apartado, quisiera remarcar que lo disruptivo de este tipo de internaciones, tiene que ver con que *“interpelan a la carencia de lo que debería estar preparado.”* (Entrevista n° 1). Ponen en evidencia un sistema de salud que está descuidando a las personas que se encuentran transitando por algún padecimiento de salud mental. Se escucha cotidianamente que estxs usuarixs no pertenecen a las salas donde están hoy en día, son “fuera de área”. Ahora bien, a dónde corresponden o dónde deberían ir es lo que intentaré desarrollar a continuación.

¿Es el Hospital General el lugar apropiado para tener internaciones por Salud Mental?

Tanto en la LNSM como en la ley n° 448 se establece explícitamente que la internación es una modalidad de abordaje que debe aplicarse en la medida en que no sean posibles otros abordajes ambulatorios, o en caso de que la misma aporte mayores beneficios terapéuticos. Esto condice con lo propuesto por la legislación de CABA al querer “transformar el modelo hospitalocéntrico” (Ley 448, 2000: art. 12 b), es decir, que a la hora de pensar los tratamientos por salud mental deje de considerarse al hospital monovalente como el lugar principal, el punto de partida y/o de llegada. Para llevar este proceso adelante es que en su artículo 14 propone una serie de alternativas como por ejemplo la de promover la creación de dispositivos territoriales con participación comunitaria como casas de medio camino, centros de salud y acción comunitaria, talleres protegidos, hogares, y por último que los hospitales generales cuenten con salas de internación de corto plazo.

A pesar de que han transcurrido más de veinte años de la sanción de la ley n° 448, la política de Salud Mental en el GCBA muestra una serie de déficits que se ven reflejados cotidianamente. Uno de ellos tiene que ver con la inexistencia de salas de internación en Hospitales Generales, ya que como enuncia Faraone (2020), solo tres hospitales generales de toda la ciudad cuentan con una sala de internación por salud mental: el Álvarez, Piñero y Pirovano. Como he mencionado en el apartado anterior, el no contar con una sala de internación por salud mental genera ciertos conflictos, pero no impide que efectivamente se produzcan internaciones dentro del hospital. Para profundizar este debate, en las entrevistas se pudo dilucidar que el no poseer un dispositivo de internación en salud

mental planificado y armado refleja ciertas carencias que se dan hoy en las internaciones, y terminan afectando de manera negativa al proceso que se encuentran transitando las personas:

Desde el plano edilicio, se enuncia que hay una falta de acondicionamiento para alojar a personas que se encuentren realizando internaciones por salud mental. Esto se ve en el riesgo constante que corren lxs usuarixs de salir lastimadxs por ejemplo ante la presencia de escaleras sin protección o ventanas con riesgo de romperse.

En cuanto al equipo interdisciplinario, existe una falencia importante al no haber personal de psicología³ y que, por lo tanto, el mismo sólo esté compuesto por profesionales de Psiquiatría y Trabajo Social. A su vez, lxs profesionales entrevistadxs perciben que hay aspectos de la vida de la persona que hacen a la intervención y no pueden abordarse por falta de tiempo, personal y por competencia profesional/disciplinar: *“Tiene que haber un equipo (por la ley) especializado. Ser un equipo de Salud Mental de manera integral: el clínico que los atienda, enfermería, nosotros. Esto es un rejunte, con todos los obstáculos que trae eso y sus problemas.” (Entrevista n° 1)*. Frente a esto, la posibilidad de contar con otras disciplinas, como por ejemplo terapistas ocupacionales o arteterapia, permitiría abordar dimensiones de las personas que exceden al padecimiento físico, a la vez que se las haría partícipes en sus propios procesos. En este sentido, siendo el Trabajo Social una profesión que puede enriquecer su aporte desempeñándose junto a otras disciplinas, se puede ver que hay una relación directa entre la conformación de los equipos y las posibilidades de intervención: *“Siento que desde nuestra disciplina hay un límite si hay otras disciplinas que no están.” (Entrevista n° 1)*

Ahora bien, ¿cuáles son las principales estrategias de intervención que se realizan con personas que se encuentran internadas atravesando un padecimiento de salud mental? Ante la gran cantidad de demanda, en adición a la falta de recursos materiales y humanos para llevar adelante una internación por salud mental, lo que se intenta generar desde los equipos es compensar a la persona en la situación aguda por la que ingresó al hospital (en continuidad con lo realizado desde el dispositivo de guardia), para que luego pueda ser derivada a otro efector o externada con pautas de tratamiento ambulatorio.

Si bien lo que se prioriza es el retorno al ámbito comunitario, en ocasiones lxs usuarixs necesitan como parte de su tratamiento transitar por una internación involuntaria. Así como también hay otrxs que no poseen una red de apoyo con la que permita pensar estrategia alguna de externación. Ambos escenarios, si bien son completamente distintos, derivan en un mismo resultado: la persona aguarda en el hospital a la espera de una vacante en otro efector. Entre esos se encuentran los hospitales monovalentes, geriátricos con asistencia psiquiátrica, u hogares terapéuticos. En el proceso de espera, puede que lxs usuarixs comiencen con cierta mejoría y en ese entonces se planifica un abordaje desde lo territorial y comunitario. Pero a veces las internaciones deben prolongarse ante la falta de dispositivos territoriales, impactando de manera negativa en la persona:

A priori no se piensa en un tratamiento acá. No se piensa la internación acá como un dispositivo de tratamiento. Es de paso siempre. Que después en lo concreto no termina saliendo la derivación y la persona

³ El personal de psicología puede recibir interconsultas, pero para situaciones específicas. No forman parte del equipo interdisciplinario de Salud Mental.

termina acá pasando una involuntaria, termina pasando. (Entrevista n° 3)

Lo que suele ocurrir es que ante la falta de dispositivos intermedios, y como en el hospital no debería sostenerse una internación por salud mental, el recurso restante es solicitar una derivación a un hospital monovalente:

Lo que se evalúa es que acá no es el mejor lugar, entonces que vaya a los hospitales especializados. (...) Es cierto que acá no hay un lugar acorde, pero a su vez eso te hace mandarlo a un lugar menos acorde. Más especializado pero menos acorde. Capaz es más acorde para la internación, para la evaluación por los equipos y demás... pero está acá la persona. No tiene por qué irse a otro lado. (Entrevista n° 2)

Como se puede observar en el comentario anterior, en lxs trabajadorxs tampoco existe una fuerte convicción con las líneas de acción que deben construir, ya que conocen a través de diversas experiencias que un traslado a un hospital monovalente no siempre es la mejor opción en vistas de generar un tratamiento y una posible mejora. Pero a su vez, por lo recientemente planteado, existe cierta frustración al percibir que no hay otro tipo de accionar posible ante la falta de recurso institucional y el recorte cada vez mayor que se aplica a la salud mental tanto en el ámbito nacional como local.

Resulta una obviedad hoy en día mencionar y denunciar, al igual que hace Faraone (2020), que el gobierno de la CABA no se adecuó a los lineamientos propuestos por la LNSM que consisten en crear salas de internación en hospitales generales y otros espacios que alojen a personas con padecimiento de salud mental sin la necesidad de transitar por un hospital monovalente. De esta manera, se podría decir que, ante el incumplimiento de la legislación, lo que se termina generando es la mera reproducción del modelo de atención centralizado en el manicomio que la misma ley busca desalentar, al instalarse como un efector privilegiado (por no decir casi único en la CABA) para brindar tratamiento a personas con un padecimiento psíquico severo. Por mencionar un ejemplo, la LNSM menciona el “derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria” (LNSM, 2010: art. 7). Como podemos ver, que se realicen derivaciones a hospitales monovalentes ante la falta de dispositivos terapéuticos y no porque sea la mejor opción para el tratamiento, pone en evidencia la decisión de un gobierno de continuar con una política manicomial y la deslegitimación de lo comunitario.

La situación de “J” sirve para poder continuar poniendo en tensión este punto:

“J” era un chico para una casa de medio camino. Y terminó yéndose al Borda. Pero bueno ahí tenes la otra parte de interacción con otras dependencias que es muy complejo. La respuesta es lenta, no hay vacantes, no hay espacios. Entre lo que es la internación acá y la internación en un monovalente tenés un montón de grises en el medio, o por lo menos un gris que es la casa de medio camino. No todo paciente que está internado por SM necesita irse al Borda o al Moyano. Ahí el Estado no responde adecuadamente. (Entrevista n° 1)

A lo largo de la intervención con “J” se han realizado pedidos de vacantes a hogares

terapéuticos, obteniendo respuestas negativas, incluso habiendo un juzgado interviniendo para poder acelerar los procesos. Al indagar acerca de los obstaculizadores con los que el equipo se encuentra, en primera instancia de las entrevistas se puede entender que la Dirección General de Salud Mental (quien se encarga de administrar los ingresos a estos dispositivos intermedios) funciona de manera precaria por lo menos en esta situación:

Pareciera que no existe ese recurso y hacen todo para que siga sin existir y sea muy a cuentagotas el ingreso. Hay dificultades en el acceso a la gente con la que hay que comunicarse. La jefa del servicio social ha llamado a la dirección de salud mental y le han dicho que no iban a darle el teléfono de la persona encargada de eso. Pensa que si eso es tan inaccesible para una jefa de un servicio social, qué le queda al usuario. (Entrevista n° 2)

La falta de respuesta por parte de un organismo que resulta clave para pensar los procesos de internación por salud mental es un aspecto más dentro de esta intencionalidad que la gestión del Gobierno de la Ciudad viene teniendo en oposición a lo que plantean la LNSM y la ley n° 448. Se cuenta con el antecedente de haber iniciado años atrás un amparo⁴ por parte del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires contra el Órgano de Revisión de Salud Mental, organismo que se encarga de proteger los derechos humanos de lxs usuarixs de los servicios de salud mental y velar por los derechos de las personas internadas, evaluando la duración de las internaciones y las condiciones de las mismas, entre otras cosas. Esta falta de voluntad política también se ve reflejada en que no haya una inversión económica que permita ampliar la red de instituciones que alojan a las personas que necesiten realizar un tratamiento por salud mental. Entonces, también hay una escasez de vacantes porque la demanda por estos lugares viene incrementándose, sin estar acompañada por la creación de nuevas instituciones. Sin ir más lejos, el Hospital en Red “Lic. Laura Bonaparte” ha sufrido recientemente un gran ajuste en su presupuesto y en su planta de trabajadorxs, impactando significativamente en la posibilidad de seguir pensando en abordajes que impliquen estrategias interinstitucionales y de manera comunitaria a través de sus diversos programas.

Todo lo mencionado en este apartado contribuye a pensar que, si bien la ley de Salud Mental reforzó la conformación de equipos interdisciplinarios de guardia en hospitales generales, la creación de las salas de internación continúa siendo una vacante. Y este punto es importante, ya que hasta que no se consiga su creación acompañada de una política social y sanitaria que construya una verdadera red de atención a nivel comunitario que permita realizar externaciones en tiempo y forma, las internaciones van a seguirse pensando desde los hospitales monovalentes. Esto último no hace más que reproducir la lógica manicomial con la que se intenta romper desde hace años.

Intervención del Trabajo Social y su rol dentro del equipo de salud mental

Como se pudo describir en los apartados anteriores, el trabajo del equipo interdisciplinario de salud mental está fuertemente relacionado a la compensación de la persona que llega con un cuadro agudo, y luego pensar en las posibilidades del egreso

⁴ Disponible en: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/noticias-feed/3580-se-desistio-de-la-accion-de-amparo-contra-el-organo-de-revision-de-salud-mental-en-el-ambito-de-la-ciudad>

hospitalario al entorno familiar, a un dispositivo intermedio o la derivación a un hospital monovalente. En ese proceso, el ejercicio profesional del Trabajo Social se encuentra atravesado por dos factores: la ausencia de otras disciplinas con las que pueda articular su trabajo, y la mirada biologicista que se hace presente en los equipos médicos que solicitan su intervención.

En relación a este último, se está frente a un modelo biomédico predominante en la institución hospitalaria, que “implica una relación con la enfermedad como objeto abstracto y natural y no con el sujeto de la experiencia de la enfermedad” (Amarante, 2016: p. 18). Esta visión que se tiene sobre el usuario resulta ser especializada (priorizando el conocimiento aislado de órganos, de partes del cuerpo) y centrada en la enfermedad, y no en los sujetos que portan las enfermedades. Al momento de hablar sobre las intervenciones realizadas, en las entrevistas se mencionaba lo siguiente:

Estamos pensando en lo sintomático. (...) Debería haber un montón de otros recursos para ofrecer para poder laburar esta situación, no solo que se compense lo sintomático. Porque está bien, te compensas, vuelves al turno con el psiquiatra, ¿y después cómo vas laburando tu proyecto de vida? Tus posibilidades, o ir laburando todo eso que te pasó. Queda acotado a los síntomas. (Entrevista n° 1)

En este sentido, muchas veces se generan externaciones cuando las personas están compensadas en su cuadro clínico, pero eso no condice con el tiempo necesario para que la propia persona pueda pensar sobre su proceso, lo acontecido recientemente, o incluso trabajar otro tipo de aspectos vinculados a su proyecto de vida pensando en un seguimiento ambulatorio.

De esta manera, al estar conformado el equipo interdisciplinario por Psiquiatría y Trabajo Social, la primera cumple la función de estabilizar a la persona desde su cuadro de salud mental, mientras que la segunda se encarga de pensar las estrategias de externación y el contacto con otras instituciones. Esto muchas veces genera la sensación de estar realizando un abordaje limitado, frustrante por momentos, y por eso es que existe la demanda de poder proyectar una intervención que incluya otras disciplinas: *“como que no tenés nada más que acompañar, pedir que lo vean y lo evalúen... Es un poco atado. Por eso yo creo que si hubiese una sala acá se podrían hacer otras cosas. Porque te obliga a organizarte de otra forma.”* (Entrevista n° 3).

El no contar con un equipo interdisciplinario más completo genera una sensación de estar desaprovechando instancias para poder abordar la salud mental de manera integral. Sin embargo, desde el Trabajo Social se pueden identificar una serie de aportes que se generan para pensar los procesos de internación de las personas, y cómo trabajar en relación a su padecimiento, rompiendo con la idea subsidiaria que el equipo médico suele tener de la profesión. Para comprender la relevancia que tienen las intervenciones del Trabajo Social, es preciso entenderlas en términos de trabajo artesanal. Con esto, Spinelli refiere que:

El trabajador de la salud es atípico, hace cosas con la palabra, eso es mágico, no hay ningún trabajador fuera del ámbito de la salud que haga esto. Es un trabajo intangible, un trabajo de tipo artesanal, con una institución de referencia como el hospital, hecha a imagen y semejanza

de la fábrica, que representa lo industrial. Allí hay una contradicción entre lo artesanal y lo industrial. (Meinardi, 2022: p. 75).

Con esto el autor destaca el alto poder generativo del lenguaje. A través de este, se construye el vínculo entre trabajadorxs y usuarixs y, por lo tanto, se generan espacios de cuidado: “Es ese proceso relacional el que tiene la potencialidad de construir un vínculo de afecto, confianza y respeto, que es la mejor cura para la violencia que apareció en las últimas décadas en los servicios de salud.” (Spinelli, 2014: p. 296)

En nuestras intervenciones hay un aporte clave a la hora de recuperar la historia personal, las trayectorias familiares, para poder pensar si son una real red de apoyo o no, y desde ahí proyectar estrategias comunitarias y el armado de vínculos. Muchas veces a partir de las entrevistas con la red socioafectiva salen a la luz ciertas tensiones que no figuran en otro tipo de registros (como el de la historia digital, o incluso el relato del usuari). El principal aspecto que se aborda a la hora de hablar con el usuari es en relación a la internación, y luego trabajar con esa persona el retorno a su medio (en caso de que se pueda), generando apoyaturas que ayuden a sostener un tratamiento.

Por otro lado, al trabajar tanto con la persona como con la familia, el Trabajo Social se constituye como una especie de mediador entre lxs sujetxs y otras disciplinas o instituciones intervinientes: *“a veces es como articular toda la intervención. Creo que no debería ser específico de trabajo social, pero es algo que hacemos. Hoy por hoy las intervenciones tienen baches que vamos cubriendo porque consideramos que eso tiene que estar.”* (Entrevista n° 3)

Retomando la situación de “J”, al momento de hablar sobre la intervención del Trabajo Social, en las entrevistas destacan lo siguiente:

Fue clave. Porque si es por psiquiatría capaz volvía a su casa o al Borda. En el tiempo que estuvo acá capaz que se trabajó algo. Y que vea que hay un equipo profesional que intenta que no vuelva a la casa porque se identifica que es uno de sus motivos de su padecimiento, algo hace un cambio. Son cosas que otras partes del equipo no aborda. Todo eso hace a la autonomía, a la accesibilidad y a favorecer la garantía de derechos. (Entrevista n° 2)

Tomando la concepción de trabajo invisible, a lo largo de esta intervención se pudo ver la importancia del trabajo desde la palabra cotidiana, y cómo el realizar un seguimiento diario de una persona internada permite trabajar (en términos de proceso) cuestiones vinculadas a la experiencia del padecimiento, que no podrían realizarse si se aborda a la situación de manera aislada y fragmentada.

Esto va en sintonía con la perspectiva de derechos que guían a las prácticas llevadas adelante de manera cotidiana por lxs trabajadorxs sociales, en la cual se busca poder respetar los derechos humanos (como personas y como usuarixs del sistema de salud) de quienes se encuentran internadxs. Así, posiciona a lxs consideradxs “fuera de área” dentro de la sala como sujetxs de derecho, para que el propio personal lxs vea de esa manera también: *“posicionarlo como que son personas igual que el resto, con un padecimiento que tiene que ser abordado en un Htal Gral. Eso es una gran disputa que está en niveles más altos que el nuestro. Nuestra disputa es más con el personal de planta.”* (Entrevista n° 1)

Este último comentario refleja lo que se intentó plantear en el trabajo, en el sentido de que cuando hablamos de internaciones por salud mental sabemos que hay decisiones que deben ser tomadas por quienes piensan la política pública que se va a terminar materializando en el hospital. Sin embargo, hay una serie de disputas que se dan en el plano microsociedad, por ejemplo, con el personal de salud de la sala o con otras instituciones con las que se intenta articular, en donde el Trabajo Social se muestra firme y con la intención de seguir construyendo su lugar en las intervenciones.

Reflexiones finales

A lo largo del trabajo se fueron desarrollando aspectos que describen las internaciones por salud mental. Este sin duda se constituye como un campo de disputa, tanto a nivel macro, a la hora de definir la política social y sanitaria, como nivel micro al tener que mostrarse en contra de prácticas que reproducen una lógica manicomial y excluyente hacia aquellas personas que se encuentran transitando por un padecimiento de salud mental. Respecto a la forma de concebir a estxs sujetxs, resulta necesario que como sociedad sigamos cambiando mentalidades, actitudes y formas de relacionarnos.

Está claro que tanto la Ley N°26.657 como la N°448 continúan mostrando ciertos incumplimientos en su aplicación. La falta de una política pública articulada, y el contexto actual de ajuste a la salud pública y en particular a la salud mental, incide en que las opciones de tratamiento que se le presentan a los equipos interdisciplinarios resulten cada vez más escasas. Frente a una demanda que, por el contrario, se incrementa; ya que la salud mental encuentra relación directa con los procesos políticos, sociales y económicos que atraviesan las sociedades. Aunque ese análisis excede los alcances de este artículo.

Ante la falta de equipos y dispositivos de internación acordados en hospitales generales, la principal opción que se baraja a la hora de tener que transitar por una internación es el hospital monovalente. Pero si bien esto parece ser la punta del iceberg, debajo de ello se halla la ausencia de una política social y sanitaria que genere dispositivos de nivel comunitario, de manera se externe en tiempo y forma a las personas para continuar sus tratamientos en los dispositivos intermedios. Poco sentido tiene trabajar en pos del cierre de hospitales monovalentes si no hay una red de dispositivos (de internación, intermedios, hogares) que puedan dar respuesta a la demanda que existe hoy en día para recibir un tratamiento terapéutico por salud mental. La situación de “J”, si bien no tiene intenciones de ser representativa de lo que ocurre en la totalidad de situaciones, considero que fue útil para mostrar las principales preocupaciones por las que atraviesan lxs trabajadores sociales que acompañan las internaciones de salud mental del efector. Si se contara con una red de atención comunitaria, se evitaría que las personas permanezcan en los hospitales a la espera de vacantes, estando en salas que no se encuentran preparadas para recibir a personas con padecimientos de salud mental, y por lo tanto corriendo el riesgo de empeorar su condición. A su vez, se pueden evitar aquellas derivaciones a hospitales monovalentes que se realizan aun cuando no representan la mejor opción de tratamiento para la persona, sino la única posible.

Por último, el Trabajo Social tiene una serie de desafíos por delante, principalmente al tener que seguir construyendo intervenciones “artesanales”, en términos de Spinelli, que curen los daños generados por un sistema de salud que viene relegando a la salud mental desde hace años. Estas intervenciones tienen como objetivo seguir dilucidando lo que se encuentra más allá de lo sintomático, permitiendo recuperar la dimensión subjetiva de los

padecimientos, es decir cómo la persona y su entorno percibe, interpreta y expresa todo lo ligado a su proceso de salud enfermedad-atención-cuidado. En este sentido, debe seguir trabajando por la conformación de equipos interdisciplinarios más completos, de manera que se pueda abordar a la salud mental desde la integralidad.

Bibliografía

- Amarante, P. (2016). "Salud mental y atención psicosocial". Colección Salud Mental Colectiva.
- Faraone, S. (2018). "Normativa, paradigmas y conceptos. Avances, resistencias y tensiones". En Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina.
- Faraone, S. y Iriart, C (2020). "Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". - Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social", Año 10 - Nro. 20
- Faraone, S. (2020). "Avatares de las políticas públicas en el campo de la salud mental". En A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible.
- LEY DE SALUD MENTAL No 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires/ 2000 • LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL No 26.657/ 2010
- Mercado, F. y otros (1999). "La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico" Cad. Saude Pública. Río de Janeiro, 1999.
- Meinardi, E. (2022). Salud colectiva. La necesidad de un cambio de paradigma. Entrevista a Hugo Spinelli. Revista de Educación en Biología, 25 (2), 72-79
- Ministerio Público de la Defensa de República Argentina (2017). "SE DESISTIÓ DE LA ACCIÓN DE AMPARO CONTRA EL ÓRGANO DE REVISIÓN DE SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO DE LA CIUDAD". Noticias. Disponible en: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/noticias-feed/3580-se-desistio-de-la-accion-de-amparo-contr-el-organo-de-revision-de-salud-mental-en-el-ambito-de-la-ciudad>
- Spinelli, H. (2014) "El trabajo y la organización en el campo de la salud." Rev Chil Salud Pública Vol 18 (3): 294-297.