

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

LA CONSTRUCCIÓN SIMBÓLICA Y COLECTIVA DE UN NUEVO ESPACIO PARA EL PADECIMIENTO SUBJETIVO

Representaciones Sociales de los profesionales del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de sus pacientes a partir del traslado del Servicio, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Villarrubia, Mariano Daniel

Año 2016

AGRADECIMIENTOS

A mis amigos

Juan, Nicolás, Rocío, Sandra, Jérica;
por animarse a construir conmigo esos espacios donde
los acontecimientos cotidianos adquieren infinitas
posibilidades de significación.

A mis profesores

por conducirme apasionadamente hacia el desafío de
comprender la complejidad del sujeto y sus vínculos.

A mi familia

por alentarme en mis búsquedas
y alegrarse por mis logros.

¡Muchas Gracias!

RESUMEN

Esta investigación propone como objetivo general conocer las Representaciones Sociales de los profesionales del área de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Con un diseño exploratorio y descriptivo se realizó un análisis de contenido cualitativo de los datos obtenidos a través de entrevistas semidirigidas con 5 profesionales: una psicóloga, un médico psiquiatra, un miembro de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, una trabajadora social y una enfermera.

Con el fin de señalar correspondencias y discrepancias entre componentes discursivos y prácticos de las Representaciones Sociales de los profesionales, el análisis de las entrevistas se complementó con datos registrados por medio de la técnica de observación cualitativa.

Los resultados exhiben la primacía de actitudes escépticas acerca de la efectiva implementación de la Ley en la práctica concreta, asociadas principalmente al faltante de los recursos necesarios para la creación de los dispositivos alternativos que aquella prescribe. Se muestran, asimismo, representaciones que operan resistencialmente a los cambios, entre las cuales se acentúa la restringida circulación del poder entre los agentes del campo. Sin embargo, algunos aspectos de la práctica asistencial en el Nuevo Hospital son valorados como facilitadores de la aplicación de la Ley, entre ellos se enumeran: el énfasis en las estrategias de atención comunitaria, el trabajo de interconsulta, el fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios, y el potencial instituyente del colectivo de profesionales.

Palabras clave: *Representaciones Sociales, Campo de la Salud Mental, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Proceso de adecuación institucional.*

ABSTRACT

This research has as its main objective to find out about the Social Representations of the professionals working at the Mental Care Area in New Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, particularly about the new modality focused on patients with mental conditions administered in the new, multipurpose institution, in compliance with the dispositions of the National Law of Mental Health Care N° 26.657.

A qualitative analysis was conducted in relation to the data following an exploratory and descriptive approach. The data was obtained by means of semi-directed interviews to five professionals: a psychologist, a clinical psychologist, a member of the interdisciplinary Residency of Mental Care, a social worker, and a nurse.

After pinpointing correlations and discrepancies among the discursive and practical components of the professionals' Social Representations, the analysis of the interviews was complemented with data gathered by means of the technique of qualitative observation.

The results show the skepticism about the effective implementation of the law in the concrete practice, mainly associated with the lack of necessary resources for the creation of alternative solutions which that same law prescribes. Similarly, several representations were detected in the interviews, which offer some resistance to change; for example, the restricted circulation of power among some of the professionals in the field. However, certain aspects of the clinical practice in the New Hospital are considered facilitators in the application of the law such as: the emphasis on the strategies of communitarian health care, the inter-consultation work, the consolidation of interdisciplinary work teams, and the potential introduction of groups of professionals in the different areas.

Key words: *Social Representations, Mental Health Care system, National Law of Mental Health Care N° 26.657, process of institutional adequacy.*

ÍNDICE

Capítulo 1: Introducción	8
Antecedentes	11
Justificación	17
Problema de la investigación	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Capítulo 2: Marco teórico	21
Una aproximación al concepto de Representaciones Sociales.....	21
El Campo de la Salud Mental y sus agentes	29
El proceso de reforma de la Salud Mental. Marco legal.....	36
Situación actual del Servicio de Salud Mental de Río Cuarto	47
Capítulo 3: Metodología	54
Enfoque y diseño de la investigación	54
Participantes	55
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	57
Estrategia de análisis de datos	59
Procedimiento	61
Consideraciones éticas	61
Capítulo 4: Análisis de Datos	64
Descripción de los participantes	64
Análisis de contenido	65
Capítulo 5: Conclusiones y Discusiones	110
Bibliografía	120
Anexos	124
Anexo I: Instrumento – guión de entrevista	125
Anexo II: Entrevistas	126
Anexo III: Notas de campo	161
Anexo IV: Carta de presentación y consentimiento para una autoridad de la Institución	163
Anexo V: Carta de presentación para Participantes de la investigación	165
Anexo VI: Consentimientos informados de participación	166
Anexo VII: Disposición interna N° 17/14 del Nuevo Hospital San Antonio de Padua	171

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características de los participantes	64
Tabla 2: Resumen del análisis de la primera categoría	71
Tabla 3: Resumen del análisis de la segunda categoría	78
Tabla 4: Resumen del análisis de la tercera categoría	92
Tabla 5: Resumen del análisis de la cuarta categoría	100
Tabla 6: Resumen del análisis de la quinta categoría	104
Tabla 7: Resumen del análisis de la sexta categoría	108

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

SM:	Salud Mental.
LNSM:	Ley Nacional de Salud Mental.
SSM:	Servicio de Salud Mental.
NHSAP:	Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.
RS:	Representación Social.
RRSS:	Representaciones Sociales.
RISAM:	Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.
HD:	Hospital de Día.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El concepto de Salud Mental es complejo y ambiguo. En este trabajo se hará referencia al mismo en términos de Campo (Bourdieu & Wacquant, 2008), noción que permite pensar la SM relacionadamente y así dar cuenta de su carácter dinámico e histórico. Asimismo, ofrece la posibilidad de concebir las políticas públicas y las legislaciones en esta materia como un entramado de discursos, cuyos efectos concretos en las prácticas dependerá del predominio de ciertas representaciones y de la dinámica del poder detentado por los agentes actuantes en el campo.

Las condiciones en las que se producen y circulan los discursos dentro del campo tienen un impacto directo en las instituciones concretas donde se desarrollan las prácticas. La institución se halla, precisamente, en la dinámica de lo instituido y lo instituyente; es decir, en la tirantez de lo normalizado y lo creativo en el individuo. En términos de Hess (1975) “la institución es la producción permanente de la dialéctica que enfrenta al instituyente y al instituido” (Hess en Barriga, 1979, pág. 25).

De este modo, lo instituido no puede explicar la totalidad de la institución, dado que la posibilidad del devenir, de la adaptación, del cambio dentro de ella, proviene de su relación con el instituyente (Barriga, 1979). La institución, entonces, no se define solo como un conjunto de reglas exteriores al individuo y alienantes para él, sino que incluye la dinámica del instituyente, emergente de la peculiaridad de cada ser humano y de los colectivos sociales.

Las instituciones de Salud Mental de Argentina están sufriendo transformaciones a raíz de la puesta en vigencia de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada el 25 de noviembre de 2010, reglamentada el 28 de mayo de 2013 y publicada en el Boletín Oficial N° 32.649 el 29 de mayo de 2013 (Decreto 603/2013).

La implementación de la ley ha producido un cambio paradigmático en relación a la anterior concepción sobre el tratamiento de los pacientes con padecimientos mentales en el Sistema de Salud de la República Argentina (Fotia & Assis, 2012; Zaldúa, Bottinelli, Tisera, Sopransi, Lenta & Freire, 2011). En otros términos, se ha provocado una modificación de los sistemas simbólicos en las instituciones de salud (Fotia & Assis, 2012).

En la ciudad de Río Cuarto, una tentativa de ajuste a las disposiciones de la ley ha sido el traslado del Servicio de Salud Mental, que funcionaba como una institución monovalente, al hospital general, polivalente (Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, 2014). Uno de los objetivos que motivó este proceso -iniciado en octubre de 2014 y completado en noviembre del mismo año (La Voz del Interior, 2014)- fue el de adecuar el modo de abordaje de la SM a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes en la materia (Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, 2014).

El proyecto de trasladar el SSM al nuevo nosocomio generó polémica en la ciudad. Desde que el traslado fue anunciado algunos sectores han cuestionado la decisión y advertido posibles desmantelamientos. Más precisamente, la medida fue criticada por el Sindicato de Empleados Públicos y algunos trabajadores del sector (La Mañana de Córdoba, 2014).

En este contexto, el presente estudio se propone conocer las Representaciones Sociales de los profesionales del área de SM del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al hospital polivalente.

Las RRSS de los agentes del campo, respecto de la aparición de nuevas formas de concebir la atención contienen una serie de conocimientos, actitudes, creencias,

valoraciones, emociones, ideologías, posicionamientos subjetivos, que constituyen una trama compleja. Ésta establece algún tipo de determinación sobre las personas para asumir una posición definida frente a la problemática y consecuentemente, influye también en las acciones concretas que se ejecutan en la institución para adecuarse a las nuevas disposiciones de la ley.

El concepto de RRSS encierra una polisemia de sentidos y asume diversas significaciones según la teoría en la que se inserte. En el presente estudio se ha adoptado la corriente que trata las RRSS como una forma de discurso. Sus propiedades sociales provienen de la situación de comunicación, de la pertenencia social de los sujetos que hablan y de la finalidad de su discurso (Jodelet, 1986). Asimismo, el concepto se ubica en la óptica desde la cual el sujeto, actor social inscrito en una posición o lugar social, produce una representación que refleja las normas institucionales derivadas de su posición o las ideologías relacionadas con el lugar que ocupa (Jodelet, 1986).

En este sentido, se asume que las RRSS permiten explorar cómo se crea la realidad por medio del discurso, y se interesa también por otras cuestiones estrechamente vinculadas con el poder y el control dentro de las instituciones. Así, los actores sociales no solo construyen RRSS o producen un significado compartido, sino que éstas se construyen para luchar por moldear la realidad social de modo que sirva a sus propios intereses (Lara Piña, 2009).

Se llevó a cabo un estudio de caso, con un enfoque cualitativo y un diseño de tipo exploratorio y descriptivo. Se realizaron entrevistas semidirigidas con 5 profesionales: un psiquiatra, una psicóloga, una trabajadora social, una enfermera y un integrante de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.

Luego, se procedió al análisis de contenido cualitativo de los datos en función de tres dimensiones que, por ser constitutivas del concepto de RRSS, responden a los objetivos específicos de la investigación: 1) conocimiento de los profesionales acerca de las modificaciones que plantea la LNSM N° 26.657 en relación con las modalidades de atención a los pacientes con padecimientos mentales; 2) actitudes de los profesionales sobre las modificaciones en la modalidad de atención a sus pacientes a partir del traslado del SSM; 3) percepciones de los profesionales acerca de la implementación de la ley en el hospital general.

Antecedentes

Uno de los contextos en los que se han realizado investigaciones tendientes a desentramar las representaciones y significaciones de grupos de profesionales de Salud Mental es la Ciudad de Buenos Aires. Estos estudios abordan la temática en el marco de los cambios ocurridos al interior de las instituciones de salud, debido a la tentativa de adecuar las prácticas a las disposiciones establecidas en diferentes leyes de Salud Mental (ley nacional y ley provincial) y al paradigma que las sustenta.

Una de estas investigaciones, realizada por Freytes Frey (2003), consiste en un estudio de caso sobre un Servicio de Salud Mental de un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires. Sobre la base del análisis de las producciones discursivas, obtenidas a través de entrevistas en profundidad con psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, la autora sistematiza las representaciones sobre salud y enfermedad mental, modos de cuidado y tratamiento, y las prácticas asociadas a ellas.

La finalidad última del estudio de Freytes Frey es la de desarrollar conceptos e hipótesis que permitan comprender la incidencia de las mismas en el horizonte de los

cambios necesarios para la implementación de la ley de SM de la Ciudad de Buenos Aires N° 448, sancionada en julio del 2000.

Entre las conclusiones del estudio se menciona que la ley involucra importantes cambios ideológicos y a nivel de las prácticas, cambios frente a los cuales los profesionales parecen estar resistiéndose. La investigadora señala que la resistencia podría leerse como defensiva, en tanto implica la negación de perder los espacios ganados hasta ahora, pero surge, a la vez, de un registro de lo insostenible de la situación (Freytes Frey, 2003).

Por otra parte, los resultados de la investigación arrojan un desconocimiento generalizado sobre el texto de la ley. Esto se acompaña del escepticismo sobre la posibilidad de que la misma tenga algún tipo de efecto real en la dinámica del sector. Asimismo, a los profesionales les resulta más fácil ubicar cuales son los obstáculos para la implementación, que los cambios que la misma podría facilitar (Freytes Frey, 2003).

Entre los obstáculos se mencionan los intereses doctrinarios y sectoriales, en particular los de las corporaciones médicas, que no parecen dispuestas a ceder espacios de poder. Las cuestiones teóricas también se sitúan como problemáticas, ya que el auge de ciertas teorías impide la posibilidad de concebir nuevas prácticas. A esto se le suma la dificultad de pensar la articulación con otros sectores cuyas incumbencias repercuten en el cuidado de la SM (Freytes Frey, 2003).

Finalmente, se menciona que los profesionales describen la situación del SSM como de gran fragmentación y aislamiento entre los equipos, sin existir comunicación ni intercambio. Se percibe una carencia de registro de la dimensión política del hacer cotidiano de cada trabajador, no solo en el trabajo puntual, sino también en la dificultad para agruparse y generar algún tipo de proyecto más abarcativo (Freytes Frey, 2003).

En un estudio más reciente, referido al impacto de la LNSM, se plantea que ésta implica un paradigma alternativo al manicomial, y su implementación requiere profundizar procesos participativos para el reconocimiento del derecho a la SM, sin estigmatización y discriminación de las personas con sufrimiento mental.

En este contexto, las investigadoras se proponen como objetivo general comprender las representaciones y significaciones de los/as trabajadores/as del sector acerca de la viabilidad de la LNSM y sus efectos. Con un abordaje descriptivo-cualitativo realizan entrevistas, grupos focales y observaciones participantes en hospitales mono y polivalentes públicos de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Tisera, A.; Sopransi, M.; Lenta, M. y Freire, M., 2011).

Se señala, entre las conclusiones, que se observan facilitadores en los cambios acerca de la conceptualización y modalidades de atención; y obstáculos vinculados a la vigencia del paradigma tutelar y la conflictividad de intereses y visiones, que operan resistencialmente a las transformaciones (Zaldúa et al., 2011).

Entre los facilitadores se enumeran la cuestión de derechos, el cambio en los criterios y plazos de la internación, en la conceptualización de la SM y el énfasis que la ley coloca en las estrategias de atención comunitaria y en el trabajo en red con diferentes actores como aspectos más relevantes. Entre los principales aportes a las prácticas de SM, se destaca la apertura al debate y transformación de las prácticas actuales.

Asimismo, varios de los profesionales entrevistados señalaron las implicancias que la ley supone en la redistribución de responsabilidades y tareas en el equipo profesional y en la creación de equipos interdisciplinarios, respecto de los cuales mencionan en reiteradas ocasiones que, junto con la redistribución de responsabilidades, se ve afectada la redistribución de poderes al interior del equipo (Zaldúa et al., 2011).

Entre los obstáculos para la implementación se indica, en primer lugar, la ausencia de recursos y dispositivos alternativos (recursos comunitarios, tratamientos ambulatorios, casas de medio camino, etc.), le sigue la desinformación de la comunidad acerca del sufrimiento mental, falta de adecuación de los centros asistenciales (nombramientos, número de profesionales y de camas destinadas a SM en hospitales generales y formación de recursos humanos para la internación en hospitales generales), conflictos ante la modificación de las prácticas habituales del trabajo asistencial, ausencia de coordinación desde el sector Salud, falta de gestión y planificación para implementar los cambios, falta de recursos humanos especializados en procesos desinstitucionalizadores, malas interpretaciones acerca de la ley, despliegue de una ideología defensiva por parte de algunos gremios del sector, miedo a perder el trabajo en los hospitales monovalentes, dificultades en los procesos de externación de población con años de internación en hospitales monovalentes (ausencia de alternativas para quienes no tienen familia, trabajo o donde vivir), dificultades administrativas (especialmente con expedientes judiciales), insuficiente difusión de la ley con trabajadores del sector, terminología polisémica de la ley como límite para la implementación, lugar marginal que ocupan los SSM en los hospitales generales, convivencia de distintos paradigmas dentro del equipo interdisciplinario, entre otros (Zaldúa et al., 2011).

El tercer estudio, realizado por Fotia y Assis (2012), se circunscribe al asunto de la internación de pacientes con padecimiento mental, y se propone explorar las RRSS de los trabajadores de la salud, sobre la atención con internación, de aquellos pacientes en el Hospital general de agudos “J.M. Ramos Mejía” de la Ciudad de Buenos Aires, a partir de la sanción de la LNSM. Se utiliza un diseño exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo y se realiza un análisis de contenido de los datos obtenidos mediante entrevistas en profundidad con profesionales del sector.

Entre las conclusiones y discusiones se establece que es en la intersección entre un nuevo paradigma de trabajo y las prácticas instituidas donde las modalidades de atención deben reorganizarse para conformar un nuevo sistema de atención eficaz. El sistema de creencias y las prácticas de los trabajadores de la salud son un aspecto central para poder incorporar un servicio de internación y debe ser objeto de un estudio fundado, riguroso y exhaustivo. Este sistema de creencias contiene variables psicológicas y psicosociales que lo sostienen. Conocer dichas variables es un factor crítico para promover modificaciones en pos de respetar los derechos de los pacientes con padecimientos mentales (Fotia & Assis, 2012).

En relación a la perspectiva de los actores, los investigadores encontraron diferencias dadas por la posición que los agentes ocupan dentro de la institución, como campo, y con ello la modificación o no de algún tipo de capital: el tiempo de permanencia que lleven en la institución, la formación y la percepción sobre lo que significa tener ese tipo de pacientes o si ello conllevaría una sobrecarga de trabajo (Fotia & Assis, 2012).

Finalmente, se señala que los agentes aceptan la incorporación de las internaciones de SM en el mismo edificio, pero no en forma integrada sino más bien como un sector alejado de la institución. Según los investigadores, esta separación del SSM (adentro de los límites del hospital pero ubicado en la periferia) remite al carácter históricamente aislado de la “locura” del resto de las enfermedades. En este orden de cosas, concluyen que la incorporación de un dispositivo de internación es posible, considerando que los actores en juego portan una RS sobre los usuarios del SSM que permitiría su aceptación dentro del hospital general (Fotia & Assis, 2012).

Las tres investigaciones consideradas son de tipo cualitativo y utilizan como estrategia de análisis el Análisis de contenido cualitativo. La inclusión de estos trabajos como antecedentes a la presente investigación se fundamenta en el hecho de que abordan

el estudio de las representaciones de los profesionales desde una perspectiva compleja, es decir que no se ciñen a un paradigma teórico, ni a una disciplina, para el abordaje de sus problemas, sino que consideran aportes de diferentes autores, provenientes de distintas disciplinas, en un proceso recursivo que enriquece la teoría a partir de los datos obtenidos de la indagación en el campo.

Apelar a diferentes ciencias, líneas teóricas y paradigmas es una exigencia de la complejidad del objeto de la investigación, dado que la SM es una práctica social que articula diversas ideologías, teorías, prácticas e instituciones, estando en relación con el momento socio-histórico del que depende el predominio de ciertas representaciones de salud y enfermedad (Galende, 1990).

Sintetizando algunos de los aportes de los trabajos descriptos, se puede afirmar que la atención de pacientes con padecimiento mental, en las instituciones de SM, están sufriendo transformaciones a raíz de la puesta en vigencia de la LNSM N° 26.657. Ésta implica un cambio a nivel de las prácticas institucionalizadas en cada uno de los sistemas locales de salud, pero también de los sistemas simbólicos propios, con el fin de adaptarse a la nueva propuesta.

En este contexto, aparecen factores facilitadores de los cambios, vinculados a la cuestión de derechos, las estrategias de atención comunitaria, el trabajo en red con diferentes actores, la redistribución de responsabilidades y tareas en el equipo profesional, la creación de equipos interdisciplinarios, etc. Estos aspectos, en algunos casos, pueden ser debatidos en las instituciones y de este modo influir en la transformación de las prácticas actuales. Pero también aparecen factores obstaculizadores de los cambios, vinculados a la vigencia del paradigma tutelar y la conflictividad de intereses y visiones, que operan resistencialmente a las transformaciones.

Justificación

En la ciudad de Río Cuarto una tentativa de aplicación de la LNSM N° 26.657 y la Ley Provincial N° 9.848 ha sido el traslado del SSM, que funcionaba como institución monovalente, al hospital general. Hasta el momento, habiendo transcurrido más de un año de la concreción del traslado, no se registran estudios vinculados a la cuestión del impacto que este proceso ha ocasionado en los agentes que allí se desarrollan, en sus prácticas y en los modos de significarlas.

La disposición interna N° 17/14 del NHSAP (Anexo VII) establece que la actual situación del SSM ha girado hacia un modo de abordaje de la SM en consonancia con los principios en los que se enmarcan la Ley N° 9.848 de SM de la Provincia de Córdoba y la LNSM N° 26.657, y que ese cambio en las prácticas va acompañado de un cambio en el perfil de la institución acorde a lo promovido desde las nuevas tendencias. Este nuevo modo de abordaje es el fundamento por el cual se decide trasladar el SSM a la estructura hospitalaria central (Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, 2014).

El doctor Jorge Berlaffa, actual Jefe del departamento de Medicina Interna, y ex Vicedirector del NHSAP, en el marco de una comunicación personal (2014), ubicaba algunas problemáticas del SSM en la cuestión de los paradigmas que rigen las prácticas profesionales. Afirmó, en aquella oportunidad, que algunas instituciones de SM todavía conservan estilos, concepciones, prácticas, hábitos y costumbres, disposiciones edilicias, que están en sentido contrario del proceso de desmanicomialización. Es en este contexto que, según el doctor, cobra relevancia la decisión de trasladar el SSM al hospital polivalente, en búsqueda de una transformación institucional que pueda condicionar otros modos de práctica.¹

¹ Berlaffa, J., comunicación personal, 15 de diciembre de 2014.

La transformación institucional pretendida para el NHSAP dependería, entonces, de un cambio en los paradigmas. Según el propio Berlaffa: “para poder entender el sentido que asume el cambio de paradigma es necesario reconfigurar los mapas cognitivos, mutar, habitar otros territorios”.²

Asumiendo que el nuevo escenario planteado a partir de la promulgación oficial de la LNSM representa una oportunidad inédita para transformar las concepciones y prácticas asilares que caracterizan el modelo de atención hegemónico en las instituciones y servicios de SM (De Lellis & Sosa, 2011), y considerando que en el NHSAP se han tomado decisiones en términos de la adecuación de las prácticas al nuevo paradigma en SM; resulta pertinente aproximarse al conocimiento de las RRSS de los agentes que se desempeñan en el SSM de la institución.

Las RRSS de los agentes que se desenvuelven en el campo de la SM, respecto de la aparición de nuevas formas de concebir la atención contienen una serie de conocimientos, actitudes, creencias, valoraciones, emociones, ideologías, posicionamientos subjetivos, que constituyen una trama compleja. Esta trama, establece algún tipo de determinación sobre las personas para asumir una posición definida frente a la problemática y consecuentemente, influye también en las acciones concretas que se ejecutan en las instituciones para adecuarse a las nuevas disposiciones de la ley.

Por este motivo, conocer las RRSS de los agentes es de gran importancia para dar cuenta de un aspecto de la situación actual de la institución, el que tiene que ver con las producciones simbólicas de los profesionales, entendiendo que éstas operan como condición de posibilidad de la adopción de un nuevo paradigma orientador de las prácticas.

² Berlaffa, J., *Ibíd.*

Problema de la Investigación

¿Cuál es el contenido de las Representaciones Sociales de los trabajadores del área de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657?

Objetivo general

Conocer el contenido de las Representaciones Sociales de los profesionales del área de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Objetivos específicos

1. Identificar el conocimiento de los profesionales respecto de las modificaciones que plantea la LNSM N° 26.657 en relación con las modalidades de atención a los pacientes con padecimientos mentales.
2. Conocer las actitudes de los profesionales en relación con las modificaciones en la modalidad de atención a sus pacientes a partir del traslado del SSM.
3. Describir la percepción de los actores sobre la implementación de la ley en el contexto del hospital polivalente.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Una aproximación al concepto de Representaciones Sociales

Investigar los dinamismos que ocurren al interior de un agrupamiento humano implica un posicionamiento que trasciende la dimensión intrasubjetiva y exige considerar el plano intersubjetivo, entramado del cual emergen modalidades distintivas de comportamiento, pero además sistemas simbólicos que condicionan las prácticas.

Como ya se ha especificado, el problema que pretende abordar esta investigación se ubica, precisamente, en el aspecto intersubjetivo de una institución, razón por la cual es pertinente adoptar un enfoque teórico que permita explorar las construcciones intersubjetivas y acceder al componente social de las prácticas, a partir del análisis de los discursos de los profesionales que allí trabajan.

El constructo teórico que se tomará como base para dar cuenta de los diferentes significados que les son atribuidos a las prácticas de los profesionales en el nuevo contexto institucional, así como también de las actitudes vinculadas con dichas prácticas, es el de Representaciones Sociales. Creada por Moscovici (1979), esta teoría ofrece una metodología adecuada para el estudio de lo que se produce a nivel del imaginario colectivo, por lo tanto constituye una herramienta útil para el estudio de la construcción social de la realidad (Mora, 2002).

Las RRSS constituyen “una formación subjetiva multifacética y polimorfa, donde fenómenos de la cultura, la ideología y la pertenencia socio estructural dejan su impronta; al mismo tiempo que elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos participan en su constitución” (Perera Pérez, 2001, pág. 8).

Moscovici, en sus elaboraciones iniciales (1979), definía las RRSS como:

Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) 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 (...) son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo (Moscovici en Perera Pérez, 2001, pág. 10).

Años después (en 1981) el mismo autor agregaba:

Por representaciones sociales entendemos un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales (...) constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común (Moscovici en Perera Pérez, 2001, pág. 10).

A partir de sus formulaciones iniciales, el concepto ha tenido una amplia elaboración, se ha prestado a múltiples interpretaciones, ha atravesado diversos campos disciplinarios en los cuales tiene empleos tanto de carácter amplio como restringido. Al mismo tiempo, ha cambiado de sentido según el marco teórico en el que se lo ha insertado, o en función de los paradigmas a los que se ha ordenado (Lara Piña, 2009). Por estos motivos, dar cuenta de la noción de RRSS no es una tarea sencilla, solo es posible referirse a algunas de sus características más relevantes con el fin de complementar las definiciones ya ofrecidas.

Denise Jodelet, una de las seguidoras más fieles al pensamiento de Moscovici, profundiza en los soportes que vehiculizan las RRSS: los discursos de los individuos y grupos, sus comportamientos y prácticas sociales, las cuales, en un sentido amplio y en un interjuego particular, constituyen las RRSS (Jodelet en Perera Pérez, 2001).

Jodelet (2000) propone la siguiente definición general del concepto de RRSS:

Conciernen al conocimiento del sentido común, que se pone a disposición en la experiencia cotidiana; son programas de percepción, construcciones con estatus de teoría ingenua, que sirven de guía para la acción e instrumento de lectura de la realidad; sistemas de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las relaciones sociales; que expresan la relación que los

individuos y los grupos mantienen con el mundo y los otros; que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circulan en el espacio público; que están inscritas en el lenguaje y las prácticas; y que funcionan como un lenguaje en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar lo que compone el universo de la vida (Jodelet en Lara Piña, 2009, pág. 77).

Uno de los puntos del fragmento citado es el reconocimiento del hecho de que las RRSS funcionan como guías para la acción. Esto significa que, además de que los individuos se apoyan en las RRSS para interpretar el mundo y las relaciones, aquéllas guían sus conductas. Es decir, que las representaciones trascienden el plano de lo mental y tienen repercusiones en hechos prácticos, ya que los sujetos actúan de acuerdo con sus representaciones (Lara Piña, 2009).

Por otra parte, la definición menciona que las RRSS son sistemas de significaciones y en este sentido dan cuenta de los juicios de los sujetos sobre el mundo. Al ser portadoras de significaciones y posibilitar la comunicación, requieren ser interpretadas, lo cual implica el entrecruzamiento de múltiples discursos sobre el objeto social representado (Lara Piña, 2009).

Finalmente, cuando Jodelet afirma que están inscritas en el lenguaje y las prácticas, se refiere a que el estudio de las RRSS implica el estudio del lenguaje y la comunicación y otras formas del comportamiento humano. Es decir, los contenidos de las RRSS son cognoscibles a partir del estudio de sus diferentes soportes: el lenguaje, los discursos, los documentos, las prácticas, los dispositivos materiales, entre otros (Lara Piña, 2009).

Por su parte Ibáñez (1988) plantea que:

las representaciones producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social. En este sentido, actúan de forma análoga a las teorías científicas. Son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas, con suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse en ellas sin tropezar con demasiados contratiempos. En definitiva, las representaciones sociales parecen constituir unos mecanismos y unos fenómenos que son estrictamente

indispensables para el desarrollo de la vida en sociedad (Ibáñez en Urdaneta, 2012, pág. 7).

Esta definición considera las RRSS como constructos simbólicos realizados por el sujeto, quien interpreta la realidad a través de estas construcciones sociales. De esta manera, el sujeto atribuye significaciones a la realidad al mantener relaciones de simbolización con ella (Lara Piña, 2009).

En esta misma línea de conceptualización, Vasilachis (2003) define las RRSS como:

construcciones simbólicas individuales y/o colectivas a las que los sujetos apelan o que los sujetos crean para interpretar el mundo, para reflexionar sobre su propia situación y la de los demás, y para determinar el alcance y la posibilidad de su acción histórica (Vasilachis en Lara Piña, 2009, pág. 74).

Los autores considerados enfatizan diferentes aspectos del concepto, sin embargo, todas las definiciones guardan en común su referencia a las funciones que cumplen las RRSS, es decir, su importancia para el desarrollo de la vida en sociedad, dada por: su carácter organizador y cohesionador de los comportamientos y de la comunicación entre los individuos. Por lo tanto, para exponer una definición de RRSS es preciso considerar, no solo elementos de índole mental y afectiva, sino también sociales, como el lenguaje y la comunicación.

Representaciones Sociales y realidad

Las RRSS no solo cumplen la función social e interpretativa descrita en el apartado anterior, sino que también tienen funciones discursivas. La perspectiva del Análisis Crítico del Discurso, permite asumirlas como dispositivos discursivos y no sólo como modelos sociocognitivos organizados. Desde este enfoque, las RRSS se contextualizan en el discurso, pero también transforman el discurso mismo (Marín, 2012).

Potter (1998) asume, desde el Análisis Crítico del Discurso, que los actores sociales construyen su mundo mediante el habla y los textos y, por tanto, lo que interesa al

análisis discursivo es conocer qué hacen ellos con estas construcciones o RRSS. De este modo, Potter acepta, con Berger y Luckmann (1999), que los sujetos no viven en mundos sociales naturalizados y objetivados, sino contruidos por toda una gama de prácticas y convenciones sociales. Con este enfoque, los actores sociales construyen descripciones sobre el mundo y generan además estrategias de posicionamiento (Berger y Luckmann en Marín, 2012).

Considerar la realidad como plural, dinámica y constituida socialmente remite a la existencia de realidades múltiples y heterogéneas, porque los sujetos elaboran interpretaciones desde las particularidades de sus contextos históricos, sociales, culturales, políticos y económicos, lo cual genera diversas formas de comprender su mundo y sus diferentes ámbitos, para intercambiar significados y realizar las prácticas sociales (Palacios, 2012).

Por ello se puede decir que las realidades son constituidas a través de las interacciones sociales, las cuales están mediadas por los sistemas de significaciones (RRSS) que los sujetos construyen colectivamente, que orientan la acción social y caracterizan las relaciones que los diferentes sujetos y grupos establecen. Por lo tanto, las RRSS son constituyentes pero también son constituidas en el orden social (Palacios, 2012).

Esta idea es establecida claramente por Ibáñez (1988), según él, las RRSS son, 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 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 las que se han formado. En tanto que pensamiento constituyente, las representaciones 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 de una realidad exterior, sino que es un factor constitutivo de la propia realidad (Ibáñez en Urdaneta, 2012, pág. 37).

Es pertinente subrayar que, según lo expresado, la Representación Social es un proceso de construcción de la realidad, y lo es en un doble sentido: primero, en el sentido de que las RRSS forman parte de la realidad social, contribuyen a configurarla y producen en ella una serie de efectos específicos. Segundo, las RRSS contribuyen a construir el objeto del cual son una representación. Es porque la RS construye en parte su objeto por lo cual este objeto es, en parte, realmente tal y como aparece a través de su RS (Ibáñez en Urdaneta, 2012).

En otros términos, las RRSS además de que producen sentido o significaciones son parte de la realidad existente y como tal deben ser abordadas. Y, a la vez, éstas existen en la medida que los actores sociales las crean a través del poder performativo de las palabras y el discurso. De este modo, las representaciones son un componente de la realidad social. Así, los hablantes construyen y definen la realidad a través de su discurso (Lara Piña, 2009).

De lo dicho se deduce que es posible identificar las RRSS a través del análisis de las estrategias discursivas que utilizan los hablantes para

dar cuenta, textualmente, de su situación y de la de los otros (tanto la que definen como real como la que diseñan como esperada) para considerar sus posibilidades y limitaciones o para atribuirles a individuos o grupos la responsabilidad de haber provocado determinados efectos sobre la comunidad y, especialmente, para convencer al oyente de la veracidad, conveniencia u oportunidad de la acción o solución que proponen en virtud de la definición de los procesos de la situación que realizan (Vasilachis en Lara Piña, 2009, pág. 86).

Estructura y contenido de las Representaciones Sociales

Jodelet afirma que las RRSS están compuestas por un conjunto de actitudes, creencias, imágenes e informaciones, las cuales se organizan en tres dimensiones -actitud, información y campo representacional- que se entrelazan entre sí y que son analizadas por separado con fines didácticos y empíricos (Jodelet en Moll León, 2013).

1. La actitud es la orientación global, positiva o negativa hacia el objeto social representado y que guía la evaluación, los elementos afectivos y las valoraciones en relación con dicho objeto. Podemos representarnos un objeto después de haber tomado una posición, la cual orienta nuestras conductas, pero también es posible, de forma inversa, representarnos primero el objeto y luego posicionarnos con respecto a él (Moll León, 2013).

2. Por otro lado, la información es la organización o suma de conocimientos sobre el objeto de naturaleza social. Los medios de acceso a la información y las características de los intereses colectivos determinan las pautas de selección, así como la cantidad y calidad de la información disponible. Esta dimensión conduce a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas (Moll León, 2013).

3. El campo de representación expresa la organización jerarquizada de los elementos que configuran el contenido de la representación. Se establecen a partir de las cualidades de las unidades aprendidas (cualitativas, imaginativas), que en su conjunto conforman un nuevo nivel de organización: una red de elementos tejidos por combinaciones de unas y otras (Moll León, 2013).

Otro enfoque en el campo de las representaciones, desarrollado inicialmente por Wilhem Doise (1991), cuestiona el carácter consensual de las RRSS estableciendo que más que opiniones consensuales, las RRSS son principios organizadores de posiciones que se adoptan respecto a referencias comunes, y a menudo permiten una gran variación entre los individuos (Rodríguez Salazar & García Curiel, 2007).

Una definición más reciente insiste en el carácter compartido y, al mismo tiempo, potencialmente divergente de las representaciones tanto a nivel intragrupal como interindividual:

Una representación social es entonces constituida por una red de significados más o menos divergentes dependiendo de la fuerza de las discusiones alrededor de ese objeto. Al mismo tiempo, estos significados diferentes tienen que ser más o menos compartidos para ser introducidos en las conversaciones cotidianas (Clémence, en Rodríguez Salazar & García Curiel, 2007, pág. 165).

En este mismo sentido, es pertinente incorporar la descripción de Moscovici, respecto de los tres tipos de RRSS existentes, ellas son:

Representaciones hegemónicas: les es típico un alto grado de consenso entre los miembros del grupo (...) Representaciones emancipadas: no tienen un carácter hegemónico ni uniforme, emergen entre subgrupos específicos, portadores de nuevas formas de pensamiento social. Representaciones polémicas: surgidas entre grupos que atraviesan por situaciones de conflicto o controversia social respecto a hechos u objetos sociales relevantes y ante los cuales expresan formas de pensamiento divergentes (Perera Pérez, 2001, pág. 6).

El Campo de la Salud Mental y sus agentes

El concepto de Salud Mental encierra una polisemia de sentidos, de modo tal que es posible referirse a cuestiones diversas invocando su nombre. En este trabajo se hará referencia a aquella en términos de Campo (Bourdieu & Wacquant, 2008), noción que permite pensarla relacionamente y así dar cuenta de su carácter dinámico e histórico. Asimismo, ofrece la posibilidad de concebir las políticas públicas y las legislaciones en esta materia como un discurso cuyos efectos concretos en las prácticas dependerá del predominio de ciertas representaciones y de la dinámica del poder detentado por los agentes actuantes en el campo.

Definiciones preliminares

Como ya se ha establecido, una Representación Social es una representación que hace un sujeto, o un colectivo, de un objeto, en un determinado contexto. Por este motivo, explorar y describir las RRSS de los profesionales del SSM de Río Cuarto, acerca de la atención de pacientes con padecimientos mentales, requiere de la previa comprensión de: 1) los sujetos de la representación: los profesionales de la SM; 2) el objeto de la misma: la atención de pacientes con padecimientos mentales; 3) la institución, concebida como el espacio social en el que se producen y circulan representaciones: la Institución Psiquiátrica; y 4) el contexto socio-histórico de dicha institución: el proceso de adecuación institucional.

La atención de la SM se define como “el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta” (Organización Mundial de la Salud, 2006, pág. 169). La expresión “profesionales de la salud mental” (sujetos de la RS) refiere a médicos, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería, trabajadores sociales u otras

personas debidamente capacitadas y calificadas en una especialidad relacionada con la atención de la SM.

El escenario donde se elaboran y circulan las representaciones es la Institución Psiquiátrica, es decir, “todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental” (Organización Mundial de la Salud, 2006, pág. 169). Esta institución se encuentra atravesando una situación de adecuación, que comprende:

la transformación de los procesos administrativos, de gestión, de recursos humanos, asistenciales edilicios y/o presupuestarios, así como de las prácticas de salud de todos los efectores cuyo objetivo sea la atención de la Salud Mental en la población, de conformidad con lo dispuesto por la Ley Nacional N° 26.657 y su Decreto reglamentario N° 603/2013 (República Argentina, 2013, pág. 58).

Estas definiciones iniciales circunscriben el objeto, el sujeto y el contexto de las RRSS, sin embargo son insuficientes para abracar la complejidad del fenómeno en estudio. Las instituciones de SM, los actores que allí se desenvuelven y las prácticas que desarrollan pertenecen al Campo de la SM, éste articula diversas ideologías, teorías, prácticas e instituciones, estando en relación con el momento socio-histórico del que depende el predominio de ciertas representaciones de salud y enfermedad (Galende, 1990).

La Salud Mental como Campo

Concebir la Salud Mental como Campo implica caracterizarla como un espacio social complejo, donde lo que se juega son elementos relativos a la conceptualización no solo de los procesos de salud-enfermedad-atención, sino también sus vinculaciones con las vicisitudes del orden social y los valores vigentes.

En términos de Galende (1990):

Los valores de salud y enfermedad, suponen la existencia de concepciones e ideas que sostienen una práctica, ésta y sus efectos no son independientes de dichas concepciones. En este campo, se va configurando una organización dinámica, en

tanto existen diversos actores sociales con intereses disímiles que se encuentran en conflicto y negociación constante para lograr el predominio de sus perspectivas y valores (Galende en Freytes Frey, 2003, pág.3).

La circulación de valores producidos socialmente configura un terreno equívoco, recorrido por más de un sentido, con definiciones contradictorias. Por este motivo, la delimitación del campo de la SM es difusa, no tiene límites reconocibles con nitidez.

Pensar la SM como campo implica, asimismo, conceptualizarla como un discurso social específico, instituyente de una norma, formas básicas de organización de esa norma, y formas particulares de relación de los agentes que participan en ella. Pero además, para ser entendida en todos sus aspectos, se requiere considerar el sistema institucional global que integra y su relación con el contexto social.

Galende (1990) propone que en el campo de la SM es posible diferenciar cinco elementos: las formas históricas de daño mental; disciplinas a las que se asigna; teorías y saberes; prácticas terapéuticas; instituciones. Estos elementos se articulan en el seno de este campo social y a su vez, están en relación con el momento socio histórico.

La articulación de aquellos elementos está a la base de la legislación en SM, en tanto constituyen el conjunto teórico-ideológico-jurídico sobre el que se establece la ley (Galende, 1990). Por lo tanto, la complejidad del campo de la SM incluye, además de lo antedicho, la generación de un fundamento legal-jurídico de la existencia social de ese campo, que regula el conjunto de las prácticas que en él se desarrollan.

Otra perspectiva teórica permite profundizar en la comprensión de los dinamisismos que se juegan en la interacción de los agentes que conviven en el campo. Este enfoque integra los aportes del sociólogo Pierre Bourdieu, en particular la noción de Campo y la de Capital simbólico.

Bourdieu (2008) define al campo social como:

Una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (situs) en la estructura del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (Bourdieu & Wacquant, 2008, pág. 134).

Esta noción refiere a la convergencia de agentes, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales. Los capitales que están en juego en cualquier espacio social son: el capital económico (se interviene en función de intereses económicos); el capital social (se interviene en función de relaciones sociales); el capital cultural (se interviene en función de prestigio y/o conocimientos) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima) (Spinelli, 2010).

Los distintos agentes compiten por acumular estos capitales y en función de ellos tratan de construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, de acuerdos o de clara confrontación. Esto termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior, es decir que, en definitiva, se trata de un juego de poder, en términos de influencia en la agenda política (Spinelli, 2010).

Dicho de otro modo, los agentes de la intervención (diversos profesionales, técnicos y otros actores sociales que en ese interjuego generan el sustrajo legal jurídico de existencia social del campo) de acuerdo a su trayectoria y la posición que ocupan en el campo en virtud de su dotación de capital, propenden a orientarse activamente, hacia la conservación de la distribución del capital, o hacia su subversión (Bourdieu & Wacquant, 2008).

Según Núñez Leiva (2011), pueden distinguirse tres criterios o parámetros de distribución del capital que definen las posiciones en cada campo, y las relaciones entre los sujetos participantes:

1. posesión o no: este criterio apunta a determinar si un sujeto posee o no el capital específico que define el campo, o sin ser dueño goza de la facultad de administrarlo como tal;

2. posesión mayor o menor: atiende al volumen del capital que posee o administra un sujeto. Los campos se estratifican distinguiendo primariamente entre los que tienen y los que no tienen un capital, y luego según el volumen de que goza cada uno de los que lo tiene;

3. legitimidad de la posesión: la valoración que el resto hace del dueño del capital, de la cual dependerá la facultad de administrarlo o no.

En el contexto de este trabajo, que está focalizado en las producciones discursivas de los profesionales del campo, cobra fundamental importancia un tipo de capital: el simbólico, el cual refiere, como ya se ha expresado, a la intervención de los agentes según su capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima. Cualquier capital puede convertirse en capital simbólico y el peso de los diferentes agentes en el campo depende del reconocimiento, institucionalizado o no, que reciben de quienes participan en el juego y se ilusionan con sus apuestas (Fernández Fernández, 2012).

Esto último se expresa a partir de los distintos discursos que se producen y sostienen en el campo, tras los cuales hay una puja de intereses. Para Foucault (1985, en Barone & Herranz, 2010) los discursos son dominios prácticos limitados por sus reglas de formación y sus condiciones de existencia. En el discurso, el sentido es lo que no se deja

leer tan fácilmente en tanto está entretelado en relaciones que no se agotan en la materialidad del discurso.

En términos de Barone y Herranz:

El contexto, las posiciones diferenciales y las instituciones sociales se inscriben en el propio discurso. Es así que cuando nos preguntamos "quién, desde qué posición, dice qué, a quiénes, en qué posiciones, con qué efectos", nos mantenemos en el orden discursivo, en tanto estos elementos plantean un contexto de enunciación, un sistema de posiciones diferenciales y un sistema de representaciones (Barone & Herranz, 2010, pág. 2).

Dinámica Instituido - Instituyente

Estas condiciones en las que se producen y circulan los discursos dentro del campo, tienen un impacto directo en las instituciones concretas donde las prácticas se desarrollan. La institución se halla, precisamente, en la dinámica de lo instituido y lo instituyente; es decir, en la tirantez de lo normalizado y lo creativo en el individuo. En términos de Hess (1975) "la institución es la producción permanente de la dialéctica que enfrenta al instituyente y al instituido" (Hess en Barriga, 1979, pág. 25).

Lo instituido no puede explicar la totalidad de la institución, dado que la posibilidad del devenir, de la adaptación, del cambio dentro de la institución, proviene de su relación con el instituyente. Lo instituido es el deber por cumplir, la norma a que debe ajustarse la conducta que, de algún modo, aprisiona al sujeto limitando sus opciones. Ahora bien, gracias a lo instituyente, el hombre puede rebelarse contra el aprisionamiento de la norma; y, llevado de su espontaneidad creadora, puede rehuir aquella para así posibilitar el devenir de la institución (Barriga, 1979).

La institución, entonces, no se define solo como un conjunto de reglas exteriores al individuo y alienantes para él mismo, sino que incluye la dinámica del instituyente, anclado en la peculiaridad de cada ser humano. Sin embargo, una institución tenderá a

naturalizar sus normas, a fin de facilitar su supervivencia. Las reglas pueden absolutizarse olvidando su carácter mediador respecto a objetivos concretos. Esta naturalización de lo instituido conlleva la fácil desadaptación a la realidad cotidiana, normalmente cambiante.

Tal desadaptación finaliza en la esclerosis de la norma y en la pérdida total de su funcionalidad. Se cumple el deber por el deber, sin cuestionarse sobre lo fundado o infundado de dicho deber. La institucionalización corre el riesgo de desarrollar mentes dogmáticas, conservadoras, reaccionarias, incapaces de cuestionar lo instituido para mejor adecuar los medios a los objetivos establecidos (Barriga, 1979, pág. 26).

La acción del instituyente, por el contrario, se circunscribe a situaciones de crisis, de cambios, de revoluciones. Sin embargo, debido a la capacidad de recuperación de lo instituido, los acontecimientos revolucionarios también se institucionalizan y al ritualizarse (a modo de efemérides) pierden su fuerza vivencial para ser meros recuerdos ahistóricos y desadaptados (Barriga, 1979).

El proceso de reforma de la Salud Mental. Marco legal

La situación en América Latina y El Caribe

En el informe de la Organización Panamericana de la Salud (2013) referido a la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe se describe que la mayoría de los países y territorios que conforman la región cuenta con políticas y planes de Salud Mental, pero alrededor de un tercio aún no posee esta herramienta. Del mismo modo, sólo una minoría de países cuenta con una legislación particular, es decir, una ley totalmente dedicada a la SM: dos de América del Sur; uno de América Central, México y Caribe latino; y tres del Caribe no latino.

Según el documento, la ley particular más reciente es la adoptada en el año 2010 por Argentina, “la cual se enmarca dentro del modelo comunitario de atención en salud mental y está guiada por las convenciones internacionales y regionales relacionadas con la protección de los derechos humanos de las cuales el país es signatario” (OPS, 2013, pág. 12).

Con respecto a otros países de Sudamérica, Brasil adoptó en el año 2001 una legislación coherente con el modelo comunitario y el respeto de los derechos humanos. Uruguay también cuenta con una ley particular que data del año 1936. “Los demás países de la subregión poseen leyes generales de salud que comprenden elementos de salud mental, con mayor o menos énfasis en este campo” (OPS, 2013, pág. 12).

En América Central, México y el Caribe latino, sólo la República Dominicana tiene una ley particular. México cuenta con una ley general de 1994 que hace referencia a cuestiones de SM. Cuba tiene componentes relevantes de SM en el capítulo II de la Ley de Salud Pública (1993) (OPS, 2013).

En el Caribe no latino la situación es diferente al resto del Continente, solo un país, Belice, no cuenta con una ley particular de SM. Todos los demás tienen leyes particulares, en su mayoría promulgadas hacia fines de los años 50. Entre el resto de los países, aproximadamente la mitad cuenta con leyes anteriores a 1960 y la otra mitad con leyes que van desde 1960 a fines del siglo pasado (OPS, 2013).

Surge del resumen presentado que existe un déficit en materia de legislación en todas las subregiones, incluso si se consideran los componentes de SM incluidos en las leyes generales, ya que dichas leyes son anteriores a convenciones internacionales relevantes (OPS, 2013). Esto puede deberse a que la SM no se ha considerado prioritaria en las agendas gubernamentales. Muchas veces a nivel de la política de algunos países, se ha pensado que los problemas relacionados con la SM no son importantes o que hay otros muchos problemas que priorizar antes (Rodríguez, 2009).

Características generales de las legislaciones en Salud Mental en Argentina

En la Argentina, a partir de la década del '80 se retomó la discusión sobre las reformas de los servicios de atención en SM y la producción de leyes que las avalaran. Desde la década del '90 hasta la actualidad fueron surgiendo una serie de legislaciones provinciales y nacionales que buscaron orientar la organización de los Servicios de Salud Mental desde la priorización del Primer Nivel de Atención y desde una base de tipo comunitario, buscando reformar o eliminar el hospital neuropsiquiátrico, reemplazándolo progresivamente por dispositivos ambulatorios e internación en hospitales generales (Rosendo, 2013).

En la actualidad, existen 9 jurisdicciones con legislación en SM: Salta (ley 6.302/84); Río Negro (ley 2.440/91, modificada por ley 3.575/02); Santa Fe (10772/91); Entre Ríos (ley 8.806/94); San Juan (ley 6.976/02); San Luis (536/06); Chubut (ley

5845/09); Córdoba (ley 9.848/2010) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ley 448/00). Otras tres provincias disponen de anteproyectos de ley en SM: Buenos Aires, Mendoza y Catamarca. El resto de las provincias carecen de leyes específicas en la materia (Rosendo, 2013).

Siguiendo a Rosendo (2013), se pueden separar las legislaciones mencionadas en dos grupos, según el periodo histórico en el que fueron sancionadas:

1. Por una parte, las primeras leyes sancionadas en la década del '90 -Santa Fe, Río Negro y Entre Ríos- en un contexto de aplicación de políticas neoliberales, pero también de surgimiento de instrumentos internacionales (Declaración de Caracas, 1990; los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, 1991) que propulsaban una reforma del sistema de atención en SM y la defensa de los derechos humanos de los pacientes (Rosendo, 2013).

2. Por otra parte, se encuentra la mayoría de las leyes de SM sancionadas durante y a posteriori de la crisis nacional del 2001. Según Rosendo (2013) en algunos casos, las dificultades de avance con la aplicación de la ley han sido atribuidas a la inexistencia de dotación de recursos económicos y humanos para iniciar la reforma; además de la resistencia de sectores corporativos y profesionales que veían amenazada su jerarquía, incumbencias y lugares de gestión por algunos de los contenidos legislativos (Rosendo, 2013).

En el mismo estudio de Rosendo se ha reportado que el análisis de las legislaciones provinciales en SM evidencia tres cuestiones centrales:

1. Primero, la divergencia en la orientación que cada ley asume en relación con el destino de la institución manicomial (monovalente): algunas legislaciones plantean su superación (por ejemplo, Río Negro, CABA, Entre Ríos), otras no explicitan la

desmanicomialización (Salta, Santa Fe, San Juan, Chubut, San Luis y Córdoba), entre estas últimas, algunas plantean la coexistencia del hospital monovalente con la organización de un paradigma de atención comunitaria. No obstante, en general se formulan similares objetivos, derechos de los usuarios y estrategias: la creación de dispositivos alternativos, refuerzo de estrategias ambulatorias, internación en hospitales generales, entre otras (Rosendo, 2013).

2. En segundo lugar, casi todas las legislaciones expresan la prohibición de crear nuevas instituciones de internación monovalentes, ya sean de carácter público o privado (Rosendo, 2013).

3. Tercero, el eje prioritario en todas las legislaciones está definido por la regulación de una internación psiquiátrica razonable, en tanto: a) medida excepcional y transitoria; b) restricción de la libertad de la persona sólo cuando resulte indispensable; c) evitación del distanciamiento del núcleo familiar y comunitario (Rosendo, 2013).

Respecto de este último punto, Hermsilla y Cataldo (2012) expresan:

Se observa un gradiente en relación con los lugares donde las internaciones se realizan, desde la prohibición explícita de creación de hospitales monovalentes y la sustitución de los mismos, hasta el mantenimiento de estos dentro de la red de prestaciones. En un plano intermedio, en el caso de Entre Ríos, se menciona el régimen de puertas abiertas hasta tanto se logre la reconversión de las instituciones existentes (Hermsilla & Cataldo, 2012, pág. 135).

Las autoras agregan que las legislaciones, en su mayoría, coinciden en la utilización de la denominación sufrimiento o padecimiento mental, la cual será retomada en la Ley Nacional de Salud Mental. Señalan algunas excepciones, como la legislación de San Juan que habla de personas con trastornos de SM, o la de Entre Ríos que se denomina Ley de enfermedades mentales (Hermsilla & Cataldo, 2012).

De Lellis y Sosa (2011) afirman que existen algunos núcleos problemáticos en relación con la legislación vigente en SM en las distintas jurisdicciones argentinas y la

sanción reciente de la LNSM. Según los autores, subsiste un número importante de jurisdicciones en las cuales no se ha avanzado aún en la sanción de una ley que defina las políticas a adoptar en torno al modelo de atención que debe regir en el campo de la SM. Asimismo, son muy pocas las jurisdicciones que cuentan con legislación en SM, y en la mayoría de las que cuentan con legislación vigente, no surge una definición clara que implique la sustitución de los hospitales psiquiátricos (De Lellis & Sosa, 2011).

La constatación de este escenario abre un amplio conjunto de oportunidades para que la Ley Nacional pueda ejercer un impacto en el modelo de atención, y que a la vez inspire legislaciones en las jurisdicciones, armónicas con lo planteado a nivel nacional y con las jurisdicciones que ya reconocen antecedentes en la sanción de herramientas normativas como la actual (De Lellis & Sosa, 2011, pág. 18).

La Ley N° 9848 “Protección de la Salud Mental” de la provincia de Córdoba plantea una clara de transición del modelo custodial por un modelo de atención basada en la comunidad, explicitando la prohibición de creación de nuevos manicomios e indicando la adaptación y transformación de las instituciones monovalentes existentes hacia dispositivos de abordaje comunitario (De Lellis & Sosa, 2011).

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: nuevo paso regulatorio y cambio de paradigma

A nivel nacional, con anterioridad a la sanción de legislaciones provinciales se han sancionado leyes de internación psiquiátrica (por ejemplo, ley N° 22.914/83 “Sobre internación y egresos de establecimientos de salud mental”), así como planes y programas de salud (por ejemplo: Recomendaciones de los lineamientos generales para el Plan Nacional de Salud Mental, 1984; Marco político-ideológico del Plan de salud mental de la provincia de Buenos Aires, de mediados de la década del '80; Plan de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires, 1969 y 1982) (Rosendo, 2013).

Sin embargo, la primera ley que da un marco nacional a las políticas en el área SM es la N° 26.657, Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental, sancionada en Argentina en diciembre de 2010, reglamentada el 28 de Mayo de 2013 y publicada en el Boletín Oficial N° 32649 el 29 de Mayo de 2013 (Decreto 603/2013). La misma inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que hasta el momento habían sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental (Hermosilla & Cataldo, 2012).

Según De Lellis y Sosa (2011) la LNSM plantea una instancia superadora en la medida que propone el desarrollo de iniciativas no contempladas con anterioridad (como las medidas que garantizan una mayor integración interdisciplinaria en el proceso de internación) al tiempo que integra los avances logrados en diversas jurisdicciones respecto de aspectos centrales que caracterizan el modelo de atención.

Rosendo (2013) considera, además, que la sanción de la LNSM constituye un avance en materia regulatoria en el campo de la SM argentino, dado que:

Hasta entonces, la situación legislativa se caracterizaba por la coexistencia heterogénea de algunas pocas jurisdicciones con legislación, algunas otras con proyectos legislativos y una gran parte de las provincias sin ningún tipo de regulación jurisdiccional específica. En igual sentido, la Ley N° 26.657 permitiría superar algunas contradicciones en materia legislativa referentes al ejercicio de las profesiones vinculadas al campo de la salud mental, incumbencias profesionales e internaciones psiquiátricas (Rosendo, 2013, pág. 133).

A su vez, la LNSM sigue el rumbo inaugurado con la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones (Ley 26.529, 2009), en el sentido de un cambio de paradigma en relación a la atención en SM, donde el usuario de los servicios es considerado fundamentalmente como sujeto de derechos (Hermosilla & Cataldo, 2012). En este mismo sentido, Rosendo (2013) establece que la LNSM se presenta discursivamente como un cambio de paradigma que incluye tres aspectos que forman parte

del posicionamiento de la ley en la defensa de los derechos Humanos de las personas con padecimiento mental:

1. evitar la privación de la libertad de las personas con padecimientos mentales, reservándose la internación solo a los casos estrictamente necesarios;
2. la prohibición de la creación de nuevas instituciones monovalentes en SM;
3. la eliminación de los usos irracionales de la medicación.

Así enmarcada en un nuevo paradigma de Derechos Humanos, la LNSM implica un reconocimiento universal a la dignidad de las personas con padecimiento mental:

Refiere a la identidad, a la dignidad, a la igualdad y no discriminación, a la capacidad, autonomía y protagonismo de la persona, en cualquier intervención jurídico-socio-sanitaria que se pretenda sobre ella (Observatorio de Derechos Humanos de la UC, 2014, pág. 5).

Al mismo tiempo, la Ley plantea una transformación de las instituciones y servicios existentes y la creación de nuevas instituciones, dispositivos y programas en SM, tales como hospitales de día, centros de día y casas de medio camino, talleres protegidos artístico-culturales, programas de rehabilitación socio-laboral, atención domiciliaria en salud, microemprendimientos, servicios de emergencia en SM, centros comunitarios de salud mental y acompañamientos terapéuticos, entre otros (República Argentina, 2010).

Carpintero (2011) considera que la reforma impulsada por la implementación de la LNSM se da fundamentalmente en cuatro aspectos que implican una ruptura con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina y sostiene Derechos Humanos fundamentales de los pacientes.

En primer lugar, la ley establece la defensa de los derechos de los pacientes modificando el Código Civil para impedir las internaciones de personas por su peligrosidad para sí o para terceros. Este criterio de internación es reemplazado por la constatación de “riesgo cierto e inminente”. Asimismo, las internaciones involuntarias

quedan restringidas y sujetas a control por un órgano de revisión en el que participan organismos de derechos humanos (Carpintero, 2011).

En segundo lugar el autor destaca que ya no es el psiquiatra el eje del tratamiento en SM, sino que, tal como queda establecido en la ley:

Debe promoverse que la atención en Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (Ley 26.657, 2010, Art. 8°).

En esta perspectiva la ley sostiene que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud y sin perjuicio de los vínculos familiares, comunitarios y sociales. Por ello, la prescripción del medicamento sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos. Es así como reglamenta que la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios (Carpintero, 2011).

En tercer lugar, el autor hace hincapié en las modificaciones de las estructuras manicomiales. Al respecto, la ley establece:

Queda prohibida la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos (Ley 26.657, 2010, Art. 27°).

Finalmente, Carpintero (2011) destaca que lo expresado en el Artículo 13° constituye una “reivindicación absolutamente democrática”:

Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental (Ley 26.657, 2010, Art. 13°).

Considerando que el objetivo último de la ley, con relación a la desinstitucionalización, es la sustitución definitiva de los servicios monovalentes, y que también se proponen lineamientos específicos respecto de otras temáticas como la judicialización y la medicalización, Gorbacz (2011) opina que la Ley N° 26.657 puede ser interpretada como una herramienta al servicio del “desmontaje del aparato represivo” de la SM, que se ha montado históricamente, sobre las prácticas este campo.

Los agentes de Salud Mental en el proceso de reforma: desafíos en la implementación de la ley

La nueva ley ubica en el centro de la escena la discusión sobre los cuidados de la SM, no obstante la viabilidad de su aplicación enfrenta una serie de desafíos. Entre ellos, Rosendo (2013) destaca:

La puja entre distintos actores en base a intereses corporativos diferenciales; la formación de los actuales y futuros profesionales de la salud mental; las características infraestructurales y organizativas de los servicios de salud mental, en particular los referentes a los hospitales generales (Rosendo, 2013, pág. 133).

A esto se podría agregar el requerimiento de medidas ejecutivas y presupuestarias por parte del Estado y transformaciones en las prácticas de actores políticos que están obstaculizando la efectiva garantía de este derecho (Observatorio de Derechos Humanos de la UC, 2014).

Recuperando la concepción de Campo, entendido como un espacio heterogéneo con intereses antagónicos, y la dinámica que se juega entre los agentes en relación con las posiciones que ocupan, se considerarán a continuación algunos aportes teóricos que permiten comprender la situación de los profesionales de SM en el proceso de reforma que se ha descrito.

El dinamismo del campo de la SM radica, como se ha dicho, en la asimetría de las fuerzas que luchan entre sí en pugna por el poder. Esto supone la visibilización o

invisibilización de ciertos actores dentro del mismo. Por esto, las acciones dirigidas a la implementación de la ley no se reducen a la presencia o ausencia de determinados actores sino al grado de relevancia que les es atribuido en la discusión respecto de la implementación de esas acciones (Assis, y otros, 2011).

La implementación de la ley, entonces, implica para los agentes del campo, reconocerse en la posición que se ocupa, posición que no es neutral, no es externa y no deja de producir efectos. En este sentido, son productores de discursos y prácticas que es necesario analizar, dada su potencialidad en la producción de sentido y de efectos subjetivantes (Assis, y otros, 2011).

Spinelli (2010) plantea, en relación a los procesos de reforma en el campo de la salud en Argentina, que para configurar otras estructuras se necesitan nuevos y más actores de manera de hacer estructurantes otras lógicas y procesos. Es necesario, según el autor, pensar y realizar el cambio desde las singularidades que constituyen los espacios cotidianos donde el trabajo y el trabajador tienen un rol central. Esto implica que no es posible realizar ese cambio únicamente desde acciones de gobierno, o de gestión:

Las grandes soluciones logran una clausura simbólica, en la que se impide la problematización de la situación que viven los agentes, la cual al naturalizarse obtura la posibilidad de su transformación. Y entonces se pasa a depender de los efectos de las políticas concebidas como universales y que por lo tanto desconocen las singularidades. Se configura así una lógica de políticas sin sujetos, o sujetos devenidos objetos para esas políticas que fueron estructuradas en base a una racionalidad extraña a esas singularidades (Spinelli, 2010, pág. 279).

Si se producen esas clausuras simbólicas, el rol del trabajador de SM se restringe a gestionar lo que otros piensan y deciden como políticas “así, la política deviene un ente, pasa a tener carácter ontológico, se le niega su capacidad de producción por actores/agentes en un momento histórico en función de ciertos intereses” (Spinelli, 2010, pág. 281). No pensar el cambio desde el punto de vista de la subjetividad ubica a los actores como espectadores y, desde esa lógica, el campo es inmutable. En este sentido

señala el autor: “solo hay posibilidades de cambiar las estructuras del campo si los espectadores devienen agentes de su propia historia, pensada por ellos, en sus propios contextos” (Spinelli, 2010, pág. 281).

En esta misma línea de análisis, Fotia y Assis plantean:

Una ley que intente modificar la dinámica normal de un hospital para la incorporación de una problemática históricamente separada y estigmatizada está destinada al fracaso si no contempla, al momento de diseñar las acciones, los factores psicosociales como factores clave del desarrollo de los mismos. Las actitudes hacia la aparición de nuevas formas inclusivas de concebir la atención en salud mental contienen una serie de conocimientos, creencias, valoraciones y emociones, conjuntamente con la adhesión ideológica, la cercanía con la problemática o la cercanía con el servicio, constituyendo una trama compleja. Esta trama, más o menos estable, establece algún tipo de determinación sobre las personas para asumir una posición definida frente a la problemática que podrá materializarse en prácticas facilitadoras u obstaculizadoras (Fotia & Assis, 2012, pág. 89).

En este orden de cosas, la resistencia de los agentes aparece como necesaria, dado que toda resistencia es ruptura y la ruptura es acción en situación. La resistencia es entendida, no como expresión de deseos para el futuro, sino más bien acción, en tanto proceso centrado en el presente:

Sobran planes, soluciones y recomendaciones, falta acción: Y toda ruptura comienza para el que se compromete con ella, por una ruptura consigo mismo. Contrariamente a lo que se sostiene a menudo, no conviene creer que es el riesgo, muy grave en efecto, el que impide a muchos resistir. Es, por el contrario, el no pensamiento de la situación el que impide el riesgo, es decir, el examen de las posibilidades. No resistir, es no pensar. No pensar, es no arriesgarse a arriesgar (Spinelli, 2010, pág. 289).

La lógica del campo y las distintas dimensiones del mismo abordadas hasta aquí, tiene como propósito considerar conceptos que posibiliten pensar en la construcción de nuevos escenarios para la SM. Esto último, requiere de la activa participación y la confluencia de los trabajadores de la salud y los conjuntos sociales destinatarios de esas prácticas. Lo cual se verá fortalecido con el apoyo político y de estructuras de gobierno (Spinelli, 2010).

Situación actual del Servicio de Salud Mental de Río Cuarto

El Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua es un servicio polivalente que atiende todo el espectro de la patología psiquiátrica y la dimensión social de la salud. Es referente de la región sur que comprende los cuatro departamentos del sur con una población estimada en 450.000 habitantes. Brinda las siguientes prestaciones: consultorio externo de psiquiatría y psicología, atención en internación, HD, intervenciones en la comunidad, guardia permanente (Nuevo Hospital Río IV).

El Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (2014), agrupación de profesionales cuyo objetivo es el monitoreo de las políticas de SM que se llevan adelante en la Provincia de Córdoba y el control del efectivo cumplimiento de las nuevas leyes, señala que en el SSM de Río Cuarto, “el personal está involucrado en un proceso activo de cambio de paradigma, en sintonía con las nuevas leyes nacionales y provinciales” (Observatorio de Derechos Humanos de la UNRC, 2014, pág. 340).

Desde la sanción de nuevas normativas nacionales y provinciales, se inició en el área la construcción de espacios de salud, enfatizando que “solamente a través de ellos se hará posible un cambio integral y profundo sobre la visión y abordaje de las personas con padecimientos subjetivos” (Observatorio de Derechos Humanos de la UNRC, 2014, pág. 344).

Se crearon en la Institución espacios formativos de profesionales jóvenes, residencias interdisciplinarias, pasantías de pre y posgrado, actividades de capacitación y formación en servicio de todos los agentes. Al mismo tiempo, se realizaron gestiones tendientes a la conformación de una red sanitaria con todos los efectores de salud de la zona. El objetivo de esta red es que las personas que lo requieran sean asistidas, en

principio, en su localidad y que se recurra al Servicio solo en caso de necesitar una mayor complejidad en el abordaje. Asimismo, se propició la participación permanente en espacios intersectoriales e interjurisdiccionales de discusión y debate (Observatorio de Derechos Humanos de la UNRC, 2014).

Por otro lado, se procedió a la creación del Hospital de Día y la sección de Intervención Comunitaria. En el primero se buscan alternativas de abordaje para patologías crónicas que vayan en contra de la estigmatización y la exclusión de estos pacientes de sus entornos familiares. Se trata de un sistema de internación parcial que propicia procesos creativos como herramienta terapéutica. El Equipo de Intervención Comunitaria, por su parte, trabaja con los grupos familiares de los pacientes crónicos que han requerido internación en el pasado o la requieren en el presente (Observatorio de Derechos Humanos de la UNRC, 2014).

Uno de los datos coyunturales más destacados por los que atraviesa el Servicio es el reciente traslado al edificio donde funciona el hospital general, inaugurado en 2004, del cual el SSM depende administrativamente. En la disposición interna N° 17/14 del NHSAP, con fecha 2 de septiembre de 2014, el director de la Institución, Héctor A. Schiaroli, dispuso: “Ordenar el traslado del Servicio de Salud Mental, que actualmente se encuentra emplazado y funcionando en la sede hospitalaria de Gral. Mosconi 426 –pabellones N° 5 y 6- al edificio central del NHSAP, cito en Guardias nacionales 1027” (Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, 2014).

Uno de los objetivos que ha motivado este proceso -que comenzó en octubre de 2014 y se completó en noviembre del mismo año (La Voz del Interior, 2014)- ha sido el de adecuar el modo de abordaje de la SM a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes en la materia. Esto último se expresa en el considerando 3° de la disposición interna N° 17/14:

(Considerando) que la actual situación del Servicio de Salud Mental, en lo referido a las características de sus prestaciones y el tipo de patologías que se tratan, ha girado hacia un modo de abordaje de la salud mental en consonancia con los principios filosóficos y epistemológicos en los que se enmarca la Ley 9.848 de Salud Mental de la Provincia de Córdoba y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su decreto reglamentario N° 603/2013; en consonancia a su vez con los pronunciamientos internacionales en materia de sistemas de atención y garantías a las personas con padecimientos psíquicos; y que ese cambio en las prácticas va acompañado de un cambio en el perfil de la institución también acorde a lo promovido desde las nuevas tendencias y legitimado mediante los instrumentos legales mencionados. Por todo lo cual no se encuentra que existan motivos razonables y valederos para seguir sosteniendo el funcionamiento del Servicio de Salud Mental escindido de la estructura hospitalaria central, siendo que esta organización genera más inconvenientes que beneficios. Al tiempo que la disponibilidad de infraestructura edilicia, operativa, de servicios e instalaciones en la nueva sede permite la adecuación para que el mencionado Servicio comience a efectuar sus prácticas y prestaciones en la sede nueva del hospital (Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, 2014, pág. 3).

El proyecto de trasladar el área de SM al nuevo nosocomio generó polémica en Río Cuarto. Desde que el traslado fue anunciado algunos sectores han cuestionado la decisión y advertido posibles desmantelamientos. Más precisamente, la medida fue cuestionada por el Sindicato de Empleados Públicos y algunos trabajadores del sector (La Mañana de Córdoba, 2014).

Así, por ejemplo, el titular del Observatorio de Derechos Humanos de la UNRC, Hernán Vaca Narvaja observó, meses antes de concretarse el traslado, la falta de precisiones sobre futuros espacios a ocupar en el Nuevo Hospital, que generaba incertidumbre y preocupación entre los trabajadores del área de SM, quienes estaban siendo trasladados, según su criterio, sin planificación previa ni articulación. Destacó asimismo, que la preocupación refiere fundamentalmente al futuro de un servicio médico psiquiátrico que podría sufrir una severa fragmentación y/o desintegración, lo que redundaría en un perjuicio para la comunidad de Río Cuarto y la región (La Voz del Interior, 2014).

Vaca Narvaja explicó:

Nos preocupa que una decisión trascendente para la comunidad de Río Cuarto y región no haya sido informada a la opinión pública y tampoco se haya explicitado a los propios trabajadores del servicio, trasladados a consultorios externos del Nuevo Hospital sin planificación previa, ni articulación con sus compañeros de servicio ni con el personal del Nuevo Hospital (Telediario Digital, 2014).

Añadió que, en el Informe “Mirar tras los muros”, elaborado por el Observatorio de DDHH de la Universidad Nacional de Córdoba y la Comisión Provincial de la Memoria, el SSM de Río Cuarto se destaca por su compromiso para adecuarse progresivamente a los requerimientos que establecen las nuevas leyes en la materia. Así, a criterio del titular del Observatorio:

Salud Mental del Hospital de Río Cuarto, pese a sus limitaciones edilicias y presupuestarias, responde acabadamente a los requerimientos profesionales del área y potencia la integración de los pacientes con padecimiento mental a través de sus servicios de psiquiatría, internación, Hospital de Día e Intervención Comunitaria, fomentando su resocialización en un marco de respeto a los derechos humanos (Telediario Digital, 2014).

Al mismo tiempo, subrayó que los pacientes psiquiátricos requieren de un hábitat especial, que no siempre resulta compatible con otro tipo de pacientes, y anticipó que el traslado del SSM al Nuevo Hospital implicaría la renuncia a experiencias innovadoras y productivas como el Hospital de Día, además de un cambio drástico en las condiciones de internación y hospedaje de los pacientes (La Voz del Interior, 2014).

Por otra parte, Mariano Mancinelli, dirigente de la Agrupación Libres del Sur, consideró que el traslado esconde el achicamiento planificado de la salud pública provincial y en particular en la ciudad de Río Cuarto, que por lógica debería contar con los dos hospitales (el viejo y el nuevo), ya que hay un permanente crecimiento demográfico y además se reciben las derivaciones del sur provincial. Agregó que, para los pacientes, es muy importante el espacio verde abierto y tranquilo que tiene el viejo hospital porque allí pueden desarrollar tareas de educación física, recreación, rehabilitación y huerta (La Voz del Interior, 2014).

La polémica generada en torno al traslado determinó que el funcionario del Ministerio de Salud para el sur provincial y ex director del hospital de Río Cuarto, Dr. Miguel Minardi, explicara públicamente que la decisión no sólo tenía que ver con el cumplimiento de la nueva ley provincial de SM N° 9.848, la cual indica que esta área debe estar integrada a los hospitales generales, sino que comportaría un beneficio para los pacientes, debido a que recibirían mayor protección y cobertura (Gobierno de la Provincia de Córdoba, 2014). Aclaró, además, que en Río Cuarto no se trabaja con pacientes crónicos, sino agudos y que con esta medida no se desmantelaría el área, sino que se integraría al Nuevo Hospital (La Mañana de Córdoba, 2014).

Minardi expresó también que previamente a esta decisión, hubo reuniones con la delegada del Sindicato de Empleados Públicos y con los jefes de área de SM, con el objetivo de coincidir en la resolución en cuanto al traslado, aprobar el espacio que ocuparía en el hospital dicha área y asegurar las mejores condiciones para brindar un óptimo servicio a los pacientes (Gobierno de la Provincia de Córdoba, 2014).

Describió, además, en aquella oportunidad, que el SSM se trasladará al tercer piso del Nuevo Hospital donde existen 18 camas para internación, con posibilidades de instalar ocho más y que los pacientes psiquiátricos podrán tener una atención más integral ante cualquier patología. Destacó, asimismo, que si ingresara a la guardia un paciente adicto o con crisis psicótica podrá ser atendido en el lugar y no existirá la necesidad de derivarlo (La Mañana de Córdoba, 2014).

En consonancia con lo establecido en la Disposición interna ya citada, el Jefe del Departamento de Medicina Interna de la Institución, Jorge Berlaffa, argumentó que lo que se busca con el traslado es una transformación institucional que pueda condicionar otros modos de práctica acordes con la normativa vigente:

Ciertos modelos de instituciones de SM, aún aquellos que están lejos del estereotipo manicomial decimonónico, como podría ser el SSM de nuestra ciudad, están lejos del estereotipo, de la forma caricaturesca del manicomio de finales del siglo XIX o principios del siglo XX; sin embargo, todavía conservan estilos, concepciones, prácticas, hábitos y costumbres, disposiciones edilicias que están precisamente en sentido contrario del proceso de desmanicomialización. Se trata de condiciones institucionales que todavía fomentan prácticas manicomiales. Lo que intentamos con el traslado, además de solucionar un problema geográfico y operativo que dificulta mucho el funcionamiento, es una transformación institucional que pueda condicionar sino determinar otros modos de práctica (Berlaffa, J., comunicación personal, 15 de diciembre de 2014).

Al mismo tiempo, Berlaffa advertía una paradoja: los agentes que enarbolan discursos antimanicomiales son los mismos que se resisten a abandonar prácticas y espacios que propician, precisamente, la construcción de un micromedio social que redundan en el aislamiento de los pacientes:

Resulta curioso, es una paradoja graciosa, que algunas personas que trabajan en el Servicio y que sostienen un discurso firmemente antimanicomial, se lamentan y pregunten, con preocupación, cómo se va hacer si ahí no hay el insumo que hay en el Servicio que es el comedor donde el paciente mira televisión, donde se ofrece un espacio socialización. Pero pensemos ¿qué espacio de socialización ofrece el comedor? El comedor es un lugar para que se congreguen los locos, porque quienes van a ese lugar son las personas que están en igualdad de condiciones y que comparten los mismos problemas. O sea, estamos por un lado diciendo que debemos atender en la subjetividad y que debemos atender a que no queden las improntas de las prácticas manicomiales y, por otro lado, estamos congregando a los pacientes en un determinado lugar para que socialicen entre ellos. Si tenemos que proponer al paciente modos de establecer lazos sociales, relaciones sociales, ¿por qué hacerlo dentro de un hospital? ojalá el paciente se sintiera tan extraño y quisiera irse rápido, o no quisiera internarse, porque eso es signo de que vamos en pro de mejoras en ese sentido, ahora bien, cuando el paciente empieza a tomar al Servicio como su casa, cuando no se quiere ir, cuando empieza a establecer lazos sociales, estamos frente a un pequeño manicomio, un micromedio social donde se establecen prácticas sociales singulares, propias de ese lugar, que no se reproducen fuera de él (Berlaffa, J., comunicación personal, 15 de diciembre de 2014).

Sostuvo, finalmente, la necesidad de un cambio de paradigma entre los agentes que trabajan en el SSM:

Una cosa es un cambio de discurso y otra cosa es un cambio de modelo o de mapas cognitivos. Es mucho más fácil cambiar de discurso que cambiar de paradigma, para poder entender estas cosas necesitamos reconfigurar nuestros mapas cognitivos, necesitamos mutar, necesitamos habitar otros territorios (Berlaffa, J., comunicación personal, 15 de diciembre de 2014).

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Enfoque y diseño de la investigación

El estudio propuesto en esta investigación adoptó un *enfoque cualitativo* ya que, en términos generales, éste tipo de enfoques posibilita la aproximación sistemática a la perspectiva de los sujetos y a los significados que estos otorgan a sus acciones, con el propósito último de reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido (Hernández Sampieri, R.; Collado, C.; Lucio, P.; & Pérez, M., 2010; López, J.; Blanco, F.; Scandroglio, B.; & Rasskin Gutman, I., 2010).

El enfoque cualitativo permite, además, abordar fenómenos caracterizados por dinámicas interactivas complejas, difícilmente aprehensibles y sistematizables mediante indicadores prefijados. Al mismo tiempo, las prácticas cualitativas constituyen una herramienta adecuada para abordar, de forma sistemática, la exploración de fenómenos desconocidos y novedosos, ofreciendo a su vez una aproximación a aquellos que tienen lugar en contextos naturales (López, Blanco, Scandroglio, & Rasskin Gutman, 2010). Esta flexibilidad del enfoque metodológico ha permitido detectar y analizar las representaciones emergentes del campo discursivo.

En relación con las subcategorías de estudios cualitativos, la presente investigación se corresponde con un *estudio de casos instrumental*, dado que se refiere a una única unidad muestral, elegida por el investigador: un grupo de profesionales de una institución (León & Montero, 2002). En cuanto a su naturaleza temporal, se trata de un *diseño transversal*, en el cual se recoge información de un solo momento temporal.

Por otra parte, se optó por combinar los diseños *exploratorio* y *descriptivo*. Esta estrategia posibilitó arribar al fin último del estudio, orientado a precisar las características

de una situación particular, en un contexto específico para el cual no había información disponible (Yuni & Urbano, 2006).

Más específicamente, el carácter exploratorio del estudio se fundamenta en el abordaje de un tema que no había sido estudiado antes en el contexto del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua. Considerando este carácter novedoso de la investigación se buscó la dispersión o expansión de la información, para caracterizar ampliamente las RRSS de los profesionales y, de este modo, descubrir y prefigurar algunas variables no precisadas a priori, a partir de la detección de los emergentes que surgieron en el campo (Hernández Sampieri et al., 2005).

Se completó la etapa exploratoria con una de tipo descriptiva, la cual en términos de Hernández Sampieri et al. (2010) busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, pretende recoger información sobre los conceptos o las variables a las que se refiere, partiendo de una previa definición de qué se estudiará (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos. Concretamente, la etapa descriptiva de la investigación consistió en precisar el contenido de las Representaciones Sociales que se advirtieron en el contexto en estudio, en función de una serie de categorías.

Participantes

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación -orientados a la exploración y descripción de las RRSS de un colectivo determinado- la población incluyó a todos los profesionales que se desempeñan en el SSM del NHSAP.

Actualmente dependen orgánicamente del Servicio 24 agentes, de los cuales 17 integran el personal de planta y 7, la RISAM. El personal de planta está integrado por 9

Médicos Psiquiatras, 5 Psicólogos y 3 Psicopedagogas; mientras que la RISAM cuenta con 2 Médicos Psiquiatras, 3 Psicólogos y 2 Trabajadoras Sociales.

La conducción del Servicio está a cargo del Jefe de Servicio y 3 Jefes de Sección: Jefe de Hospital de Día, Jefe del Equipo de Intervención en la Comunidad, y Jefe de Salud Mental Infanto-juvenil.

El personal de enfermería, que desarrolla funciones en el Servicio, no depende orgánicamente de éste, sino del Servicio de Enfermería del hospital. Lo mismo ocurre con una Trabajadora Social quien pertenece a la Sección de Trabajo Social del hospital y desempeña funciones en el Servicio. Sin embargo, dado que cumplen la condición de desempeñarse en el Servicio, estos profesionales que no dependen orgánicamente de él fueron incluidos en la población.

En función de los objetivos de investigación se realizó un *muestreo intencional no probabilístico*. Este tipo de muestreo según Cea D'Ancona (1996) es adecuado para estudios cualitativos que no están centrados en la representatividad estadística, sino en profundizar la información sobre un caso en cuestión. En este tipo de muestreo se seleccionan las unidades según características que para el investigador resultan de relevancia, es decir que los criterios de selección son específicos (Sabino, 1992).

Fue pertinente, además, la delimitación de una muestra diversa o de máxima variación, utilizada en investigaciones cualitativas cuando se busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado (Miles & Huberman en Hernández Sampieri et al., 2010). Con el fin de asegurar la máxima variación se incluyó en la muestra a profesionales de 2 de las disciplinas que integran la planta permanente del Servicio (una psicóloga y un médico psiquiatra), a un miembro de la RISAM (médico

residente), y a profesionales que, aunque dependen orgánicamente de otras áreas, desempeñan funciones en el Servicio (una trabajadora social y una enfermera).

El tamaño de la muestra (5 participantes) se determinó teniendo en cuenta el criterio de saturación de información, según el cual el tamaño de la muestra no se fija a priori (previamente a la recolección de los datos), sino que se establece un tipo de unidad de análisis y puede perfilarse un número relativamente aproximado de casos, pero la muestra final se conoce cuando las unidades que van adicionándose no aportan información o datos novedosos (Neuman en Hernández Sampieri et al., 2010).

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recabar la información se utilizaron dos técnicas: *la entrevista semidirigida* y *la observación cualitativa*.

Sabino (1992) caracteriza la entrevista como un diálogo asimétrico, donde una de las partes, el investigador, formula preguntas y la otra es fuente de esa información. La entrevista se define, entonces, como una manera de interacción social que tienen por objeto recolectar datos.

Se adoptó un modelo de entrevista semidirigida para obtener información fijando la atención sobre puntos temáticos previamente delimitados, pero se operó con la flexibilidad suficiente para que el entrevistado aportase información útil sobre aspectos de importancia (Sabino, 1992).

La observación cualitativa, por otra parte, implicó adentrarse en profundidad en la situación social y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Atender a los detalles, sucesos, eventos e interacciones (Hernández Sampieri et al., 2010). Esta técnica resultó de utilidad al presente estudio debido a que permitió la descripción de contextos o ambientes, las actividades que se desarrollan en éstos, las personas que

participan en tales actividades y los significados de las mismas (Patton en Hernández Sampieri et al., 2010).

Los elementos que se observaron fueron emergiendo de la inmersión en la Institución: ambiente físico, ambiente social y humano, actividades individuales y colectivas, funciones que cubren, hechos relevantes, etc. (Hernández Sampieri et al., 2010).

El instrumento para recolectar los datos, referente a la técnica de la entrevista, fue el *guión de entrevista* (Anexo I), éste establecía a priori los temas y subtemas que debían cubrirse en las entrevistas, de acuerdo a los objetivos de la investigación, pero no proporcionaba las formulaciones textuales de preguntas ni sugería las opciones de respuestas (Valles, 1999). De esta manera, los participantes proporcionaron información en relación a los ítems preestablecidos en el guión de la entrevista, pero el curso de la conversación no se sujetó a una estructura formalizada.

Los temas contenidos en el guión de la entrevista fueron establecidos en relación con los objetivos de la investigación, y se estructuraron en 3 ejes: 1) conocimientos sobre la LNSM N° 26.657; 2) actitudes de los profesionales hacia las modalidades que ha asumido su práctica en el nuevo ambiente institucional; 3) la percepción de los actores sobre la implementación de la ley en el nuevo contexto institucional.

Las preguntas fueron abiertas, exploratorias y neutrales, ya que apuntaban a obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje (Cuevas en Hernández Sampieri et al., 2010).

Por otra parte, se utilizó el *diario de campo* (Anexo III), donde se anotaron observaciones (notas de campo) de forma completa, precisa y detallada (Taylor & Bogdan,

1987). Se realizaron anotaciones descriptivas e interpretativas de la observación, a partir de las cuales, se generaron listados de elementos significativos para el análisis.

Estrategia de análisis de datos

Con los datos obtenidos a partir de las entrevistas se realizó un *análisis cualitativo de contenido*, procedimiento definido como: “una aproximación empírica, de análisis metodológicamente controlado de textos al interior de sus contextos de comunicación, siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso, sin cuantificación de por medio” (Mayring en Cáceres, 2008, pág.56).

Los principales componentes del análisis de contenido cualitativo se fundamentan en diferentes formas de interpretación de los textos. Según Abela (2002) los numerosos procedimientos de análisis de contenido cualitativo desarrollados en los últimos años, han seguido dos orientaciones fundamentales: a) desarrollo de categorías inductivas y b) aplicación de categorías deductivas.

En el presente trabajo se partió de categorías de análisis elaboradas a partir del material teórico. Estas categorías, pertenecientes a las disposiciones de la LNSM sobre las modalidades de atención a los pacientes, se plantearon de manera exhaustiva y excluyente respecto del primer objetivo específico consistente en *identificar el conocimiento de los profesionales respecto de las modificaciones que plantea la LNSM en relación con las modalidades de atención a los pacientes con padecimientos mentales*. Sin embargo, con relación a los otros objetivos específicos no se plantearon categorías de análisis previas, sino ejes orientadores de la exploración.

Como consecuencia de lo antedicho, el análisis combinó dos procedimientos: el *deductivo*, en relación con el conocimiento de las modificaciones que plantea la ley; y el

inductivo, en el análisis de las actitudes suscitadas en relación con el traslado y de la percepción de acerca de la implementación de la ley en el nuevo contexto institucional.

Así, para arribar al primer objetivo específico se realizó, en primer lugar, un pre-análisis de la información obtenida, a partir del cual se puso a prueba el sistema de categorías elaborado previamente. Seguidamente, se reformularon las categorías para obtener una categorización definitiva del texto (López et al., 2010).

Para arribar a los objetivos específicos restantes, luego de tomadas las primeras entrevistas, se procedió a estructurar y seleccionar la información de manera inductiva con el fin de obtener las categorías de análisis, para ello se utilizó el software “Atlas.ti 7”.

El sistema de categorías definitivo es el siguiente:

1. Representaciones acerca de la Ley Nacional de Salud Mental.
2. Representaciones acerca del proceso de traslado del Servicio de Salud Mental.
3. Percepciones acerca de la práctica asistencial y formativa en el Nuevo Hospital.
4. Representaciones acerca del escenario donde se desarrolla la práctica asistencial.
5. Representaciones acerca de los agentes del Servicio de Salud Mental en su situación actual.
6. Representaciones acerca de los pacientes en el nuevo escenario institucional.

Por último, se realizó la integración final de los hallazgos, en función de arribar el objetivo general de la investigación: *conocer el contenido de las RRSS de los profesionales del área de SM del NHSAP, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la LNSM N° 26.657.*

Los datos registrados por medio de la técnica de observación se pusieron en relación con los obtenidos por medio de las entrevistas, con el fin de señalar

correspondencias y discrepancias entre componentes discursivos y prácticos de las RRSS de los profesionales. En otros términos, se procedió a triangular los datos, comparando la información obtenida en diferentes momentos mediante las diferentes técnicas (Okuda Benavides & Gómez Restrepo, 2005).

Procedimiento

Se procedió, en primer lugar, a solicitar autorización para contactar a los profesionales a través de una carta dirigida al Dr. Jorge Berlaffa, Jefe de Medicina Interna del NHSAP (Anexo IV). Una vez obtenida la autorización, se realizó una prueba piloto.

En segundo lugar, se contactó a los profesionales que conformarían la muestra, se les explicó en qué consistiría su participación en la investigación y se acordó el momento y lugar de la entrevista.

Seguidamente, se inició el proceso de recolección de datos. Las entrevistas -de 90 minutos de duración promedio- se realizaron en los consultorios donde los profesionales atienden regularmente a sus pacientes. Previamente se les entregó una carta informativa y un consentimiento informado, que firmaron antes de comenzar la entrevista.

Paralelamente se realizaron las observaciones en los espacios comunes donde se encuentran habitualmente los pacientes, en los pasillos y salas de espera; y se anotaron de forma completa, precisa y detallada en el diario de campo.

Una vez colectada y organizada la información, se procedió al análisis de datos de acuerdo a lo establecido en el apartado anterior.

Consideraciones éticas

A los participantes de la investigación se les entregó una carta informativa que contenía el objetivo de la investigación y brindaba información acerca del entrevistador,

del propósito de la investigación, de la tarea que deberá realizar quien decidiera participar, del tratamiento confidencial y anónimo que se realizaría de la información suministrada, entre otras cuestiones (Anexo V).

También se entregó a cada entrevistado un consentimiento informado (Anexo VI) y se les pidió que lo firmen, dejando constancia de que, habiendo sido informados de todo lo que figuraba en la carta informativa, aceptaron participar de la investigación.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE DATOS

ANÁLISIS DE DATOS

Descripción de los participantes

La investigación se llevó a cabo con 5 profesionales del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua. El tamaño de la muestra se determinó teniendo en cuenta el criterio de saturación de información.

Con el fin de asegurar la máxima variación se incluyó en la muestra a profesionales de 2 de las disciplinas que integran la planta permanente del Servicio (una psicóloga y un médico psiquiatra), a un miembro de la RISAM (médico residente), y a profesionales que, aunque dependen orgánicamente de otras áreas, desempeñan funciones en el Servicio (una trabajadora social y una enfermera).

En el cuadro N° 1 se exponen algunas características de los participantes.

Tabla 1: CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES
Datos obtenidos de las entrevistas en profundidad

<i>Participante</i>	<i>Género</i>	<i>Edad</i>	<i>Profesión</i>	<i>Antigüedad en la Institución</i>	<i>Formación académica en el ámbito de la SM y de la Salud Pública</i>
P.1	M.	45 años	Médico Psiquiatra con orientación en Psicoanálisis.	14 años en el SSM.	Se encuentra en instancias finales del cursado de una Maestría en Salud Mental.
P.2	F.	38 años	Lic. en Trabajo Social.	13 años en el hospital y 1 año en el SSM.	Diplomada en Salud Mental.
P.3	F.	41 años	Lic. en Psicología.	14 años en el SSM.	Experiencia como gabinetista en escuelas especiales de la Provincia: trabajo con “severos trastornos de la personalidad”.
P.4	M.	36 años	Médico Cirujano.	3 años en el SSM.	RISAM en curso.
P.5	F.	47 años	Lic. en Enfermería.	15 años en el SSM.	Cursó la RISAM (1994 a 1998).

Análisis de contenido

1. REPRESENTACIONES ACERCA DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

1.1. Acercamiento de los profesionales a la Ley Nacional de Salud Mental

Todos los participantes manifiestan haber tenido algún acercamiento a la LNSM, afirman haberla leído, analizado y estudiado, algunos artículos con más profundidad que otros. Algunos dicen conocer también la Ley Provincial de SM N° 9.848. Uno de los participantes señala no haber encontrado mayores diferencias entre la Ley Nacional y la Provincial: “veíamos que en rasgos generales era muy parecida, eran sutiles las diferencias, inclusive un poco más progresista la Ley Nacional, pero bastante similares” (P.3).

Además de la lectura que cada uno realizó de las leyes individualmente, las estudiaron en el contexto institucional desde el momento en que aquellas empezaron a darse a conocer: “en la Institución hemos desarrollado espacios de diálogo y discusión sobre la ley en su conjunto y sobre algunos artículos en particular” (P.1).

Estos espacios de diálogo, estudio grupal y discusión sobre las leyes se generaron, en su mayoría, por iniciativa de los agentes, sobre todo los referidos a la Ley Nacional: “el espacio se generó por la iniciativa de los profesionales, surgió de nuestra inquietud y fue apoyado por la jefatura del Servicio” (P.1). Por otra parte, existían espacios formativos que se generaban desde la Provincia: “teníamos espacios formales que venían bajados desde Córdoba, con formato de ateneo, para dar a conocer la Ley Provincial” (P.3).

Además, algunos de los entrevistados participaron en un congreso realizado en Villa María cuya temática fue a la LNSM. En aquella oportunidad expuso Leonardo Gorbacz uno de los principales impulsores de la ley (P.1).

En determinado momento, una parte importante del Servicio organizamos un viaje a Villa María para participar de un congreso al que fueron autores de la ley a presentarla, allí trabajamos artículos, implicancias, etc. En un fin de semana completo (P.3).

1.2. Conocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental

En términos generales se constata, frente a la pregunta referida a las modificaciones que plantea la LNSM en lo asistencial, que solo dos de los participantes pueden remitirse directamente a la letra de la Ley y explayarse en esa dirección. El resto, frente a la misma interrogación ofrece un juicio valorativo (actitud), eludiendo de este modo la solicitud de describir los conceptos expuestos en la Ley.

Quienes responden desde el plano del conocimiento reconocen en la Ley los siguientes tópicos en relación con las modalidades de atención a los sujetos con padecimientos mentales: modelo comunitario de atención, internaciones hospitalarias breves, dispositivos alternativos a la internación, nuevo modo de concebir al sujeto, trabajo interdisciplinario, prohibición de la creación de instituciones monovalentes y modificación de las existentes, limitación de la prescripción de medicación.

1.2.1. Modelo comunitario de atención

Dos participantes refieren que según la LNSM el proceso de atención debe estar basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud y sin perjuicio de los vínculos familiares, comunitarios y sociales:

La LNSM propone una modalidad de abordaje que privilegia un modelo comunitario de atención de SM basado en los principios de Atención Primaria de la Salud, con acciones de inclusión social y laboral (P.1).

El otro participante ofrece una descripción más detallada respecto de los niveles en que debe realizarse la atención, el institucional es solo uno de ellos y aparece en el

tratamiento solo cuando ha fallado el entorno familiar y el contexto comunitario del paciente:

La Ley dice que el SSM tiene que ser de puertas abiertas a la comunidad. El paciente de SM debe ser, necesariamente, contenido en tres niveles: en su entorno familiar, en su contexto comunitario y en el ámbito institucional. Si no tiene asistencia familiar y comunitaria (la APS) ese paciente va a caer en lo institucional, en la cronificación. Cuando nosotros tenemos pacientes de larga data, la institución hospitalaria es la que posibilita la cronificación, pero porque el entorno familiar está ausente, lo excluyó. Quien excluye y no incluye es la comunidad (P.2).

1.2.2. Internaciones hospitalarias breves

Los dos profesionales que mencionan este tópico sostienen que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y reconocen que la LNSM reglamenta que la internación debe ser lo más breve posible.

P.1 expresa que uno de los aspectos fundamentales de la LNSM es que hace hincapié en que las internaciones deber ser lo más acotadas que sea posible, asegurando la pronta reinserción del sujeto a su entorno familiar, social y comunitario. P.2, por su parte, reconoce que la internación en el nivel institucional es la que favorecería la cronificación del paciente: “si no tiene asistencia familiar y comunitaria (la APS) ese paciente va a caer en lo institucional, en la cronificación” (P.2).

1.2.3. Dispositivos alternativos a la internación

Los mismos participantes (P.1 y P.2) reconocen que la ley introduce la creación de dispositivos tendientes a la transformación de las instituciones existentes:

Se busca la creación e implementación de dispositivos alternativos y servicios para la prevención y promoción en SM (P.1).

La ley no dice que necesariamente tengas que usar determinados dispositivos, dice que tenés que arbitrar los medios para que haya dispositivos y efectores, tendientes a alentar la desmanicomialización (P.2).

Las ideas descritas hasta el momento en el apartado 1.2 aparecen vinculadas entre sí en el discurso de los profesionales, de modo tal que no podría concebirse una sin las otras. Esta vinculación podría expresarse de la siguiente manera: la LNSM alienta un modelo que tiende a evitar la cronificación del paciente, para ello desalienta las internaciones prolongadas y propone dispositivos alternativos a la internación. La finalidad última es lograr la reinserción del paciente en su entorno familiar, comunitario y social.

1.2.4. Trabajo interdisciplinario en la Ley Nacional de Salud Mental

Según P.1, la LNSM “alienta un trabajo interdisciplinario mediante el cual las diferentes profesiones puedan aportar al tratamiento del sujeto”. P.2, por su parte, define la interdisciplina y la diferencia de otros términos afines, Interconsulta y multidisciplina:

La interdisciplina tiene que ver con una modalidad de atención sistemática, integral y focalizada en la persona, en el sujeto de derecho (no sujeto doliente), sujeto que atraviesa una enfermedad. Esta ley de SM te habla de que la respuesta tiene que ser interdisciplinaria, por lo menos de dos disciplinas, dos miradas. Ahí convergen la interdisciplina y la multidisciplina. Generalmente, cuando se hace interconsulta, estamos hablando de multidisciplina, pero la idea de la atención es que sea interdisciplinaria (P.2).

1.2.5. Nuevo modo de concebir al sujeto

Dos participantes explicitan que detrás de las disposiciones que plantea la LNSM subyace un nuevo modo de concebir al sujeto y su padecimiento. P.1 considera que “uno de los principales aportes de la ley tiene que ver con un nuevo modo de concebir al sujeto y su padecimiento que se inscribe en un paradigma de Derechos Humanos, le devuelve al sujeto la posibilidad de tomar decisiones”. Por su parte, como ya se ha expresado, al referirse a la interdisciplina P.2 señala que en la LNSM la atención está focalizada en la persona, “en el sujeto de derecho (no sujeto doliente), sujeto que atraviesa una enfermedad”.

P.1 refiere, además de lo ya expresado, otras dos disposiciones contenidas en la LNSM:

1.2.6. Prohibición de la creación de instituciones monovalentes y modificación de las existentes: “la LNSM prohíbe la creación de nuevas instituciones monovalentes y se instala modificación de las existentes” (P.1).

1.2.7. Limitaciones en la prescripción de medicación: “la prescripción de medicación ya no se considera como la única solución al padecimiento, sino que se subraya la inclusión social del paciente, como un aspecto importante del tratamiento” (P.1).

1.3. Actitudes en relación a la Ley Nacional de Salud Mental

Como se ha señalado, cuando son consultados sobre su conocimiento de la LNSM algunos de los profesionales ofrecen una apreciación general acerca de la Ley en su conjunto, emiten valoraciones y expresan actitudes que operan como rectoras de sus conceptualizaciones.

P.3 destaca la gravedad del hecho de que la LNSM no pueda implementarse efectivamente debido a que no se proveen los recursos humanos y económicos necesarios para la puesta en funcionamiento de los dispositivos alternativos a la internación previstos en la Ley. Por lo tanto, aunque ubica positivamente las ideas de la Ley, en particular las asociadas a la desmanicomialización, prevalece en el discurso de la entrevistada una visión negativa respecto de su efectiva implementación:

La ley es maravillosa, es un sueño, un paraíso para cualquier persona con padecimiento psíquico y para cualquier agente de la salud que trabaje en el ámbito de la SM. Lo grave es la cuestión de la implementación, no hay los dispositivos intermedios que tienen que aparecer para garantizar que la ley pueda definitivamente ser cumplida. Porque desmanicomializamos y está genial, se abren las puertas, no hay lugares de encierro, no hay cronificación de pacientes en situación de internación, y todo eso es fantástico. El tema es que esos pacientes no pasan a un dispositivo intermedio como debieran pasar, no se habilita ni el recurso humano ni el económico para que funcionen todos los recursos comunitarios y

entonces, en definitiva, quedan boyando, quedan sueltos, quedan a merced de las familias que puedan o no alojarlos. Muchos de ellos pasan por esta situación. En el ámbito de la Salud Pública, la mayoría de los pacientes son sujetos con muchas carencias en términos de sostén vincular, familiar, económico, social, quedan bastante a la deriva. Pero la Ley en su letra es fantástica (P.3).

P.5 exhibe una actitud similar a P.3, señala como positiva la idea de la ley según la cual hay que insertar el SSM en el hospital general para evitar la cronificación y reinsertar a los pacientes en su núcleo de origen. Sin embargo destaca que en la práctica se observan algunas falencias, sobre todo la falta de espacios y la ausencia de dispositivos intermedios. Enfatiza la gravedad de dichas falencias señalando que lo que se propone como una “integración” podría significarse, en realidad, como una “desaparición”:

La idea fue, según la LNSM y la provincial, que el Servicio tiene que estar inserto en un hospital general, en eso siempre la provincia va en avanzada, está bueno que hayan sacado a la gente de los manicomios y las devuelvan a sus lugares de origen (...) Las leyes son buenas, las ideas liberales son buenísimas, ¿pero en la práctica? Hablamos de la integración de la SM al hospital general, pero los pacientes necesitan espacio al aire libre, la sala común donde se puedan sentar a tomar mates, charlar, no pueden estar confinados en una habitación. Tiene que haber casas de medio camino, yo conozco una sola que es privada. Muchos pacientes van a quedar expulsados del sistema, el paciente psiquiátrico puede tener una pensión otorgada por la provincia pero no le alcanza, si la provincia no tiene siquiera medicación para el hospital. La impresión que me dio siempre fue no de integración, sino de desaparición (P.5).

Por su parte, P.2 plantea que la LNSM es rica y productiva pero la aplicación queda librada a la voluntad o las buenas intenciones de los profesionales del Servicio.

Finalmente, P.4 refiere con desagrado la existencia de prejuicios en la LNSM respecto del modo en que los médicos hacen uso de la medicación:

La ley dice, por ejemplo, como para hablar un poco de los prejuicios, que no se debe utilizar la medicación como forma de castigo. Frente a esto vos te preguntás: ¿quién fue el hijo de puta que escribió esto? Hay médicos que no la utilizan como forma de castigo, no les entra en la cabeza eso. Acá se sentó alguien que estaba muy enojado, lo escribió y un montón de gente lo avaló, ¿cómo vas a sacar una ley que diga que no se debe utilizar la medicación como castigo?! Es obvio que no se debe utilizar ninguna instancia de intervención como forma de castigo (P.4).

Explica, asimismo, que el enfoque de la medicina no se restringe a la administración de medicamentos: “se puede hacer un trabajo de acompañamiento, de sostén, hay todo un relevamiento de situaciones de riesgo que los médicos hacemos y nuestra herramienta es la posibilidad de medicar” (P.4).

Tabla 2: RESUMEN DEL ANÁLISIS DE LA PRIMERA CATEGORÍA
 Datos obtenidos de las entrevistas en profundidad

Categoría genérica	Sub-categoría	Descriptorios
Representaciones acerca de la LNSM	Acercamiento a la LNSM	Lectura y análisis personal de la LNSM
		Lectura, análisis y discusión de la LNSM en el contexto institucional: <ul style="list-style-type: none"> - Por iniciativa de los agentes - Por requerimiento de la Provincia
		Participación de actividades académicas sobre la LNSM
	Conocimiento de la LNSM	Modelo comunitario de atención
		Internaciones hospitalarias breves
		Dispositivos alternativos a la internación
		Trabajo interdisciplinario en la LNSM
		Nuevo modo de concebir al sujeto
		Prohibición de la creación de instituciones monovalentes y modificación de las existentes
	Actitudes en relación con la LNSM	Limitaciones en la prescripción de medicación
		Apreciaciones generales positivas sobre la LNSM
		Actitudes negativas sobre aspectos específicos de la LNSM en su implementación <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de dispositivos alternativos a la internación - Faltante de espacios para los pacientes internados
		Actitudes negativas respecto del texto de la LNSM: prejuicios contenidos en la ley

2. REPRESENTACIONES ACERCA DEL PROCESO DE TRASLADO

2.1. Posicionamiento inicial frente al traslado y resistencias de los profesionales

Uno de los aspectos que más destaca en los discursos de los profesionales es el relativo a la modalidad que asumió el traslado. Es ubicado de modo negativo por todos los participantes que debieron trasladarse (4 participantes). Según ellos, el proceso fue

“desprolijo”, sin previsión y conducido de modo “autocrático” (sin participación de los agentes).

En este sentido, P.1 expresa: “la decisión del traslado simplemente bajó y la acatamos”. Agrega que este modo “autocrático” y desorganizado de proceder generó incertidumbre y resistencias entre los actores, además de algunos inconvenientes que podrían haberse evitado con la consulta previa y una adecuada información:

Al principio hubo resistencias, en mi caso particular estuvieron dadas por la falta de participación en la toma de decisiones, no comparto ese estilo autocrático. Hubieron algunos inconvenientes que se podrían haber evitado realizando una consulta previa (...) Fue notable también la falta de información, el traslado fue desorganizado, no fue planificado adecuadamente, por lo cual se vivía un clima de incertidumbre permanente (P.1).

A pesar de estas resistencias, el participante dice haber estado de acuerdo con el traslado:

Personalmente estuve de acuerdo con el traslado, a pesar de que me generó cierta molestia el hecho de no haber sido consultado. El equipo ya venía pensando en la conveniencia del traslado, era un tema que se discutía. La idea no me parecía mala, hoy en día en vistas a la nueva Ley y con relación a la estigmatización de los que están allá en el loquero (P.1).

Por otra parte, cuando refiere a las resistencias, el mismo participante distingue las que tienen que ver con la falta de información y participación, de aquellas que surgen frente a la pérdida de espacios. Según el entrevistado, estas últimas se relacionan con la intención de algunos de los agentes de quedarse “tranquilos” en un espacio periférico sobre el cual recaían menos controles por parte de la Administración:

La resistencia es más bien por la falta de información y participación, esa es la resistencia mía, la de otros tenía que ver con los espacios, porque mientras más periféricos están los espacios con respecto a la Administración, más tranquilo te dejan, hay menos control. Las cosas importantes que son las políticas, controles, organicidades, inclusión, todas esas cosas emanan de un órgano central y mientras más lejos estás, menos te tocan, entonces mucha gente se resistía con esa finalidad de quedarse tranquilo donde estaba (P.1).

P.2 señala que entre los profesionales del SSM existen, hasta el momento, muchas resistencias de los profesionales, fundamentalmente por la disponibilidad edilicia que ofrecía aquel espacio al aire libre y que se ha perdido en el actual edificio:

Las resistencias tienen que ver con la pérdida del espacio físico, por la arboleda, por la pérdida de los espacios de recreación que necesariamente tienen que tener los pacientes de Salud Mental internados y los ambulatorios (P.2).

P.5 confirma algunas de estas percepciones cuando expone:

No me gustó al principio, acostumbrarse a estar encerrado en estas cuatro paredes es feo, extrañar el patio, extrañar el silencio, volver a reconocer los ruidos del hospital en sí, yo siempre digo que los enfermeros de Salud Mental nos adaptamos a cualquier lugar. Hemos vivido siempre el desarraigo (...) Cambian las políticas, el gobernador las leyes y cambian de lugar el Servicio, siempre fue así, históricamente Salud Mental fue llevada de un lado a otro (P.5).

Además, P.2 declara que las resistencias de los profesionales del SSM tienen que ver con la ubicación del SSM en el tercer piso del edificio:

¿Cómo es posible que Salud Mental estuviera en un tercer piso, con las medidas de contención, accesibilidad de puertas abiertas como tiene que ser pensado un Hospital General, un Hospital con inclusión de la Salud Mental? (P.2).

Otro participante destaca la falta de previsión y de seriedad que funcionaron como obstáculo durante el proceso de traslado. Al mismo tiempo, esta falta de previsión provocó, según él, el desaprovechamiento de valiosas oportunidades de intervención sobre el personal:

Hubo falta de previsión, se podrían haber tomado un montón de acciones, yo me acuerdo de una de las primeras reuniones con la gente de enfermería que estaba muy temerosa de lo que podría suceder con los pacientes de Salud Mental en el Hospital, temerosa desde el prejuicio. Un gran momento para hacer una gran intervención y trabajar con el personal de enfermería (...) en términos de qué significa, en qué momento, cuándo hay que cuidarse, cuando relajarse. Fueron sistemáticamente desoídas, desaprovechadas, nosotros mismos nos quejábamos, habíamos tenido la oportunidad de venir acá antes del traslado y nos dábamos cuenta de cómo íbamos a manejar la situación de una guardia general. Fue elevado pero fue desoído. La falta de seriedad para hacerlo me parece que fue de alguna manera un obstáculo, el que más sufrimos (P.4).

El mismo participante refiere que en ese contexto marcado por la incertidumbre no se propiciaron espacios institucionales para el diálogo y la discusión y que la autoridad directa no funcionó de manera contenedora de las sensaciones negativas que emergieron durante el proceso:

La transición habría sido mucho más suave si hubiese habido un mínimo orden (...) No fue propuesto ningún espacio para discutir, no había nada previsto, no había ningún directivo dispuesto a dar algún tipo de orden mínimo para bajar esta incertidumbre, entonces quedó simplemente en los espacios de pase de guardia, donde no había un jefe tan estricto y donde se podían discutir estas cuestiones (...) Como estábamos todos en la misma, nos apoyábamos entre todos, nos quejábamos entre todos, y fuimos construyendo entre todos, nos fuimos adaptando, amoldando, y construimos una convivencia (P.4).

Palabras de la jefa fueron que los residentes eran los fusibles y si algo tenían que estallar eran los residentes, esta es una jefa no contenedora, claramente. Sumado a que en el momento del traslado se tomó licencia, no estaba, ahí te das cuenta de quiénes estaban, quiénes estuvieron antes y quiénes siguen estando. Como gente que contiene, que responde, que no se las sabe todas, pero está ahí poniéndole el cuerpo (P.4).

P.5 relata el estado de ansiedad prolongada que padecieron los profesionales debido a que se difundía el rumor del traslado desde hacía varios meses, sin embargo no recibían ninguna comunicación oficial:

A menos de mitad de año del traslado, que fue en diciembre, se empezó a correr el rumor, nosotros decíamos que era imposible por las características del Servicio y los pacientes. Después llegó julio, agosto, y seguíamos con la incertidumbre que generó mucha ansiedad, muchos sentimientos encontrados, mucha gente que no quería venirse (...) a último momento en diciembre dijeron: nos vamos. Se empezó un lunes con una reunión (...) dijeron: “antes de que termine diciembre tenemos que estar en el Hospital nuevo, hay que empezar a trasladar las cosas” (...) no sabíamos dónde íbamos, qué capacidad teníamos, no sabíamos nada. “¿Qué vamos a hacer con lo que dejamos ahí... podemos llevar esto?”... “No, no entra”, “¿dónde van a ir los pacientes, la tv, donde van a estar? no van a tener lugar para...” (P.5).

P.4 coincide con esta sensación de desconcierto inicial ocasionada por los rumores y la falta de información:

Nos enteramos por comentarios de pasillos, por quejas de los colegas que no querían venir para acá, que resultaron ser los colegas que menos querían laburar. Fue todo muy repentino, no hubo tiempo de pensar. Un par de meses antes fue

presentado formalmente, un mes antes del traslado, mal presentado por la Dirección que estaba en ese momento, que continúa estando ahora. No hubo tiempo de procesarlo, no sabíamos qué estábamos dejando ni hacia donde estábamos yendo, por más que nos hablaran de la Ley, no sabíamos cómo iba a ser el funcionamiento, no sabíamos que no íbamos a tener espacios. Me enteré estando acá, llegó la información pero no tenía forma de dimensionar de qué se trataba. A todos nos pasó más o menos lo mismo, no hubo forma de darnos cuenta qué suponía el traslado, los pros y contras (P.4).

Finalmente, P.3 da cuenta de la sensación de haber sido desoídos y engañados, por parte de quienes condujeron el proceso del traslado. Situación que, según la profesional, puso en descubierto algunos asuntos que antes no se entendían por permanecer ocultos:

Fue un proceso súper complejo (...) desde que va pasando el tiempo uno empieza a entender cosas que en su momento no entendía, empiezan a hacerse visibles cosas que en su momento estaban más tapadas o más ocultas, eso me parece, la sensación no está buena (...) Un poco la sensación es: “nos vendieron un buzón” muy bien vendido, y realmente nadie pudo escuchar nada de lo que planteamos. Tampoco tuvimos la fuerza necesaria (P.3).

Destaca, además, la pérdida de espacio físico, la falta de recursos humanos y la pérdida de autonomía en el trabajo. Asimismo, establece que enmarcar el traslado en las disposiciones de la LNSM, tiene que ver con un intento de justificación de un “achique”:

Mi sensación (...) es que se usó la ley de manera bastante perversa para justificar un achique. Con argumentos muy progresistas en realidad lo que se está implementando es una práctica bastante más regresiva y de achicamiento. Tenemos la mitad de las camas que teníamos antes, tenemos un tercio del espacio físico que teníamos, muchos menos recursos desde un montón de lugares y mucha menos autonomía para un montón de cosas. Hasta donde yo alcanzo a mirar me parece que se usó un argumento muy progresista para sostener una práctica que implicaba justamente lo contrario (P.3).

2.2. Recepción del Servicio de Salud Mental por parte de los otros servicios: actitudes e imaginarios

Desde otro lugar P.2, quien trabajaba en el hospital general cuando el SSM se trasladó, manifiesta que los profesionales que ya estaban trabajando en el hospital, en general, tuvieron una visión positiva respecto del traslado del SSM: “hubo una buena disponibilidad y apertura de que viniera Salud Mental”. Atribuye esta buena disponibilidad

a dos cuestiones: “se acercó esa brecha geográfica de recorrido que teníamos” y “era un recurso más, muchos lo esperábamos” (P.2).

Sin embargo, aparece en la consideración del participante que no todos los profesionales que ya trabajaban el hospital tenían una visión positiva acerca del traslado:

También es cierto que dentro del hospital tenías a un sector de los profesionales que miraba a los pacientes de Salud Mental bajo la vieja idea de nosocomio asilar y ¿cómo los locos podían estar sueltos? ¡¿Qué, van a convivir con nosotros?! Ese el movimiento y la llegada de Salud Mental (P.2).

P.5 reconoce que este imaginario que recae sobre los pacientes y trabajadores del SSM está presente también en los directivos del hospital:

Todavía no pueden entender que Salud Mental es algo diferente, no les entra en la cabeza. Siguen viendo al Servicio de Salud Mental como un castigo, otros profesionales o colegas nuestros, cuando no se pueden acomodar en el ámbito de otros servicios (...) históricamente Salud Mental ha sido utilizada para eso, como castigo (...) hablando lisa y llanamente, todo lo que no les sirve a ellos lo mandan acá. Porque piensan que este Servicio es... no sé cuál es el imaginario que tienen (...) cuando pedís que fundamenten se les acaban las teorías (P.5).

Sin embargo señala como un aspecto positivo que, con el pasar del tiempo, el personal del hospital se adaptó al Servicio y a que los pacientes tengan conductas extrañas:

Al principio el personal del Hospital renegó: médicos, enfermeros, técnicos, personal de laboratorio, los camilleros no querían venir a llevar a los pacientes porque pensaban que les iban a pegar, fue todo un imaginario que parecía que llegábamos con ametralladoras (...) que se vayan afuera a fumar o que fumen adentro, que salgan a caminar con el pie del suero. El loco, lamentablemente se distingue mucho por su aspecto, pero han empezado a dejar de mirarnos como raros. Y no te cuento los enfermeros: el hecho de que vos puedas sonreír, reírte, jugar con tus compañeros, esas cosas... o que te saludes con un beso o un abrazo, o nos acompañamos hasta la puerta de los ascensores y nos ponemos a charlar, como las viejas, vecinas que salen a barrer y se ponen a charlar, y la gente nos mira... sí somos los raros, porque vemos a la salud desde nuestra perspectiva (P.5).

2.3. Apreciación general acerca del traslado en relación con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental

Dos participantes coinciden en que el traslado del SSM al hospital general ha resultado beneficioso para generar prácticas acordes con lo que la LNSM establece. Así,

P.1 afirma que, a pesar de que existen cosas a pulir, el nuevo contexto institucional ha sido positivo en la práctica. P.2 comparte esta apreciación general y brinda detalles respecto de los aspectos más positivos y más negativos del traslado en relación con la aplicación de la LNSM:

(el traslado) favoreció porque se da un abanico de posibilidades. Uno podría poner el foco en lo que se perdió, pero lo que se genera y se ha venido gestando es mucho más favorable, por ejemplo, la casuística epidemiológica, asistida por Salud Mental que no la teníamos, pacientes crónicos con una articulación de intervención psiquiátrica mejora y alivia mucha sintomatología. Para mí ha sido favorable, lo cual no significa que no haya desestabilizado formas y metodologías de los profesionales, hubo que hacer una adecuación institucional, metodológica, hay falta de acceso a los espacios edilicios, como consultorios, que determinan la calidad de atención. No se está logrando el ambiente de la escucha y la atención requerido por un profesional psicólogo y psiquiatra, se evidencia un faltante de estructura edilicia terrible. Pero insisto con que ha sido favorable (participante N° 2).

En contraposición a las dos opiniones anteriores, P.3 expone que la intención del traslado no es más que la justificación, a través de los argumentos progresistas en los que se sustenta la LNSM, de un proceso de achicamiento institucional:

Mi sensación, de la cual cada vez estoy más convencida, a un año y pico de estar acá, es que se usó la Ley de manera bastante perversa para justificar un achique. Con argumentos muy progresistas en realidad lo que se está implementando es una práctica bastante más regresiva y de achicamiento (P.3).

P.5 expone una visión similar a la anterior respecto de la vinculación del traslado del servicio con la LNSM: “Las leyes son buenas, las ideas liberales son buenísimas, ¿pero en la práctica? (...) La impresión que me dio siempre fue no de integración, sino de desaparición” (P.5).

2.4. Expectativas a futuro respecto de la situación generada a partir del traslado

Coincidiendo en algún punto con P.3 y P.5, quienes anuncian el achicamiento y desaparición progresiva del SSM; P.1 y P.2 miran con escepticismo los resultados a largo plazo que este proceso pueda generar en la atención a los pacientes. Piensan que no puede

esperarse un gran desarrollo de este proyecto, por el contrario, el funcionamiento del SSM está y estará sujeto a la cantidad de recursos que se asignen y, por lo tanto, a las políticas de turno:

Este no es un proyecto del que se pueda esperar una gran expansión, porque no hay políticas concretas y tampoco asignación de recursos ni personal. Creo que debemos seguir trabajando en mejorar el día a día del paciente, sostener lo que está y tratar de desarrollar mejor algunas áreas: Hospital de Día, Comunidad, mejorar la convivencia en la Institución con otros sectores, etc. Y hacer todo esto con los recursos que tenemos, recursos de hora profesional, humanos, edificios. Pero la sensación es que estamos frente a lo mismo, aggiornado a estas épocas, sin personal nuevo, sin capacitación. Hemos naturalizado tanto eso que ya ni nos quejamos, o sí, pero no con la magnitud suficiente. Porque (la queja) no llega a otros niveles de administración o de gestión (P.1).

Es una cuestión de gobernabilidad, del proyecto de gobierno, si se asigna o no la medicación, infraestructura y mantenimiento, prestaciones; es una cuestión de política presupuestaria (...) hoy por hoy tenemos época de recorte presupuestario, desde hace tiempo, ya no hay posibilidades de acceder a estudios de alta complejidad, falta de infraestructura, que redundo en la imposibilidad de provisión de medicamentos, pero no es solo en Salud Mental, sino en todo el Hospital y todos los programas (P.2).

Tabla 3: RESUMEN DEL ANÁLISIS DE LA SEGUNDA CATEGORÍA
Datos obtenidos de las entrevistas en profundidad

Categoría genérica	Sub-categoría	Descriptor
Representaciones acerca del proceso de traslado del SSM	Posicionamiento inicial frente al traslado y resistencias de los profesionales	Falta de participación de los agentes en la decisión de trasladar el SSM
		Rumores y ausencia de información oficial
		Falta de previsión
		Desorganización y desprolijidad en el proceso
		Incertidumbre, ansiedad y desconcierto de los agentes
		Resistencias debidas a la pérdida de espacios, recursos y autonomía en el trabajo
		Resistencias debidas a la falta de participación e información
	Recepción del SSM por parte de otros servicios: actitudes e imaginarios	Actitudes positivas relacionadas con el acortamiento de la distancia y la accesibilidad
		Prejuicios de los profesionales que trabajan en el hospital acerca de los pacientes y trabajadores del SSM
		Imaginarios y actitudes de los directivos del hospital acerca de los pacientes y trabajadores del SSM.
	Apreciación acerca del traslado en relación con la implementación de LNSM	Percepción del traslado como beneficioso para generar prácticas acordes con lo que la LNSM establece.
		Utilización de la LNSM como argumento para justificar un “achique”
	Expectativas a futuro	Escepticismo acerca de los resultados a largo plazo que el traslado pueda generar en la atención a los pacientes.

3. PERCEPCIONES ACERCA DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL Y FORMATIVA EN EL NUEVO HOSPITAL

Los participantes exponen las características que ha asumido la práctica asistencial y formativa en el nuevo contexto laboral. Algunos aspectos de estas prácticas se plantean en continuidad respecto del trabajo en la anterior institución, pero la mayoría aparece como consecuencia del traslado del SSM al hospital polivalente.

A continuación se expone el análisis de las percepciones de los participantes acerca de las características de su práctica en el nuevo edificio y las actitudes que recaen sobre los aspectos novedosos de la misma; éstas aparecen enunciadas por los profesionales como efectos positivos y efectos negativos del traslado.

3.1. Interconsulta

La mayoría de los participantes destaca que el nuevo espacio incrementó el trabajo con los otros servicios que conforman el hospital general. Este trabajo, comprendido bajo el término de “interconsulta”, es significado como la principal ventaja del traslado debido a los beneficios que de él obtienen, no solo los pacientes, sino también los profesionales:

Uno de los aspectos que ha sido beneficioso para los pacientes es la accesibilidad a todos los estudios comprendidos bajo el término de interconsulta o consultas de derivación (laboratorio, placa radiográfica, etc.). Allá estábamos en condiciones de mucha desventaja porque, pese a ser un servicio del hospital general, estábamos a 8 km. Ahora se resuelve bajando o subiendo un piso o haciendo que un profesional venga, lo vea y plantee la terapéutica a llevar adelante desde su disciplina (P.3).

La principal ventaja, a mi criterio, está dada por la posibilidad de tener acceso casi inmediato a interconsultas con otros profesionales, como médicos clínicos o neurólogos. Estas consultas requerían de mayor tiempo antes del traslado (P.1).

Hoy por hoy (los profesionales) se encuentran con que hacen una interconsulta y viene el neurólogo o el cardiólogo o el clínico pasa, allá nunca contaban con eso, hay una posibilidad de trabajar los cuidados paliativos (anestesia, oncología y psiquiatría) impensada en un Servicio de Salud Mental monovalente. Esos espacios se han abierto, se dispararon esas posibilidades de trabajo. Ése es uno de los aspectos positivos de tener a Salud Mental dentro del hospital general (...)

Incorporar las otras patologías a salud mental, ese es uno de los puentes que hemos podido posibilitar, antes teníamos que recorrer 8 km. desde el Hospital General a Salud Mental en las derivaciones y las interconsultas, desde la guardia o desde el internado, mucha gente no llegaba si no la llevábamos en ambulancia, no accedía a ese servicio, era algo no abordado (P.2).

Una ventaja que tiene que ver con lo asistencial es la agilidad que asumen las interconsultas, en un minuto y medio puedo tener un electro, una placa, que antes no se podía hacer, era toda una historia la interconsulta con cualquier otra disciplina, con lo cual el paciente está mucho más protegido, más cuidado. En ese sentido creo que el paciente ha ganado bastante (P.4).

3.2. Interdisciplina

Algunos participantes refieren que, a raíz del traslado del SSM se incrementaron no solo las interconsultas, sino también el trabajo interdisciplinario:

P.2 expresa que a raíz del cambio de edificio se abrieron espacios de interdisciplina, no porque no estuvieran previstos, sino porque no estaban aplicados debido a que la distancia lo hacía inviable. Refiere, además, que en la práctica convergen la interdisciplina y la multidisciplina, pero la idea de la atención es que sea interdisciplinaria.

En conformidad, P.1 manifiesta que las decisiones se toman más en conjunto, dado que se exige en la ley que los informes sobre los pacientes estén refrendados por dos o tres profesionales, de los cuales dos de ellos tienen que ser psicólogo y psiquiatra. Esto requiere necesariamente de una evaluación interdisciplinaria.

Respecto de las instancias concretas de trabajo interdisciplinario se reconoce el “pase de guardia” como dispositivo privilegiado para tres participantes. Además, uno de los profesionales menciona otro espacio que funciona de modo interdisciplinario: los “equipos de trabajo”:

Las instancias (de trabajo interdisciplinario) son los pases de guardia, que es la comunicación de todos respecto de los casos que se van presentando en el Servicio y las modificaciones más importantes que van teniendo los pacientes (P.2).

Tenemos una hora de pase de guardia, que en realidad es más bien una revista de sala, una modalidad que en ningún Servicio se hace en forma semanal, solo que en el nuestro, de acuerdo a las directivas de nuestros jefes, se hace todos los días (...) Es una instancia de supervisión, de formación, de discusión de los casos. Se revisan todos los casos y se profundiza en los que más novedades hay, o en los ingresos del día anterior, o los que traen cierta complejidad aparejada, que tiene que ver con muchas situaciones: del paciente, de la familia, legales, éticas, institucionales (P.4).

Cada uno de los residentes, tiene pacientes asignados que ve con otros compañeros y con profesionales de planta. A esos espacios se les llama equipos de trabajo y quedan asignados en el pase de guardia de acuerdo al perfil de cada profesional y de cada paciente. No siempre podemos colocar las 3 disciplinas (Psicología, Trabajo Social y Psiquiatría) en cada paciente (P.4).

Se señala como novedad, a partir del cambio de edificio, la incorporación de Trabajo Social a los equipos de trabajo interdisciplinario y a la instancia de pase de guardia:

Tenemos el beneficio de contar con el apoyo del Servicio de Trabajo Social, que no depende orgánicamente del Servicio de Salud Mental, pero colabora activamente con el tratamiento de los pacientes. De algún modo la comunicación entre profesionales de distintas disciplinas ha redundado en la mejora de la calidad de la atención a los pacientes (P.1).

La singularidad y la individualidad de esa persona, su humanidad, eso ha cambiado, ha mejorado mucho. Esa mirada y esa comprensión de la persona en situación de calle o con consumo de larga data se ha ampliado, se ha humanizado (P.2).

Por otra parte, un participante menciona que en la formación de residentes está presente la idea de interdisciplina. Señala, sin embargo, que existen dificultades en la práctica debido a discontinuidades en los programas formativos:

La capacitación nuestra es RISAM, es decir Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, con lo cual se supone que seamos agentes no encasillados en nuestras disciplinas. No es fácil trabajar con un colega que proviene de otra disciplina (...) porque hasta hace 2 años atrás el programa y la formación eran otros: la Psiquiatría por un lado y el resto de las disciplinas por otro. Pero la RISAM es una cuestión que responde a la política, se abre y se cierra por ciclos de 4 años, entonces hay tandas de gente que labura interdisciplinariamente y tandas de gente que no lo hace, con lo cual los dispositivos nunca se terminan de armar (P.4).

3.2.1. *Participación desigual de los profesionales en los equipos interdisciplinarios*

Algunos de los entrevistados reconocen que en el trabajo interdisciplinario los profesionales no participan de modo igualitario en las discusiones. Así, mientras algunos discursos detentan la hegemonía, otros son desoídos. Aparecen particularmente acentuados en la consideración de los participantes el discurso médico y el discurso psicoanalítico, mientras que el discurso proveniente de Trabajo Social es percibido como obteniendo menor participación en las discusiones y menor influencia en la toma de decisiones.

a) *Percepciones acerca del discurso médico:* los participantes coinciden en establecer que se ha incrementado la injerencia del discurso médico en la toma de decisiones, y que ello trajo aparejada una mayor precisión y profesionalización del abordaje de los pacientes. Esta precisión médica brinda seguridad respecto del aspecto clínico del tratamiento:

(a partir del traslado del SMM) se disminuyó el discurso carcelario, represivo, y se incrementó el discurso médico. El médico brinda seguridad respecto del aspecto clínico, se necesita la figura del médico, tiene una hegemonía, sigue teniendo, aunque los informes de asesoría letrada siempre piden una participación de los dos. Los otros todavía no han llegado a tener esa participación (P.1).

(el trabajo en el hospital) nos ha acercado más a la precisión médica. La relevancia del discurso médico, que tiene su aspecto positivo y también tiene lo otro, pero si uno lo sabe tamizar con nuestra forma de ver las cosas, amortiguar un poco el discurso hegemónico, pero ya estaba allá, y a veces es peor porque se trata de un discurso de hospicio, carcelario (P.1).

Hemos tenido como profesionales que revisar nuestras posturas, desempolvar algunos libros y darle más bola a la cuestión estrictamente médica, que estaba medio dejada de lado. Contamos con laboratorio, servicio de electrocardiografía, servicio de radiografía, antes no. Esto impacta directamente sobre las posibilidades diagnósticas pronósticas, de tratamiento (P.4).

Se le ha dado (al trabajo) cierta relevancia médica, técnica, se lo ha insertado dentro de un espacio más profesional (...) frente a estos pacientes de difícil tratamiento inmediatamente se llama a Salud Mental, está protocolizado, y legitimado llamar al psiquiatra (P.2).

b) *Percepciones acerca del discurso Psicoanalítico*: un participante que señala la hegemonía del Psicoanálisis cree que ésta obstaculiza el aporte de valiosas intervenciones provenientes del discurso médico (P.4). Otro participante considera, por el contrario, que el Psicoanálisis no encuentra un lugar privilegiado en las discusiones (P.1):

La formación en términos teóricos siempre ha seguido la línea de Psicoanálisis, lo que no es Psicoanálisis encuentra su lugar (...) toda la práctica está tomada por el Psicoanálisis. Entonces, cuando uno presenta a un paciente, en cualquier instancia, lo tiene que hacer de acuerdo a los dichos del paciente. Al material uno lo trabaja en supervisiones de psicoterapia, luego siguen otros instrumentos que a los médicos nos resultan mucho más útiles para la práctica, hay cuestiones de semiología psiquiátrica que uno no puede desconocer y dejar de investigar en un paciente (orientación, atención y demás) más allá de la escuela en la que se inscriba y de la corriente de la cual provenga, pero en la práctica, cuando uno habla en términos de semiología psiquiátrica es como que suena a cosificar. El lugar del médico psiquiatra quedó muy relegado (...) la hegemonía es del Psicoanálisis, que entorpece la formación en otros campos o en otras escuelas (...) el que no habla Psicoanálisis queda fuera de la discusión. Y el problema con algunos psicoanalistas muy ortodoxos es que le pierden la pista a la psicofarmacología, que para los que estamos en formación eso no está bueno, porque no tenés con quién supervisar el tema farmacológico. Todo esto fue dicho a quienes corresponde, pero no ha podido ser tomado por la Institución, por la gente que está desempeñando estos cargos de formación, entonces está como para revisar esa postura (P.4).

Esta falta de participación igualitaria de las formas de pensar al paciente perjudica en la medida en que los agentes que trabajan en ese caso no oigan a sus colegas. Acá tenemos 10 ó 12 personas de las cuales 5 ó 6 pueden oír a otras personas y otros paradigmas, mientras que 5 ó 6 no pueden hacerlo, entonces naturalmente uno que tiene formación deficitaria en su campo disciplinar es poco lo que puede aportar a una discusión. Por lo tanto, el paciente se va a descompensar más rápido, va requerir internación y un montón más de intervenciones (P.4).

Nunca el Psicoanálisis tiene un lugar lindo entre las disciplinas o escuelas, pero también se incorporaron algunas formas de pensar las cosas (P.1).

c) *Percepciones acerca de las intervenciones de Trabajo Social*: esta disciplina es significada como la que menor influencia tiene en la toma de decisiones respecto de los tratamientos, aunque algunos de los participantes expresan que aquella ofrece un aporte valioso en el trabajo conjunto:

Trabajo Social es la más joven de las 3 disciplinas, entonces la que más cuesta que sea reconocida en las discusiones y en las formas de intervención (P.4).

Se le ha dado (al trabajo) cierta relevancia médica, técnica (...) Ya no se llama a Servicio Social cuando hay una persona que está sola o que viene con alguna crisis de ansiedad, frente a estos pacientes de difícil tratamiento inmediatamente se llama a Salud Mental, está protocolizado, y legitimado llamar al psiquiatra. Es otra la comprensión, porque no es lo mismo que lo valore un médico que un asistente social. Porque entre médicos hablan de par a par, con el asistente social está esta cuestión de decir: “mirá como está este paciente, que no tiene ni ropa, que nadie lo ve” (P.2).

Los profesionales de trabajo social, los aspectos sociales y comunitarios también encuentran su lugar en la discusión, algo ha ido cambiando (P.1).

De las citas precedentes se sigue que no todas las disciplinas son tomadas en cuenta de igual modo en las discusiones y esta falta de participación igualitaria en la toma de decisiones podría perjudicar a los pacientes. Existen opiniones encontradas en relación a cuál discurso se constituye como hegemónico: la Medicina o el Psicoanálisis. Quienes establecen que el de la medicina continúa siendo el discurso hegemónico consideran esta preponderancia como beneficiosa. Por el contrario, el participante que señala la hegemonía del Psicoanálisis cree que ésta obstaculiza el aporte de valiosas intervenciones provenientes del discurso médico. Uno de los participantes (psiquiatra con orientación psicoanalítica) propone como solución intermedia “tamizar” el discurso médico con el discurso psicoanalítico.

3.2.2. Obstáculos en el trabajo interdisciplinario

Uno de los participantes discurre extensa y detalladamente sobre algunas cuestiones que obstaculizan el trabajo interdisciplinario en el SSM. Además de la ya mencionada preponderancia de algunos discursos sobre otros, identifica factores de orden personal, prejuicios acerca de las posibilidades de intervención del médico y la carencia de espacios de supervisión sobre la práctica interdisciplinaria y en particular sobre la práctica médica:

Hay cuestiones de orden interpersonal muy pesadas en los trabajos como este. En los equipos interdisciplinarios lo interpersonal tiene que estar más o menos

trabajado. Nuestro grupo tenía cuestiones muy emocionales, muy reactivas, muy cargadas, las discusiones pasaban más por los lados personales que por los profesionales. Hubo muy pocas discusiones sanas sobre la forma de intervención (...) Nos matamos la cabeza tratando de ver cómo podíamos intervenir. Y en los espacios de formación institucionales, no está contemplada una instancia de supervisión del trabajo interdisciplinario (P.4).

Existe una cantidad de prejuicios bastante pesada, por ejemplo que el médico solamente medica y nada más y que lo único que le interesa es medicar y el trato cosificante con el paciente. Ese fue un gran inconveniente que tuvimos nuestro grupo (...) en la formación de grado de mis compañeras les habían metido en la cabeza que los médicos somos cuadrados, que solamente queremos medicar y que solamente nos interesan los signos y los síntomas y los cuadros psicopatológicos, el DSM IV y no nos interesa nada más. Eso fue lo primero, mostrarles a mis compañeras que en realidad se puede hacer todo un trabajo de acompañamiento, de sostén que hay todo un relevamiento de situaciones de riesgo que los médicos hacemos y que nuestra herramienta es la posibilidad de medicar (P.4).

Estamos supervisando como podemos. Los médicos no tenemos instancia de supervisión formal en la Institución, la única instancia de supervisión la ofrecen los psicólogos, entonces las intervenciones que supervisan naturalmente son de orden psicoterapéutico, con lo cual es un espacio raro donde los psicólogos están contenidos, pero los médicos tenemos poco que hacer ahí (P.4).

3.3. Beneficios del trabajo conjunto (interconsulta e interdisciplina) en el plano formativo

La posibilidad de interactuar entre profesionales de diversos campos disciplinarios ha generado beneficios en el plano asistencial: “la comunicación entre profesionales de distintas disciplinas ha redundado en la mejora de la calidad de la atención a los pacientes” (P.1), pero también en el plano formativo:

En lo que refiere a la parte formativa, la casuística es mucho más rica y la variedad de los cuadros es mucho mayor, acá vemos histerias de conversión, en el otro Servicio no. Cuando el paciente era derivado al Servicio se perdía la mitad de los pacientes en el camino, no teníamos mucha casuística, y para los que estamos en formación eso es súper importante. Además hay otros cuadros menos definidos, entonces uno se tiene que sentar con médicos de otras disciplinas a revisar: médicos clínicos, neurólogos, etc. eso también es un espacio de formación multidisciplinaria (P.4).

Se amplía un poco la posibilidad de interacción al trabajar las interconsultas con los otros servicios. En mi caso particular tengo como tarea nueva, desde que me vine para acá, todo el trabajo de interconsulta en el piso de ginecología y obstetricia,

entonces conocés un montón de médicos con todo un abordaje diferente que está bueno y es enriquecedor (P.3).

Hemos tenido como profesionales que revisar nuestras posturas, desempolvar algunos libros y darle más bola a la cuestión estrictamente médica, que estaba medio dejada de lado (P.4).

Allá tenían internado adulto y hasta ahí, hoy tienen otra población: infanto-juvenil, madres jóvenes, adolescentes madres, familia; esto es muy positivo, inclusive en el aspecto formativo. Somos un Hospital Escuela, tenemos la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, lo cual significa que vos podés desarrollar alguna instancia de formación o capacitación ¿y qué profesional no intenta hacer eso? (P.2).

Los profesionales se encuentran con situaciones para las cuales no están preparados, los pacientes que amenazan con matarse por ejemplo, los médicos llaman a Salud Mental y nosotros terminamos apoyando al equipo terapéutico, más que al paciente en sí. Esa es una instancia de formación, participación, que es riquísima, que existe acá y allá no existe. Podemos apoyar a nuestros colegas (médicos) que hacen agua todo el tiempo (P.4).

3.4. Trabajo comunitario y en red

Dos participantes mencionan que desde el equipo de profesionales del SSM se articulan acciones con las comunidades de los pacientes, con el objetivo de que éste pueda ser contenido y así poder evitar la institucionalización. Esta articulación es particular para cada paciente, dado que el abordaje está determinado por las características de su comunidad.

Cuando no vemos a un paciente en el Hospital es porque está contenido en su comunidad, está trabajando y está siendo abordado por profesionales. Por el contrario, la internación de ese paciente es sintomática de que no hubo un trabajo comunitario. El lugar donde esté el paciente determina la naturaleza y la metodología del abordaje en sí (P.2).

(la idea que persigue el trabajo comunitario) es que (los agentes) puedan registrar esa actividad, ese caso paradigmático y replicarlo en los distintos sujetos, atendiendo a la individualidad. Eso significa conformar una red, entre Comunidad y Hospital, que haya una referencia y una contrareferencia, de ahí en más, lo que sostiene esa red son los apoyos mutuos, los acuerdos, en criterios y pautas de trabajo (P.2).

P.2 describe, a través de un ejemplo, las acciones que pueden llevar a cabo, conjuntamente, la comunidad y el hospital:

Por ejemplo, se detecta que en la localidad de Vicuña Mackenna tenemos muchos pacientes que demandan internación o ambulatorios, hay una demanda múltiple, de intentos de suicidios, psicosis, paranoide, etc. Entonces fuimos al lugar, citamos al equipo tratante que atendía a una de las pacientes, estuvo representada el área de la comunidad y ahí se abordó la patología de esa paciente en su singularidad. (Las acciones del área comunidad del SSM fueron, en este caso) monitorear y supervisar las pautas que se habían acordado previamente, trabajar con su entorno familiar, capacitándolo, diciéndole qué hacer y qué no hacer, qué puede hacer el paciente y qué no puede, organizar la toma diaria de la medicación. También se dispuso y se generó desde la comunidad un cuidador terapéutico, los profesionales de Mackenna lo formalizaron y lo vienen sosteniendo en el tiempo (P.2).

P.1 agrega que, en algunos casos graves, el equipo de trabajo hace las gestiones necesarias para que encuentren un lugar donde vivir, se arma una red de trabajo, equipos, para trabajar aspectos que tienen que ver con lo social, con psicología, etc. Sin embargo, el mismo participante describe que este tipo de acciones, que tienen que ver con la creación de redes de contención de los sujetos, al no estar instituidas, dependen de la buena voluntad de quienes conforman el equipo del SSM, por lo tanto no se trata de un trabajo permanente y sistemático, “se va haciendo lo que se puede, con los recursos que hay” (P.1).

3.5. Acortamiento de los tiempos de internación y ausencia de dispositivos intermedios

La cuestión del trabajo comunitario y en red aparece ligada a la disminución del tiempo de internación de los pacientes, y por lo tanto a los dispositivos alternativos a la misma, llamados “dispositivos intermedios” o de “medio camino”.

Las internaciones son más cortas, en una época con una gestión teníamos unos 8 días, después se cambió a 20. Y ahora hemos vuelto a lo que era antes. Hay menos camas, sin embargo no se han generado estos dispositivos alternativos o de medio camino. Las medidas que se toman tienen que ver con un trabajo del personal del servicio, que tiene que ver con la creación de redes de contención de los sujetos. Pero este trabajo, al no estar instituido (...) se va haciendo como se puede, con los recursos que hay (P.1).

No hay los dispositivos intermedios que tienen que aparecer para garantizar que la Ley pueda definitivamente ser cumplida (...) no hay cronificación de pacientes en situación de internación, pero esos pacientes no pasan a un dispositivo intermedio

como debieran pasar, no se habilita ni el recurso humano ni el económico para que funcionen todos los recursos comunitarios (...) lo único que tenemos, y que empezó a funcionar en el otro edificio, es el Hospital de Día, pero en realidad funciona a puro pulmón. Es uno de los tantos dispositivos contemplados en la Ley, pero tampoco nos bajan un solo recurso para eso. Somos los mismos agentes haciendo mil cosas (P.3).

Las leyes son buenas, las ideas liberales son buenísimas, ¿pero en la práctica? (...) tienen que haber casa de medio camino, yo conozco una sola que es privada. Muchos pacientes van a quedar expulsados del sistema (P.5).

La idea es que nosotros nos ajustemos a la Ley (...) que salgamos de la estructura institucional, es decir la dinámica de la internación-externación, una cuestión casi cosificante de los tiempos del Hospital y nos aboquemos a tareas más del orden preventivo (Comunidad) y de rehabilitación (Hospital de Día). Acá hay Hospital de Día, pero debiera haber casas de medio camino y un montón de cosas que no hay (P.4).

3.5.1. Flexibilidad en el plazo de las internaciones para pacientes en riesgo

Frente al escenario descrito en el apartado anterior, caracterizado por el acortamiento de los tiempos de internación y ausencia de dispositivos intermedios, aparece la pregunta acerca de qué ocurre con aquellos pacientes que se encuentran en situación de riesgo por no contar con un ambiente (familiar y comunitario) contenedor. Las alternativas que surgen como respuestas a esta cuestión oscilan entre la ineludible expulsión de los pacientes que los coloca en una situación de desprotección, y la flexibilidad en el plazo de la internación que los contiene en la Institución hasta asegurar las condiciones de su reinserción social, a través del trabajo en red.

P.3 señala, con preocupación, que los pacientes que no logran ser contenidos en la institución, por haber acortado el tiempo de las internaciones, y que a la vez no son contenidos en dispositivos intermedios ni en su comunidad de origen, “quedan boyando” desprotegidos.

El tema es que esos pacientes no pasan a un dispositivo intermedio como debieran pasar, no se habilita ni el recurso humano ni el económico para que funcionen todos los recursos comunitarios y entonces, en definitiva, quedan boyando, quedan sueltos quedan a merced de las familias que puedan o no alojarlos (P.3).

P.1, por su parte, explica:

Cada estructura de personalidad (o patología) cuenta con determinados recursos para su adaptación. Los pacientes que corren mayores riesgos son los que están demenciados, los que presentan deterioro físico, los pacientes añosos o los psicóticos crónicos. A ellos no se los deja desamparados, dado que con estos sujetos no se ha modificado sustancialmente el régimen de internaciones. Hay pacientes, por ejemplo, que se van del Servicio y vuelven, una y otra vez, en búsqueda de esa contención, porque no la encuentran en otros contextos. En algunos casos graves, el equipo de trabajo hace las gestiones necesarias para que encuentren un lugar donde vivir, se arma una red de trabajo, equipos, para trabajar aspectos que tienen que ver con lo social, con psicología, etc. Hay pacientes que han estado hasta dos meses internados, hasta gestionar un espacio para él (...) Finalmente se piensa siempre en que el paciente esté bien, a menos que sea un paciente muy manipulador, con antecedentes penales, ahí se le pone un freno. Pero en realidad ellos tienen sus recursos, cada estructura psíquica tiene los suyos (P.1).

Los últimos dos ítems considerados dan cuenta de una intención de adecuación a los lineamientos planteados en la LNSM, por parte de los profesionales. El análisis de las representaciones acerca de la LNSM (punto N° 1) evidenció que los participantes reconocen lo que la Ley plantea en relación con el trabajo comunitario, las internaciones breves y los dispositivos intermedios (apartados 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3). Ahora bien, lo analizado en los ítems precedentes (3.4, 3.5) demuestra la presencia de aquellas ideas contenidas en la ley en el horizonte de la práctica, pero también de las dificultades que se presentan para aplicarlas efectivamente.

Todas estas dificultades tienen que ver, según los participantes, con factores externos al trabajo de los profesionales del SSM, quienes dicen hacer constantes esfuerzos para la aplicación de la ley, pero se topan con cuestiones que tienen que ver con los ámbitos institucional y político que entorpecen o coartan cualquier iniciativa. Se advierte con preocupación que esta ausencia de decisión política para la asignación de recursos expone a los pacientes a la desprotección y al abandono.

3.6. Formalización de la práctica asistencial

Aparece también la percepción de una mayor formalización de las tareas del SSM en el nuevo hospital, una burocratización de los procesos y un mayor control por parte de la dirección. La formalización de las tareas en la nueva institución contrasta con la informalidad con la que se realizaban en el antiguo edificio. Según P.5, los profesionales estaban olvidados “en la otra punta”, por lo tanto si faltaba algún insumo, se encargaban de suplirlo prescindiendo de la autorización de la dirección del hospital. P.1 subraya que, antes del traslado, la práctica tenía algunos aspectos de informalidad, la gente terminaba ejecutando prácticas que tenían más que ver con relaciones personales ante el paciente y no lo que debía ser.

P.5 asegura que el incremento del control se observa principalmente en lo concerniente al uso de los insumos disponibles. Esto es significado, por el participante, como desconfianza por parte de las autoridades:

Quando nosotros nos vinimos de allá los médicos y los residentes teníamos cajas de medicación que nos daban los visitadores médicos, siempre había guardado, ahora no podemos tener eso porque nos controlan. A mí me causa risa porque ahora tenemos que hacer una planilla de stock, todos los días tenemos que contar todos los pacientes que atendimos y todos los recursos que usamos (...) Acá es continuamente la desconfianza (P.5).

P.1, por su parte, destaca los beneficios que comporta el logro de una mayor regulación o formalización de las tareas:

En términos generales (el traslado) favoreció a una mayor regulación del Servicio. A lo que está en la periferia generalmente se le presta menor atención, por lo que ocurren cosas que no deberían ocurrir, y se naturalizan prácticas que no convienen al funcionamiento del servicio (...) Se ha jerarquizado el rol del agente del trabajador de Salud Mental, está jerarquizada la práctica porque está jerarquizado el hospital (...) en términos de que brinda el cuidado de algunos aspectos clínicos, puede ayudar a disminuir un poco el estigma de estar en salud mental (...) Ahora el Servicio está más regulado y controlado por nosotros mismos, todos observamos y evaluamos más atentamente lo que estamos haciendo. Hay irregularidades que ya no se dejan pasar, por ejemplo en enfermería (P.1).

P.4 agrega que la informalidad se registraba (y aún hoy se registra) en los vínculos que establecen algunos profesionales con sus pacientes. Estos vínculos presentaban características de familiaridad y el profesional se posicionaba frente al paciente de un modo “paternalista” o “maternalista”:

El Servicio trae una cuestión muy paternalista y maternalista en la relación de los profesionales con sus pacientes, entonces, cuando el profesional no estaba disponible el paciente no tenía a quién dirigirse, con lo cual se resentían los abordajes territoriales, no se pensaba tanto en el abordaje territorial, ahora sí necesitamos empezar a pensar que en los dispensarios se puede apoyar el trabajo que se hace acá, el trabajo de acá es más acotado y hay que trabajar más con los municipios, los dispensarios, etc. (P.4).

La formalización de las tareas, tal como la entiende P.4, repercutiría en la ruptura de un modo de atención caracterizado por cierta familiaridad en los vínculos, lo cual impactaría positivamente en los abordajes territoriales (trabajo comunitario y en red). Más adelante, en el apartado 4.2 se expresará que la pérdida de espacios ha contribuido en esta misma dirección, según los participantes.

Tabla 4: RESUMEN DEL ANÁLISIS DE LA TERCERA CATEGORÍA
 Datos obtenidos de las entrevistas en profundidad y de las observaciones de campo

Categoría genérica	Sub-categoría	Descriptorios
Percepciones acerca de la práctica asistencial y formativa en el nuevo hospital	Interconsulta	Incremento en el trabajo con los otros servicios que conforman el hospital general
		Acceso inmediato a las interconsultas y servicios del Hospital
	Interdisciplina	Incremento en el trabajo interdisciplinario
		Beneficios de la incorporación de Trabajo Social a los equipos de trabajo interdisciplinario
		Presencia de la idea de interdisciplina en la formación de residentes
		Participación desigual de los profesionales en los equipos interdisciplinarios: - Percepciones acerca del discurso médico - Percepciones acerca del discurso psicoanalítico - Percepciones acerca de las intervenciones de Trabajo Social
		Obstáculos en el trabajo interdisciplinario
	Beneficios del trabajo conjunto en el plano formativo	Casuística variada
		Presencia de cuadros poco definidos
	Trabajo comunitario y en red	Acciones conjuntas entre la comunidad y hospital
		Creación de redes de contención de los sujetos
	Acortamiento de los tiempos de internación y ausencia de dispositivos intermedios	Internaciones breves
		Ausencia de dispositivos intermedios, a excepción del Hospital de Día
		Flexibilidad en el plazo de las internaciones para pacientes en riesgo
	Formalización y regulación de la práctica asistencial	Incremento del control por parte de las autoridades
Incremento del control por parte de los profesionales		
Jerarquización del rol del agente de Salud Mental		
Ruptura de un modo de atención caracterizado por la familiaridad en los vínculos		

4. REPRESENTACIONES ACERCA DEL ESCENARIO DONDE SE DESARROLLA LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

4.1. Faltante de insumos, medicación y recursos humanos

Algunos participantes ponen de manifiesto las dificultades que experimentan profesionales y pacientes a causa de la falta de recursos que consideran imprescindibles para la asistencia:

4.1.1. *Faltante de medicación e insumos*

Falta medicación e insumos, este ha sido un problema de siempre. Pero allá todos sabíamos que no había, entonces todos íbamos guardando, sabíamos que teníamos recursos a los cuales recurrir en caso de urgencias. Acá te tienen que proveer de todo, no te proveen de nada y todavía no armamos ese camino de hormigas que teníamos allá (P.5).

A pesar de que hay faltante de medicación se menciona como aspecto positivo el acceso a la farmacia:

No hay acceso adecuado a la medicación, esto es cierto, pero antes el paciente iba el médico le indicaba una medicación allá y una receta, con esa receta se trasladaba (dos colectivos se tenía que tomar para llegar) venía a la farmacia. Le podía pasar que llegara tarde y la farmacia ya estuviera cerrada, que el médico se hubiera equivocado en una firma, en una fecha o en lo que fuere, con lo cual tenía que tomar otros dos colectivos para volver allá, cuando probablemente el médico ya se había ido (...) súper engorroso ese trámite. Podía suceder también que esa medicación no estuviera disponible, entonces otra vez lo mismo: dos para volver, ver si lo encontraba al médico, etc., etc., etc. (P.3).

4.1.2. *Faltante de recursos humanos*

Algunos participantes coinciden en que se requieren más profesionales. Refieren que esto contribuiría a ordenar, optimizar las tareas y generar espacios de trabajo conjunto:

Se requiere de más personal, más psicólogos, muchos más (...) y generar acciones en conjunto (...) pero básicamente depende de un mayor volumen de profesionales que ampliaría el espectro de atención y una posibilidad de crear una asignación de actividades comunitarias (P.2).

El Servicio en algún momento tuvo 7 psicólogos, hoy somos 2 agentes de planta y 2 contratados. ¿Qué pasó con todos los otros cargos? Se fueron perdiendo, se fueron jubilando y nadie repuso esos cargos (P.3).

Estoy en consultorio atendiendo y me suena el teléfono 6 veces por consulta, más o menos. Porque es así, y vos decís “¿qué tiene de psicoanalítico que vos le estés resolviendo si tiene o no tiene la ropa en la internación?”, la verdad: nada, pero son tareas que tenemos que asumir nosotros porque no hay nadie que las asuma (...) Indiscutiblemente si hubiera más personal yo estaría más ordenada (P.3).

Ahora, por una cuestión de políticas y decisiones, no nos dejan estar de a dos, si somos dos en el piso y falta gente en otro servicio, nos llevan a otro servicio. El enfermero queda solo. Eso se nota y se extraña mucho la compañía, antes éramos por lo menos dos. Hemos perdido esos vínculos de poder conversar, opinar, qué te parece si tal cosa, o se puede hacer tal otra (...) La contestación que te dan es que

no hay gente para que cubra los turnos de los otros servicios, que vos sos empleado de la provincia (P.5).

4.2. Faltante de espacio físico

De entre los recursos que se perciben como faltantes en el SSM, el espacio físico recibe una atención destacada por parte de los participantes. Todos ellos refieren a la reducción de los espacios a partir del traslado, y la mayoría lo hace exponiendo una actitud negativa al respecto. Dado que los pacientes de SM no requieren guardar reposo, y que se benefician de los espacios de socialización, recreación y esparcimiento; para algunos de los participantes la pérdida de espacios es la principal desventaja de haberse trasladado, y por ende, la situación que provocó más resistencias durante el proceso:

La principal desventaja de este edificio con relación al anterior es la falta de espacios. Los pacientes perdieron espacios valiosos de recreación y esparcimiento, ahora se ven confinados a un pasillo, las habitaciones y una sala. El día a día del paciente internado es menos recreativo, menos cómodo, más monótono. Nunca está la idea de la que la internación sea larga, pero el paciente se siente incómodo, en una silla, en la cama, y no hay mucho espacio. Si bien las internaciones tienden a ser breves (con un promedio de 8 días) aquellos pacientes que por no contar con una adecuada contención de su entorno necesitan mayor tiempo de permanencia en el servicio, empiezan a padecer los efectos del aislamiento (P.1).

El paciente que requiere internación en Salud Mental no es un paciente que deba necesariamente guardar reposo allá tenían no solo esto que ellos mismos refieren como la posibilidad de salir, de andar, el verde, el aire, despejarse, distraerse, que hasta sería secundario, el tema es que ahora se ven obligados a permanecer en una habitación, comer en ella, y estar las 24 hs. del día, porque no hay espacios comunes donde socializar, donde ver la tele, donde tomar un mate con nadie, donde recibir a la visita (...) este hospital no fue pensado para tener salas de internación para Salud Mental, por el contrario, tiene un formato para los pacientes que deben guardar reposo (...) entonces se pierde de la posibilidad de interacción, de socialización, de pautas más saludables (P.3).

Los pacientes no tienen espacios de encuentro, en el otro hospital tenían el comedor, donde podían realizar rutinas de la vida diaria como desayunar todos juntos, mirar televisión, sentarse a cenar, mates, etc. Acá están todos en su habitación, es un lugar más pensado para un paciente que no camina, que no se desplaza, que está postrado. Allá había espacios al aire libre donde se podía fumar, acá el tabaquismo está muy presente, tanto en el personal como en los pacientes, con lo cual es una discusión constante acerca de en qué lugares se puede fumar y en cuáles no (P.4).

Los pacientes necesitan espacio al aire libre, la sala común donde se puedan sentar a tomar mates, charlar, no pueden estar confinados en una habitación (...) con la famosa Ley de que nadie puede fumar, tenemos muchos problemas con que los pacientes fumen dentro del Servicio (P.5).

Algunas de las observaciones de campo coinciden con las apreciaciones precedentes. Por un lado, fue posible advertir en la observación algunas señales que dan cuenta de que el hospital general, y concretamente el espacio que ocupa el sector internación del SSM, no fue pensado para los pacientes de SM y sus particularidades distintivas:

El cartel que indica el área de “Salud Mental” está escrito con fibrón y pegado con cinta sobre otra inscripción que probablemente, tiempo atrás, haya indicado otra cosa. Esto me hace pensar que el SSM vino a ocupar un espacio que no había sido pensado a priori. El cartel improvisado sugiere un intento de apropiación de un espacio originalmente destinado a otro servicio, en otros términos, la resignificación o reconstrucción de un espacio (nota de campo N° 6 en anexo III).

Por otra parte, en una breve conversación con dos pacientes, se percibió en ellos el estado de aburrimiento y hartazgo ocasionado por la permanencia en el Servicio:

En una de mis visitas se me acerca un paciente a quien conocí en el contexto de mis prácticas profesionales en el viejo hospital. Me dice que se encuentra muy aburrido, no sabe qué hacer, cómo matar el tiempo. Otro paciente se acerca cuando nos ve conversar y enfatiza la sensación del aburrimiento. Ambos esperan ansiosos el momento de dejar el SSM (nota de campo N° 7 en anexo III).

Pero el faltante de no impacta solamente en los pacientes, sino también en los profesionales, éstos se han tenido que reubicar en un número de consultorios más reducido que en el otro edificio, según ellos, esto es perjudicial en la atención a los pacientes:

No se está logrando el ambiente de la escucha y la atención requerido por un profesional psicólogo y psiquiatra, se evidencia un faltante de estructura edilicia terrible (P.2).

Los profesionales estaban mucho más cómodos y podían brindar otro tipo de atención, cada profesional tenía su consultorio y lo compartía con alguien más, aquí todavía no sabemos cuáles son nuestros consultorios y no sabemos dónde atendemos, es bastante más despersonalizada la atención (...) me acuerdo de que, con el equipo de planta, entrevistábamos en el hall central porque no teníamos ni siquiera este espacio (P.4).

En el viejo Hospital teníamos un pabellón entero solo para nosotros, con salas amplias, espacios comunes amplios, consultorios grandes, con mucho verde, espacios muy lindos, con la posibilidad de que cada uno acomodara el consultorio con un criterio estético con el que se sintiera cómodo (...) Acá, Comunidad y Hospital de Día comparten espacios, además se va a sumar el CIS (tratamiento de adicciones) en los horarios en que, supuestamente nosotros no estemos trabajando. Medianamente cada uno tenía su consultorio, cuando vinimos acá hubo que acomodarse en los consultorios de todo el mundo, pero son consultorios pensados para lo médico. Empezamos con todo un trabajo en el sentido de mejora de los consultorios, finalmente nos hacen una sectorización (...) y nos terminan designando 2 consultorios para todo el servicio (...) ¡14 personas en 2 consultorios! Peleamos hasta que nos dieron un consultorio más. Somos los mismos, con menos espacios y con más tareas (P.3).

Asimismo aparece con nostalgia la cuestión de que la pérdida de espacios generó transformaciones en los modos de vincularse los profesionales con los pacientes, se perdieron algunas actividades que tenían que ver con cierta familiaridad en los vínculos, (aspecto ya descripto en el apartado 3.6 del presente análisis):

(los pacientes) tienen muchas horas al vicio, no saben en qué ocupar su tiempo, allá tenían el comedor, jugaban a las cartas, miraban tele, escuchaban música. Yo, por ejemplo, les llevaba música, preparaba ollas de pururú en las tardes de invierno o de lluvia. Todo el mundo comía pururú, pacientes, médicos, enfermeras... esas cosas son las que uno extraña (P.5).

Lo analizado en este apartado exhibe una actitud negativa generalizada acerca de la pérdida de los espacios, sin embargo, uno de los participantes manifiesta una visión diferente:

Junto con eso cambió la dinámica, porque antes podíamos tener a un paciente internado durante semanas, aquí en el Hospital esa internación se reduce a días. Entonces, estoy pensando ahora, que en esas semanas era importante que el paciente tuviera esos espacios de encuentro, recreativos, de socialización, esparcimiento (...) me parece que también alienta a los profesionales y a los equipos de salud, en general, a buscar otras alternativas que no sean la internación o la prolongación de la misma. Nos ayuda a pensar de qué otra forma se puede intervenir (...) No me parece que haya impactado en forma negativa en el grueso de los pacientes. Pensándolo mejor, antes había una suerte de relajamiento respecto de los tiempos, en ese contexto era importante y era parte de la valoración. Ahora, por el contrario, cuando ingresa un paciente uno está pensando cómo se va a ir de alta, a dónde va a volver y quiénes van a intervenir en ese proceso de la vuelta. En este sentido, me parece que se está trabajando más acorde al espíritu de la Ley que es el no corte de vínculos. Al no haber tanta capacidad de contención física, material, en

tiempos y demás, en este Hospital sí o sí tiene que participar más la familia y la comunidad, la dificultad nuestra es que no estamos acostumbrados a hacerlas participar, no nos queda otra que estar constantemente llamando. Me parece que está bueno, más allá de que el espacio sea más reducido, los espacios se encuentran, los pacientes encuentran los espacios, no están confinados, pueden bajar a patios interiores, salir a la calle (P.4).

4.3. Falta de accesibilidad del Servicio de Salud Mental en términos edilicios y falta de medidas de seguridad

Sobre el espacio físico recaen, además de las ya descritas, otras representaciones referidas a la ubicación del SSM en el tercer piso del hospital. Algunos participantes señalan la dificultad para acceder al Servicio (dada la complejidad del recorrido que se debe realizar) y el descuido inicial en relación con las medidas de seguridad. Así, la ubicación del SSM en el tercer piso del edificio admite diferentes lecturas por parte de los profesionales:

Un Servicio de Salud Mental no puede estar en un tercer piso, tiene que estar en planta baja, lo ideal hubiera sido que tuviera una entrada propia y consultorios para Salud Mental, no los consultorios dentro de una guardia general. Es todo abajo, todo en la guardia. Entrevistas y esas cosas (P.5).

Se nos planteó estando ahí que no había medidas de seguridad en un tercer piso sin rejas (...) hubo que hacer una adecuación institucional, metodológica, hay falta de acceso a los espacios edilicios, como consultorios, que determinan la calidad de atención (P.2).

Otro aspecto no muy positivo es que estamos en un tercer piso y eso en un momento no se contempló y algunos pacientes tuvieron episodios en los que hubo que agarrarlos para que no se tiraran. Se colocaron rejas, porque hicimos una movida muy nuestra (...) cuando las decisiones se toman de modo autárquico suceden este tipo de cosas (P.1).

Este Hospital es más expulsivo porque es como muy complejo el recorrido. Moverse por adentro hasta para nosotros fue muy complicado cuando llegamos, para los pacientes es imposible (P.4).

Dos observaciones de campo confirman la apreciación de los profesionales. El acceso al sector de internación del SSM resulta complicado para el observador:

En mi primera visita al SSM lo primero que me llama la atención es el ingreso al sector internación. Una puerta abierta separa un hall de grandes dimensiones, de una puerta cerrada que exhibe dos carteles: uno de ellos especifica los horarios de visita a los pacientes internados, el otro indica que el acceso a UTI es por el otro

ingreso al hospital, junto con la inscripción “prohibido pasar”. Detrás de esta puerta cerrada se puede ver el pasillo de SM. La sensación que me provoca leer los carteles es de gran confusión. Decido abrir la puerta e ingresar al pasillo, a pesar de la prohibición, cuando lo hago nadie repara en mi presencia, las puertas de las habitaciones de los internos están abiertas, pienso que cualquier persona podría ingresar a cualquiera de ellas sin ser advertido. Me dirijo al office de enfermería y hablo con una de las enfermeras (nota de campo N° 1 en anexo III).

Algunos visitantes experimentan la misma confusión que yo experimenté en mi primera visita, estaqueados frente a la “puerta prohibida” dudan sobre qué hacer en ese espacio intermedio entre el adentro y el afuera: ¿golpear, esperar, pasar? (nota de campo N° 5 en anexo III).

4.4. Representaciones acerca de los factores políticos que determinan los cambios en Salud Pública y Salud Mental

Tres participantes enfatizan la situación de carencia que perciben en el SSM y ofrecen una descripción de lo que se encuentra en la base de aquella. Se trataría, según uno de ellos, de una cuestión de política presupuestaria, que actualmente se presenta como “recorte”. Los otros dos participantes extreman su posición y acentúan que detrás de la falta de insumos, recursos, espacios, es posible percibir una política de “achicamiento” o “desaparición”; en este contexto, el traslado del SSM es significado como una decisión política que va en esa dirección.

Hoy tenemos época de recorte presupuestario, desde hace tiempo, ya no hay posibilidades de acceder a estudios de alta complejidad, falta de infraestructura, que redundan en la imposibilidad de provisión de medicamentos, pero no es solo en Salud Mental, sino en todo el Hospital y todos los programas (...) es una cuestión de gobernabilidad, del proyecto de gobierno, si se asigna o no la medicación, infraestructura y mantenimiento, prestaciones, es una cuestión de política presupuestaria (P.2).

Con argumentos muy progresistas en realidad lo que se está implementando es una práctica bastante más regresiva y de achicamiento. Tenemos la mitad de las camas que teníamos antes, tenemos un tercio del espacio físico que teníamos, muchos menos recursos desde un montón de lugares y mucha menos autonomía para un montón de cosas. Me parece que se usó un argumento muy progresista para sostener una práctica que implicaba justamente lo contrario (...) Yo creo que tiene que ver con políticas macro, para un modelo que entiende el gasto público como cuidado de su población, Salud y Educación son las dos esferas donde claramente se visibiliza eso, vos tenés un Estado que se hace cargo de sus ciudadanos los cuida y los protege y por ende los educa y los cura, o un Estado al cual no le interesa esto, entonces que cada uno se proteja como pueda, se deja invertir en salud y educación

y estas pasan a ser negocios privados, el que lo puede pagar lo tendrá y el que no, dicho en buen criollo: “a llorar al campito”. No creo que haya mucha más ciencia que ésta detrás de este achicamiento (P.3).

Política, todo se maneja por política. La Salud Pública siempre fue el último orejón del tarro, imagínate lo que puede llegar a ser Salud Mental. Dijera una profesora mía: “la Salud Mental es la hermana pobrísima de la salud, porque nadie la quiere y nadie la escucha” (...) A mí, personalmente, me molesta mucho todo lo que es político y poder, porque está mal usado, no piensan en el paciente, el paciente les importa un rábano. Ojalá me equivoque, pero tengo unos cuantos años en esto y la parte de Salud Mental viene siendo la más pobre, la que menos les interesa, en la que menos quieren invertir: el loco ocasiona gastos y no deja nada (...) Las leyes son buenas, las ideas liberales son buenísimas, ¿pero en la práctica? Hablamos de la integración de la Salud Mental al Hospital General, pero los pacientes necesitan espacio al aire libre, la sala común donde se puedan sentar a tomar mates, charlar, no pueden estar confinados en una habitación. Tiene que haber casa de medio camino, yo conozco una sola que es privada. Muchos pacientes van a quedar expulsados del sistema (...) La impresión que me dio siempre fue no de integración, sino de desaparición (P.5).

Además, algunos participantes refieren una falta de decisión en la esfera de la política institucional. P.5 manifiesta que desde la Dirección de la Institución no se desconoce la necesidad de incorporar recursos humanos, pero “evidentemente tienen otras prioridades”. P.1, por su parte, describe y ejemplifica el modo como la voluntad de los agentes para realizar mejoras en la práctica “choca” con la falta de decisión política institucional para elevar las demandas y los proyectos a otras esferas de la Política Pública. Así, estas peticiones y gestiones terminan recayendo, según el participante, en los agentes que puedan conformar “redes individuales” con representantes de dichas esferas:

Los agentes siempre estamos en las ganas de hacer cosas, pero chocamos enseguida con problemas que tienen que ver con la decisión política, no hay decisión política de ponerse a trabajar. (...) Tenemos dos pacientes, por ejemplo, que podrían convivir, por eso yo tengo al idea de ir consultando al Ministerio de Desarrollo Social, pero las políticas son tan erráticas, y hemos tenido poco contacto con la Dirección de Salud Mental, con el Ministerio de Desarrollo Social hemos ido haciendo cada uno de nosotros una red casi individual, en esas cosas tiene que haber alguien que te cubra las espaldas, que te diga “quedate tranquilo ya vemos cómo lo ponemos en marcha”, tiene que estar la decisión institucional de armar esos dispositivos (...) llega un punto en el que te dicen: “bueno, pero el presupuesto no da para hacer todo eso” y ahí se queda, no llega a otros niveles de administración o de gestión (...) Las ideas entusiasman, pero a veces pasa que uno empuja hasta que de pronto cae en la cuenta de que tiene que frenar y ubicarse en la

realidad: tenés los pacientes acá y tenés que estar toda la tarde, entonces llega un punto en que decís: “está todo muy bien, pero yo no puedo” (...) Creo que debemos seguir trabajando en mejorar el día a día del paciente, sostener lo que está y tratar de desarrollar mejor algunas áreas: Hospital de Día, Comunidad. Y hacer todo esto con los recursos que tenemos, recursos de hora profesional, humanos, edificios (P.1).

Tabla 5: RESUMEN DEL ANÁLISIS DE LA CUARTA CATEGORÍA
 Datos obtenidos de las entrevistas en profundidad y de las observaciones de campo

Categoría genérica	Sub-categoría	Descriptores
Representaciones acerca del escenario donde se desarrolla la práctica asistencial	Faltante de insumos, medicación y recursos humanos	Faltante de medicación e insumos
		Faltante de recursos humanos
	Faltante de espacio físico	Actitud negativa acerca del faltante de espacio a raíz del traslado
		Faltante de espacio para los profesionales
		Transformaciones en los modos de vincularse los profesionales con los empleados a raíz de la pérdida de espacios
		Una visión positiva acerca de la pérdida de espacios
	Falta de accesibilidad del SSM en términos edificios y falta de medidas de seguridad	Ubicación en el tercer piso
		Dificultad para acceder al Servicio
		Descuido inicial en relación con las medidas de seguridad
	Representaciones sobre los factores políticos que determinan los cambios en SM	Recorte presupuestario
Política de achicamiento		
Tendencia a la desaparición del SSM		
		Falta de decisión en la esfera de la política institucional

5. REPRESENTACIONES ACERCA DE LOS AGENTES DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL EN SU SITUACIÓN ACTUAL

5.1. Factores institucionales que generan agotamiento en los trabajadores

Aparece en el relato de uno de los participantes una serie de condiciones institucionales que causan malestar, cansancio, agotamiento. Estas condiciones, que exceden la práctica asistencial, son concretamente: la falta de recursos humanos, pujas de poder que entorpecen la tarea, flujo de comunicación lento y complicado, desorden institucional:

Me siento muy saturada, muy agotada (...) no puedo sostener el organigrama que planifiqué, lo cierto es que uno termina sobrecargado, es mucha la actividad (...) Indiscutiblemente si hubiera más personal yo estaría más ordenada (P.3).

Esta Institución no está exenta de pujas de poder y cuestiones a veces entorpecen la tarea (...) Estas pujas de poder, que van más arriba, que no se juegan entre nosotros, compañeros de trabajo, sino con instancias que están por encima de nosotros, nos terminan agotando, no sólo interfieren en la tarea sino que también nos terminan agotando a nosotros. Muchas veces, inclusive, lo hemos charlado en relación con registrarnos con mucho malestar (...) el nivel de quilombo institucional y todas estas pujas terminan siendo muchísimo más desgastantes para nosotros como agentes del Servicio, que la tarea en sí. Porque la tarea no tiene grandes complicaciones (P.3).

Dobles discursos, obstaculizando con órdenes y contraórdenes, con demoras en la resolución de las cosas. Todo esto (el flujo de la información) está trabado y obstaculizado, todo llega fuera de tiempo, hacés una nota y dudás de si esa nota va a llegar, entonces, por las dudas, hacés la nota al jefe inmediato, con copia al que sigue, con copia al que sigue y te encargás vos de ir a llevar esa cantidad de notas a cada uno (P.3).

Termina generando mucho malestar porque por el tipo de trabajo que nosotros encarnamos establecemos vínculos bastante íntimos con los pacientes, ellos no son números, son personas a las cuales acompañamos durante mucho tiempo, algunas veces conocemos mucho de su historia, de sus sentires, de sus vivires. Y empezar a ver cómo se deteriora, un paciente que podía estar funcionando bien si recibiera un tratamiento adecuado, se te descompensa y termina internando, con todo lo que ello significa (...) genera mucho malestar e impotencia porque vos sabés que se debería trabajar de esta manera, la Ley lo contempla, y sin embargo no podés (P.3).

Una observación de campo confirma la presencia de algunas de estas circunstancias que causan malestar, cansancio, agotamiento en los agentes del SSM:

Esperando a una de las profesionales que me daría una entrevista, en el espacio donde funciona el Hospital de Día, se me acerca una compañera de la Universidad que actualmente trabaja como tallerista voluntaria en dicho espacio. Le comento qué estaba haciendo yo allí y me recomienda armarme de paciencia, porque el SSM es un desorden: “hay mucha demanda y poco personal, no les falta voluntad para el trabajo, pero se organizan como pueden. Sobre todo los residentes, desde mi punto de vista son muchas las horas que trabajan. Y otro tema es que hay pocos psicólogos ¡y es un SSM! entonces también están a full (nota de campo N° 8 en anexo III).

Frente a la angustia y el malestar que provocan estos factores institucionales, aparecen dos espacios en los que los profesionales encuentran contención: los espacios de supervisión y una habitación en la que se reúnen frecuentemente:

La obtenemos (a la contención) de los espacios de supervisión de algunos colegas que son más permeables y accesibles a estas cuestiones y en la terapia personal (...) Nuestros espacios de supervisión tienen 2 facetas: una más técnica y una más personal. Después tenemos muchos espacios informales: para nosotros la habitación 318 es el lugar donde nos encontramos con los enfermeros, los otros médicos, con las interconsultas, con los compañeros, y depende también de quiénes estén ahí (P.1).

5.2. Dinámica instituido - instituyente

P.1 expone la sensación de que en el SSM se está “frente a lo mismo, aggiornado a estas épocas, sin personal nuevo, sin capacitación”. Advierte, además que los profesionales han naturalizado ese modo de funcionamiento, al punto tal de que ya no se quejan, o al menos no con la magnitud suficiente para que su queja sea tomada en cuenta y vehiculizada a otros niveles de administración o gestión. No obstante esta situación, que podría indicar el aspecto instituido de la Institución, en el discurso de la mayoría de los participantes se describen algunas cuestiones que denotan la voluntad de los agentes para planificar y ejecutar acciones en sentidos diferentes (en incluso opuestos) al instituido. Estos movimientos instituyentes se registran en los siguientes aspectos referidos por los participantes:

5.2.1. Acciones para adecuarse a la Ley Nacional de Salud Mental

Un participante menciona que la ley es rica y productiva pero la aplicación queda librada a la buena voluntad de las de los profesionales del Servicio (P.2). Del mismo modo, P.1. explica que se han generado acciones (para adecuarse a la Ley), pero no tan concretas. Por lo general, las acciones surgen por iniciativa de los profesionales que trabajan en el Servicio:

No existen tantas decisiones políticas como buenas ideas. Por este motivo, resulta difícil establecer momentos concretos en los que se hayan generado cambios, se ha tratado más bien de movimientos instituyentes, que surgieron desde abajo. Desde antes de la promulgación de la Ley, en 2010, trabajamos en la creación de dos espacios, uno que promueva acciones comunitarias, y así surgió el Área Comunidad, y el Hospital de Día. Por otra parte, el traslado el servicio podría

concebirse como un intento de adecuar las prácticas a las nuevas legislaciones en materia de Salud Mental (P.1).

5.2.2. *Acciones para sostener y mejorar los dispositivos existentes*

Un participante afirma que los agentes deben seguir trabajando en mejorar el día a día del paciente, sostener los dispositivos que ya están funcionando (Hospital de Día y Área de Comunidad) y tratar de mejorarlos. Pero este trabajo, al no estar instituido, depende de la buena voluntad de quienes conforman el equipo, por lo tanto no se trata de un trabajo permanente y sistemático (P.1).

En algunos casos graves, el equipo de trabajo hace las gestiones necesarias para que encuentren un lugar donde vivir, se arma una red de trabajo, equipos, para trabajar aspectos que tienen que ver con lo social, con psicología, etc. Hay pacientes que han estado hasta dos meses internados, hasta gestionar un espacio para él. Pero, de nuevo, esto queda librado a la buena voluntad de los miembros del equipo (P.1).

En este mismo sentido, P.3. explica que el Hospital de Día funciona “a puro pulmón”. Reconoce que éste es uno de los tantos dispositivos contemplados en la Ley, pero no cuentan con la provisión de recursos por parte del Estado, para su sostenimiento:

Somos los mismos agentes haciendo mil cosas. Los talleristas trabajan ad honorem, y tenemos que ir armando convenios interinstitucionales, pero es como una máquina que se mueve a pura fuerza de voluntad, cuando en realidad tendría que estar el recurso humano y económico puesto ahí (P.3).

5.2.3. *Adecuación y mejora de los espacios de trabajo*

Un participante comenta que algunos de los agentes comenzaron con un trabajo en el sentido de mejora de los consultorios, finalmente consiguieron alguna mejora en ese sentido, pero “la sensación es que no lo hicieron en respuesta a nuestro pedido, que atendieran a la necesidad de trabajar en determinadas condiciones, sino que lo hicieron a raíz de una reestructuración general” (P.3).

P.3. menciona, además de las acciones ya descritas, dos acciones más que dan cuenta del aspecto instituyente de los agentes del Servicio:

5.2.4. *Acciones para la provisión de insumos y medicación:* los médicos se comunican de manera individual con los laboratorios para que les provean medicación: “terminás dando una respuesta de manera individual que el Estado tendría que estar dando” (P.3).

5.2.5. *Creación de espacios formativos:* los espacios de discusión acerca de la LNSM, fueron creados en parte por iniciativa de los agentes del SSM (P.3).

5.2.6. *Organización como colectivo*

Algunas de estas acciones son llevadas a cabo de manera individual por los profesionales, pero al mismo tiempo, se registra un movimiento colectivo que permite, entre otras cosas, una mejor organización para instituir algunas prácticas. Dos participantes (P.1 y P.3) califican a este movimiento colectivo como un “movimiento instituyente”. P.3. describe extensamente esta iniciativa grupal:

Pudimos trabajar como colectivo, organizarnos entre nosotros, pedir audiencias (...) cuando empezamos a registrar más claramente cómo venían esos juegos (de poder) y cómo operaban los dobles discursos y cómo en determinado momento se invisibilizaba a unos o a otros, empezamos a organizarnos de manera más concreta, a cuidarnos, a respetarnos, a respaldarnos (...) lo que pasa es que siempre te encontrás con otro que es un poco más astuto y estas son las cosas que hoy nos quedan más claras y en donde podemos ver también cómo nos fueron desarmando, en parte por ingenuidad nuestra, en parte porque era una primera experiencia. Nos sirvió, ahora estamos más organizados, un poco menos ingenuos también (...) Y empezamos a tener otra fuerza y empezamos a decir: “no, esto no, nosotros vamos a intentar otra opción”. Muy despacito creo que estamos pudiendo empezar a instituir algunas prácticas de otra manera (P.3).

Tabla 6: RESUMEN DEL ANÁLISIS DE LA QUINTA CATEGORÍA
 Datos obtenidos de las entrevistas en profundidad y de las observaciones de campo

Categoría genérica	Sub-categoría	Descriptor
Representaciones acerca de los agentes del SSM en su situación actual	Factores institucionales que generan agotamiento en los trabajadores	Faltante de recursos humanos
		Pujas de poder que entorpecen la tarea
		Flujo de comunicación lento y complicado
		Desorden institucional
	Dinámica Instituido - Instituyente	Acciones para adecuarse a la LNSM
		Acciones para sostener y mejorar los dispositivos existentes
		Adecuación y mejora de los espacios de trabajo
		Acciones para la provisión de insumos y medicación
		Creación de espacios formativos
		Organización como colectivo

6. REPRESENTACIONES ACERCA DE LOS PACIENTES EN EL NUEVO ESCENARIO INSTITUCIONAL

6.1. Apropiación del nuevo espacio

Algunos de los participantes se refieren a los modos particulares como los pacientes se apropian del nuevo espacio institucional y las dificultades que experimentan en este proceso. Según P.2 los pacientes están integrados, deambulan por el Hospital, venden pan, revistas, al tener acceso a estudios que antes no tenían, se encuentran con más posibilidades: “de afuera veo han llegado a una casa más grande con más servicio y más confort” (P.2).

Cuando P.2 es consultada acerca de la representación del SSM como una “casa”, responde que los pacientes tienen que tener una apropiación, porque mientras más permanecen y transitan en un Hospital de Día (en talleres, actividades lúdicas, educativas, físicas), más se espacia la posibilidad de que tengan que pasar por un cuadro agudo y ser internados. En este sentido, según P.2, la institucionalidad y la apropiación del espacio se tiene que dar.

Dos observaciones de campo dan cuenta de la apropiación de los espacios por parte de los pacientes, se los ve libres como quienes están en su casa:

Otros pacientes caminan permanentemente de un lado a otro, atraviesan una y otra vez la “puerta prohibida”. Dueños de su espacio, sobre ellos no recae ninguna prohibición (nota de campo N° 3 en anexo III).

Una paciente conversa animadamente con sus familiares, ellos ocupan las únicas cuatro sillas del gran hall, la paciente permanece parada y se mueve exageradamente, como haciendo una semblanza de bienestar. Ella indica amablemente a un visitante desconocido por donde tiene que dirigirse para llegar a otro servicio del hospital y sonrío. Conoce los espacios, se expresa como quien recibe visitas en el living de su casa (nota de campo N° 4 en anexo III).

6.2. Imaginarios sobre el paciente de Salud Mental

Dos participantes describen una serie de imaginarios que tienen como objeto a los pacientes del SSM. Aquellos se observan en el discurso de los profesionales pertenecientes a otros servicios del hospital, en la sociedad en general e inclusive en algunos de los profesionales del SSM. Algunos de los imaginarios, basados en prejuicios valorativos, expresan actitudes de segregación, rechazo y temor:

Tenemos ciertos prejuicios valorativos, respecto de los pacientes de Salud Mental, hay una connotación, no hay todavía la posibilidad de decir es de Salud Mental, tiene esta tipología, estos aspectos. En nosotros mismos encontramos ciertas resistencias que se notan en la jerga popular: “ahí hay uno de los tuyos, uno de los locos” (...) Ese imaginario existe y subyace, puede ser peyorativo o naturalizado, “uno de los tuyos” indica que va a llevar más tiempo en atender, que va a ser motivo de risa, por lo que dice, por su discurso (P.2).

Ciertos usos del lenguaje respecto de los locos transmiten una actitud de rechazo o de temor, de aquello a lo que se le teme por desconocido o por reprimido. Por eso la presencia del “loco” no es instituyente en ese aspecto. En el paciente de Salud Mental conlleva un trabajo de entrevistas, comunicaciones con sus familias, con sus lugares de origen, la historicidad, qué lo llevó a este cuadro; con los otros pacientes el foco está en el órgano, los análisis, los estudios, muy poco la historicidad (P.2).

Más allá de que estemos en un Hospital General en el imaginario es “el loquero”, por más que sea de puertas abiertas, si te internó un psiquiatra o una psicóloga, te internó por loco. Pesa mucho en el entorno y en el paciente (P.3).

Por otra parte, la presencia de los pacientes de SM ha generado una nueva conceptualización acerca de lo que significa ser paciente en el hospital. En este sentido, uno de los participantes afirma que se ha configurado en el imaginario colectivo, otro tipo de paciente, un paciente autónomo, distinto de aquél que debe guardar reposo:

En los demás pisos tenés al paciente acostado en la cama, la imagen y el imaginario colectivo de aquél que está internado porque está imposibilitado, enfermo. En cambio, el paciente de Salud Mental es instituyente en ese aspecto, en esa conceptualización, en configurar otro tipo de paciente, porque tiene que deambular, cuando está muy quieto es porque en realidad no está siendo muy productivo en su patología. Entonces se tiende a la autonomía: si está deambulando es porque es de Salud Mental, si no deambula tiene que estar en los otros pisos, en Cirugía o en Clínica (P.2).

6.3. Situación de malestar ocasionada por la pérdida de espacios

La pérdida de espacios considerados valiosos para el tratamiento ha generado resistencias no solo en los profesionales del SSM, sino también en los pacientes. Un participante destaca el enojo de los pacientes que se traduce en quejas constantes:

En general (los pacientes) están enojados, esta paciente por la que me llamaron recién putea desde el tamaño de las habitaciones, las escaleras, que se pierde, es una tabaquista grave, allá cruzaba la puerta y se iba a fumar en medio de los árboles, acá para poder fumar tiene que bajar tres pisos, a veces con la medicación que tienen se desorientan, hasta a uno le cuesta, al principio, ordenarse en este espacio laberíntico. Se queja del encierro, de que no tiene donde ir a mirar la tele, de que se pierde. No están muy contentos con el traslado, de hecho hubo algunos que en algún momento presentaron alguna queja, reclamo en los medios (P.3).

Otros dos participantes destacan un aspecto diferente: la docilidad de los pacientes y su capacidad para encontrar los espacios que necesitan y apropiarse de ellos:

El Servicio trae una cuestión muy paternalista y maternalista en la relación de los profesionales con sus pacientes (...) En realidad, si bien el comedor era un espacio de socialización para los pacientes que necesitaban largas estadías, también es cierto que los profesionales estaban mucho más cómodos y podían brindar otro tipo de atención (...) pero me parece que más allá de que el espacio sea más reducido los pacientes encuentran los espacios, no están confinados, pueden bajar a patios interiores, salir a la calle (...) en realidad nuestros pacientes son bastante dóciles, no requieren de mucho, tampoco sus familiares, con que alojes la urgencia ya es más que suficiente (P.4).

Han perdido el espacio más grande, la arboleda, que es fundamental en pacientes crónicos, que tienen hábitos que no se permiten en el Hospital, como fumar. Había una directiva de no fumar, sin embargo lo siguen haciendo, hemos tenido que sacar la alarma. Son modos de apropiación del espacio (P.2).

Una observación de campo coincide con esta última expresión de P.2., el hecho de que los pacientes fumen en un espacio cerrado es interpretado por el observador como un intento de apropiación del espacio:

Tres pacientes conversan y fuman en el espacio completamente cerrado y sin ventilación. Se apoyan en una baranda enfrentada a un gran ventanal que ofrece una visión panorámica del espacio exterior. Contemplan “el afuera” con tristeza (o nostalgia) en el rostro y fuman, lo hacen continuamente. Esto me hace pensar que los pacientes han podido apropiarse del espacio, el fumar en un espacio cerrado es un elemento que se observaba en el anterior edificio, en aquél no había ninguna prohibición sobre este acto, me pregunto si en este espacio tampoco la hay (nota de campo N° 2 en anexo III).

Tabla 7: RESUMEN DEL ANÁLISIS DE LA SEXTA CATEGORÍA
 Datos obtenidos de las entrevistas en profundidad y de las observaciones de campo

Categoría genérica	Sub-categoría	Descriptor
Representaciones acerca de los pacientes en el nuevo escenario institucional	Apropiación del nuevo espacio	Dificultades que experimentan los pacientes en la apropiación del espacio
		Representación de la institución como “casa”
	Imaginarios sobre el paciente de SM	Prejuicios valorativos
		Actitudes de segregación, rechazo y temor
		SSM como “loquero”
		Paciente autónomo, distinto de aquél que debe guardar reposo
	Situación de malestar ocasionada por la pérdida de espacios	Resistencias de los pacientes
		Enojo de los pacientes y quejas permanentes
		Capacidad de apropiación del espacio

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Las Representaciones Sociales de los agentes del campo de la Salud Mental respecto de las nuevas formas que ha asumido la atención de sus pacientes a partir de la sanción de la Ley Nacional N° 26.657, contienen una serie de conocimientos y actitudes que constituyen una trama compleja. Ésta establece algún tipo de determinación sobre los sujetos para asumir una posición definida frente a los cambios y, consecuentemente, influye también en las acciones concretas que se ejecutan en las instituciones para adecuarse a las nuevas disposiciones de la ley.

Habiendo establecido que las RRSS constituyen una trama compleja y por ello no aprehensible completamente en un conjunto limitado de enunciados, se presentan a continuación los resultados de la investigación y discusiones que pueden plantearse al vincularlos con algunos de los conceptos presentados en el marco teórico. Los hallazgos se ordenan en función de sus objetivos específicos: 1) identificar el conocimiento de los profesionales respecto de las modificaciones que plantea la LNSM N° 26.657; 2) conocer las actitudes de los profesionales en relación con las modificaciones en la modalidad de atención a sus pacientes a partir del traslado del SSM; 3) describir la percepción de los actores sobre la implementación de la ley en el contexto del hospital polivalente.

Con relación al primer objetivo específico se observa que algunos de los profesionales reconocen que la Ley:

- propone un nuevo modo de concebir al sujeto y su padecimiento (inscripto en el paradigma de Derechos Humanos) y un modelo comunitario basado en la Atención Primaria de la Salud, según la cual el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y sin perjuicio de los vínculos familiares, comunitarios y sociales;

- reglamenta que la internación debe ser lo más breve posible e incluirse en el tratamiento solo cuando ha fallado el entorno familiar y el contexto comunitario del paciente, evitando así su cronificación en la Institución psiquiátrica;
- prescribe la creación de dispositivos alternativos a la internación, tales como Hospitales de día, casas de medio camino, residencias compartidas, talleres de capacitación;
- alienta el trabajo interdisciplinario mediante el cual las diferentes profesiones pueden aportar al tratamiento del sujeto;
- prohíbe de la creación de instituciones monovalentes e instala la necesidad de modificar las existentes;
- establece que la prescripción de medicación ya no se considera como la intervención privilegiada en el tratamiento.

Todos los participantes ubican positivamente estos contenidos porque en ellos reconocen la intención de evitar la cronificación de los pacientes en la institución y favorecer la reinserción en su entorno familiar, comunitario y social. Sin embargo, prevalece en los discursos una visión negativa respecto de la efectiva transcripción de aquellas ideas en la práctica concreta, dado el faltante de los recursos humanos y económicos necesarios para la puesta en funcionamiento de los dispositivos alternativos previstos en la ley, entre otras falencias.

Con relación al segundo objetivo específico se observa que las actitudes, enunciadas por los profesionales como efectos positivos y efectos negativos del traslado, versan sobre tres cuestiones generales: *la desmanicomialización, la interdisciplina y la formalización de las tareas.*

Entre las actitudes ligadas a la *desmanicomialización*, aparece la consideración de que, en consonancia con lo que establece la legislación, el trabajo de los profesionales apunta siempre a evitar la institucionalización de los pacientes, razón por la cual se ha

acortado el tiempo de las internaciones y reforzado la articulación de acciones con las comunidades de origen de los pacientes para construir redes de contención. Sin embargo, la ejecución de este tipo de acciones encuentra, por lo menos, dos obstáculos: 1) no se trata de un trabajo permanente y sistemático porque, al no estar instituidas, las acciones dependen de la buena voluntad de quienes conforman el equipo del SSM; 2) no se habilitan los recursos (materiales y humanos) para que funcionen todos los dispositivos intermedios que podrían implementarse.

Como consecuencia de lo antedicho, los profesionales han consolidado actitudes escépticas sobre la legislación, las políticas públicas y las mejoras a largo plazo que las mismas pudieran producir en la atención a los pacientes. Asimismo, advierten con preocupación que la ausencia de decisión política para la asignación de recursos expone a los pacientes a la desprotección y al abandono, dado que estos no cuentan con un ambiente familiar y comunitario que funcione como continente.

Con relación a la *interdisciplina* se destaca que el nuevo espacio incrementó el trabajo con los otros servicios que conforman el hospital general y el de los profesionales del SSM entre sí. Este reforzamiento es significado como la principal ventaja del traslado debido a los beneficios que de él obtienen no solo los pacientes, sino también los profesionales. Pero no todas las disciplinas son tomadas en cuenta de igual modo en las discusiones: mientras algunos discursos detentan la hegemonía otros son desoídos.

Los participantes coinciden en establecer que se ha incrementado la injerencia del discurso médico en la toma de decisiones y que ello trajo aparejada una mayor precisión y profesionalización del abordaje de los pacientes. Sin embargo, hay quienes advierten que el Psicoanálisis es el discurso que ha tomado la práctica y los modos de discurrir acerca de ella, y opinan que este hecho obstaculiza el aporte de valiosas intervenciones provenientes de la medicina.

En todos los casos, Trabajo Social es percibido como obteniendo menor participación en las discusiones y menor influencia en la toma de decisiones. Aunque se señala que una de las causas del fortalecimiento de la interdisciplina ha sido, precisamente, la incorporación de Trabajo Social a los equipos y a la instancia de pase de guardia.

Finalmente, aparecen representaciones ligadas a la *formalización de la práctica asistencial* y a un mayor control por parte de la Dirección en el nuevo contexto de trabajo. Estas condiciones ocasionaron la ruptura de un modo de atención caracterizado por cierta familiaridad en los vínculos, ruptura que impactaría positivamente en los abordajes territoriales. Pero también han generado resistencias ligadas a la pérdida de ciertas “libertades” que algunos trabajadores podían procurarse por el hecho de estar alejados de la Administración central.

En relación con el tercer objetivo específico de la investigación se encuentra en el discurso de los profesionales el señalamiento de facilitadores y obstáculos para la implementación de la ley en el contexto del hospital polivalente. En términos generales, a los participantes les resulta más sencillo ubicar los obstáculos para la implementación, que los cambios que la misma podría facilitar.

Entre los aspectos que funcionan como facilitadores se identifican:

- a) El énfasis en las estrategias de atención comunitaria y trabajo en red.
- b) El trabajo de interconsulta y el fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios.
- c) La posibilidad de agruparse para generar nuevas prácticas y sostener las que ya existen.
- d) Conceptualizaciones compartidas entre los profesionales, particularmente las que refieren a las modalidades de atención y a la idea de sujeto como “sujeto de derechos”.

Entre los obstáculos se encuentran:

a) El faltante de recursos necesarios para poner en funcionamiento los dispositivos previstos en la Ley, situación sobre la cual recaen las actitudes ya expuestas, ligadas a la desmanicomialización.

b) La convivencia de diferentes paradigmas en equipos interdisciplinarios y el auge de ciertas teorías que obstaculiza la concepción de nuevas prácticas.

c) Representaciones e imaginarios que operan resistencialmente a los cambios: para la mayoría de los participantes la pérdida de espacios es la principal desventaja de haberse trasladado, y por ende, la situación que provocó más resistencias durante el proceso. El hospital general y concretamente el espacio que ocupa el sector internación del SSM, no fueron pensados para los pacientes de SM y sus particularidades distintivas. Éstos no requieren guardar reposo, por el contrario, se benefician de los espacios de socialización, recreación y esparcimiento. El faltante de espacios impacta también en los profesionales, quienes han debido reubicarse en un número de consultorios más reducido que en el otro edificio, según ellos, esto es perjudicial en la atención a los pacientes.

En la base de esta situación de carencia (que además de la pérdida de espacios también implica el faltante de recursos materiales y humanos) los profesionales advierten una intención de “recorte”. Algunos de ellos extreman su posición y acentúan que es posible percibir una política de “achicamiento” o “desaparición”. En este contexto, el traslado del SSM es significado como una decisión política que va en esa dirección.

Es posible introducir una discusión en relación con estas representaciones. Como se ha establecido, las RRSS exhiben una actitud negativa generalizada acerca de la pérdida de los espacios, fundamentalmente porque los profesionales piensan que los espacios perdidos resultaban beneficiosos para el tratamiento de los pacientes. Sin embargo, considerando

que favorece el acortamiento de los tiempos de la internación y evita que los pacientes deseen permanecer en el SSM, podría pensarse que la situación de “achicamiento institucional” es acorde a las tendencias desmanicomializadoras contenidas en el espíritu de la ley. En este sentido, las resistencias de los profesionales ligadas a la pérdida de espacios podrían estar obstaculizando la incorporación de nuevos paradigmas para significar las prácticas.

Una posible interpretación de las resistencias de los profesionales es que en ellas se juegan imaginarios relacionados con viejas concepciones asilares, tales como la consideración del SSM como una “casa” de la cual los pacientes deben apropiarse. Otra interpretación tendría que ver con que las características del nuevo edificio han condicionado los modos de vincularse los profesionales con los pacientes, de modo tal que se perdieron las notas de familiaridad con las que las relaciones eran significadas. La resistencia frente a la pérdida de familiaridad en los vínculos refuerza la idea de que existirían entre los profesionales, imaginarios ligados a viejas concepciones asilares de la atención del padecimiento psíquico.

En este orden de asuntos, cobra sentido la afirmación del Dr. Berlaffa (2014) quien advierte una paradoja: los agentes que enarbolan discursos antimanicomiales son los mismos que se resisten a abandonar prácticas y espacios que propician, precisamente, la construcción de un micromedio social que redundaría en el aislamiento de los pacientes:

Estamos por un lado diciendo que debemos atender en la subjetividad y que debemos atender a que no queden las improntas de las prácticas manicomiales y, por otro lado, estamos congregando a los pacientes en un determinado lugar para que socialicen entre ellos. Si tenemos que proponer al paciente modos de establecer lazos sociales, relaciones sociales, ¿por qué hacerlo dentro de un hospital? ojalá el paciente se sintiera tan extraño y quisiera irse rápido, o no quisiera internarse, porque eso es signo de que vamos en pro de mejoras en ese sentido, ahora bien, cuando el paciente empieza a tomar al Servicio como su casa, cuando no se quiere ir, cuando empieza a establecer lazos sociales, estamos frente a

un pequeño manicomio, un micromedio social donde se establecen prácticas sociales singulares, propias de ese lugar, que no se reproducen fuera de él.³

d) La escasa circulación del poder en el campo: la administración del SSM parece no querer ceder espacios de poder. En las RRSS de los profesionales se denuncia una falta de planificación participativa para implementar los cambios. Estos se imponen de modo autocrático, sin tener en cuenta las singularidades de los trabajadores, quienes encuentran límites ligados a la escasa (o nula) participación que se les otorga en la toma de decisiones, y a las “pujas de poder” que entorpecen la tarea y coartan las posibilidades de cambio.

En este contexto, la resistencia originada a raíz del traslado admitiría una connotación añadida, en tanto implica no solo la negación de perder espacios, sino también una clausura simbólica que impide la problematización de la situación que viven los agentes y, consecuentemente, obtura la posibilidad de su transformación.

En este sentido, la tendencia instituyente del colectivo, que aparece (e insiste) en los discursos como potencialmente superadora de la situación de escasez de recursos; puede ser significada, siguiendo a Bourdieu & Wacquant (2008) como la “apuesta” de los agentes por ganar espacios de poder, en términos de obtener un reconocimiento de su condición de sujetos políticos, que no permanecen ajenos a la situación que experimentan, la definen de acuerdo a sus intereses, y están dispuestos a detentar el capital simbólico puesto en juego en el campo, o por lo menos subvertir la posesión exclusiva que algunos pocos agentes ostentan.

Atendiendo al escenario descrito sería posible pensar en la necesidad de habilitar espacios institucionales en los que sea tomada en cuenta la singularidad de los sujetos actuantes en el campo y se posibilite la problematización de la situación que viven. Teniendo en cuenta que el dinamismo del campo de la SM radica, como se ha dicho, en la

³ Berlaffa, J., comunicación personal, 15 de diciembre de 2014.

asimetría de las fuerzas que luchan entre sí en pugna por el poder (Bourdieu & Wacquant, 2008), las acciones dirigidas a la efectiva implementación de la ley deberían contemplar la visibilización de todos los agentes del campo, en términos de la atribución de algún grado de poder en las discusiones. De otro modo, se estaría obturando la capacidad de producción que el colectivo de trabajo afirma poseer.

No pensar el cambio desde el punto de vista de la subjetividad, negar a los actores la posibilidad de disputar espacios de poder, los ubicaría como meros espectadores de las transformaciones institucionales, relegados a la posición de quienes solo pueden permitirse objetar (desde la resistencia) la legitimidad de la posesión del capital por parte de algunos pocos actores que gozan de la facultad exclusiva de administrarlo.

En este punto es posible hipotetizar que la implementación de la LNSM es factible solo si se desarrollan procesos más participativos y se contemplan, para los agentes del campo, espacios de circulación de la palabra y del discurso. En otros términos, se trataría de abrir espacios que permitan a los agentes reconocerse en la posición que ocupan, que no es neutral y no deja de producir efectos, dada su potencialidad para imponer significaciones.

Si se habilitaran estos espacios de construcción simbólica al interior de la institución, sería posible pensar en la resignificación de las resistencias y sus modos de expresión en términos de oportunidad, es decir, no solo serían pensadas como la manifestación de un posicionamiento defensivo, sino también una oportunidad de generar transformaciones. Esta acción instituyente es la que favorecería la construcción simbólica y colectiva de nuevos espacios para el padecimiento subjetivo. En términos de Spinelli (2010): “solo hay posibilidades de cambiar las estructuras del campo si los espectadores devienen agentes de su propia historia, pensada por ellos, en sus propios contextos” (pág. 281).

Como se ha podido apreciar, investigar las RRSS es explorar, describir e interpretar cómo se crea la realidad por medio del discurso. En este sentido implica concebir las políticas públicas y las legislaciones en Salud Mental como un entramado de discursos, cuyos efectos concretos en las prácticas depende del predominio de ciertas representaciones y de la dinámica del poder detentado por los agentes actuantes en el campo.

Los resultados obtenidos en esta investigación se circunscriben solo a las RRSS de los profesionales del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, porque considera las características singulares de la institución, es decir, la dialéctica que enfrenta al instituido y al instituyente, emergente de la peculiaridad de cada ser humano dentro del colectivo social. Sin embargo, dado que la LNSM implica cambios (en las prácticas institucionalizadas y sistemas simbólicos) en cada uno de los sistemas locales de salud de Argentina, la investigación podría replicarse en otras instituciones involucradas en el proceso de adecuación impulsado por la implementación de la Ley.

La investigación en este campo consiste en comprender un fenómeno social complejo, que exige un abordaje también complejo, desarrollado a partir de un diseño abierto y flexible, que considere aportes de diferentes autores, provenientes de distintas disciplinas, en un proceso recursivo que enriquezca la teoría a partir de los datos obtenidos de la indagación en el campo. En este sentido es pertinente pensar que puedan existir nuevas propuestas que se adecuen a la investigación.

Una de las principales limitaciones de la presente investigación es que no incorpora como participantes a muchos de los actores intervinientes en el campo. En futuras investigaciones podría profundizarse la comprensión de la problemática de la implementación de la LNSM, explorando la Representaciones Sociales de otros actores:

directivos de la institución, profesionales de otros servicios del hospital, pacientes, familiares de los pacientes y sus comunidades de origen, representantes de los Órganos de la Administración Pública local y provincial, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Abela, J. A. (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada*. Recuperado el 07 de noviembre de 2015, de Anthropostudio: <http://anthropostudio.com/wp-content/uploads/2014/07/Andr%C3%A9-J.-2000.-Las-t%C3%A9cnicas-de-an%C3%A1lisis-de-contenido-una-revisi%C3%B3n-actualizada..pdf>
- Assis, M., Canales, V., Cecere, M. S., Competiello, N., Felicetti, R., Iribarne, P., y otros. (2011). *Actores sociales en el proceso de sanción de la Ley Nacional de Salud Mental*. Recuperado el 02 de noviembre de 2015, de Acta Académica: <http://www.aacademica.com/000-093/367>
- Barone, P., & Herranz, S. (2010). *Discursos emergentes en torno a la Desmanicomialización ¿desde dónde y para quién?* Recuperado el 6 de mayo de 2016, de <http://www.madres.org/documentos/doc20110113121140.pdf>
- Barriga, S. (1979). *El análisis institucional y la institución del poder*. Recuperado el 7 de mayo de 2016, de http://ddd.uab.cat/pub/quapsi/quapsi_a1979v2-3/quapsi_a1979v2-3p19.pdf
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2008). *Una invitación a la Sociología Reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cáceres, P. (2008). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 2(1), 55-82.
- Carpintero, E. (enero de 2011). *La ley Nacional de Salud Mental: análisis y perspectivas*. Recuperado el 07 de noviembre de 2015, de Topía: <http://www.topia.com.ar/articulos/ley-nacional-salud-mental-an%C3%A1lisis-y-perspectivas>
- Casal, J., & Mateu, E. (2003). Tipos de Muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev.*, 1(1), 3-7.
- Cea D' Ancona, M. d. (1996). *Metodología Cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- De Lellis, M., & Sosa, M. S. (2011). Modelos de atención: un análisis comparado de la legislación provincial y la Ley Nacional de Salud Mental. *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población "Derecho a la Salud y Protección Social"*. Buenos Aires: UBA.
- Fernández Fernández, J. (2012). Capital Simbólico, dominación y legitimidad. Las raíces weberianas de la Sociología de Pierre Bourdieu. *Papers: revista de sociologia*, 98(1), 33-60.
- Fotia, G. D., & Assis, C. M. (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*. Recuperado el 20 de Abril de 2015, de Acta Académica: <http://www.aacademica.com/000-072/286>

- Freytes Frey, M. I. (2003). *La reforma imposible: incidencia de las representaciones sobre Salud Mental en las prácticas de los trabajadores del sector*. Recuperado el 19 de abril de 2015, de ASET: Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo: <http://www.aset.org.ar/congresos/6/archivosPDF/grupoTematico04/006.pdf>
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica* (1º ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Gobierno de la Provincia de Córdoba. (1 de octubre de 2014). *Río Cuarto: el Servicio de Salud Mental se traslada al hospital San Antonio de Padua*. Recuperado el 10 de noviembre de 2015, de Portal de Noticias del Gobierno de la Provincia de Córdoba: <http://prensa.cba.gov.ar/salud/rio-cuarto-el-servicio-de-salud-mental-se-traslada-al-hospital-san-antonio-de-padua/>
- Gorbacz, L. (2011). Ley 26.657: el desmontaje del sistema represivo en salud mental. *Salud Mental y Comunidad*(1), 112-117.
- Hermosilla, A. M., & Cataldo, R. (2012). Ley de salud mental 26.657: antecedentes y perspectivas. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 134-140.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). México: McGRAW-HILL.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici, *Psicología Social II, pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. (págs. 469-494). Barcelona: Paidós.
- La Mañana de Córdoba. (2 de octubre de 2014). *Polémica por el traslado del Servicio de Salud Mental*. Recuperado el 10 de noviembre de 2015, de http://www.lmcordoba.com.ar/nota/180914_polemica-por-traslado-del-servicio-de-salud-mental
- La Voz del Interior. (01 de 10 de 2014). *Controvertida mudanza de Salud Mental del hospital de Río Cuarto*. Recuperado el 10 de abril de 2015, de La Voz: <http://www.lavoz.com.ar/regionales/controvertida-mudanza-de-salud-mental-del-hospital-de-rio-cuarto>
- Lara Piña, F. (2009). *Representación del discurso y representaciones Sociales del maestro y el movimiento magisterial en Chiapas*. Recuperado el 8 de mayo de 2016, de https://minerva.usc.es/bitstream/10347/2590/1/9788498872521_content.pdf
- López, J., Blanco, F., Scandroglio, B., & Rasskin Gutman, I. (2010). Una aproximación a las prácticas cualitativas en psicología desde una perspectiva integradora. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 131-142.
- Marín, J. J. (2012). Representaciones sociales, prácticas sociales y órdenes de discurso. Una aproximación conceptual a partir del Análisis Crítico del Discurso. *Entramado*, 8(2), 124-136.

- Moll León, S. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 31(1).
- Montero, I., & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508.
- Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Recuperado el 06 de mayo de 2015, de Athenea Digital: <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
- Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua. (02 de septiembre de 2014). Disposición interna N° 17/14. Río Cuarto, Córdoba: Documento inédito.
- Nuevo Hospital Río IV*. (s.f.). Recuperado el 07 de noviembre de 2015, de http://www.nuevohospitalrioiv.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=33
- Núñez Leiva, J. (2011). Elementos básicos de la teoría de los Campos Sociales de Pierre Bourdieu. Apuntes para estudiantes y docentes de Derecho. *Ars Boni et Aequi*, 7(1), 209-222.
- Observatorio de Derechos Humanos de la UC. (2014). La Salud Mental en Córdoba: entre la sanción de las leyes y su efectiva concreción. En *Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba* (págs. 261-339). Córdoba.
- Observatorio de Derechos Humanos de la UNRC. (2014). La Salud Mental en Río Cuarto. En *Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba* (1ª ed., págs. 339-346). Córdoba.
- Okuda Benavides, M., & Gómez Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124.
- OPS. (2013). *WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de Salud Mental en América Latina y El Caribe*. Recuperado el 10 de abril de 2016, de <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Ginebra: OMS.
- Palacios, A. B. (2012). Representaciones sociales de grupos culturales diversos: Una estrategia metodológica para su análisis. *Ciências Sociais Unisinos*, 48(3), 181-191.
- Perera Pérez, M. (2001). A propósito de las Representaciones Sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas Ministerio de Ciencia, tecnología y Medio.
- República Argentina. (2010). *Ley 26.657: Derecho a la protección de la Salud Mental*. Recuperado el 19 de abril de 2015, de Infoleg: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

- República Argentina. (2013). *Decreto 603/2013: Reglamentación de la ley 26.657 sobre Salud Mental*. Recuperado el 07 de abril de 2015, de Infoleg:
<http://infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>
- República Argentina. (2013). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado el 15 de Abril de 2016, de http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf
- Rodríguez Salazar, T., & García Curiel, M. (2007). *Representaciones Sociales. Teoría e investigación*. Guadalajara: CUCSH-UDG.
- Rodríguez, J. (2009). *Salud mental y derechos humanos: Situación actual de la salud mental en América Latina y el Caribe desde la perspectiva de la OPS/OMS*. Recuperado el 10 de abril de 2016, de <http://psicopsi.com/Salud-mental-derecho-actual-America-Latina-Caribe>
- Rosendo, E. (2013). Legislación argentina en salud mental: convergencias y divergencias en torno a las reformas en salud mental. *Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador*, 130-144.
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Buenos Aires: Lumen.
- Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la Salud en Argentina*. Recuperado el 10 de abril de 2016, de <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista18/3.pdf>
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Telediario Digital. (1 de octubre de 2014). *Salud Mental*. Recuperado el 10 de noviembre de 2015, de <http://www.telediariodigital.net/2014/10/248626/>
- Urdaneta, N. (2012). *Teoría de las Representaciones Sociales: Discusión epistemológica y metodológica*. Recuperado el 10 de abril de 2015, de http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/estudios_culturales/num10/art23.pdf
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de Intervención Social: Reflexión, metodología y práctica profesional*. Madrid: Síntesis SA.
- Yuni, J., & Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación I*. Córdoba: Brujas.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Sopransi, M. B., Lenta, M. M., & Freire, M. (2011). *Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental*. Recuperado el 19 de abril de 2015, de Acta Académica: <http://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/38>

ANEXOS

Anexo I: Instrumento - Guión de entrevista

Datos Sociodemográficos:

- Edad.
- Género.
- Profesión.
- Antigüedad en la Institución.
- Formación académica en el ámbito de la SM y la Salud Pública.

Eje N° 1: conocimiento de las modificaciones fundamentales que plantea la LNSM N° 26.657 en relación con las modalidades de atención a los pacientes con padecimientos mentales.

1. Acercamiento a la Nueva LNSM N° 26.657 y percepción acerca del grado de conocimiento de la misma.
2. Modalidad de atención de los pacientes con padecimientos mentales propuestas en la LNSM.
3. Concepción de la ley sobre el sujeto y su padecimiento.

Eje N° 2: actitudes de los profesionales en relación con las modificaciones en la modalidad de atención a sus pacientes a partir del traslado del SSM.

1. Comparación entre la etapa anterior al traslado y la actual.
2. Vivencias subjetivas en relación con el traslado.
3. Dificultades en la transformación.
4. Facilitadores de la transformación.
5. Proceso histórico de la transformación: acciones institucionales concretas.
6. Valoración acerca de los principales cambios en la modalidad de atención al paciente.
7. Proyección de la transformación a futuro.

Eje N° 3: percepciones de los profesionales respecto de la implementación de la ley en el nuevo escenario institucional.

1. Implementación de la ley en el hospital general.
2. Condiciones del escenario laboral y su impacto en la implementación de la ley.

Anexo II: Entrevistas

ENTREVISTA N° 1

Género: Masculino.

Edad: 45 años.

Profesión: Médico Psiquiatra, de orientación psicoanalítica.

Antigüedad en la Institución: 14 años.

Formación académica en el ámbito de la SM y de la Salud Pública: se encuentra en instancias finales de cursado de una Maestría en SM.

– **¿Has tenido algún acercamiento a la LNSM N° 26.657? ¿En qué circunstancias?**

– He tenido mayor acercamiento a la Ley provincial de SM N° 9.848, sin embargo he leído y analizado la LNSM. Tengo presentes algunos artículos más que otros, porque los he releído en ocasiones. También en la Institución hemos desarrollado espacios de diálogo y discusión sobre la ley en su conjunto y sobre algunos artículos en particular. He tenido la oportunidad de participar en un congreso en el que expuso Leonardo Leonardo Gorbacz uno de los principales impulsores de la ley.

– **¿Quién ha propiciado ese espacio de discusión al interior de la Institución?**

– El espacio se generó por la iniciativa de los profesionales que trabajamos en el Servicio, surgió de nuestra inquietud, y fue apoyado por la jefatura del servicio.

– **¿Cuáles considerás que son los aportes fundamentales o los aspectos más novedosos que plantea la ley en relación con la atención de los pacientes con padecimientos mentales en las instituciones de salud?**

– Considero que uno de los principales aportes de la ley tiene que ver con un nuevo modo de concebir al sujeto y su padecimiento, que se inscribe en un paradigma de Derechos Humanos, le devuelve al sujeto la posibilidad de tomar decisiones, y desalienta el sostenimiento de viejas estructuras manicomiales. Propone una modalidad de abordaje que privilegia un modelo comunitario de atención de SM basado en los principios de Atención Primaria de la Salud, con acciones de inclusión social y laboral. Se busca la creación e implementación de dispositivos alternativos y servicios para la prevención y promoción en SM. En este sentido, hace hincapié en que las internaciones deber ser lo más acotadas posibles, asegurando la pronta reinserción del sujeto a su entorno familiar y social y comunitario. Este último punto es uno de los fundamentales, a mi criterio. La prescripción de medicación ya no se considera como la única solución al padecimiento, sino que se subraya la inclusión social del paciente, como un aspecto importante del tratamiento. También, se prohíbe la creación de nuevas instituciones monovalentes y se instala modificación de las existentes. Se alienta a un trabajo interdisciplinario mediante el cual las diferentes profesiones puedan aportar al tratamiento del sujeto.

– **¿Advertís acciones concretas del Servicio para adecuarse a la legislación vigente? ¿Desde cuándo? ¿Cuáles han sido esas acciones?**

– Sí, se han generado acciones, pero no tan concretas. Por lo general, las acciones surgen por iniciativa de los profesionales que trabajamos en el Servicio y no tanto de arriba. No existen tantas decisiones políticas como buenas ideas. Por este motivo, resulta difícil establecer momentos concretos en los que se hayan generado cambios, se ha tratado más bien de movimientos instituyentes, que surgieron desde abajo. Desde antes de la promulgación de la ley, en 2010, trabajamos en la creación de dos espacios, uno que promueva acciones comunitarias, y así surgió el Área Comunidad, y el HD. Por otra parte, el traslado del servicio podría concebirse como un intento de adecuar las prácticas a las nuevas legislaciones en materia de SM. El traslado del Servicio al hospital tiene su efecto positivo en varios aspectos, no se hizo de la mejor manera, pero tuvo un efecto positivo en términos de que brinda el cuidado de algunos aspectos clínicos, puede ayudar a disminuir un poco el estigma de estar en SM. Volviendo a tu pregunta, creo que las principales acciones para adecuar la práctica a la ley han sido tres: la creación del Área Comunidad, la Creación del HD y el traslado del Servicio al hospital general. Ahora bien, el cómo se llevaron a cabo estas acciones y los resultados, son relativos y discutibles.

– **Volviendo al tema de las internaciones y en relación con lo que planteabas recién sobre la creación de dispositivos alternativos a la internación para favorecer la pronta inclusión social del paciente, ¿creés que se han generado dichos dispositivos?**

– Las internaciones son más cortas, en una época con una gestión teníamos unos 8 días, después se cambió a 20. Y ahora hemos vuelto a lo que era antes, hay menos camas. Sin embargo no se han generado estos dispositivos alternativos o de medio camino. Como te decía recién, las medidas que se toman tienen que ver con un trabajo del personal del servicio, que tiene que ver con la creación de redes de contención de los sujetos. Pero este trabajo, al no estar instituido, depende de la buena voluntad de quienes conformamos el equipo, por lo tanto no se trata de un trabajo permanente y sistemático, se va haciendo lo que se puede, con los recursos que hay. Los agentes, sobre todo los más jóvenes, siempre estamos en las ganas de hacerlo, pero hay cosas que chocan enseguida con problemas que tienen que ver con la decisión política, no hay decisión política de ponerse a trabajar en eso. Tiene que estar la decisión institucional de armar esos dispositivos, uno puede ayudar, proponer, dar ideas, pero también te tienen que consultar. Tenemos dos pacientes, por ejemplo, que podrían convivir, por eso yo tengo al idea de ir consultando al Ministerio de Desarrollo Social, pero las políticas son tan erráticas, y hemos tenido poco contacto con la Dirección de SM, con el Ministerio de Desarrollo Social hemos ido haciendo cada uno de nosotros una red casi individual, en esas cosas tiene que haber alguien que te cubra las espaldas, que te diga “quedate tranquilo ya vemos cómo lo ponemos en marcha”, porque armar una casa de medio camino una residencia compartida, por ejemplo, tiene una lógica: ¿quién alquila la casa?, ¿el familiar o el estado? También tiene que haber una ronda de un psicólogo o un psiquiatra, tiene que haber alguien que supervise ¿quién lo hace? Las ideas son re lindas, entusiasman, pero a veces pasa que uno empuja, empuja, empuja hasta que de pronto cae en la cuenta de que tiene que frenar y ubicarse en la realidad: tenés los pacientes acá y tenés que estar toda la tarde, entonces llega un punto en que decís: “está todo muy bien, pero yo no puedo”.

- **¿Tuviste alguna injerencia en la decisión del traslado? ¿Fuiste consultado?**
- No, la decisión simplemente bajó y la acatamos.
- **¿Cómo viste el tema del traslado del Servicio cuando se los plantearon por primera vez? ¿Qué pensaste en ese momento? ¿Qué posición tomaste?**
- Personalmente estuve de acuerdo con el traslado, a pesar de que me generó cierta molestia el hecho de no haber sido consultado. El equipo ya venía pensando en la conveniencia del traslado, era un tema que se discutía. La idea no me parecía mala, hoy en día en vistas a la nueva ley y con relación a la estigmatización de los que están allá en el loquero. Al principio hubo resistencias y yo las entendí, porque hay otros factores, pero en relación a los factores específicos, técnicos, la resistencia es más bien por la falta de información y participación, esa es la resistencia mía, la de otros tenía que ver con los espacios, porque mientras más periféricos están los espacios con respecto a la Administración, más tranquilo te dejan, hay menos control. Las cosas importantes que son las políticas, controles, organicidades, inclusión, todas esas cosas emanan de un órgano central y mientras más lejos estás, menos te tocan, entonces mucha gente se resistía con esa finalidad de quedarse tranquilo, donde estaba. Entonces, me parece que en términos generales favoreció a una mayor regulación del Servicio, a lo que está en la periferia generalmente se le presta menor atención, por lo que ocurren cosas que no deberían ocurrir, y se naturalizan prácticas que no convienen al funcionamiento del servicio.
- **¿Cómo se inició el proceso de transformación, cómo se fue dando el proceso, qué cosas actuaron como dificultantes/facilitadores durante el mismo?**
- Al principio hubo resistencias, en mi caso particular estuvieron dadas por la falta de participación en la toma de decisiones, no comparto ese estilo autocrático. Hubo algunos inconvenientes que se podrían haber evitado si realizaban una consulta previa, por ejemplo, dos pacientes que con la intención de suicidarse estuvieron a punto de arrojarse de las ventanas del tercer piso, que no tenían rejas. Fue notable también la falta de información, el traslado fue desorganizado, no fue planificado adecuadamente, por lo cual se vivía un clima de incertidumbre permanente.
- **¿Cuáles son los principales cambios que introdujo la transformación? ¿La diferencia más positiva y la más negativa entre la etapa previa y posterior al traslado a grandes rasgos?**
- Uno de los aspectos más positivos es el clínico: el paciente entra por la guardia y alguien lo observa y le genera dudas al observar cierta confusión. Entonces llama por teléfono al neurólogo. Con las personas que están internadas sucede lo mismo. Tenemos una articulación mejor, al menos está la posibilidad, la accesibilidad es mayor, y eso es un aspecto muy positivo. En otros términos, la principal ventaja, a mi criterio, está dada por la posibilidad de tener acceso casi inmediato a interconsultas con otros profesionales, como médicos clínicos o neurólogos. Estas consultas requerían de mayor tiempo antes del traslado. Es decir, que se trata de una ventaja netamente operativa. También tenemos el

beneficio de contar con el apoyo del servicio de Trabajo Social, que no depende orgánicamente del SSM, pero colabora activamente con el tratamiento de los pacientes. De algún modo la comunicación entre profesionales de distintas disciplinas ha redundado en la mejora de la calidad de la atención a los pacientes. Otro aspecto positivo puede ser que a los profesionales nos ha acercado más a la precisión médica, la relevancia del discurso médico, que tiene su aspecto positivo y también tiene lo otro, pero si uno lo sabe tamizar con nuestra forma de ver las cosas, amortiguar un poco el discurso hegemónico, pero ya estaba allá, y a veces es peor porque se trata de un discurso de hospicio, carcelario. Se disminuyó el discurso carcelario, represivo, etc. y se incrementó el discurso médico, podríamos decirlo así. El Psicoanálisis también entra ahí, nunca el Psicoanálisis tiene un lugar lindo entre las disciplinas o escuelas, pero también se incorporaron algunas formas de pensar las cosas, y también los del trabajo social, los aspectos sociales y comunitarios también encuentran su lugar en la discusión, así que algo ha ido cambiando.

– **¿Las decisiones sobre el tratamiento del paciente se toman más en conjunto ahora? ¿quién toma las decisiones respecto del tratamiento?**

– A mi criterio se toman en conjunto. Tiene que haber una evaluación interdisciplinaria, hay una exigencia de que el informe tiene que estar refrendado por dos profesionales o por tres de los cuales dos de ellos tienen que ser psicólogo o psiquiatra. El médico brinda seguridad respecto del aspecto clínico, se necesita la figura del médico, tiene una hegemonía, sigue teniendo, aunque los informes de asesoría letrada siempre piden una participación de los dos. Los otros todavía no han llegado a tener esa participación.

– **¿Y los aspectos negativos del traslado?**

– La principal desventaja de este edificio con relación al anterior es la falta de espacios. Los pacientes perdieron espacios valiosos de recreación y esparcimiento, ahora se ven confinados a un pasillo, las habitaciones y una sala. El día a día del paciente internado es menos recreativo, menos cómodo, monótono. Nunca está la idea de la que la internación sea larga, pero el paciente se siente incómodo, en una silla, en la cama, y no hay mucho espacio. Si bien las internaciones tienden a ser breves (con un promedio de 8 días) aquellos pacientes que por no contar con una adecuada contención de su entorno necesitan mayor tiempo de permanencia en el servicio, empiezan a padecer los efectos del aislamiento. Otro aspecto no muy positivo es que estamos en un tercer piso y eso en un momento no se contempló y, como te decía antes, algunos pacientes tuvieron episodios en el que hubo que agarrarlos para que no se tiraran. Se colocaron rejas, porque hicimos una movida muy nuestra. No habernos consultado es un aspecto negativo, cuando las decisiones se toman de modo autárquico no nos consultan y bueno, suceden este tipo de cosas.

– **Teniendo en cuenta que no se han creado dispositivos suficientes para la reinserción social del paciente y a la vez que se ha acordado el tiempo de la internación; me pregunto qué sucede con los pacientes que no tienen contención familiar, social o comunitaria, ¿no quedan desprotegidos?**

– Eso depende de los recursos del paciente, cada estructura de personalidad (o patología) cuenta con determinados recursos para su adaptación. Los pacientes que corren mayores riesgos son los que están demenciados, los que presentan deterioro físico, los pacientes añosos o los psicóticos crónicos. A ellos no se los deja desamparados, dado que con estos sujetos no se ha modificado sustancialmente el régimen de internaciones. Hay pacientes, por ejemplo, que se van del Servicio y vuelven, una y otra vez, en búsqueda de esa contención, porque no la encuentran en otros contextos. En algunos casos graves, el equipo de trabajo hace las gestiones necesarias para que encuentren un lugar donde vivir, se arma una red de trabajo, equipos, para trabajar aspectos que tienen que ver con lo social, con psicología, etc. Hay pacientes que han estado hasta dos meses internados, hasta gestionar un espacio para él. Pero, de nuevo, esto queda librado a la buena voluntad de los miembros del equipo. Finalmente se piensa siempre en que el paciente esté bien, a menos que sea un paciente muy manipulador, con antecedentes penales, ahí se le pone un freno. Pero en realidad ellos tienen sus recursos, cada estructura psíquica tiene los suyos.

– **¿Se podría pensar que los cambios de paradigma que se viene poniendo en vigencia a partir de las nuevas leyes son vehiculizados a partir de un movimiento instituyente de los grupos institucionales y no tanto de la decisión política?**

– Sí, lo decís muy claramente. Es una voluntad política reducida, en algunos aspectos, pero lo otro es lo instituyente, y tratar de llevar el día a día como se puede. Uno no puede estar instituyendo algo que no tiene un aval político de arriba. Entonces bueno, hay algunos cambios, pero son modestos.

– **¿Cuál es la proyección de esta transformación a futuro, qué expectativas genera, cómo espera que se trabaje (o se seguirá trabajando)?**

– No hay muchas expectativas. Y las pocas que tengo no son muy favorables, al contrario, pienso que se va a producir un retroceso en el campo de la SM. Desarrollo implicaría una política y yo escucho que tiende a disminuirse más que aumentarse, entonces soy modesto con las expectativas. Este no es un proyecto del que se pueda esperar una gran expansión, debido a que, fundamentalmente no hay políticas concretas y tampoco asignación de recursos ni personal. Creo que debemos seguir trabajando en mejorar el día a día del paciente, sostener lo que está y tratar de desarrollar mejor algunas áreas: HD, Comunidad, mejorar la convivencia en la Institución con otros sectores que, por ejemplo, están acostumbrados a trabajar mucho más rápido, etc. Y hacer todo esto con los recursos que tenemos, recursos de hora profesional, humanos, edilicios. Pero la sensación es que estamos frente a lo mismo, aggiornato a estas épocas, sin personal nuevo, sin capacitación. Hemos naturalizado tanto eso que ya ni nos quejamos, o sí, pero no con la magnitud suficiente. Porque llega un punto en el que te dicen: “bueno, pero el presupuesto no da para hacer todo eso” y ahí se queda. no llega a otros niveles de administración o de gestión. Me parece también que sería bueno contratar a personal joven, con empuje, para que puedan generar cambios.

– **Teniendo en cuenta tus vivencias personales en el nuevo contexto de trabajo ¿consideras que el traslado ha sido beneficioso para generar prácticas más acordes con lo que la ley establece?**

– Sí, pienso que es mejor, en algunos aspectos. Con cosas a pulir.

– **¿Hay algo que quieras agregar?**

– El cambio en la relación con los colegas es positivo. Porque mal que mal te tenés que relacionar, tenés que encontrar algún momento para generar algún encuentro interdisciplinar. Me decía un médico de la guardia: “la diferencia entre ustedes y nosotros es que yo no tengo tiempo, ustedes tienen todo el tiempo del mundo y yo quiero ya la guardia limpia y el paciente derivado a algún lado”. Se ha jerarquizado el rol del agente del trabajador de salud, porque está jerarquizado el hospital, aunque es siempre foco de atención por lo negativo, el hospital está vapuleado. Está jerarquizada la práctica. Allá tenía algunos aspectos de informalidad, la gente terminaba ejecutando prácticas que tenían más que ver con relaciones personales ante el paciente, y no lo que debía ser. Ahora el Servicio está más regulado y controlado por nosotros mismos, todos observamos y evaluamos más atentamente lo que estamos haciendo. Hay irregularidades que ya no se dejan pasar tanto, por ejemplo en enfermería.

– **¿Hay habitación de aislamiento?**

– Hay una piecita, pero no es la habitación de aislamiento cerrada con candado y mirilla. Hay un cuartito de durlock, con luz y calefacción, con la puerta abierta y un baño. Pero cuando alguien está con un brote hay que contenerlo, porque si no andaría por todo el hospital, pero el objetivo no es encerrarlo. Dejó de tener la intención manicomial y de castigo.

– **Muchas gracias por tu tiempo.**

ENTREVISTA N° 2

Género: Femenino.

Edad: 38 años.

Profesión: Licenciada en Trabajo Social.

Antigüedad en la Institución: 13 años de antigüedad en el hospital y 1 año en el SSM.

Formación académica en el ámbito de la SM y la Salud Pública: Diplomatura en SM.

– **El trabajo es acerca de las RRSS de los trabajadores del SSM acerca de su práctica en el nuevo espacio institucional...**

– Vas a encontrar muchas resistencias.

– **Resistencias...**

– Sí, desde el SSM hay muchas resistencias de los profesionales, por la pérdida del espacio físico, por la arboleda, por la pérdida de los espacios de recreación que necesariamente tienen que tener los pacientes de SM internados y los ambulatorios (los que concurren a los talleres del HD). Entonces, más que nada, las resistencias tienen que ver con la disponibilidad edilicia que ofrecía aquel espacio al aire libre y que éste no tiene por ser un edificio unificado. Además el tercer piso: ¿cómo es posible que SM estuviera en un tercer piso, con las medidas de contención, accesibilidad de puertas abiertas como tiene que ser pensado un hospital general, un hospital con inclusión de la SM?

– **¿Te parece que no es adecuada la accesibilidad al Servicio en el tercer piso?**

– Yo no tuve esa resistencia, la tuvieron los profesionales de SM que tenían una convivencia, una experiencia y un quehacer profesional de allá. Si bien vos veías las dificultades para los pacientes con intentos o ideaciones suicidas, con psicosis muy agudas, en realidad se nos planteó estando ahí que no había medidas de seguridad en un tercer piso sin rejas. Pero no es lo que dice la ley, básicamente la letra de la ley dice que el SSM tiene que ser de puertas abiertas a la comunidad. Entonces no era impensado que estuviera ubicado como un Servicio más la instancia de internación, integrado a la guardia general de adultos y a la guardia general pediátrica. Con un espacio puertas abiertas en forma ambulatoria, y con salida a la calle en HD y el Área de Comunidad. Entonces no eran tan impensadas esas resistencias, los que estábamos trabajando en el hospital las observábamos en quiénes venían. También es cierto que dentro del hospital tenías a un sector de los profesionales que miraba a los pacientes de SM bajo la vieja idea de nosocomio asilar y ¿cómo los locos podían estar sueltos? ¡¿qué... van a convivir con nosotros?! Entonces ese fue el movimiento y la llegada de SM.

– **¿Y vos recibiste esta idea o proyecto con mayor apertura que otros profesionales que ya trabajaban en el hospital? ¿Qué te provocó a vos, qué ideas o sensaciones te surgieron?**

– En realidad no me interpeló. Yo ya no estaba en Pediatría pero estaba como coordinadora del Comité de violencia y abuso sexual, y en el Observatorio de Derechos

Humanos, como representante de SM del hospital. No me interpeló hasta la asignación como parte del Servicio de Trabajo Social a que cubriera SM. Hubo una solicitud de incorporar un referente de la disciplina, ahí llegó yo, ya incorporada desde el hospital general.

– **¿Cuándo te asignaron esta tarea?**

– Un mes y pico después del traslado. Yo hacía 12 años que ya trabajaba en el hospital, y había transitado todos los servicios. Me ha tocado que en cada incorporación he cubierto otros espacios que se requerían: Maternidad y Pediatría, Discapacidad, Diabetes, Acción Social, Esclerosis múltiple, Clínica médica, Cirugía, Oncología y ahora SM. Incorporando las otras patologías a SM, ese es uno de los puentes que hemos podido posibilitar, antes teníamos que recorrer 8 km. desde el hospital general a SM en las derivaciones y las interconsultas, desde la guardia o desde el internado, mucha gente no llegaba si no la llevábamos en ambulancia, no accedía a ese servicio, era algo no abordado. La mayoría de los pacientes crónicos requiere, por la falta de adherencia, por las lesiones ocasionadas, (por ejemplo, diabetes, una población de 400 personas), lo asociado a lo vascular, lo neurológico. Estas tres patas de lo vascular, lo neurológico y lo psiquiátrico recién las hemos podido articular desde que está SM acá. Se han abierto campos de interconsulta y de interdisciplina, no porque no estuvieran previstos, sino porque no estaban aplicados, debido a que la distancia lo hacía inviable. Entonces, ése es uno de los aspectos positivos de tener a SM dentro del hospital general.

– **¿Cómo se trabaja concretamente en la interdisciplina?**

– La interdisciplina tiene que ver con una modalidad de atención sistemática, integral y focalizada en la persona, en el sujeto de derecho (no sujeto doliente), sujeto que atraviesa una enfermedad. Esta ley de SM te habla de que la respuesta tiene que ser interdisciplinaria, por lo menos de dos disciplinas, dos miradas. Ahí convergen la interdisciplina y la multidisciplina, generalmente cuando se hace interconsulta estamos hablando de multidisciplina. Pero la idea de la atención es que sea interdisciplinaria. Las instancias son los pases de guardia, que es la comunicación de todos respecto de los casos que se van presentando en el Servicio y las modificaciones más importantes que van teniendo los pacientes.

– **¿Se ha logrado un trabajo con las familias, comunidades y sociedad en general?**

– El paciente de SM debe ser, necesariamente, contenido en tres niveles: en su entorno familiar, en su contexto comunitario y en el ámbito institucional. Si no tenés asistencia familiar y comunitaria (la APS) ese paciente va a caer en lo institucional, en la cronificación, entonces cuando nosotros tenemos pacientes de larga data, la institución hospitalaria es la que posibilita la cronificación, pero porque el entorno familiar está ausente, lo excluyó, pero quien excluye y no incluye es la comunidad. La ley no te dice, en realidad, que necesariamente tengas que usar determinados dispositivos, te dice que tenés que arbitrar los medios para que haya dispositivos y efectores, tendientes a alentar la desmanicomialización. La ley es rica y productiva pero en la aplicación queda en las

personas que podamos, queda librado a la voluntad o las buenas intenciones de los profesionales del Servicio.

– **¿Qué cosas hacen ustedes, como agentes del Servicio, para facilitar esta contención comunitaria que estaría faltando?**

– Articular acciones muchas, monitorear y supervisar las pautas que se han acordado previamente, por ejemplo, ayer fuimos a Mackenna, se detecta que en esa localidad tenemos muchos pacientes, que demandan internación o ambulatorios, hay una demanda múltiple, de intentos de suicidios, psicosis, paranoide, etc. Entonces citamos al equipo tratante que atendía a una de las pacientes, estuvo representada el área de la comunidad y ahí se abordó la patología de esa paciente en su singularidad. ¿Qué tratamiento se adecuaba a esa persona? Resolvimos conjuntamente la necesidad de trabajar con su entorno familiar, capacitándolo, diciéndole qué hacer y qué no hacer, qué puede la paciente y qué no puede, organizamos la toma diaria, y se dispuso y se generó desde la comunidad un cuidador terapéutico, lo formalizaron y lo vienen sosteniendo en el tiempo. Entonces la idea de esta reunión a nivel comunitario fue que puedan registrar esa actividad, ese caso paradigmático y replicarlo en los distintos sujetos, atendiendo a la individualidad. Eso significa conformar una red, entre comunidad y hospital, que haya una referencia y una contrareferencia, de ahí en más, lo que sostiene esa red son los apoyos mutuos, los acuerdos, en criterios y pautas de trabajo. Estás haciendo prevención, no hay recetas es un trabajo artesanal, cada caso en su individual y su contexto, no es lo mismo un paciente de la zona serrana sin acceso, o con acceso a un dispensario que no tiene internación. No van a ser las mismas redes estratégicas que en una localidad como Mackenna, que hasta tiene una Asociación Civil. Cuando no vemos a un paciente en el hospital es porque está contenido en su comunidad, está trabajando y está siendo abordado por profesionales. Por el contrario, la internación de ese paciente es sintomática de que no hubo un trabajo comunitario. El lugar donde esté el paciente determina la naturaleza y la metodología del abordaje en sí.

– **Hablando concretamente del abordaje en la Institución ¿qué aspectos te parece que se podrían mejorar?**

– Se requiere de más personal, más psicólogos, muchos más, más comunicación que eso va a llevar mucho tiempo, no porque no la haya sino porque el tiempo transcurrido es poco (un año es poco para que se inserte todo un Servicio) conocer y generar acciones en conjunto, con los programas de neurología, de los programas paliativos del dolor, que incluyen a otros servicios y al mismo tiempo insertarse en los programas ministeriales, va a llevar tiempo, pero básicamente depende de un mayor volumen de profesionales que ampliaría el espectro de atención y una posibilidad de crear una asignación de actividades comunitarias. Y por otro lado garantizar el acceso a la medicación, garantía de que la persona esté estable en su comunidad y en su casa con el acceso a los tratamientos, que hoy por hoy fallamos bastante en eso.

– **¿Tenés esperanzas de que estas cuestiones mejoren a futuro o no?**

– Oscila, yo te hablo de años de estar en el hospital. Hemos tenido épocas de bonanza y hoy por hoy tenemos época de recorte presupuestario, desde hace tiempo, ya no hay posibilidades de acceder a estudios de alta complejidad, falta de infraestructura, que redundan en la imposibilidad de provisión de medicamentos, pero no es solo en SM, sino en todo el hospital y todos los programas.

– **O sea que este es un asunto que depende mucho de la situación política del momento.**

– Sí, es una cuestión de gobernabilidad, del proyecto de gobierno, si se asigna o no la medicación, infraestructura y mantenimiento, prestaciones, es una cuestión de política presupuestaria.

– **Decías antes que notabas en los profesionales del SSM una resistencia en relación con la pérdida de espacios considerados valiosos para los pacientes ¿pudiste observar algún otro tipo de resistencias?**

– Esta observancia tenía más que ver con los dichos de pasillo, con los usos y costumbres que ellos estaban perdiendo, era un uso cultural de un quehacer profesional, una mirada de lo que es la SM que se estaba perdiendo, que es un cimbronazo en realidad hasta cuando uno se tiene que cambiar de vivienda. Porque en eso va el sentido de pertenencia. Eso fue una mirada de algunos, de muchos otros no, lo veían como muy positivo a esto de poder estar en contacto y poder acceder. Los que estábamos acá vimos como positivo porque se acercó esa brecha geográfica de recorrido que teníamos, lo mismo les pasó a muchos de ellos. Hoy por hoy, se encuentran con que hacen una interconsulta y viene el neurólogo o el cardiólogo o el clínico pasa, allá nunca contaban con eso, hay una posibilidad de trabajar los cuidados paliativos (anestesia, oncología y psiquiatría) impensada en un SSM monovalente. Esos espacios se han abierto, se dispararon esas posibilidades de trabajo. La incorporación de una psicóloga a Maternidad y Neonatología, etc. Allá tenían internado adulto y hasta ahí, hoy tienen otra población: infanto-juvenil, madres jóvenes, adolescentes madres, familia; esto es muy positivo, inclusive en el aspecto formativo. Somos un Hospital Escuela, tenemos la RISAM, lo cual significa que vos podés por interés desarrollar alguna instancia de formación o capacitación ¿y qué profesional no intenta hacer eso?

– **¿Y a los pacientes cómo los ves habitando el nuevo espacio?**

– Yo voy al HD, los veo integrados, deambulan por el hospital, venden pan, revistas, tienen acceso a estudios que antes no tenían, se encuentran con más posibilidades, de afuera veo han llegado a una casa más grande con más servicio y más confort. Han perdido el espacio más grande, la arboleda, que eso es fundamental en pacientes crónicos, que tienen hábitos que no se permiten en el hospital, como fumar, lo siguen haciendo, hemos tenido que sacar la alarma. Son modos de apropiación del espacio. Había una directiva de no fumar y sonaban las alarmas y con las alarmas se abría la lluvia. Esas cuestiones, lo demás se conjuga, el recorte presupuestario nos afecta a todos, entonces hay habitaciones

que deberían tener mayor contención y seguridad, no por encierro, sino porque estamos en un tercer piso, entonces eso significa mucho en seguridad.

– **¿Se están ejecutando acciones en esa dirección?**

– De a poco, hay requerimientos e ideas, pero depende del presupuesto.

– **Me quedé pensando en los pacientes que fuman a pesar de la prohibición ¿qué lectura hacés de eso? ¿dice algo acerca de la singularidad de los pacientes de SM en el agenciamiento de un nuevo espacio? ¿de su capacidad de instituir modalidades de habitar ese espacio distintas de otros pacientes?**

– La idea es que tengan autonomía, en los demás pisos tenés al paciente acostado en la cama, la imagen y el imaginario colectivo de aquél que está internado porque está imposibilitado, enfermo. En cambio, el paciente de SM es instituyente en ese aspecto, en esa conceptualidad, en configurar otro tipo de paciente, porque tiene que deambular, cuando está muy quieto es porque en realidad no está siendo muy productivo en su patología. Entonces se tiende a la autonomía: si está deambulando es porque es de SM, si no deambula tiene que estar en los otros pisos, en Cirugía o en Clínica. No se concibe que un paciente de clínica o maternidad baje al servicio con el suero para hacerse el informe social, es impropio. Tenemos ciertos prejuicios valorativos, respecto de los pacientes de SM, hay una connotación, no hay todavía la posibilidad de decir es de SM, tiene esta tipología, estos aspectos. En nosotros mismos encontrás ciertas resistencias que se notan en la jerga popular: “ahí hay uno de los tuyos, uno de los locos”.

– **¿Y esa jerga conlleva ciertas actitudes hacia los pacientes?**

– Ciertos usos del lenguaje respecto de los locos transmiten una actitud de rechazo o de temor, de aquello a lo que se le teme por desconocido o por reprimido. Por eso la presencia del “loco” no es instituyente en ese aspecto. En el paciente de SM conlleva un trabajo de entrevistas, comunicaciones con sus familias, con sus lugares de origen, la historicidad, qué lo llevó a este cuadro; con los otros pacientes el foco está en el órgano, los análisis, los estudios, muy poco la historicidad. Y si uno observa la salud, en términos generales, pesan más los aspectos sociales que los biológicos, en toda patología, la posibilidad de tratamiento, de revertir un cuadro, los aspectos sociofamiliares, sociopsicológicos, sociosanitarios (el ámbito en el que vive). No es lo mismo un paciente que ingresa amputado que cuando se va, lo mismo un paciente de SM. Ese imaginario existe y subyace, puede ser peyorativo o naturalizado, “uno de los tuyos” indica que va a llevar más tiempo en atender, que va a ser motivo de risa, por lo que dice, por su discurso.

– **¿Es posible pensar que el cambio institucional posibilitaría, a futuro, empezar a cambiar esos imaginarios y a revertir algunos de estos prejuicios?**

– Sí, desde la convivencia misma. Por empezar, hubo una buena disponibilidad y apertura de que viniera SM. Era un recurso más, muchos lo esperábamos, la guardia de adultos cuando tenía que trasladar un paciente no era lo mismo, hoy por hoy hay otra connotación. Ya no se llama a Servicio Social cuando hay una persona que está sola o que viene con

alguna crisis de ansiedad, frente a estos pacientes de difícil tratamiento, inmediatamente se llama a SM, está protocolizado, y legitimado llamar al psiquiatra. Es otra la comprensión, porque no es lo mismo que lo valore un médico que un asistente social. Porque entre médicos hablan de par a par, con el asistente social está esta cuestión de decir: “mirá como está este paciente, que no tiene ni ropa, que nadie lo ve”. La singularidad y la individualidad de esa persona, su humanidad, eso ha cambiado, ha mejorado mucho. Esa mirada y esa comprensión de la persona en situación de calle o con consumo de larga data se ha ampliado, se ha humanizado. Se le ha dado cierta relevancia médica, técnica, se lo ha insertado dentro de un espacio más profesional. Si no queda en ese ámbito más informal: “llamá a la asistente social para que me lo saque de acá”.

– **Te referiste al nuevo espacio institucional del servicio como una casa más grande. Esta imagen de casa tiene que ver con una cuestión de acogida que ofrece para algunos pacientes un SSM. La pregunta va por este lado: ¿es posible pensar en alguna contradicción en esto de que el paciente puede experimentar el Servicio como una casa en la cual puede permanecer y puede habitar, y las ideas que tienen que ver con la desmanicomialización o la desinstitucionalización? En el sentido de que, mientras algunos alientan la acogida del paciente, otros paradigmas impulsan el hecho de sacarlos fuera ¿Cómo ves esta cuestión?**

– Estoy de acuerdo, lo que pasa es que no estoy hablando de la desinstitucionalización desde este ejemplo práctico, cultural de la casa, en realidad debí decir una vivienda más grande con espacios distintos de los que tenían allá. Yo cuando hablo de esos pacientes estoy hablando de los que están en HD, que es la modalidad que tiene SM, junto con el Área de Comunidad, para evitar pacientes crónicos, internados, institucionalizados. De hecho sus tareas perfilan a ser un HD abierto, dado que los pacientes regresan a sus casas, a sus viviendas. Te hablaba de una vivienda más grande porque se han encontrado con que tienen que interactuar con otros personajes que nos estábamos allá. La imagen de la casa es más un juicio valorativo mío, de mi trabajo empático, de mi estilo profesional. Pero los pacientes tienen que tener una apropiación, porque mientras más permanecen y transitan en un HD, en talleres, actividades lúdicas, educativas, físicas, más se espacia la posibilidad de que tengan que pasar por un cuadro agudo y ser internados. En este sentido, la institucionalidad y la apropiación del espacio se tiene que dar.

– **En términos generales ¿te parece que el traslado ha favorecido o no a la aplicación de la ley de SM?**

– Sí, favoreció porque se da un abanico de posibilidades. Uno podría poner el foco en lo que se perdió, pero lo que se genera y se ha venido gestando es mucho más favorable, por ejemplo, la casuística epidemiológica, asistida por SM que no la teníamos, pacientes crónicos con una articulación de intervención psiquiátrica mejora y alivia mucha sintomatología. Para mí ha sido favorable, lo cual no significa que no haya desestabilizado formas y metodologías de los profesionales, hubo que hacer una adecuación institucional, metodológica, hay falta de acceso a los espacios edilicios, como consultorios, que determinan la calidad de atención. No se está logrando el ambiente de la escucha y la

atención requerido por un profesional psicólogo y psiquiatra, se evidencia un faltante de estructura edilicia terrible. Pero insisto con que ha sido favorable.

– **¿Cómo fue tu encuentro con “la locura”?**

– Fue espontáneo, yo me encontré con que tenía que asistir a los pases de guardia y en realidad son espacios en los que no está el paciente presente pero discurre su discurso, y eso es fundamental: qué dijo, qué no dijo, cómo estaba vestido, es un mundo. A mí me ha provocado la capacidad de sorprenderme y a su vez encontrarle otra valoración a la población de muchos otros programas por los que he transitado. En la interconsulta o en la multiplicidad de prestaciones, la posibilidad de mejorar las redes o estrategias que habíamos puesto en lineamiento. Fue natural en ese sentido, conflictivo cuando ingresás a un espacio nuevo y no sabés quién es quién hasta que conllevas la articulación de opiniones en la continuidad misma, pero fue muy espontáneo. Fue anecdótico conocer a esos pacientes, pintoresco, pero necesita una dosis de disponibilidad, paciencia, comprensión, que eso lo tenés que ir aprendiendo, es fundamental para estar en SM. La modalidad de atención en SM, las entrevistas, lo que dicen, no lo encontrás en otros profesionales, por lo disciplinar mismo, y eso ya es fundamental. Un aprendizaje muy valioso.

– **Muchas gracias por tu tiempo.**

ENTREVISTA N° 3

Género: Femenino.

Edad: 41 años.

Profesión: Lic. en Psicología.

Antigüedad en la Institución: 14 años en el SSM.

Formación académica en el ámbito de la SM y de la Salud Pública: experiencia como gabinetista en escuelas especiales de la Provincia, trabajo con “severos trastornos de la personalidad”.

Primer encuentro:

– **¿Has tenido algún acercamiento a la nueva ley Nacional o Provincial de SM?**

– A las dos, las trabajamos mucho como Servicio en el momento en el que empezaron a desarrollarse. En determinado momento, una parte importante del Servicio organizamos un viaje a Villa María para participar de un congreso al que fueron autores de la ley a presentarla, allí trabajamos artículos, implicancias, etc. En un fin de semana completo.

– **¿Quién promovía esos espacios institucionales para compartirla y debatirla?**

– En parte fue por iniciativa de nosotros mismos y en parte fue porque... todo lo que ha tenido que ver con la LNSM fue iniciativa nuestra y después teníamos espacios formales que venían bajados desde Córdoba directamente con formato de ateneo para dar a conocer la Ley Provincial.

– **¿Cuáles son, a tu criterio, los aportes más importantes que hacen las leyes en relación con la atención a los pacientes con padecimientos mentales?**

– He estudiado más la nacional que la provincial, porque la provincial vino después y veíamos que en rasgos generales era muy parecida, eran sutiles las diferencias, inclusive un poco más progresista la Ley Nacional, pero bastante similares. La ley es maravillosa, es un sueño, un paraíso para cualquier persona con padecimiento psíquico, para cualquier agente de la salud que trabaje en el ámbito de la SM, lo grave es la cuestión de la implementación, no hay los dispositivos intermedios que tienen que aparecer para garantizar que la ley pueda definitivamente ser cumplida. Porque desmanicomializamos y está genial, se abren las puertas y no hay lugares de encierro, no hay cronificación de pacientes en situación de internación, y todo eso es fantástico. El tema es que esos pacientes no pasan a un dispositivo intermedio como debieran pasar, no se habilita ni el recurso humano ni el económico para que funcionen todos los recursos comunitarios y entonces, en definitiva, quedan boyando, quedan sueltos quedan a merced de las familias que puedan o no alojarlos. Muchos de ellos pasan por esta situación. En el ámbito de la Salud Pública, la mayoría de los pacientes son sujetos con muchas carencias en términos de sostén vincular, familiar, económico, social, quedan bastante a la deriva. Pero la ley en su letra es fantástica.

– **¿Considerás que esta ausencia de dispositivos intermedios estaba salvada, de alguna manera, en el otro hospital, o no?**

– No, porque tampoco había espacios intermedios en el otro hospital, lo único que sí tenemos que empezó a funcionar en el otro y también acá es el HD, pero en realidad funciona a puro pulmón. Es uno de los tantos dispositivos contemplados en la ley, pero tampoco nos bajan un solo recurso para eso. Somos los mismos agentes haciendo mil cosas: estamos en el internado, en el consultorio, en el HD, en reuniones con los talleristas, todos ellos trabajan ad honorem, y si no tenemos que ir armando convenios interinstitucionales pero es como una máquina que se mueve a pura fuerza de voluntad, cuando en realidad tendría que estar el recurso humano y económico puesto ahí. Porque efectivamente funciona, nosotros tenemos datos, tenemos estadísticas que demuestran que funciona. Si el paciente logra estar inserto en estos dispositivos intermedios, las recurrencias en internación bajan considerablemente, en algunos casos los pacientes nunca más requieren internación. No es un dato menor, la internación es súper cara para la provincia, por lo que tendría que poder estar mirando esto.

– **¿Cómo te hace sentir esta falta de provisión de recursos por parte de la provincia?**

– Termina generando mucho malestar porque por el tipo de trabajo que nosotros encarnamos establecemos vínculos bastante íntimos con los pacientes, ellos no son números, son personas a las cuales acompañamos durante mucho tiempo, algunas veces conocemos mucho de su historia, de sus sentires, de sus vivires. Y empezar a ver cómo se deteriora, no sólo esto sino también otras cosas que son mucho más básicas... no hay medicación, los pacientes se cansan de ir a buscar la medicación a farmacia y les dicen “no hay” no hay turnos para que hagan los controles como deberían hacerlos. Entonces ves que un paciente que podía estar funcionando bien si recibiera un tratamiento adecuado, se te descompensa y termina internando, con todo lo que ello significa, porque más allá de que estemos en un hospital general en el imaginario es “el loquero”, por más que sea de puertas abiertas, si te internó un psiquiatra o una psicóloga, te internó por loco. Pesa mucho en el entorno y en el paciente. Entonces genera mucho malestar e impotencia porque vos sabés que se debería trabajar de esta manera, la ley lo contempla, y sin embargo no podés. Terminamos cubriendo baches, porque el paciente busca al médico o al psicólogo que lo atendió y nosotros no somos magos para hacer aparecer la medicación. ¿Entonces qué terminás haciendo? Los médicos hablando con los laboratorios para que consigan medicación... terminás dando una respuesta de manera individual que el Estado tendría que estar dando. Y cuando no podés dar esa respuesta, como ya asumiste la demanda en términos individuales, el que se siente culpable sos vos. Si el paciente se descompensa porque vos no llegaste a conseguir esa medicación, el malestar te lo quedás vos.

– **¿Creés que el traslado del Servicio tiene que ver con el propósito de implementar de la ley?**

– Mi sensación, de la cual cada vez estoy más convencida, a un año y pico de estar acá, es que se usó la ley de manera bastante perversa para justificar un achique. Con argumentos muy progresistas en realidad lo que se está implementando es una práctica bastante más

regresiva y de achicamiento. Tenemos la mitad de las camas que teníamos antes, tenemos un tercio del espacio físico que teníamos, muchos menos recursos desde un montón de lugares y mucha menos autonomía para un montón de cosas. Hasta donde yo alcanzo a mirar me parece que se usó un argumento muy progresista para sostener una práctica que implicaba justamente lo contrario. Sin embargo no desconozco algunos puntos que sí han sido beneficiosos para los pacientes, dos concretamente: uno de ellos tiene que ver con la accesibilidad a todos los estudios comprendidos bajo el término de interconsulta, consultas de derivación (laboratorio, placa radiográfica, etc.) que allá estábamos en condiciones de mucha desventaja porque, pese a ser un Servicio del hospital general, estábamos a 8 km. Ahora se resuelve bajando o subiendo un piso o haciendo que un profesional venga, lo vea y plantee la terapéutica a llevar adelante desde su disciplina, antes conllevaba gestionar una ambulancia toda la demora hasta que llegara, gestionar un turno por consultorio externo, como si no fuera un paciente internado. Lo otro es el acceso a farmacia, yo recién te dije que no hay acceso adecuado a la medicación, esto es cierto, pero antes el paciente iba el médico le indicaba una medicación allá y una receta, con esa receta se trasladaba (dos colectivos se tenía que tomar para llegar) venía a la farmacia. Le podía pasar que llegara tarde y la farmacia ya estuviera cerrada, que el médico se hubiera equivocado en una firma, en una fecha o en lo que fuere, con lo cual tenía que tomar otros dos colectivos para volver allá, cuando probablemente el médico ya se había ido... súper engorroso ese trámite. Podía suceder también que esa medicación no estuviera disponible, entonces otra vez lo mismo: dos para volver, ver si lo encontraba al médico, etc., etc., etc. A todas las otras cosas, honestamente yo no les veo ventajas, el paciente que requiere internación en SM no es un paciente que deba necesariamente guardar reposo allá tenían no solo esto que ellos mismos refieren como la posibilidad de salir, de andar, el verde, el aire, despejarse, distraerse, que hasta sería secundario (no lo es, pero hasta lo podemos poner en un plano secundario que no tengamos parque para andar) el tema es que ahora se ven obligados a permanecer en una habitación, comer en ella, y estar las 24 hs. del día, porque no hay espacios comunes donde socializar, donde ver la tele, donde tomar un mate con nadie, donde recibir a la visita... pasa como un concepto mucho más ligado a la enfermedad orgánica, porque este hospital no fue pensado para tener salas de internación para SM entonces tiene este formato pensado para los pacientes que deben guardar reposo, nuestros pacientes no tienen la necesidad de guardar reposo entonces termina siendo una cosa de pérdida de la posibilidad de interacción de socialización, de pautas más saludables.

– **¿Ha cambiado en algo el trabajo interdisciplinario?**

– El que llevamos adelante entre nosotros no. Sí me parece que se amplía un poco la posibilidad de interacción al laburar las interconsultas con los otros servicios. En mi caso particular tengo como tarea nueva, desde que me vine para acá, todo el laburo de interconsulta en el piso de ginecología y obstetricia, entonces conocés un montón de médicos con todo un abordaje diferente que está bueno y es enriquecedor.

– **Volviendo a la cuestión de la decisión de trasladar el Servicio ¿quién tomó la decisión?**

- Tendría que pensar cómo responderte eso...
- **Está bien, si te incomoda no me respondas, pero ¿fueron consultados respecto de esa decisión?**
- No, fue un proceso súper complejo. También como con otras cosas, desde que va pasando el tiempo uno empieza a entender cosas que en su momento no entendía, empiezan a hacerse visibles cosas que en su momento estaban más tapadas o más ocultas, eso me parece, la sensación no está buena, como agentes de salud. Un poco la sensación es “nos vendieron un buzón”, muy bien vendido, y que realmente nadie pudo escuchar nada de lo que planteamos. Tampoco tuvimos la fuerza necesaria, está claro.
- **¿Había una posición tomada como colectivo de trabajo? Es decir, ustedes como profesionales ¿estaban más o menos de acuerdo en su posicionamiento respecto del traslado?**
- Sí, pudimos trabajar como colectivo y eso estuvo bueno, pudimos organizarnos entre nosotros, pudimos pedir audiencias, pudimos hacer cosas, lo que pasa es que lógicamente, también siempre te encontrás con otro que es un poco más astuto y estas son las cosas que hoy nos quedan más claras y en donde podemos ver también cómo nos fueron desarmando, en parte por ingenuidad nuestra, en parte porque era una primera experiencia. Nos sirvió, ahora estamos como bastante más organizados, un poco menos ingenuos también.
- **Lo que estás planteando me hace pensar en la dinámica del poder que se juega al interior de las instituciones...**
- Es una cuestión que podríamos pensarla (me pide apagar el grabador y continúa hablando).

Segundo encuentro:

- **¿Cómo es un día de trabajo tuyo en el hospital?**
- Te voy a tener que hablar de varios días, porque no son iguales. Hay días que deberían ser un poco más ordenados, los días de consultorio, de 08:00 a 13:00 hs. es mi horario presencial en el hospital. Luego me quedan horas en disponibilidad que se usan para reuniones afuera o eventos de HD. En teoría estos días son tranquilos. Después tengo otras actividades: pases de guardia de psiquiatría, de ginecología (donde desarrollo actividades de interconsulta), HD, piso e interconsulta y actividad docente: supervisiones, clases para los residentes y supervisión de las colegas recibidas que están haciendo la especialidad en Psicología Clínica y tienen que cumplimentar horas en una institución pública. Yo soy la coordinadora institucional de esas pasantes. Tengo dos materias a mi cargo, de primer año, y una tercera en la que soy colaboradora. En HD coordino dos lugares: la asamblea de pacientes y el taller de prealta.
- **¿Además tenés consultorio privado fuera del hospital?**

– No, lo dejé cuando nació mi hija. Hago muchas cosas fuera de casa, pero no consultorio. Estuve varios años en espacios de supervisión, también en el Colegio de Psicólogos. Además de otras actividades lúdicas: formo parte de una cooperativa de fotógrafos, trabajo en un espacio de profesionales independientes que venimos trabajando algunas cuestiones más sociales, políticas, y demás, quieta no estoy.

– **Tenés actividades bastante diversas en el hospital ¿cómo te llevás con eso? ¿te sentís a gusto trabajando así?**

– Es complejo, quedarme con una sola cosa me terminaría cansando. El tema es que en este momento son muchas. A lo mejor habría que reducir algunas o reestructurar algo. Es algo que lo vengo pensando, porque me siento muy saturada, muy agotada. Estoy acá hablando con vos y estoy pensando en la paciente de ginecología que no llegué a ver porque se me demoró el consultorio, el consultorio se me demoró porque subí al tercero porque quería entrevistar a una paciente que ya había entrevistado más temprano pero que me demandó una nueva entrevista... y todo así, esto pasa todos los días. No puedo sostener el organigrama que planifiqué, lo cierto es que uno termina sobrecargado, es mucha la actividad. Todo se va corriendo un poco... ni hablemos si en el medio te quisiste tomar dos mates para despejarte la cabeza.

– **¿Eso tiene que ver con la falta de asignación de recursos humanos de la que hablábamos el otro día, o son opciones tuyas, personales?**

– Yo creo que es un poco de las dos cosas, hay mucho de lo institucional y hay mucho también del modo particular que uno responde a las demandas, porque también están los que dicen “no puedo”. Por ahí me cuesta más, por ejemplo: estoy sin lugar en el consultorio y viene una amiga que trabaja bien y yo sé cómo labura y me pide por favor que necesita un espacio, como sea yo lo hago, y meto un sobretorno, ese es un modo de respuesta que yo tengo. Indiscutiblemente si hubiera más personal yo estaría más ordenada entonces, en vez de tener dos días de consultorio, con cinco turnos por mañana, tendría cinco mañanas de consultorio, o cuatro, entonces podría abrir agendas normales de consultorio, con turnos cada 45 minutos. Seguro que ayudaría, pero también tengo que revisar cosas mías, no puedo sostener el “no puedo”.

– **¿Desde la Dirección de la Institución se percibe la necesidad de incorporar recursos humanos o no es un asunto prioritario?**

– Desconocer no desconocen, evidentemente tienen otras prioridades.

– **Me planteabas el otro día (y uno de tus colegas también me lo dijo) que hay cierto temor de un achicamiento institucional en términos de recursos ¿querés playarte más en esta cuestión?**

– Si yo miro la política macro y si miro como hemos venido trabajando la historia del Servicio, me parece que sí (suena el teléfono y le consultan sobre una paciente, sobre cómo manejar el dinero, su relación con el marido, su ropa y el enojo con el marido). Esas cosas todo el tiempo... yo estoy en consultorio atendiendo y me suena el teléfono 6 veces por

consulta, más o menos. Porque es así, y vos decís “¿qué tiene de psicoanalítico que vos le estés resolviendo si tiene o no tiene la ropa en la internación?”, la verdad: nada, pero son tareas que tenemos que asumir nosotros porque no hay nadie que las asuma...

– **Tenés que estar en todos los detalles...**

– Ahí ves la falta de personal, porque también te quedó uno en la guardia, un agente y un enfermero para atender todo lo que tenga ver con todos los pacientes, su medicación, sus familiares, las visitas, es complejo. Volviendo a tu pregunta me parece que es de temer una disminución importante. El otro día te decía que detrás de un discurso muy progresista en realidad se había operado un achicamiento importante... ¿por qué te decía esto? Si vos ves el espacio físico, los números... Yo no estoy formada en Psicología Institucional, en análisis institucional, pero sí cursé la materia y una de las cuestiones institucionales que vos tenías como operador externo para analizar y mirar y para entender el significado y la importancia que se le otorgaba a determinados agentes dentro de las instituciones tenía que ver con el espacio físico que ocupaban, la distribución de los espacios físicos. Esto, que puede ser dato viejo si uno lo mira y piensa en la historia del Servicio (y sin irme a una historia lejana en la que nos llevaron y trajeron de un lado a otro con tal de que no anduviéramos contaminando a los supuestos sanos) si yo tomo sólo lo vivido, el Servicio en algún momento tuvo 7 psicólogos, hoy somos 2 agentes de planta y 2 contratados. ¿Qué pasó con todos los otros cargos? Se fueron perdiendo, se fueron jubilando y nadie repuso esos cargos. Si vos ves el espacio físico, cuando yo entré teníamos el Servicio en el viejo hospital, un pabellón entero, sólo para nosotros, con salas amplias, espacios comunes amplios, consultorios grandes, con mucho verde, espacios muy lindos, con la posibilidad de que cada uno acomodara el consultorio con un criterio estético con el que se sintiera cómodo. Teníamos 25 camas de internación y el HD funcionaba en otro pabellón. Acá, Comunidad y HD comparten espacios, además se va a sumar el CIS (tratamiento de adicciones) en los horarios en que, supuestamente nosotros no estemos trabajando. Medianamente cada uno tenía su consultorio, cuando vinimos acá hubo que acomodarse en los consultorios de todo el mundo... la integración y las puertas abiertas están muy bien, pero de pronto vos entrabas a atender y tenías la camilla por acá, una jeringa por allá, una gasa más allá... son consultorios pensados para lo médico. Empezamos con todo un trabajo en el sentido de mejora de los consultorios, finalmente nos hacen una sectorización, pero en realidad la sensación es no que lo hayan hecho en respuesta a nuestro pedido, que atendieran a la necesidad de trabajar en determinadas condiciones, sino que lo hicieron a raíz de una reestructuración general y nos terminan designando 2 consultorios para todo el servicio: 8 psiquiatras, 3 psicólogas, y para todos los profesionales en formación residente que empiezan a hacer consultorio también, que en este momento son 3... 14 personas en 2 consultorios, se suponía que teníamos que funcionar. Peleamos hasta que nos dieron un consultorio más. Yo quisiera que vos vayas y veas lo que son esos consultorios... Entonces algo tiene que poder leer uno de esto.

– **¿Cuál es tu lectura?**

– Hay un achicamiento, sin lugar a dudas, somos los mismos, con menos espacios y con más tareas.

– **¿Y a qué obedece ese achicamiento?**

– Yo creo que tiene que ver con políticas más macro, no es ningún secreto que para un modelo que entiende el gasto público como cuidado de su población, Salud y Educación son las dos esferas donde claramente se visibiliza eso, vos tenés un Estado que se hace cargo de sus ciudadanos los cuida y los protege y por ende los educa y los cura, o un Estado al cual no le interesa esto, entonces que cada uno se proteja como pueda y entonces se deja invertir en salud y educación y estas pasan a ser negocios privados, el que lo puede pagar lo tendrá y el que no, dicho en buen criollo: “a llorar al campito”. No creo que haya mucha más ciencia que ésta detrás de este achicamiento.

– **¿Cómo ves a los pacientes habitando este nuevo espacio?**

– ¡Uh, te los puedo llamar! los podés entrevistar si querés. En general enojados, esta paciente por la que me llamaron recién putea desde el tamaño de las habitaciones, las escaleras, que se pierde... es una tabaquista grave, allá cruzaba la puerta y se iba a fumar en medio de los árboles, acá para poder fumar tiene que bajar tres pisos, a veces con la medicación que tienen se desorientan, hasta a uno le cuesta, al principio, ordenarse en este espacio laberíntico, entonces se queja del encierro, de que no tiene donde ir a mirar la tele, de que se pierde, se queja de todo. No están muy contentos con el traslado, de hecho hubo algunos que en algún momento presentaron alguna queja, reclamo en la tele y en el diario... concretamente un paciente y familiar de un paciente, en los días previos al traslado.

– **¿Hay algo más que quieras decir en relación con el tema?**

– La otra vez quedó algo medio trunco cuando vos me preguntabas acerca de las cuestiones de poder que se juegan al interior de la Institución, me gustaría darle una respuesta más ordenada y menos emotiva a eso. Esta Institución no está exenta de esas pujas de poder y esas cuestiones que a veces entorpecen la tarea, que en este caso es para los pacientes, y sí por ahí el registro nuestro es este, y ahora sí quiero decírtelo más tranquila, porque inclusive a quienes tenemos que decírselo, ya se lo hemos dicho... Estas pujas de poder, que van más arriba, que no se juegan entre nosotros, compañeros de trabajo, sino con instancias que están por encima de nosotros, nos terminan agotando, no sólo interfieren en la tarea sino que también nos terminan agotando a nosotros. Muchas veces, inclusive, lo hemos charlado en relación con registrarnos con mucho malestar. Lo que está bueno es que tenemos un grupo de trabajo lindo, armado, bastante sólido, aún con nuestras diferencias, pero está bueno y siempre charlamos de que es más agotador que la tarea en sí con los pacientes, el nivel de quilombo institucional y todas estas pujas... que aquél, que allá, que trae, que tira... eso termina haciendo muchísimo más desgastante para nosotros como agentes del Servicio, que la tarea en sí. Porque la tarea no tiene grandes complicaciones.

– **¿Cómo impactan concretamente en la labor diaria estas pujas de poder? ¿hay dobles discursos, por ejemplo?**

– Tal cual, obstaculizando con órdenes y contraórdenes, con demoras en la resolución de las cosas. Por ejemplo, yo necesito algún cambio, se supone que la línea natural es: hablo con una persona y esta persona se encarga de trasladar la inquietud hacia arriba para que, en un plazo medianamente ágil, vaya y vuelva la respuesta. Pero claro, como todo esto está trabado y obstaculizado, todo llega fuera de tiempo, hacés una nota y dudás de si esa nota va a llegar, entonces, por las dudas, hacés la nota al jefe inmediato, con copia al que sigue, con copia al que sigue y te encargás vos de ir a llevar esa cantidad de notas a cada uno.

– **¿Se ha burocratizado el sistema?**

– Sí, bastante.

– **En relación con el poder y la toma de decisiones ¿creés que hay actores que son invisibilizados de algún modo?**

– Sí, tal cual, y en esto también venimos aprendiendo mucho, porque cuando empezamos a registrar más claramente cómo venían esos juegos y cómo operaban los dobles discursos y cómo en determinado momento se invisibilizaba a unos o a otros, empezamos a organizarnos de manera más concreta, a cuidarnos, a respetarnos, a respaldarnos... acá si no nos cuidamos entre nosotros, vamos al muere. Y empezamos a tener otra fuerza y empezamos a decir: “no, esto no, nosotros vamos a intentar otra opción”. Además, venimos comprobando que esas opciones funcionan... entonces vos decís: “¿cómo era esto? ¿realmente era tan inmodificable todo o esto que aparecía como inmodificable era producto de la inoperancia en algunos casos, de la conveniencia en otros?”

– **Desde el colectivo pudieron instituir nuevas prácticas...**

– Muy despacito creo que estamos pudiendo empezar a instituir algunas prácticas de otra manera.

– **Muchas gracias por tu tiempo.**

ENTREVISTA N° 4

Género: Masculino.

Edad: 36 años.

Profesión: Médico Cirujano.

Antigüedad en la Institución: 3 años.

Formación académica en el ámbito de la SM y de la Salud Pública: miembro de la RISAM.

– **¿Podrías contarme cómo es un día de trabajo tuyo en el Servicio?**

– Sí, claro. Tenemos una hora de pase de guardia, que en realidad es más bien una revista de sala, una modalidad que en ningún Servicio se hace en forma semanal, solo que en nuestro Servicio, de acuerdo a las directivas de nuestros jefes, se hace todos los días, con lo cual resulta muy aburrido. Es una instancia de supervisión, de formación, de discusión de los casos. Se revisan todos los casos y se profundiza en los que más novedades hay, o en los ingresos del día anterior, o los que traen cierta complejidad aparejada, que tiene que ver con muchas situaciones: del paciente, de la familia, legales, éticas, institucionales. Luego, cada uno de los residentes, tiene pacientes asignados que ve con otros compañeros y con profesionales de planta. A esos se le llama “equipos de trabajo” que quedan asignados en el pase de guardia, de acuerdo al perfil de cada profesional y cada paciente. No siempre podemos colocar las 3 disciplinas (Psicología, Trabajo Social y Psiquiatría) en cada paciente, a partir de las 09:30 hs. el grueso de los residentes trabaja con los pacientes que tiene asignados. Cuando toca día de guardia, además de eso, tenés que bajar a la guardia si llega algún paciente, asistir en la guardia, resolver la situación y luego continuar con tu trabajo en el piso. A los residentes mayores se les agrega la atención de consultorio externo y, depende el día, tenemos 2 o más horas de capacitación por la mañana, y otros días tenemos un paciente en la guardia o una supervisión y hay pacientes internados, entonces se hacen las 14:00 ó 15:00 hs. y recién te estás yendo. Básicamente, en el Servicio, ese es el grueso de la actividad. Luego, cuando transcurren los ciclos vamos rotando por otros servicios: Infantojuvenil, HD, con lo cual hacemos pase de guardia y luego nos abocamos a tareas de HD y Comunidad. Tenemos 2 días en HD y 2 días en Comunidad. En el primero tenemos asignados distintos talleres, que los han elegido de acuerdo a nuestros perfiles, en el caso mío por ejemplo, taller de literatura. Y también estamos en las actividades de lecturas de diario, que apuntan a reforzar la convivencia, a discutir a detectar los intereses de cada uno, cómo elige cada uno la noticia. En esa actividad estamos hace un mes y medio, tenemos asignados 2 pacientes cada uno para ver cómo evolucionan y si el dispositivo les ayuda. Porque la idea es que salgamos de la estructura institucional, es decir la dinámica de la internación-externación, una cuestión casi cosificante de los tiempos del hospital y nos aboquemos a tareas más del orden preventivo (Comunidad) y de rehabilitación (HD).

– **¿Esta idea proviene del programa formativo que ustedes tienen o surge por iniciativa de ustedes?**

– Es parte del programa formativo, no todas las sedes del interior de la provincia tienen la posibilidad de organizarse de este modo porque no todas tienen los mismos dispositivos. Es un lujo que Río Cuarto tenga los 2 y es una exigencia de SM para todas las sedes, la que no lo pueda cumplimentar pierde a sus residentes. Con lo cual pierde algo de mano de obra, porque los residentes cubren muchas horas de asistencia. O sea, si bien es una cuestión de orden formativa, la carga horaria termina siendo asistencial. Pero en realidad responde a un programa dictado por SM de Córdoba, y responde a la ley, que en realidad está sancionada y reglamentada pero no se ejecuta por falta de estos dispositivos intermedios. Acá hay HD, pero debieran haber casas de medio camino y un montón de cosas que no hay. La idea es que nosotros nos ajustemos a esa ley. Además, la capacitación nuestra es RISAM, es decir Interdisciplinaria en SM, con lo cual se supone que seamos agentes no encasillados en nuestras disciplinas. No es fácil laburar con un colega que proviene de otra disciplina y estos dispositivos se nutren de esos colegas que han podido hacer esa experiencia. Porque hasta hace 2 años atrás el programa y la formación eran otros: la Psiquiatría por un lado y el resto de las disciplinas por otro. Entonces, la RISAM es una cuestión que responde a la política, se abre y se cierra, por ciclos de 4 años, luego se cierra y después se vuelve a abrir, entonces todo esto es reciente porque tenés tandas de gente que labura interdisciplinariamente y tandas de gente que no lo hace, entonces los dispositivos nunca se terminan de armar.

– **¿Qué dificultades concretas encontraste vos para trabajar con colegas de otras disciplinas este año?**

– Hay cuestiones para discriminar de orden institucional y de orden personal. Desde la formación también hay como 2 instancias: una que tiene que ver con el estilo formativo que cada uno tenía antes de llegar acá, y también por una cantidad de prejuicios bastante pesada, por ejemplo, que el médico solamente medica y nada más y que lo único que le interesa es medicar y el trato cosificante con el paciente. Ese fue un gran inconveniente que tuvimos nuestro grupo, que tenía una trabajadora social, una psicóloga y un médico y que en la formación de grado de mis compañeras les habían metido en la cabeza que los médicos somos cuadrados, que solamente queremos medicar y que solamente nos interesan los signos y los síntomas y los cuadros psicopatológicos, el DSM IV y no nos interesa un carajo nada más. Eso fue como lo primero, mostrarle a mis compañeras que en realidad se puede hacer todo un trabajo de acompañamiento, de sostén que hay todo un relevamiento de situaciones de riesgo que los médicos hacemos y que nuestra herramienta es la posibilidad de medicar. La ley dice, por ejemplo, como para hablar un poco de los prejuicios, que no se debe utilizar la medicación como forma de castigo... frente a esto vos te preguntás: “¿quién fue el hijo de puta que escribió esto?” Hay médicos que no la utilizan como forma de castigo, no les entra en la cabeza eso... Acá se sentó alguien que estaba muy enojado, lo escribió y un montón de gente lo avaló, ¿cómo vas a sacar una ley que diga que no se debe utilizar la medicación como castigo?! es obvio que no se debe utilizar ninguna instancia de intervención como forma de castigo. Pero bueno, esto lo traen las chicas de trabajo social y los psicólogos también, pero más que nada trabajo social. Ellos vienen con un prejuicio bien reivindicativo. Es de las 3 disciplinas la más joven, entonces

la que más cuesta que sea reconocida en las discusiones, en las formas de intervención y a nosotros nos costó bastante eso, que el otro me reconociera, y esto se puede trasladar a cualquiera de los tres. A parte de cuestiones que son de orden interpersonal, que son muy pesadas en los trabajos como este, muy pesadas en los equipos interdisciplinarios, lo interpersonal tiene que estar más o menos trabajado, nuestro grupo tenía cuestiones muy emocionales, muy reactivas, muy cargadas, las discusiones pasaban más por los lados personales que por los profesionales. Hubo muy pocas discusiones sanas sobre la forma de intervención.... Nos matamos la cabeza tratando de ver cómo podíamos intervenir. Y en los espacios de formación institucionales, por lo menos en Río Cuarto y en Córdoba, no está contemplada una instancia de supervisión del trabajo interdisciplinario. Yo vengo de Mendoza, allá está más ordenada la experiencia de RISAM, hay una continuidad, nadie ya se plantea la formación en términos disciplinares, ya está concebida la formación en términos interdisciplinarios, de punta a punta, y hay una instancia de supervisión interdisciplinaria. Acá estamos supervisando como podemos, porque los médicos, por ejemplo, no tenemos instancia de supervisión formal en la Institución, la única instancia de supervisión la ofrecen los psicólogos, entonces las intervenciones que supervisan naturalmente son de orden psicoterapéutico, con lo cual se superponen, se pisan, es un espacio raro donde los psicólogos están contenidos, pero los médicos tenemos poco que hacer ahí. A todo esto, la formación en términos teóricos ha sido muy buena pero siempre ha seguido la línea de Psicoanálisis, lo que no es Psicoanálisis encuentra su lugar, está representado por profesionales en la Institución, pero toda la práctica está tomada por el Psicoanálisis, en términos de laburo y de formación. Entonces, cuando uno presenta a un paciente, en cualquier instancia, lo tiene que hacer de acuerdo a los dichos del paciente, al material uno lo trabaja en supervisiones de psicoterapia. Luego vienen otros instrumentos que a los médicos nos resultan mucho más útiles para la práctica, hay cuestiones de semiología psiquiátrica que uno no puede desconocer y dejar de investigar en un paciente (orientación, atención y demás) más allá de la escuela en la que se inscriba y de la corriente de la cual provenga, pero en la práctica, cuando uno habla en términos de semiología psiquiátrica es como que suena a cosificar, inmediatamente está como esa cuestión, que es muy rica y no está bien trabajada acá. Entonces, la semiología sirve para orientar un diagnóstico, y las primeras intervenciones psicofarmacológicas, para poder entender a un paciente, porque más allá de su particularidad, agrupan ciertos síntomas y ciertos signos, y esos síndromes nos permiten orientar los tratamientos iniciales antes de que tengamos un diagnóstico, siempre teniendo en cuenta que son diagnósticos presuntivos, que son sujetos a revisión y demás. El lugar del médico psiquiatra quedó muy relegado, uno entra a una institución escuchando cosas que podrían pensarse como provenientes de la escuela de Galende, por ejemplo, la cuestión de la hegemonía médica, pero en realidad es al revés, la hegemonía es del Psicoanálisis, que entorpece la formación en otros campos o en otras escuelas. No todos nuestros instructores son psicoanalistas, pero el que no habla Psicoanálisis queda fuera de la discusión. Y el problema con algunos psicoanalistas muy ortodoxos es que le pierden la pista a la psicofarmacología, que para los que estamos en formación eso no está bueno, porque no tenés con quién supervisar el tema farmacológico. Todo esto fue dicho a quienes corresponde, pero no ha podido ser

tomado por la Institución, por la gente que está desempeñando estos cargos de formación, entonces está como para revisar esa postura.

– **Recién te referías a la ley de SM ¿es posible que la incapacidad de tomar los aportes provenientes de todas las disciplinas esté perjudicando la aplicación y las modificaciones que plantea la ley?**

– No sé si directamente, yo creo que sí, pero depende del momento de abordaje del paciente. El paciente de consultorio es muy distinto al de la guardia y al paciente que está con su familia, hogarizado, el paciente que va y viene. Esta falta de participación igualitaria de las formas de pensar al paciente sí perjudica en la medida en que los agentes que trabajan en ese caso no oigan a sus colegas. Acá tenemos 10, 12 personas de las cuales 5 ó 6 pueden oír a otras personas y otros paradigmas, y 5 ó 6 que no pueden hacerlo, entonces naturalmente uno que tiene formación deficitaria en su campo disciplinar es poco lo que puede aportar a una discusión. Por lo tanto, el paciente se va a descompensar más rápido, va requerir internación y un montón más de intervenciones. Entonces sí, hay espacios de revisión pero son más bien para la gente que está en formación y no para la que ya está formada (los instructores), hay algunos instructores que están más abiertos y otros no. No estamos pensando en la ley cuando estamos resolviendo, estamos en un lugar atajando penales, nos ajustamos a la ley en la medida que podemos. Por otra parte, falta un acompañamiento de la gente de la parte judicial, que también se está aggiornando, por ejemplo, algunos jueces todavía piden reclusiones en hospitales como el nuestro, ignoran no solo la ley, sino los recursos con los que cuenta SM y la forma de trabajo de cada uno. Hay que seguir trabajando en este sentido.

– **¿Qué se hace en esos casos?**

– Se le cuenta al Juez que este es un lugar donde se trabaja con pacientes agudos, que las internaciones no se sostienen por más de determinado tiempo, que depende de la evolución del cuadro psicopatológico del paciente, se le informa a los 4 ó 5 días en qué condiciones está, se solicita o se informa la externación, a veces se le da lugar a lo que piden y a veces no. Nos piden, por ejemplo, que determinemos peligrosidad, a esto no lo podemos determinar. Ellos ahora están pidiendo valoraciones interdisciplinarias, eso sí se los podemos ofrecer y advertimos que nuestro Servicio tiene tales características, que no es cerrado. Hablamos con el Juzgado con la secretaria o prosecretaria de turno y le decimos: “mandaron un oficio en que se solicita internación, vos sabés que no se puede hacer así porque...” Se va resolviendo de palabra. Acá, en Río Cuarto, hay una buena relación entre SM y la parte de justicia, no así en Córdoba, es mucho más rígida la relación allá.

– **¿Cuáles son los cambios que vos observás y cómo han impactado en la atención del paciente, a partir del traslado del Servicio?**

– Hay como dos partes: la asistencial y la formativa. Naturalmente la formativa impacta directamente en la asistencial. En lo que refiere a la parte formativa, la casuística es mucho más rica y la variedad de los cuadros es mucho mayor también, acá vemos historias de conversión, en el otro servicio no. Cuando el paciente era derivado al Servicio se perdía la

mitad de los pacientes en el camino, no teníamos mucha casuística, y para los que estamos en formación eso es súper importante. Además hay otros cuadros menos definidos, entonces uno se tiene que sentar con médicos de otras disciplinas a revisar: médicos clínicos, neurólogos, etc. eso también es un espacio de formación multidisciplinaria. En lo asistencial pros y contras, contras: los pacientes no tienen espacios de encuentro, en el otro hospital tenían el comedor, donde podían realizar rutinas de la vida diaria como desayunar todos juntos, mirar televisión, sentarse a cenar, mates, etc. Acá están todos en su habitación, es un lugar más pensado para un paciente que no camina, que no se desplaza, que está postrado. Allá había espacios al aire libre donde se podía fumar, acá el tabaquismo está muy presente, tanto en el personal como en los pacientes, con lo cual es una discusión constante acerca de en qué lugares se puede fumar y en cuáles no. Los pros tienen que ver, en lo asistencial, con la agilidad que asumen las interconsultas, en un minuto y medio puedo tener un electro, una placa, que antes no se podía hacer, era toda una historia la interconsulta con cualquier otra disciplina, con lo cual el paciente está mucho más protegido, más cuidado. Nos ha costado mucho como Servicio darnos cuenta de que contábamos con esa posibilidad. En ese sentido creo que el paciente ha ganado bastante porque, además, hemos tenido como profesionales que revisar nuestras posturas, desempolvar algunos libros y darle más bola a la cuestión estrictamente médica, que estaba medio dejada de lado. Contamos con laboratorio, servicio de electrocardiografía, servicio de radiografía, antes no. Esto impacta directamente sobre las posibilidades diagnósticas pronósticas, de tratamiento.

– **Volviendo al tema que mencionabas de la pérdida de los espacios comunes ¿Cómo crees que impacta eso en el tratamiento del paciente?**

– Junto con eso cambió la dinámica, porque antes podíamos tener a un paciente internado durante semanas, aquí en el hospital esa internación se reduce a días. Entonces, estoy pensando ahora, que en esas semanas era importante que el paciente tuviera esos espacios de encuentro, recreativos, de socialización, esparcimiento. Que es de lo que adolecen muchos de los pacientes y para mí es a lo que se reduce la SM, a eso tiene que ver con lo vincular. Los pacientes se relacionan entre sí en una de las habitaciones, se juntan 3 ó 4, no es una práctica alentada desde el Servicio, sí tolerada y también desalentada. Me parece que no influye mucho en la perspectiva de la cura por la cantidad de días que pasan acá. Y me parece que también alienta a los profesionales y a los equipos de salud, en general, a buscar otras alternativas que no sean la internación o la prolongación de la misma. Nos ayuda a pensar de qué otra forma se puede intervenir. No me parece que haya impactado en forma negativa en el grueso de los pacientes. Pensándolo mejor, antes había una suerte de relajamiento respecto de los tiempos, en ese contexto era importante y era parte de la valoración. Ahora, por el contrario, cuando ingresa un paciente uno está pensando cómo se va a ir de alta, a dónde va a volver y quiénes van a intervenir en ese proceso de la vuelta. En este sentido, me parece que se está trabajando más acorde al espíritu de la ley que es el no corte de vínculos. Además el Servicio trae una cuestión muy paternalista y maternalista en la relación de los profesionales con sus pacientes, entonces, cuando el profesional no estaba disponible el paciente no tenía a quién dirigirse, con lo cual se resentían los

abordajes territoriales, no se pensaba tanto en el abordaje territorial, ahora sí necesitamos empezar a pensar que en los dispensarios se puede apoyar el trabajo que se hace acá, el trabajo de acá es más acotado y hay que trabajar más con los municipios, los dispensarios, etc. Me parece que esto redundaría en un beneficio para la persona. Todo el mundo te dice: “allá estaban tan bien, tan cómodos, los pacientes necesitaban espacio, todos lo necesitábamos”. En realidad, si bien el comedor era un espacio de socialización para los pacientes que necesitaban largas estadías, también es cierto que los profesionales estaban mucho más cómodos y podían brindar otro tipo de atención, cada profesional tenía su consultorio y lo compartía con alguien más, aquí todavía no sabemos cuáles son nuestros consultorios y no sabemos dónde atendemos, es bastante más despersonalizada la atención. Al no haber tanta capacidad de contención física, material, en tiempos y demás, en este hospital sí o sí tiene que participar más la familia y la comunidad, la dificultad nuestra es que no estamos acostumbrados a hacerlas participar, no nos queda otra que estar constantemente llamando. Me parece que está bueno, más allá de que el espacio sea más reducido, los espacios se encuentran, los pacientes encuentran los espacios, no están confinados, pueden bajar a patios interiores, salir a la calle (en la medida de las posibilidades). Algunos dicen que este hospital es más expulsivo porque es como muy complejo el recorrido. Moverse por adentro hasta para nosotros fue muy complicado cuando llegamos, para los pacientes es imposible.

– **¿Pero se han podido apropiar de los espacios los pacientes?**

– Sí, la mayoría de nuestros pacientes conocían aquellos espacios, pero hay muchos que no, en realidad nuestros pacientes son bastante dóciles, no requieren mucho, estoy pensando en los familiares, con que vos alojes la urgencia ya es más que suficiente, no solo alojamos la urgencia de nuestros pacientes, sino de nuestros colegas también y esa es otra cuestión que pudimos trabajar muchísimo: la interconsulta. Los profesionales se encuentran con situaciones para las cuales no están preparados, los pacientes que amenazan con matarse por ejemplo, los médicos llaman a SM y nosotros terminamos apoyando al equipo terapéutico, más que al paciente en sí. Esa es una instancia de formación, participación, que es riquísima, que existe acá y allá no existe. Podemos apoyar a nuestros colegas que hacen agua todo el tiempo y que desde la formación de grado no se les permite hacer agua. Manicomial es el término que han encontrado para la locura y la forma de manejo para la SM, pero el resto de la medicina es bastante alienante y vertical: tenemos jerarquías, uniformes, entrenamientos, como los policías, tenemos sistemas de guardia... A un médico que se angustia en la guardia se le pide que se retire y que vuelva cuando no esté angustiado, lo cual puede sonar ridículo pero a la hora de responder ante la urgencia resulta una situación vital, es un entrenamiento necesario. Cuando los ves en el hospital, ves que algunos están como muy cómodos operando desde ese tipo de disociación y otros que no tanto. Esos que están más cómodos eligen áreas como la anestesia, la traumatología, la cirugía, no tienen contacto real con el paciente, sino con un cuerpo. A los otros los encontrás haciendo clínica y en situaciones que son como muy desbordantes tratando de contener y apoyar a esos otros a los que les cuesta más, desde comunicar la muerte a un familiar o hacerle cumplir con la medicación a un niño de 12

años con diabetes, ahí intervenimos nosotros, ese también es un espacio de formación donde el abordaje del paciente también se enriquece.

– **¿Ustedes necesitan, al menos en ocasiones, ese tipo de contención que brindan? De ser así ¿quién los contiene?**

– Sí, la necesitamos. La obtenemos de los espacios de supervisión de algunos colegas que son más permeables y accesibles a estas cuestiones y en la terapia personal. Corro en desventaja, porque viniendo de la medicina tengo que desarticular todo el entrenamiento que tenía para disociarme, conectarme, angustiarme y después ir a la psicóloga para que me ayude a lidiar con eso. Nuestros espacios de supervisión tienen 2 facetas: una más técnica y una más personal. Después tenemos muchos espacios informales: para nosotros la habitación 318 es el lugar donde nos encontramos con los enfermeros, los otros médicos, con las interconsultas, con los compañeros, y depende también de quiénes estén ahí.

– **¿Cómo te enteraste del traslado del Servicio y qué sentiste al escuchar esta idea por primera vez?**

– Nos enteramos por comentarios de pasillos, por quejas de los colegas que no querían venir para acá, que resultaron ser los colegas que menos querían laburar. Fue todo muy repentino, no hubo tiempo de pensar. Un par de meses antes fue presentado formalmente, un mes antes del traslado, mal presentado por la Dirección que estaba en ese momento, que continúa estando ahora. No hubo tiempo de procesarlo, no sabíamos qué estábamos dejando ni hacia donde estábamos yendo, por más que nos hablaran de la ley, no sabíamos cómo iba a ser el funcionamiento, no sabíamos que no íbamos a tener espacios. Me enteré estando acá, llegó la información pero no tenía forma de dimensionar de qué se trataba. A todos nos pasó más o menos lo mismo, no hubo forma de darnos cuenta qué suponía el traslado, los pros y contras.

– **Hubo falta de información...**

– Hubo falta de previsión, se podrían haber tomado un montón de acciones, yo me acuerdo de una de las primeras reuniones con la gente de enfermería que estaba muy temerosa de lo que podría suceder con los pacientes de SM en el hospital, temerosa desde el prejuicio. Un gran momento para hacer una gran intervención y trabajar con el personal de enfermería, que está en los pisos, que está en la guardia, en términos de qué significa, en qué momento, cuándo hay que cuidarse, cuando relajarse... fueron sistemáticamente desoídas, desaprovechadas, nosotros mismos nos quejábamos, habíamos tenido la oportunidad de venir acá antes del traslado y nos dábamos cuenta de cómo íbamos a manejar la situación de una guardia general. Fue elevado pero fue desoído. La falta de seriedad para hacerlo me parece que fue de alguna manera un obstáculo, el que más sufrimos los que laburamos. Palabras de la jefa fueron que los residentes eran los fusibles y si algo tenían que estallar eran los residentes, esta es una jefa no contenedora, claramente. Sumado a que en el momento del traslado se tomó licencia, no estaba, ahí te das cuenta de quiénes estaban, quiénes estuvieron antes y quiénes siguen estando. Como

gente que contiene, que responde, que no se las sabe todas, pero está ahí poniéndole el cuerpo.

– **¿Qué hicieron con ese malestar? ¿cómo lo elaboraron? ¿encontraron espacios para discutir algunas cuestiones?**

– No, no fue propuesto ningún espacio para discutir eso, no había nada previsto, por lo cual no había ningún directivo dispuesto a dar algún tipo de orden mínimo para bajar esta incertidumbre, entonces quedó simplemente en estos espacios de pase de guardia, donde no había un jefe tan estricto y donde se podían discutir estas cuestiones: ¿qué hacer con un pibe de 14 años que intentaba suicidarse? si lo atendíamos o no, dónde lo atendíamos, porque no teníamos consultorio. Yo me acuerdo de que, con el equipo de planta, entrevistábamos en el hall central porque no teníamos ni siquiera este espacio. Como estábamos todos en la misma, nos apoyábamos entre todos, nos quejábamos entre todos, y fuimos construyendo entre todos, nos fuimos adaptando, amoldando, y construimos una convivencia entre todos. Algunos lo tomaron mejor que otros, los que se acomodaron más rápido fueron los que estaban más cerca de lo médico o los que eran más flexibles en términos yoicos, y al resto nos costó más. Fue una transición que hubiese sido mucho más suave si hubiese habido un mínimo orden. En el caso de los residentes no sólo estábamos sujetos a la incertidumbre de... ¡ahí está, ya sé por qué no registré todo esto!... no estábamos sujetos solo a la incertidumbre de cambiar de lugar del Servicio. Estábamos frente a la incertidumbre de no saber si nos quedábamos en Río Cuarto o nos íbamos a Córdoba. La Dirección de SM, a nuestra cohorte anterior se la llevaron a Córdoba a terminar su formación allá, pero en realidad a cubrir espacios de trabajo, y nuestra cohorte, la que seguía, no tenía nada definido en esos términos, entonces nos preocupaba más si íbamos a seguir viviendo en Río Cuarto o en Córdoba, que si el Servicio estaba acá o allá. De hecho, fíjate vos, esto fue planteado 6 meses antes para todos los residentes de la provincia y a nosotros nos lo comunicaron formalmente un par de semanas antes de la fecha en que deberíamos estar trabajando en nuestros nuevos presuntos lugares. Eso generó muchísima más incertidumbre que todo lo otro, una vez resuelto eso, sobre todo para los que no tenemos casa en Córdoba, el resto fue... te quedaba muchísimo resto, podías venir y estar sentado en el piso porque tenías resuelta tu cuestión de laburo.

– **¿Este es tu último año?**

– En junio empiezo mi último año, son 4.

– **¿El título que vas a recibir es...?**

– Psiquiatra. Ahora soy médico cirujano (generalista) hasta que tenga la matrícula para ejercer la Psiquiatría, aunque acá se estila el ejercicio de la psiquiatría sin el título habilitante (en Córdoba), tenés residentes de los últimos años ejerciendo de psiquiatras, tenemos algunas formas de dibujar esto... en los recetarios, por ejemplo, dice “Psiquiatría”, no dice “psiquiatra”. Además, nuestros títulos no vienen con la finalización de la formación, sino junto con un examen, examen que muchos no pueden aprobar, la mayoría de los que nos formamos aquí vamos a rendir a Tucumán, porque el examen

cordobés es tan psicoanalítico que nadie lo puede superar, preguntas textuales de artículos de conferencias de Freud, preguntas muy mal hechas, preguntas a criterio del evaluador, las instancias de impugnación son irrisorias, entonces la mayoría se va a Tucumán rinde allá y fin del asunto. Por eso te decía que la incertidumbre nuestra pasa por otro lado, por el macro.

– **¿Vos terminaste de estudiar en Mendoza y te viniste a Río Cuarto para hacer la Residencia?**

– Terminé en Mendoza, hice 2 años de la especialización allá, luego me vine acá por cuestiones personales.

– **Finalizando tu pasaje por una Institución de SM ¿estimás que seguirías trabajando en el ámbito hospitalario o preferirías otro tipo de prácticas?**

– Sí, habitualmente los médicos tenemos una doble práctica, la práctica pública y la privada. Una nos da seguridad y la otra holgura económica, en el caso de los que nos formamos en las instituciones provinciales, publicas, además nos pesa la formación, nos cuesta mucho no pensar la salud en términos de Hospital Público. Los que tienen más vocación son los profesores que laburan por 2 mangos, en instituciones públicas. Los que tenemos menos vocación nos vemos transitando estos espacios además de la parte privada. Hay lugares de formación, residentes, ateneos, son espacios donde uno puede compartir con otros, donde hay mucho recambio. Los otros, son más aislados, son de orden más mercantil y de productividad, no tanto de formación y de intercambio de experiencias, son más cerrados, no hay apertura para comunicar lo que uno vive y lo que uno aprende. Es competencia pura, aquí no, aquí se pueden relajar mucho más los colegas.

– **Muchas gracias por tu tiempo.**

ENTREVISTA N° 5

Género: Femenino.

Edad: 47 años.

Profesión: Lic. en Enfermería.

Antigüedad en la Institución: 15 años.

Formación académica en el ámbito de la SM y de la Salud Pública: cursó la residencia en SM (1994 a 1998).

– ¿Cómo es un día de trabajo tuyo en el hospital?

– Llegás, siempre más temprano, para el pase de guardia, ahí te enterás de las características de los pacientes, diferentes patologías, si pueden recibir visitas o no, si están con suero o con otro tipo de atenciones. Cuando se restringen las visitas de un paciente, no pueden venir a visitarlo. Después preparamos la medicación, vemos a los pacientes. A veces el trabajo físico no es tanto, sino que es un trabajo mental, escucharlos. Con el transcurso de los años terminás siendo más la hermana, la prima, la tía, la familia.

– ¿Ellos se acercan a vos para contarte cosas personales?

– A veces sí, a veces no... lo que pasa es que algunos pacientes ya vienen con muchos años de internación, o sea que ya conozco su historia de vida, su patología, lo que hacemos es ir observando cuando se van desmejorando o si su enfermedad va involucionando.

– ¿Entre todos los profesionales los enfermeros son los que más cerca están de ellos la mayoría del tiempo?

– Sí, los que más tiempo en horas y días tenemos con los pacientes.

– ¿Y con la familia también trabajan? ¿entran en contacto?

– Sí, por eso te digo, terminás siendo muchas veces la hermana, la tía, la prima porque vienen y te consultan, y a veces ya sabés que viene solos, la familia no viene a verlos a visitarlos, tenés que llamarlos para avisarles que están acá internados. A veces haces de mediación, porque hay pacientes a los que las familias no quieren ver. Lo que se notó en este cambio, fue el cambio de pacientes, existe mucha rotación de pacientes, muchos de los que tenían mutual ya no pueden venir más acá, entonces los dejás de ver, y al separarse el HD y la internación, perdés contacto con el paciente. Antes el contacto era más directo. Hay pacientes que en el transcurso del año pasado y este año si los he visto una o dos veces es mucho.

– ¿El Servicio de enfermería depende del hospital general, no?

– Sí, depende de la Jefatura del hospital.

– ¿Antes del traslado vos trabajabas solamente en SM? ¿ahora cambiaron tus funciones?

– Sí, trabajaba solamente en SM. Ahora, por una cuestión de políticas y decisiones, no nos dejan estar de a dos, si somos dos en el piso y falta gente en otro servicio, nos llevan a otro servicio.

– **¿Cuándo te comunicaron a vos esta decisión de que comiences a cubrir otros servicios?**

– Jamás me la comunicaron, viene la orden, a veces viene el supervisor y te lo dice personalmente o te deja un papelito.

– **¿Y en ese papelito, por ejemplo, decía algún fundamento, algún porqué?**

– No, porque te dice que forma parte de la ley 7.625 que es la ley de ejercicio profesional los empleados de la provincia estamos todos disponibles.

– **¿Y cómo te sentís vos en esa situación?**

– Como el traste, pero es mi trabajo.

– **¿Vos habrías preferido quedarte solamente con el SSM?**

– A ver... todavía no lo pueden entender que SM es algo diferente, no les entra en la cabeza. Siguen viendo al SSM como un castigo, otros profesionales o colegas nuestros, cuando no se pueden acomodar en el ámbito de otros servicios. Es como que nos castigan y nos mandan acá, históricamente SM ha sido utilizada para eso, como castigo.

– **¿Para los profesionales?**

– Sí, para los trabajadores. Hablando lisa y llanamente, todo lo que no les sirve a ellos, lo mandan acá. Porque piensan que este Servicio es... no sé cuál es el imaginario que tienen. No depende del número de los pacientes sino de la calidad de cada profesional. Esa parte no la entienden, y cuando pedís que fundamenten se les acaban las teorías.

– **¿Les has pedido a tus jefes?**

– Y sí, la contestación que te dan es que no hay gente para que cubra los turnos de los otros servicios, que vos sos empleado de la provincia... que vos estudies, te especialices no les interesa.

– **¿Vos te especializaste?**

– Sí, tengo una residencia, desde el año 94 al 98. Soy licenciada en enfermería con especialidad en SM, y trabajo con la Universidad aparte, estoy como docente e instructora docente en una materia que se llama “adultos y ancianos”. Luego tuve otras formaciones, congresos, cursos, etc. Ahora tengo una formación en Mendoza.

– **¿Vas sola a esa formación?**

– Sí, porque no hay información, no ponen ningún cartel anunciando un curso. La capacitación del personal es muy buena, pero depende de los medios de cada profesional.

– **¿Qué cosas ves como positivas y negativas del traslado del Servicio?**

– Vamos a empezar por las positivas porque las negativas son más fáciles de enumerar. La idea fue, según la LNSM, y la provincial, que el Servicio tiene que estar inserto en un hospital general, en eso siempre la provincia va en avanzada, porque otras provincias no la pusieron en ejecución, está bueno que hayan sacado a la gente de los manicomios y las devuelvan a sus lugares de origen. Pero quedó ahí, punto. No hay difusión de esos temas, no existe, y no hay la posibilidad de poder estudiar y progresar, por eso queda todo en la nada. Con la famosa ley de que nadie puede fumar, tenemos muchos problemas con que los pacientes fumen dentro del Servicio. Lo positivo de todo esto es que al principio el personal del hospital renegó: médicos, enfermeros, técnicos, personal de laboratorio, los camilleros no querían venir a llevar a los pacientes porque pensaban que les iban a pegar, fue todo un imaginario que parecía que llegábamos con ametralladoras; sin embargo, con el tiempo, el hospital se adaptó al Servicio, a que los pacientes tengan conductas extrañas para ellos, que se vayan a fuera a fumar o que fumen adentro, que salgan a caminar con el pie del suero. El loco, lamentablemente se distingue mucho por su aspecto, pero han empezado a dejar de mirarnos como raros. Y no te cuento los enfermeros: el hecho de que vos puedas sonreír, reírte, jugar con tus compañeros, esas cosas... o que te saludes con un beso o un abrazo, o nos acompañamos hasta la puerta de los ascensores y nos ponemos a charlar, como las viejas, vecinas que salen a barrer y se ponen a charlar, y la gente nos mira... sí somos los raros, porque vemos a la salud desde nuestra perspectiva.

– **¿Tienen cierta vivencia de familia, en relación con los vínculos entre los profesionales de SM, al haber estado mucho tiempo solos allá?**

– Claro, como vivencias de familia, del grupo en sí, de poder estar juntos, de reírnos. Y lo que yo extraño particularmente de allá es el patio, el aire. Los pacientes también. Los pacientes que ya vienen de haber estado allá en otras internaciones te lo dicen: “cómo extraño el patio, salir a caminar, salir a tomar un mate a la galería, o estar tranquilos”.

– **¿Esa para vos sería la principal desventaja?**

– Sí, y que el paciente psiquiátrico puede entrar en una crisis aguda medianamente ya en un tiempo esa crisis pasa, tienen muchas horas al vicio, no saben en qué ocupar su tiempo, allá tenían el comedor, jugaban a las cartas, miraban tele, escuchaban música. Yo, por ejemplo, les llevaba música, preparaba ollas de pururú en las tardes de invierno o de lluvia. Todo el mundo comía pururú, pacientes, médicos, enfermeras... esas cosas son las que uno extraña.

– **¿Y creés que perder esos espacios y esas prácticas ha sido negativo para el tratamiento de los pacientes?**

– Yo veo que las reincidencias aumentaron, para mí sí, a parte de la falta de medicación e insumos. Allá también había falta de insumos, ha sido un problema de siempre. Pero allá todos sabíamos que no había insumos, entonces todos íbamos guardando, sabíamos que teníamos recursos a los cuales recurrir en caso de urgencias. Acá te tienen que proveer de todo, no te proveen de nada y todavía no armamos ese camino de hormigas que teníamos

allá. Porque cuando nosotros nos vinimos de allá los médicos y los residentes teníamos cajas de medicación que nos daban los visitantes médicos, siempre había guardado, ahora no podemos tener eso porque nos controlan, a mí me causa risa porque ahora tenemos que hacer una planilla de stock. Todos los días tenemos que contar todos los pacientes que atendimos y todos los recursos que usamos. Allá había pacientes que nos rompían los colchones, las almohadas, nosotros siempre teníamos repuestos. Acá es continuamente la desconfianza.

– **¿Allá tenían una manera más independiente de administrarse?**

– Sí, y nunca nos faltaba nada, nosotros cuidábamos nuestras cosas. Y si nos faltaba de alguna forma lo suplíamos, porque estábamos allá en la otra punta olvidados.

– **¿Se ha incrementado el control?**

– Sí, en todo el hospital, porque es la política del hospital.

– **¿Y la escasez de los recursos a qué se debe?**

– Política, vos sabés que todo se maneja por política. La Salud Pública siempre fue el último orejón del tarro, imagináte lo que puede llegar a ser SM. Dijera una profesora mía: “la SM es la hermana pobrísima de la salud, porque nadie la quiere y nadie la escucha”.

– **¿Así te sentís vos trabajando en el Servicio?**

– No, porque ahora, en este momento, vemos que no solamente somos nosotros, es una política más generalizada, lo cual es más triste todavía. Porque medianamente acá podemos acomodarnos pero en otros servicios no hay agujas, jeringas, guantes, muy lastimoso todo, pobre.

– **Teniendo en cuenta tus vivencias en el anterior Servicio y en éste ¿creés que la manera en que está planteada acá la práctica ayudó a la aplicación de la LNSM?**

– En la parte edilicia no. Por empezar, un SSM no puede estar nunca en un tercer piso, tiene que estar en planta baja, lo ideal hubiera sido que tuviera una entrada propia, no por discriminar, consultorios para SM, no los consultorios dentro de una guardia general. Es todo abajo, todo en la guardia. Entrevistas y esas cosas. Algo positivo es que nosotros allá estábamos acostumbrados a atender la parte de internación y la guardia, ahora ya nos desligamos de lo que la atención en la guardia, solamente vemos a los pacientes están internados, pero por otro lado perdés mucho contacto, porque nosotros, por ejemplo, habíamos adquirido una capacidad de memoria, de verle las caras y reconocer cuándo habían venido a una consulta de guardia, los médicos los ven y no se acuerdan a veces. Perdimos el conocimiento del paciente y de su historia.

– **¿Cómo notás vos que afectó el traslado al trabajo interdisciplinario?**

– Los agentes de planta hacen guardias activas de las 8 de la mañana las 8 de la noche, y te quedás solo. Esa es otra de las cosas que tenemos negativas, estamos solos. El enfermero queda solo. Eso se nota y se extraña mucho la compañía, antes éramos por lo

menos dos. Hemos perdido esos vínculos de poder conversar, opinar, qué te parece si tal cosa, o se puede hacer tal otra.

– **¿Cómo te enteraste vos que se iba a trasladar el Servicio, cómo lo tomaste y cómo se fue dando el proceso?**

– A menos de mitad de año del traslado, que fue en diciembre, se empezó a correr el rumor, nosotros decíamos que era imposible por las características del Servicio y los pacientes. Después llegó julio, agosto, y seguíamos con la incertidumbre que generó mucha ansiedad, muchos sentimientos encontrados, mucha gente que no quería venirse, entonces empezaron a buscar hacia donde podían dirigirse, algunos se acomodaron en otro lado, a último momento en diciembre dijeron: nos vamos. Bueno, vamos. Se empezó un lunes con una reunión, luego a recibir la guardia y me dijeron: “antes de que termine diciembre tenemos que estar en el hospital nuevo, hay que empezar a trasladar las cosas”. Bueno, primero y principal no sabíamos dónde íbamos, qué capacidad teníamos, no sabíamos nada. “¿Qué vamos a hacer con lo que dejamos ahí... podemos llevar esto?”... “No, no entra”, “¿dónde van a ir los pacientes, la tv, donde van a estar? no van a tener lugar para...”. Yo trabajé acá el 31 y el 1 a la noche, sola, con la residente de psicología.

– **¿Cómo viviste esa experiencia?**

– No me gustó al principio, acostumbrarse a estar encerrado en estas cuatro paredes es feo, extrañar el patio, extrañar el silencio, volver a reconocer los ruidos del hospital en sí, yo siempre digo que los enfermeros de SM nos adaptamos a cualquier lugar. Hemos vivido siempre el desarraigo... Cambian las políticas, el gobernador las leyes y cambian de lugar el Servicio, siempre fue así, históricamente SM fue llevada de un lado a otro.

– **¿De quién depende la decisión de trasladar el Servicio?**

– Supuestamente viene de una instancia de gobierno, pero yo creo que no, son los jefes los que deciden. A mí, personalmente, me molesta mucho todo lo que es político y poder, porque está mal usado, no piensan en el paciente, el paciente les importa un rábano, no está pensado el hecho de que vamos a ayudar, a lo mejor me equivoco, ojalá me equivoque, tengo unos cuantos años en esto, la parte de SM viene siendo la más pobre, la que menos les interesa, en la que menos quieren invertir... el loco ocasiona gastos, no deja nada. Las leyes son buenas, las ideas liberales son buenísimas, ¿pero en la práctica? Cuando hablamos de la integración de la SM al hospital general, pero los pacientes necesitan espacio al aire libre, la sala común donde se puedan sentar a tomar mates, charlar, no pueden estar confinados en una habitación. Tiene que haber casa de medio camino, yo conozco una sola que es privada. Muchos pacientes van a quedar expulsados del sistema, el paciente psiquiátrico puede tener una pensión otorgada por la provincia pero no le alcanza, si la provincia no tiene medicación para el hospital. La impresión que me dio siempre fue no de integración, sino de desaparición.

– **Muchas gracias por tu tiempo.**

Anexo III: Notas de campo

1. En mi primera visita al SSM lo primero que me llama la atención es el ingreso al sector internación. Una puerta abierta separa un hall de grandes dimensiones, de una puerta cerrada que exhibe dos carteles: uno de ellos especifica los horarios de visita a los pacientes internados, el otro indica que el acceso a UTI es por el otro ingreso al hospital, junto con la inscripción “prohibido pasar”. Detrás de esta puerta cerrada se puede ver el pasillo de SM. La sensación que me provoca leer los carteles es de gran confusión. Decido abrir la puerta e ingresar al pasillo, a pesar de la prohibición, cuando lo hago nadie repara en mi presencia, las puertas de las habitaciones de los internos están abiertas, pienso que cualquier persona podría ingresar a cualquiera de ellas sin ser advertido. Me dirijo al office de enfermería y hablo con una de las enfermeras.
2. Tres pacientes conversan y fuman en el espacio completamente cerrado y sin ventilación. Se apoyan en una baranda enfrentada a un gran ventanal que ofrece una visión panorámica del espacio exterior. Contemplan “el afuera” con tristeza (o nostalgia) en el rostro y fuman, lo hacen continuamente. Esto me hace pensar en que los pacientes han podido apropiarse del espacio, el fumar en un espacio cerrado es un elemento que se observaba en el anterior edificio, en aquél no había ninguna prohibición sobre este acto, me pregunto si en este espacio sí la hay.
3. Otros pacientes caminan permanentemente de un lado a otro, atraviesan una y otra vez la “puerta prohibida”. Dueños de su espacio, sobre ellos no recae ninguna prohibición.
4. Una paciente conversa animadamente con sus familiares, ellos ocupan las únicas cuatro sillas del gran hall, la paciente permanece parada y se mueve exageradamente, como haciendo una semblanza de bienestar. Ella indica amablemente a un visitante desconocido por donde tiene que dirigirse para llegar a otro servicio del hospital y sonríe. Conoce los espacios, se expresa como quien recibe visitas en el living de su casa.
5. Algunos visitantes experimentan la misma confusión que yo experimenté en mi primera visita, estaqueados frente a la “puerta prohibida” dudan sobre qué hacer en ese espacio intermedio entre el adentro y el afuera: ¿golpear, esperar, pasar?
6. El cartel que indica el área de “Salud Mental” está escrito con fibrón y pegado con cinta sobre otra inscripción que probablemente, tiempo atrás, haya indicado otra cosa. Esto me hace pensar que el SSM vino a ocupar un espacio que no había sido pensado a priori. El cartel improvisado sugiere un intento de apropiación de un espacio originalmente destinado a otro servicio, en otros términos, la resignificación o reconstrucción de un espacio.
7. En una de mis visitas se me acerca un paciente a quien conocí en el contexto de mis prácticas profesionales en el viejo hospital. Me dice que se encuentra muy aburrido, no sabe qué hacer, cómo matar el tiempo. Otro paciente se acerca cuando nos ve conversar y enfatiza la sensación del aburrimiento. Ambos esperan ansiosos el momento de dejar el SSM.

8. Esperando a una de las profesionales que me daría una entrevista, en el espacio donde funciona el HD, se me acerca una compañera de la Universidad que actualmente trabaja como tallerista voluntaria en el HD. Le comento qué estaba haciendo yo allí y me recomienda armarme de paciencia, porque el SSM es un desorden: “hay mucha demanda y poco personal, no les falta voluntad para el trabajo, pero se organizan como pueden. Sobre todo los residentes, desde mi punto de vista son muchas las horas que trabajan. Y otro tema es que hay pocos psicólogos ¡y es un SSM! entonces también están a full”.

Anexo IV: Carta de presentación y consentimiento para una autoridad de la Institución

Río Cuarto, 29 de marzo de 2016

Dr. Jorge Berlaffa

Jefe de Medicina Interna del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua

De mi mayor consideración,

Me dirijo a usted a fin de solicitarle autorización para llevar a cabo una investigación en el Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, en el marco de mi Trabajo final de graduación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21.

La meta de este estudio es conocer las representaciones sociales de los profesionales del área de Salud Mental de dicha Institución, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales, a partir del traslado del Servicio al Hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

La investigación implica:

1. El registro oral de entrevistas que serán realizadas en sesiones de entre 40 y 60 minutos a los participantes de la investigación: profesionales que se desempeñan en el Servicio de Salud Mental. 2. El registro, en un diario de campo, de datos observacionales recogidos en la Institución.

A través de estos instrumentos se recolectará información sobre los componentes conceptuales, actitudinales y prácticos de las representaciones sociales de los profesionales del Servicio.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Para garantizar la confidencialidad, las respuestas de los entrevistados serán anónimas.

A continuación se presenta un consentimiento informado que usted deberá firmar, posterior lectura. El mismo quedará a disposición del investigador, bajo las normas de estricta confidencialidad.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento, durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto si así lo decide, sin que eso lo perjudique de ninguna forma. Si usted desea información acerca de los resultados obtenidos en general, puede ponerse en contacto vía e-mail a la siguiente dirección: villarrubiamariano@gmail.com, y una vez finalizado el análisis de datos, y ser aprobado por la Comisión Evaluadora, se le enviará un resumen del mismo.

Desde ya muchas gracias.

Mariano Daniel Villarrubia
Estudiante de Lic. en Psicología

Firma: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jorge Berlaffa, he sido informado por el estudiante de Lic. en Psicología, Mariano Daniel Villarrubia, de la Universidad Siglo 21, acerca de un proyecto de investigación, cuyo objetivo es Conocer las representaciones sociales de los profesionales del área de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al Hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

La investigación implica: 1) el registro oral de entrevistas que serán realizadas en sesiones de entre 40 y 60 minutos a los participantes de la investigación: profesionales que se desempeñan en el Servicio de Salud Mental; 2) el registro, en un diario de campo, de datos observacionales recogidos en la Institución.

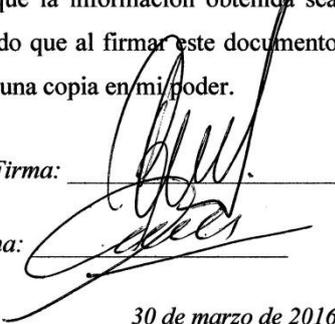
A través de estos instrumentos se recolectará información sobre los componentes conceptuales, actitudinales y prácticos de las representaciones sociales de los profesionales del Servicio.

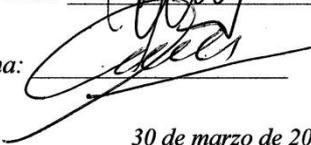
Los datos registrados serán confidenciales, sólo conocidos por el estudiante a cargo de la investigación y sus directores. La información será analizada e interpretada por el investigador y de ninguna manera se identificará a los participantes. La información proporcionada será utilizada con fines científicos para describir las representaciones sociales de los profesionales. Los resultados de este estudio serán presentados a los integrantes de la Comisión Evaluadora del trabajo final de graduación, Lic. Diego Tachella y Lic. Natalia Gontero, con el fin de obtener (el investigador) el título de Lic. en Psicología.

Igualmente, estoy informado de que la participación de las personas que integran la comunidad de la cual soy autoridad es absolutamente voluntaria, que pueden negarse a dar información y que tienen derecho a retiro de dicho proceso sin expresión de causa y sin consecuencias negativas por ello.

Si tengo alguna pregunta o duda puedo dirigirme a Mariano Villarrubia, estudiante de la Universidad Siglo 21, su correo electrónico es villarrubiamariano@gmail.com.

De acuerdo a lo anterior y en total conocimiento otorgo mi acuerdo voluntario, para que la comunidad que represento participe de la investigación y para que la información obtenida sea compartida con fines científicos y profesionales. Doy por entendido que al firmar este documento señalo la aceptación de las condiciones que se estipulan, quedando una copia en mi poder.

NOMBRE DE LA AUTORIDAD: NUEVO HOSPITAL RIO CUARTO
"SAN ANTONIO DE PADUA"
JORGE A. BERLAFFA
JEFE
Departamento de Medicina Interna Firma: 

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Villarrubia, Mariano Firma: 

30 de marzo de 2016
Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua

Anexo V: Carta de presentación para Participantes de Investigación

Carta de presentación para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Mariano Villarrubia, estudiante de la carrera de Psicología en la Universidad Siglo 21. La meta de este estudio es conocer las representaciones sociales de los profesionales del área de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al Hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

A quienes accedan a participar en este estudio, se les pedirá que brinden una entrevista en profundidad, con una duración aproximada de 50 a 60 minutos.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán anónimas.

A continuación se presenta un consentimiento informado que ustedes deberán firmar, posterior lectura. El mismo quedará a disposición del investigador, resguardando con respeto la intimidad del participante, bajo las normas de estricta confidencialidad.

Si tienen alguna duda sobre este proyecto, pueden hacer preguntas en cualquier momento, durante su participación en él. Igualmente, pueden retirarse del proyecto si así lo deciden, sin que eso los perjudique de ninguna forma. Si ustedes desean información acerca de los resultados obtenidos en general, pueden ponerse en contacto a través de e-mail a la siguiente dirección: villarrubiamariano@gmail.com, y una vez finalizado el análisis de datos, y ser aprobado por la Comisión Evaluadora, se les enviará una copia del mismo.

Desde ya agradezco su participación.

Firma: _____

Mariano Villarrubia

Estudiante de Lic. en Psicología

Legajo: PSI01781

Anexo VI: Consentimientos Informados de participación en la Investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

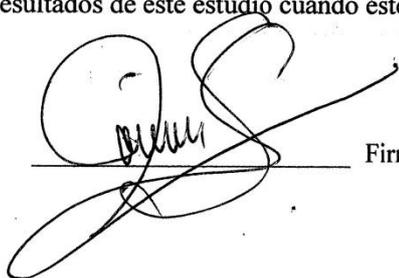
Acepto participar voluntariamente de esta investigación conducida por Mariano Daniel Villarrubia, estudiante de Psicología de la Universidad Siglo 21. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en conocer las representaciones sociales de los profesionales del área de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al Hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Me han indicado también que mi colaboración en este estudio consiste en brindar información acerca de cómo percibo mi práctica profesional en el nuevo contexto institucional.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Mariano Daniel Villarrubia, a través del e-mail: villarrubiamariano@gmail.com

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.



Firma del participante

Fecha: 20/03/16

Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua

CONSENTIMIENTO INFORMADO

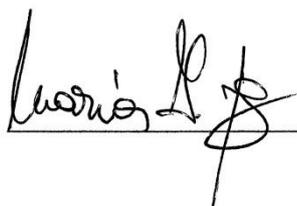
Acepto participar voluntariamente de esta investigación conducida por Mariano Daniel Villarrubia, estudiante de Psicología de la Universidad Siglo 21. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en conocer las representaciones sociales de los profesionales del área de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al Hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Me han indicado también que mi colaboración en este estudio consiste en brindar información acerca de cómo percibo mi práctica profesional en el nuevo contexto institucional.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Mariano Daniel Villarrubia, a través del e-mail: villarrubiamariano@gmail.com

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.



Firma del participante

Fecha: 13/4/16.

Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente de esta investigación conducida por Mariano Daniel Villarrubia, estudiante de Psicología de la Universidad Siglo 21. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en conocer las representaciones sociales de los profesionales del área de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al Hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Me han indicado también que mi colaboración en este estudio consiste en brindar información acerca de cómo percibo mi práctica profesional en el nuevo contexto institucional.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Mariano Daniel Villarrubia, a través del e-mail: villarrubiamariano@gmail.com

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.



Firma del participante

Fecha: 01/04/16

Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua

CONSENTIMIENTO INFORMADO

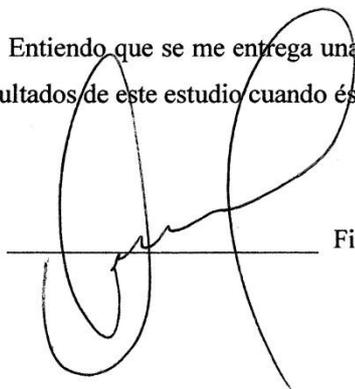
Acepto participar voluntariamente de esta investigación conducida por Mariano Daniel Villarrubia, estudiante de Psicología de la Universidad Siglo 21. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en conocer las representaciones sociales de los profesionales del área de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al Hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Me han indicado también que mi colaboración en este estudio consiste en brindar información acerca de cómo percibo mi práctica profesional en el nuevo contexto institucional.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Mariano Daniel Villarrubia, a través del e-mail: villarrubiamariano@gmail.com

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.



Firma del participante

Fecha: 28/03/16

Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente de esta investigación conducida por Mariano Daniel Villarrubia, estudiante de Psicología de la Universidad Siglo 21. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en conocer las representaciones sociales de los profesionales del área de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de pacientes con padecimientos mentales a partir del traslado del Servicio al Hospital polivalente, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Me han indicado también que mi colaboración en este estudio consiste en brindar información acerca de cómo percibo mi práctica profesional en el nuevo contexto institucional.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Mariano Daniel Villarrubia, a través del e-mail: villarrubiamariano@gmail.com

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.



Firma del participante

Fecha: 29/03/16.

Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua

Anexo VII: Disposición interna N° 17/14 del Nuevo Hospital San Antonio de Padua



Ministerio de
SALUD



VISTO:

Las dificultades operativas, técnico-prestacionales y administrativas que se generan por el hecho de tener dos sedes físicas emplazadas a una distancia aproximada de ocho kilómetros una de la otra.

La importancia de unificar las prestaciones en sistemas operativos que ofrezcan la estabilidad de los subsistemas que lo componen.

Que el Servicio de Salud Mental permanece con su sede en dependencias de la antigua sede hospitalaria.

La desigualdad de condiciones en que se encuentran ambas sedes, y específicamente el Servicio de Salud Mental en cuanto a capacidad instalada, acceso a recursos tecnológicos, etc.; y las limitadas posibilidades reales de mejoramiento de dichas condiciones.

Que la nueva sede hospitalaria no cuenta con prestaciones en la disciplina salud mental para atender la demanda interna.

Que la Sección Salud Mental Infantojuvenil se encuentra separada orgánicamente y funcionalmente del Servicio de Salud Mental y operando en espacios edilicios distantes. Y

CONSIDERANDO:

1) Que las dificultades para la unificación de las dos sedes radica en que el nuevo edificio se encuentra casi al límite de su capacidad física y sin posibilidades de ampliación. Motivo por el cual quedan dependencias técnicas y operativas funcionando en el antiguo predio hospitalario. Lo cual no justifica ni cambia la necesidad de reordenamiento estratégico, principalmente de los servicios técnicos, que como subsistemas, deben conformar un sistema prestacional ordenado, eficiente y con el aprovechamiento óptimo de recursos. Donde además del motivo mencionado anteriormente, se presentan las dificultades propias de la operatoria cotidiana,

ya que las Unidades que funcionan en el viejo hospital dependen de la nueva sede tanto en el aspecto operativo como en el administrativo; lo cual con mucha frecuencia genera inconvenientes, extravíos de objetos y documentación, desaprovechamiento del tiempo dado que la distancia existente entre ambas sedes insume como mínimo veinte minutos en el traslado, interferencias comunicativas, gastos extras de traslado en los agentes principalmente en los de conducción y en toda situación que un agente tenga que realizar trámites y gestiones administrativas, problema que no tienen los agentes que se desempeñan en la sede principal y que los aventaja respecto de aquellos; y varios otros motivos que, como es esperable y natural, se presentan ante estas condiciones de distribución edilicia. Por otra parte, y de manera conjunta con las dificultades operativas y administrativas, es de destacar que esta situación no permite la implementación de acciones articuladas entre las Unidades asistenciales de diferentes disciplinas y especialidades, con lo cual se sostiene una concepción ideológica y política de fragmentación entre la salud física y la psíquica cuando, las nuevas tendencias reflejadas en las recomendaciones de los organismos internacionales y sus respectivos fundamentos teóricos, orientan a la concepción del proceso salud-enfermedad desde un punto de vista holístico, integral e integrador y no de fragmentación y parcialización. De lo que se deduce que la actual disposición edilicia y las consecuentes dificultades operativas que de ella se derivan, es determinante de una modalidad de atención que parte de un supuesto de división dicotómica del sujeto-paciente y de la comunidad, totalmente contrario a los postulados actuales.

2) Que la infraestructura edilicia, instalaciones y equipamiento de algunos de los edificios existentes en la sede antigua del Hospital y que actualmente continúan destinados a actividades operativas o técnicas en salud, se encuentra en condiciones de ostensible deterioro dado al desgaste propio del tiempo y el uso intensivo. Consecuentemente las necesidades de reparaciones son progresivamente mayores y más frecuentes; y el mantenimiento preventivo redundante en costos excesivos para la capacidad financiera y presupuestaria del Hospital. Existiendo la posibilidad que esos recursos, tanto materiales como financieros, se puedan concentrar en lugares más reducidos, con lo cual se optimizaría su utilización siguiendo el criterio de

racionalidad y concentración en la asignación de recursos, según surge de las teorías aceptadas sobre diseño estratégico de presupuestos en salud.

3) Que la actual situación del Servicio del Salud Mental, en lo referido a las características de sus prestaciones y el tipo de patologías que se tratan, ha girado hacia un modo de abordaje de la salud mental en consonancia con los principios filosóficos y epistemológicos en los que se enmarca la Ley 9848 de Salud Mental de la Provincia de Córdoba y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013; en consonancia a su vez con los pronunciamientos internacionales en materia de sistemas de atención y garantías a las personas con padecimientos psíquicos; y que ese cambio en las prácticas va acompañado de un cambio en el perfil de la institución también acorde a lo promovido desde las nuevas tendencias y legitimado mediante los instrumentos legales mencionados. Por todo lo cual no se encuentra que existan motivos razonables y valederos para seguir sosteniendo el funcionamiento del Servicio de Salud Mental escindido de la estructura hospitalaria central, siendo que esta organización genera más inconvenientes que beneficios. Al tiempo que la disponibilidad de infraestructura edilicia, operativa, de servicios e instalaciones en la nueva sede permite la adecuación para que el mencionado Servicio comience a efectuar sus prácticas y prestaciones en la sede nueva del Hospital.

4) Que todo lo expuesto con sus respectivos argumentos ha sido presentado al Sr. Secretario de Salud para la Región Sur en reunión mantenida en la Sede local de Gobierno Provincial; contando para lo dispuesto con su pleno acuerdo y aval, por considerarlo una medida razonable y acorde a la política en Salud Mental que sostiene el Ministerio a través de su dependencia específica, la Dirección de Programas de Salud Mental.

Por lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas por Decreto 156/D/1961.

EL DIRECTOR DEL NUEVO HOSPITAL "SAN ANTONIO DE PADUA"

DISPONE

Art. 1° **ORDENAR** el traslado del Servicio de Salud Mental, que actualmente se encuentra emplazado y funcionando en la sede hospitalaria de Gral Mosconi 426 —Pabellones N° 5 y 6—, al edificio central del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, sito en Guardias Nacionales 1027.

Art. 2° **ENCARGAR** al Sr. Sub Director la coordinación y ejecución de dicho traslado y facultarlo para, de ser necesario, la conformación de una comisión provisoria ejecutora de la medida ordenada.

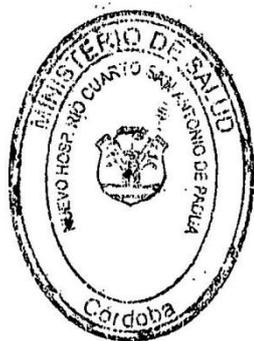
Art. 3° **ORDENAR** a la jefatura de Patrimonial el correspondiente relevamiento de los bienes patrimoniales y sus efectos correspondientes: bajas, traslados, registro y todo cuanto sea conforme a procedimientos, a los fines de la regularización.

Art. 4° **SOLICITAR** a los responsables de Areas y Unidades se pongan a disposición para atender los requerimientos que de esta Disposición se deriven; para lo cual deberán reconocer el rol de coordinación de las operaciones que fuera delegado en el Sr. Sub Director.

Art. 5° **ESTABLECER** como período máximo destinado al efectivo traslado: entre el uno de agosto y el treinta y uno de diciembre del corriente año.

Art. 6° **PROTOCOLICÉSE**. Notifíquese a: Sr. Jefe de Departamento de Medicina Interna. Sra. Jefa de Servicio de Salud Mental. Sra. Jefa de Servicio de Enfermería. Sra. Jefa de Servicio de Emergentología. Sra. Jefa de Sección Trabajo Social. Sra. Jefa de Sección Salud Mental Infantojuvenil. Sra. Jefa de Area Gestión de Calidad en Atención Hospitalaria. Sra Jefa de Sistemas informáticos. Sra. Jefa de Archivo Central. Srta. Jefa de Recursos Humanos. Sr. Jefe de Logística. Sra. Jefa de Asesoría de Prensa y Comunicación Institucional.

Dese conocimiento a la Secretaría de Salud para la Región Sur. Cumplido, archívese.




NUEVO HOSPITAL
SAN ANTONIO DE PADUA
HÉCTOR ANTONIO SCHIAROLI
Director

DISPOSICIÓN INTERNA N° 17/14.-

SECRETARIA GENERAL

Nuevo Hospital Central de Río Cuarto San A. De Padua. Río Cuarto, 2 de septiembre

de 2014 -

Formulario Descriptivo del Trabajo Final de Graduación

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR Y DIFUNDIR TESIS DE GRADO A LA UNIVERIDAD SIGLO 21

Por la presente, autorizo a la Universidad Siglo 21 a difundir en su página web o bien a través de su campus virtual mi trabajo de Tesis según los datos que detallo a continuación, a los fines que la misma pueda ser leída por los visitantes de dicha página web y/o el cuerpo docente y/o alumnos de la Institución:

Autor – Tesista	VILLARRUBIA, MARIANO DANIEL
DNI	31.591.997
Título y Subtítulo	LA CONSTRUCCIÓN SIMBÓLICA Y COLECTIVA DE UN NUEVO ESPACIO PARA EL PADECIMIENTO SUBJETIVO Representaciones Sociales de los profesionales del Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, sobre la modalidad que ha asumido la atención de sus pacientes a partir del traslado del Servicio, en el contexto de las disposiciones establecidas en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
Correo Electrónico	villarrubiamariano@gmail.com
Unidad Académica	UNIVERSIDAD SIGLO 21
Datos de la Edición	RÍO CUARTO, CÓRDOBA. AGOSTO DE 2016

Otorgo expreso consentimiento para que la copia electrónica de mi Tesis sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21 según el siguiente detalle:

Texto Completo de Tesis	SÍ
--------------------------------	-----------

Publicación Parcial	
----------------------------	--

Otorgo expreso consentimiento para que la versión electrónica de este libro sea publicada en la en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21.

Lugar y fecha: Río Cuarto, Córdoba, Agosto de 2016.

Firma autor-tesista

Aclaración autor-tesista

Esta Secretaría/Departamento de Grado de la Unidad Académica:

certifica que la tesis adjunta es la aprobada y registrada en esta dependencia.

Firma autoridad

Aclaración autoridad

Sello de la Secretaría/Departamento de Grado