



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Tesinas de Grado

Griselda Soledad Meza

“Y fui por la guardia otra vez...” : Salud Mental - La salud en emergencia

2024

*Instituto de Ciencias Sociales y
Administración*

Carrera: Licenciatura en Trabajo Social



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución – No comercial – Sin obra derivada 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Meza, G. S. (2024). “Y fui por la guardia otra vez...” Salud Mental - La salud en emergencia [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/2894>



Plan de Trabajo de Tesina Final de Licenciatura en Trabajo Social

“Y fui por la guardia otra vez...”

Salud Mental - La salud en emergencia.

Tipo de Tesina: Investigación

Área temática: Salud Mental

Estudiante: Griselda Soledad Meza

DNI: 32864996

E-mail: grimeza87@gmail.com

Fecha de entrega: 03/04/2024

Directora: Lic. Ana Laura Steiman

E-mail: asteiman@unaj.edu.ar

Agradecimientos:

A Dios por todo mi ser, a María mi gran referente que me enseñó a transitar este y otros procesos con el corazón puesto en la esperanza de aquel que no defrauda.

A mi Patria por la que nací, la que me impulsa trabajar con dedicación y valentía, ahí donde los laureles son eternos y donde anhelo estar para siempre.

A toda mi familia, muy especialmente a mis hijos Mateo y María José, mis padres, hermanos, sobrinos, cuñados, amigos y a toda mi comunidad.

A mi tutora Ana Laura, que me dijo sí desde el primer momento y me acompañó en este paso final de la carrera, le estoy infinitamente agradecida por todo el apoyo y sus grandes recomendaciones para mi trabajo.

A la Universidad Nacional Arturo Jauretche que me posibilitó concretar esta carrera tan maravillosa que es el Trabajo Social donde cada paso es un logro que compensa todo esfuerzo, a todos mis profesores y compañeros/as, para todos ellos/as de quienes aprendí tanto, todos mis respetos y cordiales cariños.

A todo el que lea este escrito: “Cuando uno busca la verdad y la justicia, encuentra siempre la paz. Y la paz no se obtiene sino en el bien común, el bien que no se busca a sí mismo, sino que busca la unidad y esa unidad está en todo y en todos, esa unidad es el Amor. Un día me encontré hablando con él, yo lo encontré y es Dios” Griselda :).

Resumen

El presente Trabajo, se lleva a cabo para la obtención del Título de grado de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional Arturo Jauretche. El tema seleccionado ha sido Salud mental en el sistema de salud pública, con el objetivo de indagar las acciones dirigidas a cumplir las normativas de la Ley de salud Mental N.º 26.657 en la atención dentro del hospital Mi Pueblo de Florencio Varela, entre octubre del 2023 y febrero del 2024. Durante este período, se realizaron entrevistas abiertas/etnográficas a personas que han sido diagnosticadas con enfermedades mentales, sus familiares y a profesionales de la salud dentro del dispositivo de atención. Para poder desarrollar dicho trabajo, se recuperan algunos conceptos relevantes al tema que nos ocupa a partir de la bibliografía revisada para introducirnos y comprender la problemática a fin de analizar la puesta en acción desde el Estado, y la visión interdisciplinaria en relación con la integración de la Ley de Salud Mental a los dispositivos de salud.

Palabras clave: Salud mental – Sistema público de salud – dispositivos de intervención social – papel del trabajo social.

Abstract

This work is carried out to obtain the Bachelor's Degree in Social Work from the Arturo Jauretche National University. The selected topic has been Mental health in the public health system, with the objective of investigating the actions aimed at complying with the regulations of the Mental Health Law No. 26,657 in care within the Mi Pueblo Hospital of Florencio Varela, between October 2023 and February 2024. During this period, open/ethnographic interviews were conducted with people who have been diagnosed with mental illnesses, their family members, and health professionals within the care system. In order to develop this work, some concepts relevant to the topic at hand are recovered from the reviewed bibliography to introduce ourselves and understand the problem in order to analyze the implementation from the State, and the interdisciplinary vision in relation to the integration of the Mental Health Law to health devices.

Keywords: Mental health – Public health system - social intervention devices - role of social work

Índice

Título: “Y fui por la guardia otra vez” Salud Mental- La salud en emergencia.

<i>Agradecimientos:</i>	2
Resumen.....	3
Abstract.....	3
Índice	4
Introducción	5
Capítulo 1 “El estado de la cuestión: Salud Mental”	8
Metodología de la Investigación	8
Antecedentes - Estado del Arte	10
Ejes temáticos:.....	10
Eje temático N°1: “Manicomio vs Desmanicomialización”	10
Eje temático N°2: “Dispositivos de intervención en Salud Mental y rol del Trabajador/a Social”	11
Eje temático N°3: “La afectividad en la cuestión social y el tratamiento de la salud mental”	13
Capítulo 2: “El contexto y la definición: Salud Mental”	14
Contextualización del objeto de estudio	14
Marco Teórico	15
Capítulo 3: “Relevamiento y Análisis de los datos obtenidos”.....	20
Capítulo 4: “Las voz de la experiencia ante el padecimiento”	28
Conclusiones y sugerencias: “Con los pies en la realidad camino hacia la transformación”	33
Actividades y Cronograma para la realización de la tesina	36
Factibilidad	37
Bibliografía y fuentes.....	38
Anexos	41
Anexo I	41
Anexo II	63

Introducción

El presente trabajo, es un escrito final para la obtención del Título de grado de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional Arturo Jauretche que busca contribuir al conocimiento de uno de los problemas sociales más complejos en la actualidad, y en particular, de nuestra provincia de Buenos Aires, y más precisamente en el Partido de Florencio Varela en el Gran Buenos Aires sur.

Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) se define a la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (OMS, 2022¹). Es por ello importante tener en cuenta y conocer cuáles son esos dispositivos del sistema de salud pública que permite a los ciudadanos acceder a ese estado de bienestar.

Considerando además que dentro de las convenciones internacionales es el Estado quien debe garantizar sus derechos a los ciudadanos y bajo la normativa vigente de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657(en adelante LNSM) me atrevo a preguntar: ¿Cuáles son las causas dentro del dispositivo de salud, que determinan la atención y el tratamiento de personas con padecimientos en salud mental en un hospital monovalente?

Podemos reconocer que nuestras sociedades contemporáneas están atravesadas por relaciones de poder y desigualdad. En este contexto, las condiciones de vulnerabilidad social se agudizan cuando existe un padecimiento de salud mental. En muchos casos, las personas deben recorrer grandes distancias por no contar en su ciudad con hospitales o centros de salud que intervengan ante estas problemáticas.

Es por ello que el objetivo general de este trabajo es indagar cuáles son los dispositivos que inciden en la atención por salud mental en concordancia con la LNSM dentro del hospital Mi Pueblo de Florencio Varela entre el periodo 2023-2024.

Asimismo, se busca conocer dentro del dispositivo de salud del hospital Mi Pueblo el rol que ejerce el/la Trabajador/a Social en el campo de la salud mental, las características de los dispositivos de la salud mental y las experiencias de atención de las personas que atraviesan dicha problemática. Por ello los objetivos específicos son:

¹ <https://www.nationalgeographicla.com/ciencia/2022/11/que-es-la-salud-mental-segun-la-oms>

- 1) Describir las acciones implementadas actualmente por los profesionales de la salud mental dentro del Hospital y el rol incidente del Trabajador Social.
- 2) Registrar las experiencias de personas con padecimientos en su salud mental y su entorno en el acceso a la atención dentro del hospital Mi Pueblo de Florencio Varela.
- 3) Sugerir posibles intervenciones en salud mental desde el rol como Trabajadora Social.

Además de la revisión bibliográfica sobre la temática, se realizaron entrevistas abiertas etnográficas a profesionales que trabajan en salud mental y familiares de personas con padecimientos en su salud mental que actualmente se encuentran realizando su tratamiento. Estas entrevistas nos permitirán obtener descripciones de la realidad que experimentaron o que viven sus protagonistas (entrevistados). Asimismo se buscará desarrollar el análisis desde un enfoque social teniendo en cuenta textos de los siguientes autores: Foucault, Carballada, Goffman, Bourdieu, entre otros. El trabajo cuenta con el desarrollo de 4 (cuatro) capítulos y conclusiones, que mantendrán un lineamiento desde el enfoque social y reflexivo que nos permita pensar en acciones que mejoren las futuras puestas de nuestra labor como trabajadores/as sociales entrelazando redes y acortando las distancias.

Los capítulos se desarrollarán en el siguiente orden:

Capítulo 1: "El estado de la cuestión: Salud Mental"

En este primer capítulo se expone la *Metodología de la Investigación*, donde se describen las técnicas de recolección de datos y los *Antecedentes- Estado del Arte* en el que se informan investigaciones realizadas anteriormente sobre el tema y el marco normativo que encuadra la salud mental.

Capítulo 2: "Contexto y definición: salud mental"

En este capítulo se expone la *Contextualización del objeto de estudio* del trabajo y el *Marco Teórico* que dará cuenta de la teoría soporte del trabajo, los conceptos que se tuvieron en cuenta para la fundamentación y el planteamiento del problema desde la disciplina del Trabajo Social.

Capítulo 3: "Relevamiento y Análisis de los datos obtenidos"

En este capítulo se describe el objeto dentro de la institución, los dispositivos que responden a dicha problemática, la articulación institucional y el rol del trabajador social, así también como las demandas de las personas con padecimiento en su salud mental y sus familias desde la perspectiva del derecho.

Capítulo 4: “Las voz de la experiencia ante el padecimiento”

En este capítulo se recupera la voz de los familiares de personas que reciben atención por salud mental, sus experiencias atravesadas por esta problemática, el contexto social -familiar y los lazos sociales.

Conclusiones y sugerencias: “Con los pies en la realidad camino hacia la transformación”

Por último, se exponen “las conclusiones y sugerencias” respecto a la información recabada desde el rol como trabajadora social y a través de un enfoque de derechos.

Metodología de la Investigación

El presente trabajo de investigación es de carácter cualitativo, siguiendo el método etnográfico y diseño fenomenológico empírico comprendiendo un estudio exploratorio y descriptivo que permite conocer los alcances de la LNSM en la Provincia de Buenos Aires, dentro del Municipio de Florencio Varela, desde la perspectiva de los actores insertos en el campo. Siguiendo a Sampieri (2018) “La fenomenología empírica se enfoca menos en la experiencia del investigador y más en describir las experiencias de los participantes” (pág. 549). Es por ello que se realizan entrevistas abiertas etnográficas a profesionales que trabajan en el hospital Mi Pueblo de Florencio Varela y a personas con padecimiento en su salud mental y familiares de personas que fueron y son atendidas en dicho dispositivo de la salud, en el periodo de octubre del 2023 y febrero del 2024. El acercamiento previo a esta problemática consiste en conocer la experiencia de personas allegadas con padecimientos de salud mental, cuestión que da inicio al interés de investigación de este trabajo.

El criterio metodológico está fundado en los aportes de los informantes claves. Según la definición de Martínez (1991): “Los informantes claves son personas con conocimientos especiales, status y buena capacidad de información” (p.56). Siguiendo esta línea metodológica, esta investigación busca dar cuenta de las experiencias e interpretaciones particulares respecto del fenómeno estudiado desde un enfoque etnográfico (Guber, 2011, p. 16), es decir, recuperando la voz de sus propios protagonistas: profesionales de la salud, usuarios/as y familiares.

Tal y como lo expresa Sánchez (2012): “Las personas a medida que pasan a través de realidades diferentes, están constantemente interpretando y definiendo. Diferentes personas dicen y hacen cosas distintas porque cada persona tiene diferentes experiencias y ha aprendido diferentes significados sociales, así como se hallan en situaciones diferentes” (p. 14). Resulta importante entender también que una misma experiencia puede tener un impacto diferente en cada persona y que es necesario conocer a través de la experiencia. Es por eso que se realizaron las entrevistas abiertas a las personas que han participado y participan en el hospital, teniendo en cuenta la perspectiva nativa tal como propone Guber (2011), donde el informante describe la experiencia de los miembros del grupo social, reflejando así su punto de vista, valores y razones.

Las entrevistas² fueron diseñadas previamente de acuerdo con los objetivos de la investigación, se han realizado dos modelos de entrevistas: uno para los profesionales que trabajan en el hospital y otro para la personas con padecimiento en su salud mental y los familiares de personas con padecimiento en su salud mental que fueron atendidas o se atienden en el hospital. Se elaboró una guía de preguntas con tres ejes temáticos: 1) Trabajo cotidiano y apreciaciones generales de salud mental 2) Trabajo interdisciplinario en el dispositivo de salud mental 3) Promoción de la salud mental y cuestión social. En todos los casos las entrevistas fueron presenciales y virtuales y abiertas/etnográficas, es decir que, más allá del previo diseño de las preguntas, el diálogo con los distintos actores ha permitido indagar distintos emergentes surgidos en el encuentro y profundizar aspectos relevantes para la investigación.

El criterio del análisis fue realizado con el objetivo de dar cuenta de los alcances de la LNSM de acuerdo con la atención brindada en el hospital y la atención recibida. Tal es así que se buscó indagar sobre la salud mental dentro del dispositivo de atención del hospital Mi Pueblo, buscando la interpretación de las personas a través de sus experiencias, siguiendo a Denzin y Lincoln (2005): “Estudiar las cosas en sus escenarios naturales, tratando de entender o interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas le dan.” (p. 4). Se delimita como unidad de recolección de datos el periodo octubre 2023 y febrero 2024 donde se realizaron 5 (cinco) entrevistas, los entrevistados fueron: 1 (una) trabajadora social y 1 (una) persona con padecimiento en su salud mental que se atiende en el hospital Mi Pueblo y 3 (tres) familiares de personas que se han atendido y/o se atienden en dicho hospital. Para el análisis de los datos se utilizó la codificación axial, la cual según lo expresan Alvarez & Gayou (2003): “Se va dando cuando diferentes categorías y subcategorías o familias de códigos se relacionan entre sí, buscando encontrar una explicación” (p. 189). La comparación de datos tal y como lo expresa Samter (2017): “Permite formular teoría a través de la generación de categorías conceptuales que se construyen a partir de la evidencia empírica. A través de la cual se sintetiza o explicita lo que está ocurriendo en el área de estudio” (p. 138). Asimismo, el trabajo utiliza como guía las pautas éticas para ciencias sociales y humanidades garantizando consentimiento informado anonimato y confidencialidad y se adecúa a la normativa vigente que regula las investigaciones en la Provincia de Buenos Aires (Ley 11.044).

² Guías de entrevista disponibles en Anexo I

Antecedentes - Estado del Arte

El objeto del presente trabajo de investigación ha sido abordado desde el Trabajo Social siendo este uno de los campos básicos que conforman los equipos interdisciplinarios de la salud mental. Por lo que luego de realizar la búsqueda bibliográfica, con el criterio de brindar una mirada desde la especificidad del Trabajo Social y considerando, asimismo, el carácter interdisciplinario, se brinda a continuación el análisis de la cuestión que incluyen autores que describen la salud mental en hospitales de la Provincia de Buenos Aires desde tres ejes temáticos:

Eje temático N°1: La contraposición del modelo asilar y el modelo desmanicomializador propuesto con la sanción de la LNSM en el año 2010;

Eje temático N°2: Las estrategias de intervención profesionales presentes en la convivencia de ambos modelos en los dispositivos de atención en los hospitales, sobre todo el rol del Trabajador Social; y

Eje temático N°3: El lazo social-familiar que configura el acompañamiento de los procesos por tratamiento en salud mental.

Ejes temáticos:

Eje temático N°1: “Manicomio vs Desmanicomialización”

En este eje se pone de manifiesto lo que la Ley de Salud Mental N°26.657 viene a transformar en cuanto a la modalidad de tratamiento de las personas con padecimiento mental, a las cuales se las reconoce como sujetos de derechos, siendo así tratadas en hospitales generales y no en instituciones psiquiátricas. En caso de internación la misma debe ser breve y la internación involuntaria debe estar justificada de forma obligatoria y notificada ante un juez (Art. 1. 20. 21).

En el trabajo de investigación “Salud Mental en contextos de Internación Psiquiátrica: modalidades de tratamiento y abordaje a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657” (2017) la autora Sofía Ibarra, Lic. En Trabajo Social, problematiza los factores que tienen en cuenta los equipos interdisciplinarios del hospital Moyano para definir la modalidad de tratamiento -de internación o ambulatoria- que deben recibir las mujeres que se encuentran internadas. Investiga sobre las tensiones entre el modelo asilar y el modelo desmanicomializador que existen para la aplicación completa y acabada de los principios establecidos en la LNSM. Concluyó que las tensiones se deben a las prácticas y concepciones arraigadas en las lógicas manicomiales históricas que aún persisten en la actualidad como: las relaciones de poder construidas en el

campo de la Salud Mental, en donde la autoridad de la disciplina es la psiquiatría como saber único sobre el padecimiento mental en resistencia al abordaje interdisciplinario propuesto con la LNSM y coincidente con la investigación que se propone realizar en este trabajo; la concepción de las personas con padecimientos mentales como sujetos de derechos estableciendo a la internación como una modalidad de tratamiento excepcional y no de encierro estigmatizando a la persona por su padecimiento.

En “La experiencia del frente de artistas del Borda. *Locos son los que encierran*, los investigadores, Lic. en Comunicación Social, Malito, Paso y Terziotti (2014) evidencian la importancia de los tratamientos alternativos que propone el nuevo modelo de salud mental, a través de prácticas desmanicomiales que se realizan en un taller dictado en el Hospital Borda llamado Frente de Artistas del Borda- FAB- (El taller se lleva adelante por medio del voluntariado). En el taller se pone en tensión el modelo de encierro y se propone romper con la estructura manicomial, manifestando la resistencia a dicho modelo a través del arte. Se propone el arte como herramienta de denuncia y transformación en el campo de la Salud Mental. A través de las diversas experiencias artísticas que surgen como una alternativa terapéutica y de respuesta a la promoción y prevención devenidas de la LNSM las personas internadas tienden a la vinculación, a poder expresarse, al fortalecimiento de los lazos sociales. etc.

Eje temático N°2: “Dispositivos de intervención en Salud Mental y rol del Trabajador/a Social”

En el siguiente eje se recupera la modalidad de intervención propuesta por la LNSM donde se promueve que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario (áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, entre otras) integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados. Asimismo, en la Ley 26.657 se plantea la importancia de promover el desarrollo de dispositivos como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas que padecen trastornos mentales después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (Art. 8 y 9).

En el trabajo “Los Talleres Protegidos: salud mental y redes familiares y sociales: ¿construyendo procesos de inclusión social y autonomía? los autores De Brito y Lamas (2016), ambos Lic. en Trabajo Social, investigaron sobre los aspectos que favorecen o dificultan los

procesos de autonomía e inclusión social en personas con padecimiento mental. Analizan la incidencia de las redes familiares y sociales de las personas con padecimiento mental que participan en los Talleres Protegidos y la implicancia del acompañamiento activo familiar, para la promoción del bienestar de las personas en tratamiento. Llegan a la conclusión de que son múltiples los casos en los cuales no existe un acompañamiento activo familiar, a pesar de los espacios que brinda la Institución para promover la participación, teniendo en cuenta que este aspecto es favorable en los casos donde sí cuentan con acompañamiento.

Por su parte, en la investigación “Lo social y lo político: construcción de estrategias profesionales superadoras en la intervención en salud mental” la Trabajadora Social Lic. Consuelo Álvarez Livio (2022), indagó sobre los múltiples factores que inciden en que algunas personas transiten internaciones más allá de la fase aguda de su padecimiento mental y las características que adoptan las intervenciones de los equipos profesionales ante estas situaciones de extrema vulnerabilidad. De acuerdo a lo recabado observa que los factores principales que inciden en la extensión de las internaciones son: la falta de políticas públicas relacionadas al acceso a la vivienda protegida, ya que la mayoría de las personas que permanecen internadas en el hospital están en condición de calle y la falta de dispositivos o redes que organicen y sostengan la continuidad de los cuidados una vez que se dan de alta. Todos los profesionales sobre todo el Trabajador/a social dentro del campo actúa en función a los recursos a los que puede acceder dentro del hospital y las redes comunitarias.

Finalmente, en “Lo social y lo político: construcción de estrategias profesionales superadoras en la intervención en salud mental” los investigadores, ambos Lic. en Trabajo Social, De los Santo y D’Angelo Garcias (2023), problematizan sobre los factores que producen la permanencia prolongada de pacientes en la guardia de salud mental y qué acciones realizan los equipos interdisciplinarios para la implementación de la normativa vigente en materia de salud mental en la guardia de un Hospital General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Mediante análisis de casos concluyeron: que los objetivos tradicionales de la guardia vinculados a la urgencia se ven tensionados por nuevos emergentes sociales. Estas necesidades y demandas no son acompañadas por recursos y dispositivos que puedan dar respuesta a los mismos, en este sentido, la guardia logra garantizar la accesibilidad a la atención en salud mental a un conjunto de usuarios que por diversos motivos no logran acceder a otros.

Eje temático N°3: “La afectividad en la cuestión social y el tratamiento de la salud mental”

En este eje se abordará la importancia de los derechos integrales de las personas como así también la vinculación social y no discriminatoria ante el padecimiento mental: La LNSM plantea una serie de derechos dentro de los cuales se intentará abordar el Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; el derecho de ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por familiares y allegados; el derecho de ser asistido, por un familiar, abogado o allegado; el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria (Art. 7).

En el siguiente trabajo de investigación “La urgencia en salud mental: prácticas de autoatención y significados desde las familias” la autora, Lic. En Trabajo Social, Yasmín Dávalos (2016) investigó el significado de la urgencia para cada una de las personas que demandan una atención por guardia. La autora indaga las perspectivas de integrantes de diversas unidades familiares, que tienen en común estar atravesadas por el padecimiento mental en su cotidianidad, analizando las prácticas de atención de las familias y la configuración social y económica que las rodea, así también como las funciones de cuidado. El análisis se realizó por medio de un estudio de casos. Concluyó que la situación económica y social que rodea al padecimiento es la que configura las formas de cuidado de las familias y el ingreso por guardia es el dispositivo de mejor opción terapéutica o único de atención ante la falta de tratamiento. Observó además que en la mayoría de los casos el acompañamiento de cuidado de sus familiares enfermos lo realizan las mujeres.

Finalmente en el trabajo “Medidas de apoyo en salud mental, integración social y vida cotidiana” el autor Lic. en Trabajo Social Lucas Rizzo (2022), investigó el desarrollo de los procesos de integración sociocomunitaria de mujeres que atravesaron internaciones prolongadas en hospitales psiquiátricos y que participan en dispositivos de apoyo social. El Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS) es un dispositivo que favorece estrategias de sostenimiento en los procesos de externación e integración sociocomunitaria. Concluyó que a través de las prácticas implementadas en el programa por diversos talleres las usuarias lograban autonomía económica y social.

Capítulo 2: “El contexto y la definición: Salud Mental”

Contextualización del objeto de estudio

La presente investigación, comienza su desarrollo dentro un contexto histórico de elecciones donde nuestro país además cumplió 40 años ininterrumpidos de Democracia (1983-2023) y los ciudadanos volvimos a través de voto a elegir a nuestros gobernantes. En este periodo octubre 2023 y febrero 2024 la economía argentina ha sido un tema de discusión en los espacios políticos y sociales, por los altos índices de inflación y el cambio constante de precios en el mercado que afectó sobre todo a los sectores más populares. Con el cambio de Gobierno en diciembre de 2023 se agudizó la problemática inflacionaria y cambiaria en la economía argentina, los ajustes y la reducción del gasto público han desatado toda clase de críticas además de los altos índices de desempleo y aumento de servicios básicos para la población.

Las políticas públicas en argentina son una muestra de la presencia y la intervención del Estado, los mecanismos - dispositivos han ido cambiando de acuerdo con las demandas de los ciudadanos, es por ello que el presente trabajo se encuadra dentro del marco Normativo legislado en el año 2010 donde se sancionó la LNSM derecho a la Protección de la Salud Mental ³ la cual trajo un cambio de paradigma en cuanto a los derechos, la atención y los tratamientos de las personas con padecimientos mentales, dejando atrás el modelo asilar (manicomial) y adoptando un modelo desmanicomializador (enfoque ⁴comunitario).

El dispositivo asilar y tutelar producía prácticas de disciplinamiento moral y aislamiento del mundo social. Siguiendo a Foucault, lo que hacía (“era que”?) que una persona con padecimiento mental era considerada socialmente peligrosa y se la encerraba, siendo reconocida como incapaz y loca. Esta falta de autonomía reflejaba la restricción de sus derechos civiles y el sujeto quedaba librado a la autoridad y prestigio del hombre de razón, en este caso el médico Psiquiatra (Foucault, 2004, p.5). El modelo comunitario propuso una integración general en el sistema de salud y el desarrollo de dispositivos utilizando primeramente las estrategias de atención primaria de la salud, la promoción y prevención en la respuesta a las necesidades de internación, rehabilitación e inclusión social de las personas (Cohen & Natella, 2013, p.10). Este modelo actual que se propone desde la LNSM considera la integralidad de la persona, teniendo en cuenta su historia, los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, territoriales y entre otros.

³ Ley 26.657 Salud Mental. Ver Anexo II

⁴ <https://ius360.com/la-nueva-ley-de-salud-mental-un-cambio-de-paradigma/>

Marco Teórico

Para el marco teórico sobre el tema elegido, **salud mental**, se llevó a cabo una selección bibliográfica entre los que se consideran estudios e investigaciones, capítulos de libros y artículos de corte científico que nos permiten comprender la salud mental desde una problemática histórica, contraponiendo el modelo asilar y el modelo comunitario. El surgimiento del nuevo paradigma con la sanción de la LNSM, buscó mejorar la calidad de vida de los individuos a través de dispositivos interdisciplinarios que respondieron al bienestar social integral. Tal y como lo expresa Barg (2006):

La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. En la práctica, el Trabajador social en salud mental interviene juntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, etc.) procurando la integración de las diferentes disciplinas (p.5).

Siguiendo esta definición sabemos que, en nuestro país contamos con un Sistema de Salud Público que responde a las problemáticas de salud de los ciudadanos, como lo son las políticas públicas. Según Lindblom (1997) estas suponen un proceso político (Lindblom, 1997), en el cual el Estado ha logrado sostener la protección a los sectores más vulnerados de la sociedad dentro del marco normativo/democrático para finalmente generar derechos como lo es el acceso a la salud. Tal y como lo define Tobar (2000).

El sistema de Salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud de una determinada población. El sistema engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud (p. 11).

La LNSM es una respuesta del Estado argentino a la problemática de salud mental, cuya definición de la salud mental es:

Un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ley 26.657, 2010. Art. 3).

La Ley 26.657 LNSM fue sancionada en el año 2010 y promulgada en el año 2013, asumió como nuevo paradigma dentro del campo de la salud mental. El sistema de salud mental hasta ese momento ejecutaba el modelo asilar donde se ejercían dispositivos de control social y de poder sobre las personas con dichos padecimientos, adherido al sistema hegemónico de la salud mental con dispositivos que responden al encierro y disciplinamiento. Siguiendo a Foucault (1996) “El hospital psiquiátrico no excluye a los individuos, los vincula a un aparato de corrección y normalización. Si bien los efectos de estas instituciones son la exclusión de los individuos, su finalidad es fijarlos a un aparato de normalización de los hombres” (p.5). Para Foucault el poder es un término relacional y en lo disciplinario constituye los procesos de normalización que se caracteriza como la capacidad de dirigir la conducta del otro (p.10). Tal es así que a lo que se determinaba como anormal, “que no esté en su sano juicio” se lo encerraba como medida de control, prevención y ese encierro podía llegar a durar toda la vida. Tal como los llama Goffman (1973), son “Instituciones totales”. Los hospitales psiquiátricos se caracterizan por ser el lugar en donde los internados desarrollan todas las actividades de su vida diaria, bajo la obediencia a una misma autoridad. A su vez, estas actividades se desempeñan siempre en compañía de un gran número de personas (todos los que están internados), provocando la inexistencia de momentos de privacidad y soledad (p. 12).

Este paradigma de transformación de la salud mental con la LNSM implicó un cambio estructural muy importante en el sistema de salud, que ha generado resistencias y toma de posiciones. Siguiendo a Carballada (2005) la salud mental estaría dentro de las “problemáticas sociales complejas”, ya que constituyen nuevas formas de expresión de la cuestión social en contextos de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación; e irrumpen en un mundo en el cual el mercado aparece como gran disciplinador y en el que el orden simbólico y real de la vida cotidiana se presenta como efímero y sin sentido, en un contexto donde emergen una serie de derechos subjetivos difíciles de realizar (p. 3). Y es en estas nuevas formas de expresión donde se interpela a las Políticas Públicas, las Instituciones de Intervención Social y a la Intervención misma (p.4).

La intervención del trabajo social en el campo de la salud mental, como disciplina básica dentro de los equipos que conforman a la interdisciplina, ha contribuido a la relación de integralidad fundada en la comprensión de las nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecimiento. Así, siguiendo a Faraone (2013), “el enfoque en la noción de “padecer” condujo a problematizar la construcción de una categoría cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto; (...) se instituye la “subjetividad” como elemento sustantivo, no limitando la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas como “enfermedad” o “trastorno” (Faraone; 2013, p. 74). En este sentido como lo escribe Carballada (2004) “El

Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas y el mismo tiene mandato fundacional en la transformación a través de los diferentes objetivos y metas”(p.11).

En la actualidad y desde el surgimiento de la LNSM el sistema público de salud tuvo que incorporar la atención en salud mental en todos los hospitales generales. Sin embargo, esto no ha sido gradual, a pesar de las grandes demandas sociales asociadas a esta problemática luego del devenir de los efectos secundarios acarreados como consecuencia de la pandemia Covid-19, muchas personas se vieron privadas de dicha atención. Según lo mencionado por el ministro de salud de la Provincia de Bs As Kreplak (2023):

Al asumir la gestión en la provincia de Buenos Aires en diciembre de 2019, la salud pública, y en particular los servicios de atención en salud mental y consumos problemáticos se encontraban en un estado de profundo abandono, desarticulación y precariedad (p. 1).

A través del Plan Provincial integral de Salud Mental (en adelante Plan) 2022-2027 de la Provincia de Buenos Aires y en respuesta a la desigualdad del acceso al derecho de salud mental, se plasmó la voluntad y el compromiso del gobierno de La Provincia de Buenos Aires de transformar el modelo de atención en salud mental, hacia la construcción de un sistema de salud integral y solidario para los bonaerenses. Bivona, et al. (2023). Según se informa en su escrito el objetivo del Plan es:

El objetivo del Programa es potenciar y crear nuevos dispositivos comunitarios integrales, que brinden asistencia y cuidado en salud mental y consumos problemáticos teniendo como marco la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) ⁵y la continuidad de cuidados en la red de la que forme parte; Promover acciones tendientes a la construcción de redes en salud para potenciar los procesos de cuidado y asistencia en las comunidades; Impulsar y coordinar niveles y políticas de integración de los diferentes dispositivos en salud/salud mental provinciales. Y potenciar, jerarquizar y ampliar los equipos móviles en salud mental y consumos problemáticos (p. 26).

En la actualidad son muy pocos los hospitales generales de la Provincia de Buenos Aires que cuentan con la emergencia tan necesaria para tratar la problemática de salud mental comparado con la demanda. En el Plan se expresa la confirmación de este dicho Bivona (2023):

⁵ La importancia de la estrategia de salud familiar y comunitaria en el territorio: [La APS como estrategia | Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar)

El desarrollo insuficiente de servicios y dispositivos de salud mental en hospitales generales es un hecho evidente y contrastable. Al inicio de la gestión de este gobierno (diciembre 2019), la provincia de Buenos Aires sólo contaba con once hospitales generales con guardia de salud mental. Como contrapartida, es relevante destacar el problema de la afluencia a los hospitales neuropsiquiátricos y distancias recorridas por las personas para acceder a una internación por salud mental (p. 40).

Por lo que resulta necesario visibilizar dicha problemática para dar cuenta de las necesidades de la población en el territorio. Siguiendo esta línea para Carballada (2005), las demandas actuales del campo de la salud mental están atravesadas por una serie de cuestiones que expresan a través de una creciente complejidad ligada a las características del clima de época que franquean nuestras sociedades. Lo social, mirado desde lo singular, fue incorporando nuevas categorías de análisis orientadas a acrecentar la intervención. Esta puede ser entendida como un proceso el análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo (p.9). Las experiencias personales de los sujetos aportan significados esenciales para entender los procesos como también la puesta en acción de los diferentes dispositivos y la intervención profesional en el campo de la salud mental.

El paso de la intervención transformadora en las problemáticas sociales requiere el poder de la escucha y la lectura de las necesidades de las personas dentro del contexto histórico social. De manera que como lo expresa Carballada (2010): “La intervención en lo social requiere elementos de análisis profundos que den cuenta de sus nuevas posibilidades” (p. 5). El trabajador/a social tiene un rol fundamental en la mirada social que busca “nuevas posibilidades” para dar cuenta de una necesidad, dentro de una problemática compleja como lo es la salud mental que requiere de la intervención interdisciplinaria.

Desde la interdisciplina y el trabajo en red el Trabajador/a Social puede aportar la promoción y la prevención desde una mirada inclusiva y perspectiva de derechos buscando contribuir a la continuidad del bienestar de las personas con padecimiento en su salud mental y sus familias. Tal y como lo expresa Carballada (2010) “intervenir en los social no solo como la continuidad de una práctica punitiva, sino también como una posibilidad de resistencia o construcción de libertad” (p.3). El trabajador social en su mirada integral cuenta con herramientas que le permiten intervenir teniendo en cuenta la necesidad de las personas de acuerdo con la singularidad de estas, su entorno y el contexto histórico social. Tal y como lo expresa Carballada (2010):

Comprender la noción de necesidad como un derecho social no cumplido. De esta forma, quien padece necesidades es un acreedor de la sociedad, no un beneficiario ni un desviado por

incapacidad de adaptación o “retraso cultural”, sino que deja de ser un mero receptor o depositario de un ingreso condicionado o de la acción de una política social y se construye como un titular de derechos, participe de una comunidad activa y organizada en una sociedad que lo incorpora, lo necesita e intenta hacerlo protagonista en un proceso de movilidad social ascendente y que puede ser construido desde el encuentro de las diferentes formas de intervención social con las propias capacidades y habilidades existentes tanto en lo territorial como en cada situación en particular (p.7).

Capítulo 3: “Relevamiento y Análisis de los datos obtenidos”

En este capítulo se describe el objeto de estudio: la salud mental dentro del hospital Mi Pueblo de Florencio Varela, los dispositivos que responden a dicha problemática, la articulación institucional y el rol del trabajador social, así también como las demandas de las personas con padecimiento en su salud mental y sus familiares desde la perspectiva del derecho.

El relevamiento y análisis de los datos surge de las entrevistas realizadas a lo largo de todo el trabajo, se brindarán nombres ficticios para conservar la identidad tanto de los profesionales que trabajan actualmente en el hospital, como de las personas con dicha problemática y familiares que han accedido a contar sus experiencias. Esto ha sido previamente consensuado con todas las partes. Las personas entrevistadas han sido en total cinco (5) de las cuales una (1) se ha realizado a una (1) profesional en Trabajo Social de 54 años, que trabaja hace 23 años en el hospital Mi Pueblo y además es vecina de Florencio Varela. También se entrevistó a una (1) persona con padecimiento en su salud mental con diagnóstico de esquizofrenia, una mujer de 52 años, madre de tres (3) hijos adultos y empleada doméstica y trabajos de cuidado de adultos mayores, vive con uno de sus hijos actualmente y es de Villa Vatteone Florencio Varela. Y además se realizaron tres (3) entrevistas a familiares de personas con padecimientos en su salud mental, las cuales son mujeres y madres de 49, 60 y 64 años que se dedican al cuidado de sus hijos enfermos con diagnóstico de esquizofrenia, dos (2) de las cuales son jubiladas, una de ellas dedicada al trabajo de cuidado de adultos mayores. Todas son oriundas y vecinas de Florencio Varela. En los tres últimos casos son madres de hijos varones, por eso los mencionamos como “hijos” con nombres masculinos ficticios, ya que ninguna manifestó que se percibieran de otra manera. Todas las personas entrevistadas dan cuenta de lo que sucedió y sucede actualmente con sus hijos con problemática en salud mental que se atendieron y/o se atienden en el hospital de Florencio Varela.

De la entrevista realizada a la profesional de Trabajo Social se pudo relevar la siguiente información: el hospital Mi Pueblo de Florencio Varela es un hospital de agudos, es decir atiende el segundo nivel de atención donde se diagnostica y se realizan tratamientos de enfermedades de comienzo brusco y/o atención breve. El equipo de salud mental está conformado por una (1) psicóloga que es la jefa del sector, un (1) psiquiatra y una (1) médica que está en formación en la rama de psiquiatría y actualmente una (1) trabajadora social que ayuda en esa área pero no conforma al equipo de salud mental del hospital.

En el hospital hay entre siete (7) a diez (10) psicólogos/as, que atienden sólo la urgencia, del cuadro agudo, es decir se ocupan de las personas que están internadas por salud mental en el hospital.

En cuanto a las trabajadoras sociales solo son 7 (siete) actualmente en todo el hospital, el Trabajo Social no interviene en la urgencia de Salud Mental, salvo pedido explícito del equipo médico. La salud mental dentro del hospital es un área que no cuenta con un Trabajador/ra social como parte del equipo interdisciplinario, es decir que, no está formalizado en el hospital el rol del Trabajador Social, pero en la actualidad una Trabajadora Social aporta a dicha gestión y sus aportes son adecuados ya que, realiza diversos talleres con los personas internadas por salud mental, promoviendo así la prevención dentro del dispositivo. Respecto a esto la Trabajadora Social nos dice:

“En esta gestión, es parte de sala con ellos una compañera Lic. en Trabajo Social, a ella le gusta el trabajo de salud mental, pero el equipo de Salud Mental no tiene asignado un Trabajador Social” (Lic. Mariela Gómez).

La atención a través de la guardia es constante en el hospital Mi Pueblo, si bien no hay atención de guardia por salud mental. “No hay guardia de salud mental en el Hospital, el médico ve lo que resuelve dependiendo del estado del paciente y la urgencia” (Lic. Mariela Gómez). La mayor parte de los casos que ingresan por esta problemática, ingresan por la guardia ante un cuadro biológico agudo, como por ejemplo lo expresa la Trabajadora Social son los casos constantes de intento de suicidio:

“El intento de autoeliminación es lo más común, que puede ser con arma blanca, ahorcamiento o ingesta de psicofármacos o venenos”. “Se compensa lo biológico, hasta que lo pueda evaluar el psiquiatra si se salva”(Lic. Mariela Gómez).

Las personas que sobreviven al cuadro clínico crítico y agudo, es decir, aquellas que salvan sus vidas, quedan internadas como pacientes con problemáticas en salud mental. Asimismo, las tres (3) vías de ingreso del paciente por salud mental al hospital son: 1) Los traen sus familiares por la guardia;

2) fueron encontrados en la vía pública y/o;

3) por oficio judicial.

Cuando ingresan los pacientes al hospital, que siempre es por cuadro agudo, la persona con el padecimiento se encuentra grave y/o estado crítico. Una vez que se lo/a compensa y si puede hablar con él/ella se lo/a entrevista, esto lo hace el Trabajador/a Social junto con el psicólogo/a

que esté en ese momento dentro del hospital y a pedido del médico psiquiatra. También se entrevista a los familiares y en caso de que se encuentre el paciente solo/a, se comienza a buscar información. *“Usamos mucho las redes sociales como facebook, pero solo buscamos, no publicamos nada”* (Lic. Mariela Gomez).

Actualmente hay entre 17 y 18 camas ocupadas en el ala de internación por salud mental (ala que fue designada como tal post pandemia, ya que era el sector donde estaban internados los pacientes con Covid-19) de los cuales también hay casos que se fueron cronificando y que pasan a estar internados en el sector de clínica médica por el tipo de patología. El hospital en general cuenta con 50 camas para internación de las cuales el 36% son ocupadas para la salud mental, teniendo en cuenta que las camas que se designan a la salud mental tienen poca rotación, es decir que algunos pacientes viven en el hospital, por diferentes motivos: no tienen a dónde ir, no tienen familiares que quieran responsabilizarse por ellos, etc. Convirtiéndose así en *“pacientes sociales”*, alojados en el hospital. Se llama *“pacientes sociales”* a aquellas personas que ya fueron dadas de alta clínicamente y podrían seguir con su tratamiento externamente, pero quedan en el hospital porque no cuentan con los recursos necesarios, ya sea humano o material para su egreso. Como lo cuenta la Trabajadora Social:

“Yo por ejemplo ahora atiendo a uno, un señor de 58 años con pensión graciable que ingresó al hospital en septiembre de 2021 totalmente descompensado, ahora es un duque vos lo ves bien vestidito, pero tomando la medicación en tiempo y forma, bien alimentado, bañado, pero bueno... La familia no lo quiere, porque no sabe cómo manejarlo, para mí una excelente persona pero que vas a hacer ¿Lo vas a echar a la calle? No. Entonces ahí estamos buscando por ejemplo que tiene PAMI, un hogar y no es fácil conseguir un hogar porque tienen derecho de admisión. Me pasó esto la semana pasada, con todos los papelitos, todo. todo lo que me pidieron, tuvimos una entrevista virtual y otra presencial, y dicen como derecho de admisión tiene que estar 3 tres días de adaptación, como jardín de infantes ¡¿Mira si yo le voy a decir al director del hospital bancame tres (3) días la cama que si no lo admiten, vuelve?! Después se pasa el papelito al PAMI y el PAMI en el 2024 ponele, si da con el perfil lo aceptarán. El hombre va a seguir estando ahí, está todo colapsado, es complicado el egreso, la mayoría están alojados” (Lic. Mariela Gómez).

En este caso se puede evidenciar que lo que indica la LNSM conforme a que la atención por problemáticas en salud mental debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud (Ar. 9). No llega a realizarse en muchas personas con dichos padecimientos porque quedan varadas en el hospital, por no contar con lazos sociales, familiares y/o comunitarios, como así también recursos materiales.

Asimismo la LNSM también expresa que, en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes (AR. 15). Lo cual el testimonio evidencia que esto no se estaría llevando a cabo, no porque no se busquen las condiciones para ello por parte de los profesionales, sino porque estos recursos están faltos dentro de la sociedad y pondrían de manifiesto una posible realidad también en los hospitales monovalentes. Al respecto la Trabajadora Social nos aporta:

“Lo evaluamos, mandamos el informe y comparece el familiar ante el Tribunal y dice yo no lo quiero más porque no lo puedo tener y *ahí quedan en el hospital varados*. Decime ¿Dónde los vamos a llevar? Y no hay ningún pariente, entonces la Ley ahí queda muy corta, no es fácil. Cuando los atiendo y entiendo, tienen que estar con personas que hagan que tomen su medicación, requieren que el cuidador tenga mucha energía y la mayoría son familias destrozadas. De que se trabaja, se trabaja y arduamente y de eso te puedo dar cuenta. Son historias, familias atravesadas por el dolor” (Lic. Mariela Gómez).

La atención psicológica dentro del hospital contempla el estado agudo de las personas, atendiendo solo a personas que están internadas en el hospital. La Trabajadora Social nos informa lo siguiente:

“Los psicólogos/as dentro del hospital, solo ven a los pacientes que estuvieron internados, si vos quieres hacer tratamiento psicológico en el hospital no, tendrías que haber estado con el cuadro agudo, pero te van a ver cinco (5) veces como mucho y después que pase el que sigue, tiene esa modalidad” (Lic. Mariela Gómez).

Siendo que la LNSM contempla en el Ar. 9 y 11 la atención fuera del ámbito de internación en hospitales generales y promoción del desarrollo de dispositivos tales como: las consultas ambulatorias, esto no se estaría llevando a cabo dentro de dicho dispositivo.

El sistema del hospital es de agudos, la persona que ingresa permanece si es necesario internado por el tiempo que se requiera según su estado de salud y una vez que se le da el alta debería seguir su atención en el CAPS más cercano a su domicilio dentro del distrito. Pero esto generalmente no sucede así, ya que de los 30 o 32 Centros de Salud en Florencio Varela no todos tienen Psiquiatras o psicólogos. El Municipio no cuenta con más de cuatro (4) psiquiatras en los CAPS de todo el distrito, lo cual no se puede llevar adelante un Plan de acción que garantice aliviar esta problemática que colapsa el sistema sanitario del hospital, por falta no solo de profesionales, sino también de recursos materiales. Ante esto la Trabajadora Social expresa:

Está la secretaria de Salud que tiene la mesa de salud mental, los pacientes deberían ir a pedir ahí la receta de sus medicamentos. Pero la gran falencia en salud mental a nivel Municipal y a nivel Provincial también. La mayoría tiene 4 o 5 medicamentos y trabajan combinadamente, no es que es solo clonazepam. Tienen que tomar el tiempo y forma la medicación, muchos de los desfases son recaídas, que no consiguieron el turno correspondiente en los Centro y entonces vuelven al hospital (Lic. Mariela Gómez).

“Los barrios están saturados de gente con estas problemáticas” y “Ahí está el cuello de botella porque no todos los centros de salud tienen psiquiatra y el hospital es para el cuadro agudo solamente”(Lic. Mariela Gomez).

Entonces las personas que no tienen un seguimiento o no pueden acceder mejor dicho a ese seguimiento porque no cuentan con los recursos necesarios, terminan volviendo a la guardia con un cuadro agudo para su atención.

Según estudios realizados por la revista The Lancet (conformada por 25 investigadores de 11 países del mundo) los índices globales por padecimientos en salud mental han sido potenciados durante la pandemia (Agrest Martin, 2022)⁶ lo cual no es ajeno a la realidad de Argentina y más precisamente de la provincia de Buenos Aires. La problemática en salud mental ha aumentado en gran medida como consecuencia del “aislamiento o distanciamiento social” esto responde a las grandes demandas visibles que enfrenta el hospital dentro del distrito de Florencio Varela en la actualidad y respecto a ello la Trabajadora Social nos comenta:

“Estos años que estuvieron sin tratamiento, es lo que se está viendo ahora. Constantemente entran personas con brote psicótico, esquizofrenia sin tratamiento, la pandemia trae mucho de esto, porque en estos dos (2) años no hubo tratamiento, si bien el paciente no adhiere al tratamiento y la familia no tiene por ahí signos de alarma pensando en que se le va a pasar, o es así, o es un capricho, que se yo, entonces al estar dos (2) años sin tomar la medicación y encerrados, hemos tenido casos con intervención judicial que vos decís de película, todos barbudos, en dos (2) años no se bañaron y bueno...Bien de libro estos casos(Lic. Mariela Gómez).

Las demandas por problemáticas en Salud Mental son altas dentro del hospital, pero la urgencia es salvar la vida de las personas que están en riesgo por tratarse de un hospital de agudos, lo evalúa el médico y es él quien resuelve dependiendo del estado del paciente y la urgencia. Una vez que se compensa lo biológico se evalúa e interviene en lo social-familiar. Respecto a esto la Trabajadora Social nos comenta:

⁶ <https://www.lanacion.com.ar/salud/dia-de-la-salud-mental-nuevo-informe-global-para-acabar-con-el-estigma-social-nid10102022/>

Ni bien ingresa un paciente al hospital lo recibe administrativa y médico dependiendo de la hora, a nosotras nos llega después por escrito pedido de interconsulta y ahí te dice escuetamente por decirte un ejemplo: "Paciente femenino o masculino, de tal edad por intento de autoeliminación, sin familiares o se lo encontró en la vía pública o en condiciones de alta y no se presentaron familiares". Ahí vamos entrevistamos a la persona, leemos la historia clínica si hay algún dato. Depende cómo esté el paciente, si se lo puede entrevistar, se lo entrevista. Las veces que están muy delicados, se ocupa el psiquiatra y para evitar tanta entrevista, le hacemos una sola entrevista entre los dos (2), Trabajadora Social y Psicólogo/a. De acuerdo a lo que nos diga, para nosotros es muy importante todo, anotamos todo, desde decirte "abre lata Godoy" porque es así y de ahí vamos armando el mapa familiar para dar con sus familias o allegados para citarlos y ver en qué condiciones se puede ir ese paciente (Lic. Mariela Gómez).

En el caso de que no haya personal de planta en el momento de la urgencia, se llama al ERI (Equipo de Atención en Crisis) para los casos de gravedad o brote psicótico. Este equipo evalúa a la persona, y si se lo médica, se anota la medicación que se le dio para que al otro día lo siga el psiquiatra de planta. La Trabajadora Social nos cuenta que el ERI es un dispositivo de atención conformado por un Psiquiatra, Psicólogo/a y Trabajador/a Social. Hay un equipo por región sanitaria conformado por seis (6) municipios. Cuando el personal de planta está fuera de su horario de atención, se los llama a ellos para la atención de problemática por salud mental.

Las Trabajadoras Sociales (TS) dentro del hospital trabajan de forma constante en la interconsulta con las diferentes áreas, al respecto la Trabajadora Social nos comenta:

Nosotras salimos a atender siempre y cuando venga la interconsulta de las distintas áreas: neonatal, maternidad, clínica, UTI y las guardias y salud mental y los consultorios externos también. Lo que más trabajamos es neo, pediatría, maternidad, adulto y las guardias de adultos, consultorios externos es raro, pero cada tanto vienen constantemente trabajamos con las áreas ¿Seguramente vos leíste sobre el modelo médico hegemónico? Bueno, el hospital es un modelo médico-hegemónico, nosotras tenemos otra formación, *la interdisciplina*, la mirada integral del paciente para el médico a veces es *caso cerrado*, ya están en condiciones de alta. En clínica los que están alojados y de alta, ya son "pacientes sociales", biológicamente ya está dado de alta, después no es mi problema que no tenga casa, etc. Ya te digo es un paciente en condición de alta, pero no tienen casa o familia continente (Lic. Mariela Gómez).

Una vez que las personas se compensan del cuadro agudo, intervienen los trabajadores sociales, encargados de consultar con las familias y el mismo paciente para que se den las condiciones de alta y puedan egresar del hospital. Sin embargo, hay muchas personas que son abandonadas en estas condiciones, tal es así que nos comenta la Trabajadora Social "*Nuestro*

hospital está atravesado en estos últimos años por situaciones de abandono, hay una falta de recurso humano” (Lic. Mariela Gomez).

El abandono es otro de los fenómenos sociales que se dan dentro del marco de la salud mental, tras las tensiones en las relaciones sociales y vinculares de las familias. El hospital es un lugar donde se vive mucho esto, ya que hay muchas personas que terminan muriendo sin sus lazos afectivos dentro de dicho dispositivo. Según nos confirma la Trabajadora Social:

Buscamos por todos los medios de trabajar con las familias, pero es muy difícil, porque muchos han roto ese vínculo familiar, porque por ahí son historias tan complejas, de alcoholismo, drogas, violencia familiar, abusos intrafamiliar, entonces cuando llegan al hospital, llegan realmente detonados. Y cuando vos vas armando la historia, si es que habla, te va contando y escuchas cada cosa... (Lic. Mariela Gomez).

En cuanto al traslado de personas con padecimiento en salud mental a instituciones monovalentes, ocurren en los casos generalmente que ingresan por oficio judicial y la familia acusa no poder seguir ocupándose de ellos, estos son los casos que según nos comenta la Trabajadora Social suceden cuando los pacientes han atentado contra su vida o la vida de un tercero, aún medicados. Se busca entonces cama en el hospital Melchor Romero generalmente o en el hospital Estévez, si es una mujer.

“El hospital cuenta con los recursos mínimos e indispensables. Pero es un hospital chico, tiene solo 50 camas en total, si es un caso crónico y no hay lugar se busca cama en otro hospital” (Lic. Mariela Gomez).

En la actualidad una de las Trabajadoras Sociales del hospital está trabajando con las personas internadas realizando talleres, usando los pequeños espacios con los que cuenta el hospital para la promoción y prevención, la Trabajadora Social nos dice al respecto:

“Ahora los chicos están haciendo talleres, con esto que es tan crónico. En el hospital hay pulmones, pulmones les decimos a pequeños jardines internos que hay en el hospital, ahí están con los pacientes festejando cumpleaños, haciendo huertitas, el INCA les trae semillas. Pero ya te digo desvirtuado, porque el hospital es de agudos, es el cuadro agudo y después tienen que volver a sus casas, no es de crónicos y tampoco es de salud mental”(Lic. Mariela Gómez).

En cuanto a lo que se propone en la LNSM con respecto a la promoción del desarrollo de los dispositivos de servicios de inclusión social, familiar y comunitaria, además de la prevención y otras prestaciones surgidas de las necesidades de los individuos que padecen problemas en salud mental, resulta necesario visibilizar la importancia del rol del Trabajador/a Social dentro del dispositivo de salud y el trabajo post internación que realizan con los llamados “pacientes

sociales". Es un gran desafío para el Trabajador Social la transformación de una realidad que no queda solo en el marco biológico de las personas, sino que actúa en su integridad individual y social.

Capítulo 4: “Las voz de la experiencia ante el padecimiento”

En este último Capítulo se recuperan las voces de las personas entrevistadas y usuarios/as de la salud mental en el hospital Mi Pueblo de Florencio Varela: una (1) persona con padecimiento en salud mental que recibe actualmente atención en el hospital y tres (3) familiares de personas que recibieron o reciben atención por salud mental en el hospital Mi Pueblo de Florencio Varela. Las mismas expresan las experiencias atravesadas por esta problemática y la atención dentro de dicho dispositivo de la salud, el contexto social -familiar y los lazos sociales. Asimismo todas las entrevistadas son madres, vecinas de Florencio Varela. Se deja expresa constancia como en el capítulo anterior, que se utilizan nombres ficticios para referirnos a todas las entrevistadas y sus familiares, habiendo acordado previamente la confidencialidad con todas las partes.

De las cuatro (4) entrevistas realizadas se pudo relevar la siguiente información:

Dos (2) de las cuatro (4) personas entrevistadas ingresaron por primera vez a la guardia del hospital ante esta problemática antes de la promulgación de la LNSM y dos (2) de ellas después de la promulgación de dicha Ley, una de las cuales es paciente actualmente del hospital Mi Pueblo de Florencio Varela, realizando actualmente su tratamiento por salud mental dentro del dispositivo. Asimismo dos (2) de las familias han reincidido en la atención por la guardia del hospital ante dicha problemática, si bien, conocieron el dispositivo antes de la promulgación de la LNSM, siguieron atendiéndose allí y algunas veces tuvieron que ingresar por el dispositivo de emergencia al hospital.

La persona entrevistada con padecimiento en su salud mental y las tres (3) familiares de personas con diagnóstico por problemática en salud mental son mujeres y madres, que se dedican a tareas de cuidado, de entre 49 y 64 años, todas vecinas de Florencio Varela.

En los cuatro (4) casos entrevistados se trata de diagnósticos de esquizofrenia.

- Testimonios **anteriores** a la promulgación de la LNSM en el dispositivo de atención hospital Mi Pueblo de Florencio Varela:

Mi hijo se atiende ahí, él tiene esquizofrenia hace 16 años. Se atiende ahí actualmente y la primera vez se atendió ahí (Laura Gonzalez).

A Mi hijo lo atendieron ahí por primera vez y lo diagnosticaron con esquizofrenia. Entró por la guardia del hospital, lo llevaron de la escuela, cuando tenía 18 años. No me explicaron qué le pasó

en ese momento. Una portera me dijo que le agarró angustia y que la preceptora lo encerró en un cuartito hasta que vino la ambulancia y lo inyectaron y lo derivaron al psicólogo. (Sofía Lugones).

- Experiencia de atención en el hospital por casos de salud mental **anteriores** a la promulgación de la LNSM en el dispositivo de atención hospital Mi Pueblo de Florencio Varela:

Mi hijo quedó un (1) día internado [año 2008], porque después ya, bueno, le diagnosticaron brote psicótico primero. Y Después ya por la medicación lo mandaron a casa, la internación fue domiciliaria (Laura Gonzalez).

."Un día estaba el Dr. en el consultorio del hospital [año 2002] atendiendo a Martín y recibe una llamada y le contesta a la persona que lo llamó: *te llamo después, porque estoy ahora con un chico esquizofrénico* y ahí escuchamos por primera vez cuál era su diagnóstico porque no nos habían dicho nada antes. "Fue para nosotros muy difícil, atención psicológica nunca tuvo en el hospital porque nosotros teníamos obra social y nos dijeron que se tenía que hacer cargo la obra social, bueno eso nunca pasó" (Sofía Lugones).

- Experiencia de atención en el hospital por casos de salud mental **posteriores** a la promulgación de la LNSM en el dispositivo de atención hospital Mi Pueblo de Florencio Varela:

Cuando me sentí mal, empecé a escuchar voces en mi cabeza, estaba muy aturdida, había tenido una crisis [año 2015], yo no sabía, fui a la guardia del hospital. Me tuvieron un (1) día en observación. Y después me fui a mi casa medicada, pero yo en ese momento creía que me querían envenenar o sea no quería tomar la medicación, no era dueña de mí misma, porque no estaba bien (Martina Lugones).

Mi hijo avanzó con su tratamiento, estuvo bien pero tuvo varias recaídas a los 2, 3 años la primera y la última vez ya habían pasado varios años hace 7 años y medio. Pero ese fue mi error, porque te explico, el médico le bajó la medicación, le sacó la medicación para probar y el error mío, como yo lo veía ¡Tan bien! Que cuando tenía que ir, no fui. Fui cuando tuve que ir por emergencia, fui por la guardia otra vez. "Si, quedó internado tres (3) días [año 2017] después lo derivaron al Hospital Evita Pueblo de Lanús". "Porque fue bastante fuerte su crisis y ellos tenían la parte de salud mental internación" (Laura Gonzalez).

Los testimonios evidencian que antes de la promulgación de la LNSM en el hospital Mi Pueblo se realizaban internaciones breves por casos de salud mental y atención por consultorios externos de médico psiquiatra y derivaciones a psicólogos. Asimismo, posterior a la promulgación

de la Ley se realizan también breves internaciones y en caso de pacientes con crisis fuertes que requieran más tiempo de tratamiento con el paciente internado, derivación a otros hospitales que cuentan con camas disponibles o monovalentes.

Siendo el hospital de agudos, toda persona que ingrese por una urgencia en la guardia es atendida, diagnosticada y derivada en caso correspondiente.

- Experiencias de derivaciones y atención en hospitales monovalentes anterior y posterior LNSM:

La atención siempre era la misma en el hospital Mi Pueblo, íbamos una vez por mes, lo veía el Dr. psiquiatra y le daba la receta para la medicación. Pasaron unos años y él no quería tomar la medicación, esto fue en el 2008, dejó un mes y tuvo una recaída y tuvimos que llevarlo de urgencia a la guardia, pero como era de noche, nos fuimos directamente al Melchor Romero y ahí quedó internado. En realidad los médicos no querían dejarlo internado, pero él no respondía nada. Intentaron por todos los medios convencerlo para inyectarle la medicación y que volviera a casa, pero no hubo caso. Se tuvo que quedar. (Sonia Lugones).

Y la última vez que estuvo internado hace unos nueve (9) años en el 2015 después de pasar por varias guardias, entre ellas el hospital Mi Pueblo, ahí me dijeron que no había psiquiatra en ese momento, era a la tarde y él no quería ir al médico, lo teníamos en el auto, porque se quería escapar. Entramos a la guardia y le pedí por favor a la médica que estaba que le aplicara algo para tranquilizarlo y me dijo, no pero si el paciente no quiere, no podemos aplicarle nada nosotros. Ese día terminamos en el Borda y ahí se quedó por un mes y lo sacaron adelante, después tuvo crisis, pero fue la última internación. Lo atiende actualmente un Psicólogo todas las semanas, lo ve la psiquiatra 1 (una) vez por mes y sigue el tratamiento ahí. Logró muchas cosas en este tiempo, terminó el secundario, se anotó nuevamente en la facultad, muchas veces va solo a las consultas (Sonia Lugones).

Me daba cuenta que estaba mal, me daba cuenta y mis hermanas se empezaron a dar cuenta y bueno, con otras señoras hicieron los papeles para que me internen en el Romero viste, así que bueno un día me vino a buscar la ambulancia, yo no sabía un drama porque me asusté mucho, porque la verdad no sabía que estaba tan mal y bueno me dejé ayudar y bueno salí adelante porque allá la verdad me trataron muy bien y me estabilizaron y después cuando me dieron el alta seguí con toda la medicación que era mucha, mucha y bueno de a poco fui recuperando, porque bueno me sentía muy floja, no me quería bañar, me orinaba encima y bueno nada. (Martina Lugones).

Para la LNSM la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extraordinario. Según los testimonios antes pronunciados darían a entender que posiblemente antes y después de la promulgación de la Ley los hospitales monovalentes cuentan con esta dinámica de tratamiento. Ya que los casos por problemáticas en salud mental que muestran la aplicación de este recurso se deben a los casos de crisis agudas donde las personas se resisten a la continuidad de tratamiento.

“En realidad los médicos no querían dejarlo internado, pero él no respondía nada. Intentaron por todos los medios convencerlo para inyectarle la medicación y que vuelva a casa, pero no hubo caso. Se tuvo que quedar” (Sonia Lugones).

- Experiencia de Atención Primaria de la Salud:

Según la información brindada por la Trabajadora Social del hospital Mi Pueblo los CAPS son los dispositivos que deben ocuparse de la promoción y prevención en salud mental. Ante la pregunta a los usuarios entrevistados por dicho dispositivo, solo una (1) entrevistada responde que la atención pasa por ese dispositivo y la modalidad que ejerce el profesional ante la problemática:

Me atiende la psiquiatra en el CAPS de Villa Vatteone, y me da las recetas por los próximos tres (3) meses, me las da así para que no me quede sin medicación, solo me da las recetas, no es que lo atiende a él. Ella no atiende (Rosa Alegre).

En el hospital las personas que estuvieron internadas, también tienen esta misma atención por parte del médico psiquiatra:

Por ejemplo, él va una vez por mes a atenderse en el hospital y ahí el médico le da una receta, igual él puede ir a pedir una receta sabiendo el día de atención del psiquiatra, en caso de que haga falta. Yo llevo la receta a la obra social del padre para que me den la medicación (Laura Gonzalez).

Yo voy a buscar todas las recetas al hospital desde que volví de estar internada. Ahora el Dr. me da una carpetita, donde me pone la fecha del siguiente turno, porque antes me iba a las 8 o 10 de la noche y me quedaba ahí hasta la mañana para sacar el turno. Entonces un día se dio cuenta que estábamos muy agotado los pacientes, yo estaba re mal de la cervical viste y me dio la libretita y así me atiende por mes, me da la receta, ahora me dio la receta por 6 semanas, el 27 de febrero de 2024 fue la última vez (Martina Lugones).

- Experiencia: promoción y prevención en salud mental:

Los testimonios reflejan lo importante que es para los usuarios no quedarse sin receta médica para conseguir los medicamentos ante esta problemática y la importancia en este caso de la atención de médicos especialista en psiquiatría:

La prevención es importante, pero tendrían que haber más médicos porque psiquiatra por acá no hay. Si es particular o Capital nomás, acá conseguí yo por suerte porque del hospital del Cruce me consiguieron la psiquiatra y para no ir hasta el Cruce voy al CAPS para buscar las recetas (Rosa Alegre).

En cuanto a la promoción en la escuela me informaron sobre el hospital de día, porque él va a cumplir 16, ahora le aumentaron ahora 4hs antes iba solo 2hs. Eso me dijeron que debería buscar un hospital de día, pero yo veo que no lo van a aguantar mucho a él (Rosa Alegre).

La verdad es que sería bueno que haya promoción y prevención, porque a nosotros nos costó mucho todo, la obra social no te resuelve nada y no hay tratamientos o uno no llega a conocer o no hay información sobre esto. (Sonia Lugones).

Si, es muy importante la prevención y promoción porque cuando te pasa no sabes a dónde ir, si es muy importante. Yo ahora estoy yendo a la psicóloga y me está ayudando. Si, totalmente empecé a trabajar hace un tiempo, tenés que tener mucha paciencia con ellos además con el tiempo te vas sensibilizando y necesitas ayuda. Yo de hecho lo amenazaba, no quieres tomar la medicación, a mí una psicóloga me decía en el tratamiento es un 80% el acompañamiento de la familia y vos no te das cuenta porque es tu hijo y es tu deber esto, pero los de afuera lo ven esto (Laura Gonzalez).

Yo ahora voy a una psicóloga cuando trabajo, yo antes no quería, decía que podía salir sola, pero me gustó viste porque te podes desahogar, me sentí acompañada por ella, no es lo mismo que contarle a tu familia y aparte mi nuera es psicóloga, entonces estoy contenida viste. Terminé la primaria antes de la pandemia en un colegio normal de adultos, para ejercitar la mente. Eso me ayudó a mí (Martina Brito).

Todos los testimonios que se han compartido en este capítulo han recorrido las experiencias personales, intentando mostrar lo que viven y cómo viven esta problemática de manera personal y familiar, el recorrido pone en evidencia las falencias en el cumplimiento de la LNSM, lo que está instalado socialmente en cuanto al tratamiento referido al personal médico como la figura del psiquiatra y psicólogo y el camino que se intenta seguir en cuanto a la prevención y promoción de la salud mental, que es lo que todavía no se termina de desarrollar y que es a mi entender una puerta abierta para la inserción real y continuada del profesional en Trabajo Social.

Conclusiones y sugerencias: *“Con los pies en la realidad camino hacia la transformación”*

Luego de realizar la redacción del presente trabajo y de hacer un análisis de la información recabada en el proceso de investigación y la integración de contenidos vistos durante la preparación de la carrera universitaria de la Lic. en Trabajo Social en Universidad Nacional Arturo Jauretche se exponen las siguientes conclusiones y sugerencias a las que se ha llegado. Las mismas nos permiten comprender las vivencias palpables de la realidad en las voces de la experiencia de la Trabajadora Social, la paciente en salud mental y las madres de pacientes entrevistadas que son atravesadas por esta problemática.

Al inicio de este trabajo se propuso buscar la respuesta a la pregunta problema ¿Cuáles son las causas dentro del dispositivo de salud, que determinan la atención y el tratamiento de personas con padecimientos en salud mental en un hospital monovalente? La cual se ha respondido a lo largo de todo el trabajo, quedando en evidencia que la promulgación de la LNSM ha marcado un antes y después ante esta problemática, pero que aún falta recorrer caminos de transformación en cuanto a la promoción y prevención que contengan una estructura estable y creo es una gran oportunidad para los profesionales del Trabajo Social poder acompañar este desarrollo.

Considerando el marco normativo vigente de la LNSM y su promulgación como materia en la actualidad, son importantes las prácticas de tratamientos no convencionales que orienten a las personas con trastornos mentales y su entorno hacía una convivencia social en libertad. Sugiero incorporar como parte de un proyecto dentro de los dispositivos de salud diversos talleres para todas las personas que se encuentren atravesando este tipo de problemáticas y sus familiares directos promoviendo así su bienestar físico y social.

Involucrar a la sociedad con esta realidad, haciendo campañas de información y escucha de las necesidades del otro para una posible transformación, generando así redes que permitan reflexionar sobre la inclusión. Dicho esto creo que el Trabajo Social como disciplina integral resulta de gran aporte y tiene el desafío de seguir buscando caminos que continúen generando redes sociales que hagan posible ese cambio total propuesto por la LNSM.

Me resulta importante reflexionar sobre lo difícil que es salir de una idea o comportamiento social establecido por años, como lo es por ejemplo: las relaciones de poder construidas en el campo de la Salud Mental, en donde la autoridad de la disciplina es la psiquiatría como saber único sobre el padecimiento mental en resistencia al abordaje interdisciplinario propuesto con la LNSM los testimonios expresan dependencia de la figura del médico psiquiatra o el psicólogo/a ante la problemática de la salud mental. Si bien actualmente existen otras disciplinas que también conforman este campo y aportan en la práctica el desarrollo de actividades que son pertinentes

a la hora de prevenir y promocionar la salud mental, como lo es la figura del Trabajador/ra Social en esta materia, no son reconocidas. Por eso es sumamente necesario ante este tipo de problemática social disponer de un sistema de salud de promoción y prevención complementario que se sostenga en el tiempo. Generando así redes intersectoriales dentro y fuera del hospital que establezcan un sistema de salud mental con dispositivos organizados de promoción y prevención en salud mental y de esta manera no se termine colapsando el dispositivo de salud por las emergencias. La guardia de un hospital es un dispositivo que da garantía de atención, lo cual genera gran cantidad de demanda ante la ausencia o deficiencia de otros dispositivos como es la atención externa por consultorio. Teniendo en cuenta la cantidad de casos que requieren tratamiento terapéutico y ante el sistema de salud colapsado por la falta de recursos humanos y económicos en los hospitales y CAPS no solamente generan el colapso de atención en las guardias sino que crean una dependencia por dicho dispositivo.

Ante la eventual y emergente de los casos por problemáticas en la salud mental dentro la sociedad resulta valorable resaltar también la importancia de los lazos sociales y familiares de contención que promueven y previenen los casos de abandono de las personas con dichos padecimientos. El acompañamiento familiar es un aspecto que favorece la promoción del estado de bienestar de las personas con padecimientos mentales y también de su entorno. Sin embargo en los casos donde las familias no están presentes, el trabajador/a social podrá buscar alternativas de espacios donde tengan posibilidades de desarrollar y fortalecer vínculos sociales con otros.

Asimismo, es de suma importancia trabajar en la prevención y promoción de la salud mental en los CAPS y en todos los dispositivos de la salud del distrito sobre todo en la atención primaria, para dar continuidad a los tratamientos y que estos sean efectivos. Promoviendo así la dignidad de todas las personas y creando espacios acordes que nos permitan reflexionar sobre la importancia de la inclusión, de la escucha atenta del otro, para luego trabajar en la intervención.

Por todo ello se recomienda promover la articulación entre de las diferentes instituciones del distrito, estatales, privadas, ongs, eclesiales, etc. Que permitan a las personas, sobre todo a las familias que atraviesan estas problemáticas, acceder a la información sobre sus derechos y los dispositivos disponibles y de asesoramiento en cuanto a la atención para mejorar la calidad de vida. El trabajador/a social tiene recursos para trabajar con las poblaciones más vulnerables, sin embargo la restitución de derechos responde a las políticas públicas implementadas y sin recursos la/s persona/s siguen con sus derechos vulnerados.

Asimismo, visibilizar la realidad ascendente y social de dicha problemática a través de publicaciones, más canales de atención y comunicación de salud mental para los vecinos. Promover jornadas y talleres de reflexión sobre este tema por medio del trabajo en red de todos

los niveles hospitalarios, CAPS, CICS y educativos, intentando abrir espacios de diálogo entre las distintas partes involucradas, profesionales y familias. Para pensar entre todos fórmulas que nos permitan transformar y lograr los espacios acordes a la urgencia y a las grandes demandas sociales como lo es la salud mental.

Actividades y Cronograma para la realización de la tesina

2023-2024	Actividades	Fechas claves							
		09/23	10/23	11/23	12/23	01/24	02/24	03/24	04/24
Objetivo 1	Lectura de Bibliografía, texto académicos y búsqueda del estado del Arte.	X							
Objetivo 2	Selección del estado del arte y escritura de este.		X						
Objetivo 3	Escritura de Objetivos generales y específicos.			X					
Objetivo 4	Escritura de Resumen, introducción y Metodología; Tabla de índice.			X					
Objetivo 5	Armado de guía de entrevistas.			X					
Objetivo 6	Fechas pautadas de entrevista: 9 (nueve)			X	X	X	X		
Objetivo 7	Escritura de Marco teórico			X					
Objetivo 8	Relevamiento de datos					X			
Objetivo 9	Análisis de datos								
Objetivo 10	Encuentro con director			X	X				
Objetivo 11	Escritura de Capítulos				X	X			
Objetivo 12	Escritura de conclusiones					X			
Objetivo 13	Entrega de la tesina a director/a para corrección						X	X	
Objetivo 14	Corrección final							X	
Objetivo 15	Entrega de Tesina a la carrera								X

Factibilidad

Para el desarrollo del trabajo, se contó con el acceso a las siguientes herramientas: notebook personal con acceso a internet, office 365 para la escritura y editor pdf, búsquedas bibliográficas en diferentes páginas web como google académico, scielo, entre otras y textos académicos de las diversas materias trabajadas en la carrera que contribuyeron al desarrollo del marco teórico y conceptual, además de las anotaciones personales, dispositivo móvil personal para la búsqueda rápida de datos secundarios y el espacio físico de trabajo mi casa, las entrevistas fueron realizadas en las salas de espera del Hospital. Otras se realizaron de manera virtual por meet y otras en espacios públicos.

Bibliografía y fuentes

- Agrest, Martín (2022) "Afecta a una de cuatro personas en el mundo: quienes conviven con un trastorno mental dicen que el estigma social es lo que más duele". La Nación. Obtenido de: <https://www.lanacion.com.ar/salud/dia-de-la-salud-mental-nuevo-informe-global-para-acabar-con-el-estigma-social-nid10102022/>
- Amaral de los Santo J. D. & D'Angelo Garcias J. M. (2023). Producción de salud y permanencias prolongadas en la guardia de salud mental de un Hospital General: la potencia del trabajo vivo en la tensión entre un Modelo Manicomial y un Modelo Comunitario Alternativo. Obtenido de: <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show>
- Álvarez Livio C. (2022). Lo social y lo político: construcción de estrategias profesionales superadoras en la intervención en salud mental. Obtenido de: <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/3420>
- Babbie, E. (1996). Diseño de la investigación. Texto Académico.
- Barg, L. (2006). Lo interdisciplinario en la salud mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad. Buenos Aires. Espacio Editorial. Obtenido de: [Eva María Garcés Trullenque - Dialnet \(unirioja.es\)](#)
- Bivona, I., Edna D'Agostino. A. M., Forlani. R., Galán. M., González. A., Lettieri. S. S., ... Zanatta. A. (2023). Plan Provincial Integral de Salud Mental. https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/kicillof_present%C3%B3_el_plan_provincial_integral_de_salud_mental_2022_2027
- Cohen H. & Natella G. (2013). La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Obtenido de: www.lugareditorial.com.ar
- Carballada, A. (2007). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas. Obtenido de: [Problemáticas sociales complejas y políticas públicas \(unlp.edu.ar\)](#)
- Carballada, A (2001). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. Obtenido de: [carballada.pdf \(margen.org\)](#)
- Carballada, A (2010). La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *Trabajo Social UNAM*, (01). Obtenido de: <https://intervencion.uahurtado.cl/index.php/intervencion/article/view/16/16>
- Dávalos Yasmín (2016). La urgencia en salud mental: prácticas de autoatención y significados desde las familias. Obtenido de <http://repositorio.sociales.uba.ar/files/show/2953>
- De Brito M. C. & Lamas A. (2016). Los Talleres Protegidos: salud mental y redes familiares y sociales: ¿construyendo procesos de inclusión social y autonomía? Obtenido de: <http://repositorio.sociales.uba.ar/files/show/3406>
- Faraone, S. y Valero A. (2013). "Dilemas en Salud mental. Sustitución de lógicas manicomiales". Buenos Aires. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Obtenido de: [Biblioteca de la Facultad de Trabajo Social - U.N.L.P. \(unlp.edu.ar\)](#)

- Foucault, M. (1996). “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina” en “La vida de los hombres infames”. Buenos Aires. Editorial Altamira. Obtenido de: [La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina* | Foucault | Revista Cubana de Salud Pública \(sld.cu\)](#)
- Foucault M. (2004). Enfermedad Mental y Personalidad. Obtenido de: [www.Scribd.com](#)
- Foucault, M. (2005). “El Poder Psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)” en Los Anormales. Ed. FCE, Argentina. Obtenido de: [Foucault - El Poder Psiquiátrico | PDF | Michel Foucault \(scribd.com\)](#)
- Goffman, E. (1973). “Introducción”. En: Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Editorial Amorrortu. Obtenido de: [Papers. Revista de Sociología \(uab.cat\)](#)
- Guber, Rosana (2011). “La etnografía, método, campo y reflexividad” Obtenido de: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://inaltera.org/doc/etnografia-metodo-campo-y-rosana-guber.pdf](#)
- Ibarra, Sofía M. (2017). Salud Mental en contextos de Internación Psiquiátrica: modalidades de tratamiento y abordaje a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Obtenido de Repositorio Digital UBA Ciencias Sociales [http://repositorio.sociales.uba.ar/files/show/2942](#)
- Juan Luis Alvarez-Gayou Jurgenson (2003). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y Metodología. Paidós Educador. Obtenido de: [http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/como-hacer-investigacion-cualitativa.pdf](#)
- Lindblom Charles. (2020). Cómo adecuar la política en el Análisis y de las Políticas públicas. Obtenido de: [LC Vol.6 No.II 2sem.pdf \(cide.edu\)](#)
- Malito R., Paso A. y Terziotti M. C. “La experiencia del frente de artistas del Borda. “Locos son los que encierran”. Obtenido de: [http://repositorio.sociales.uba.ar/files/show/5085](#)
- OMS. Conceptos sobre la salud mental. Obtenido de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](#)
- Rizzo Luca (2022). Medidas de apoyo en salud mental, integración social y vida cotidiana. Obtenido de: [http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/3428](#)
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. (2ª. ed.). Málaga: Ediciones Aljibe. Obtenido de: [https://www.researchgate.net/publication/337428362](#)
- Sánchez, F. (2012). Métodos de investigación cualitativa. ©Francisco Javier Sánchez Sánchez-Cañete. SafeCreative Registro de propiedad intelectual.

Código: 1209012214910. 01 de sept. Obtenido de:

<https://www.researchgate.net/publication/337428362>

- Samter, N. (2017). El Método de las Comparaciones Constantes, aporte para la generación de conocimiento desde el trabajo social. Ejemplos de investigación en el campo gerontológico con el uso del Atlas.ti6. Buenos Aires, Cat. Prof. Mg. Jorge Paola. Obtenido de: <http://investigacionsocialdos01.sociales.uba.ar/publicaciones-metdologicas/>
- TOBAR. F. (septiembre 2000). *Herramientas para el análisis del sector salud*. En Medicina y Sociedad, pp. 234-246, Vol. 23, N° 2. Obtenido de: [Sistema de salud | DELS](#)



Griselda S. Meza
DNI 32864996

Anexos

Anexo I

Guías de Entrevista

Entrevista a Profesionales:

Lugar y fecha:

Hora:

Nombre y Apellido:

Profesión:

- Rol que desempeña dentro del Hospital
- ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el lugar?

Ejes 1: Trabajo cotidiano y apreciaciones generales de salud mental

- 1) ¿Quiénes conforman el equipo de salud mental en el Hospital?
- 2) ¿Qué rol ejerce en el campo de la salud mental? Si no ¿Le tocó alguna vez presenciar alguna emergencia por este tema?
- 3) A partir de la ley de Salud Mental N° 26.657 ¿hubo alguna transformación en las prácticas dentro del Hospital?
- 4) ¿Existe en el Hospital atención por salud mental en la guardia?
- 5) ¿Cuál es la intervención que se realiza como primera medida ante una emergencia de salud mental que ingresa la guardia?

Eje 2: Trabajo interdisciplinario en el dispositivo de salud mental

- 4) ¿El Hospital articula con otras Instituciones? ¿Con cuáles?
- 5) ¿Cómo es el trabajo en salud mental desde la interdisciplina?
- 6) ¿Hay internaciones en el Hospital por casos de salud mental?
- 7) ¿Con qué herramientas cuenta el Hospital para abordar esta problemática?

Eje 3: Promoción de la salud mental y cuestión social.

- 8) ¿Existen programas donde se trabaje la prevención en salud mental dentro del Hospital?
- 9) ¿Se realizan actividades para la promoción y prevención de la salud mental, que involucren a la comunidad?
 - 9) La demanda por salud mental en el Hospital ¿Cómo es?
 - 10) ¿Existen casos de atención por salud mental que no se puedan abordar en el Hospital y tengan que ser derivados? ¿Cuáles serían?

Entrevista a Personas que han tenido o tienen experiencia de atención en el Hospital

Lugar y fecha:

Hora:

Nombre y Apellido:

- ¿A qué se dedica?
- ¿Hace cuánto se atiende en el Hospital Mi Pueblo?

Eje 3: Promoción de la salud mental y cuestión social.

- 1) ¿Tuvo que atenderse alguna vez por emergencia en el Hospital o asistir con alguien que necesitaba la atención?
- 2) ¿Cuál fue su experiencia o percepción en ese momento? Buena en la atención.
- 4) ¿Qué experiencia tiene sobre la atención de los profesionales?
- 5) ¿Le informaron o asesoraron sobre algún programa de prevención en salud mental?
- 6) Si actualmente se encuentra en tratamiento: ¿Cuál es la dinámica de atención que tiene en el Hospital?
- 7) Como vecina/o del Municipio y su experiencia ¿Cree que es importante el trabajo de promoción y prevención sobre salud mental en la actualidad?

Entrevista N°1

Lugar y fecha: Florencio Varela 18/10/2023 (Presencial)

Hora: 13hs

Nombre y Apellido: Rosa Alegre

- G. ¿A qué te dedicas?
- R. Ama de casa.
- G. ¿Hace cuánto te atendes en el Hospital?
- R. Hace como 6 (seis) años que llevo a mi hijo.
- G. ¿Cuántos años tiene tu hijo?
- R. Tiene 16 años.
- G. ¿Cuál sería su patología?
- R. A él lo diagnosticaron con esquizofrenia.
- G. Y esto ¿Hace cuánto tiempo?
- R. Y él tenía, no el nació así. Tenía desarrollado el cerebro más de un lado que de otro, padecía epilepsia, estuvo medicado muchos años. Y yo le fui reduciendo la medicación que le daban los médicos porque no me gustaba darle mucha cantidad de pastillas. Parece que yo en vez de ayudarlo, lo estoy dañando con tanta cantidad de pastillas. Tuve una mala experiencia con mi mamá, y creo que toda pastilla tiene sus consecuencias.
- G. Por la situación de tu hijo ¿Tuviste que atenderte alguna vez en el Hospital por emergencia?
- R. Si, tardan un montón y con él en sus condiciones no podemos esperar mucho. Una vez me pasó que le agarró un ataque, lo llevamos a la guardia y sufrió un paro, el Materno puedo decir que esa vez me ayudaron. Pero en Casa Cuna lo diagnosticaron por epilepsia y probaron la medicación, hasta que acertaron la medicación correcta. Después lo atendí en la Plata porque se le reventó el apéndice. Antes había ido a su atención porque en la guardia de Varela no me ayudaron en ese momento.
- G. ¿Y por salud mental?
- R. No, yo lo atendí en el Hospital del Cruce, porque el médico neurólogo que lo atendía en un Centro de Atención de Bosques desde chiquito, lo llevó como paciente de él, me hizo ese favor, tuve suerte también porque muchos no se atienden ahí.
- G. ¿La experiencia entonces en el Hospital Mi Pueblo como la definirías?
- R. No fue buena, si en el Hospital el Cruce por mi parte es buena, porque cuando necesito medicación, yo voy y me atienden, hace poco la Dra. Me había dado una receta remarcada y

no me la querían aceptar, entonces yo cada 6 meses lo hago y eso sí, en eso tienen buena atención.

- G. ¿Y te asesoraron alguna vez de algún programa de prevención en Salud Mental?
- R. En la escuela, porque él va a cumplir 16, ahora le aumentaron ahora 4hs antes iba solo 2hs. Eso me dijeron que debería buscar un hospital de día, pero yo veo que no lo van a aguantar mucho a él.
- G. ¿Y eso te dijeron en la escuela? ¿A qué escuela va?
- R. A la 501 de Varela. Si, que tengo que ir a ANSES y averiguar para que tenga una buena obra social, y pensar en el futuro porque dentro de 2 años ya no va a ir más a la escuela, entonces tengo que ir viendo. Pero eso no sé todavía.
- G. Si, para que pueda tener un acompañamiento por semana.
- R. No, por semana imposible, no hay. En el cruce lo atienden cada 6 seis meses el neurólogo y el psiquiatra cada 3 (tres) meses. Me da recetas así, si voy en septiembre, ya me hace para octubre, noviembre y diciembre.
- G. ¿Y en dónde te atiende la psiquiatra?
- R. En el CAPS de Villa Vatteone, y las recetas me las da así, para que no me quede sin medicación, solo me da las recetas, no es que lo atiende a él. Ella no atiende, pero sin receta la medicación no te las venden en la farmacia.
- G. Como vecina de Fcio. Varela y tu experiencia personal ¿Crees que es importante la promoción y la prevención en la Salud Mental?
- R. ¿Cómo?
- G. Si ¿Qué podría mejorar por ejemplo?
- R. Si, es importante, pero tendrían que haber más médicos porque psiquiatra por acá no, no hay. Si es particular o Capital nomás, acá conseguí yo por suerte porque del Hospital del Cruce me consiguieron la Psiquiatra y para no ir hasta el Cruce voy al CAPS para buscar las recetas.
- G. ¿Y crees que debería haber más información sobre el tema?
- R. Si, porque por ejemplo una vez fui a la guardia de Mi Pueblo y como no llevé la medicación psiquiatra del nene no lo pudieron medicar porque no había un psiquiatra que autoriza la medicación, yo les dije la medicación que tomaba y como no estaba bien él y ellos no lo pudieron medicar, lo tuvieron que atar, lo ataron, porque no se quedaba quieto.

Entrevista N°2

Lugar y fecha: Florencio Varela 27/11/2023 (videollamada Meet)

Hora: 20hs

Nombre y Apellido: Lic. Mariela Gomez

Profesión: Trabajadora Social

Edad: 53 años

- Rol que desempeña dentro del Hospital: Trabajadora Social de Clínica médica.

- G: ¿Hace cuánto tiempo trabaja en el lugar?

- M: 23 años. Pero antes trabajaba en centros de salud, no es que entré vocacionalmente. Si vos me preguntas ¿Hubiese elegido el Hospital? No. Pero surgieron situaciones en los Centro de Salud donde yo trabajaba que hicieron que me fuera a refugiar en el Hospital de alguna manera, porque hubo amenazas de muerte no hacia mí, pero sí hacia el resto de los compañeros. Y yo dije está es la oportunidad de irme porque me van a matar a mí también la verdad que a mí nunca me han amenazado, pero a mis compañeros sí. Y bueno caí en el Hospital entré en el año 2000 al Hospital integrando el equipo de Área programática conformado por los barrios alrededor del Hospital, que son cinco (5) era como quien dice la Atención Primaria de la Salud de aquel entonces y compartía con todos mis compañeros trabajadores sociales todo lo que es el trabajo Social Hospitalario que son dos cosas distintas. Entonces yo atendía a la población exclusivamente de los barrios de Mayol y Villa Vatteone, Pista de Trote, Centro de Varela y Barrio San Martín, eso es el primer nivel de atención. Pero después formé parte del equipo de trabajadores del Hospital, que es el segundo nivel: es la internación y ahí después ya me fui involucrando cada vez más con el Hospital, éramos empleados municipales, dependía de la gestión y quién ganaba a veces dependíamos de la secretaría de Salud y otras veces de Desarrollo Social los trabajadores sociales. Porque el hospital ahora somos 7 siete que es el Trabajo Social hospitalario, pero el sistema de salud de Varela tiene 32 Centros de Salud, donde trabajamos en forma coordinada la derivación o el seguimiento de los pacientes, porque una vez que el paciente sale nosotros no hacemos seguimiento, una vez que los pacientes salen, la Atención Primaria hace el seguimiento. Se supone que hay 30 o 32 Centros de Salud. Yo pasé por distintas áreas salas de internación, pediatría, clínica médica, la terapia intensiva, neonatología, la Guardia de adultos, la Guardia de pediatría, la demanda espontánea que viene al hospital, desde hacer un trámite, por ejemplo, oncológico, medicación del HIV (Esto lo hace ahora más infecto, no tanto nosotros). Por ahí orientaciones de cómo se hace una pensión, El CUR que es el certificado Único de

discapacidad, lo orientamos no lo hacemos nosotros para eso tenemos la pata de Desarrollo Social.

- G. ¿Y eso es lo que haces ahora?
- M. Eh sí. Yo hago Clínica médica que es la sala de adultos de 15 años en adelante, Varela tiene 50 camas. Las cuales están ocupadas por personas a las que se denomina “sociales” porque sociales, porque estando de alta podrían hacer el tratamiento en sus casas, pero justamente tenemos familias no continentales o directamente no hay casas, entonces quedan en el hospital. Sumado los pacientes de salud mental, son 18 pacientes de salud mental, es toda un ala del hospital que están internados en condiciones de alta que no se pueden ir porque las familias no están capacitadas, no quieren atenderlos, etc., etc.
- G. ¿Eso es actualmente?
- M. Si, eso en la actualidad, actualmente si si. O secuelas de ACV(accidente Cerebro Vascular) quedan con una cuadriplejía, monoplejía, entonces las familias no se sienten capacitadas para el cuidado y como no tenés ningún arma legal para obligarlos, quedan ahí. No es como el caso de los niños, en el niño se sospecha de abuso, sospecha de maltrato infantil, viene la interconsulta, se trabaja en forma interdisciplinaria con salud mental, con el médico, se entrevista a la familia, al niño víctima principalmente y después se trata de investigar de alguna manera lo que sucedió, y ahí se le da si o si intervención a la secretaría de niñez.
- G. En cuanto a los adultos ¿El Hospital tiene que hacerse cargo si o si de esos casos? ¿Cómo hacen si necesitan camas para internación?
- M. Si, claro si necesitan camas, realmente se necesita a veces de 10 a 12 camas, pero no es solamente en este Hospital. Este un fenómeno de varias décadas que fue creciendo, uno de los factores es la pobreza, el aumento de la pobreza, mira no son gente grande, son gente joven tienen entre 40 a 60 años, unos tienen diabetes crónicas, clínicos amputados, esquizofrenias no tratadas, ACV, la mayoría están en ese rango, mujeres tenemos 3 el resto son varones y si, quedan acá, no los podemos echar a la calle, por una cuestión también de humanidad, eh buscamos por todos los medios trabajar con las familias viste, pero es muy difícil, porque muchos han roto ese vínculo familiar, porque por ahí son historias tan complejas de alcoholismo, drogas, violencia familiar, abusos intrafamiliar, entonces cuando llegar al Hospital llegan realmente detonados. Y cuando vos vas armando la historia, si es que habla, te va contando que tuvo mujer, que tuvo hijos, que se separó y cuando tenes todos los celulares te comunicas y te dicen ni me hables... escuchas cada cosa, entonces ¿Qué vas a hacer? No tenes ningún papel para obligar al familiar, decirles usted está obligada porque es su padre, es su esposo, por lo menos en nuestro país al menos no, en otros países capaz que

sí, entonces los tenes alojados a esos pacientes. Se les brinda toda la asistencia, la comida, etc. Y muchos terminan muriendo en el hospital. Porque tampoco tenemos voluntarios, fueron formados, pero en la práctica no existen. Entonces la enfermera está sobrepasada con el trabajo, una enfermera tiene 10 pacientes maso menos, implica bañarlos, cambiarles las sábanas, pero los que necesitan que se les de comer en la boca muchas veces quedan sin comer porque no tienen quien los auxilie, muchas veces son los mismos familiares de otros pacientes quienes los auxilian en el caso de compartir habitación.

Nuestro hospital está atravesado en estos últimos años por situaciones de abandono, hay una falta de recurso humano.

Ejes 1: Trabajo cotidiano y apreciaciones generales de salud mental

6) ¿Quiénes conforman el equipo de salud mental en el Hospital?

- M. la jefa del servicio es una psicóloga, después tienen un psiquiatra y una médica que está en formación en psiquiatría (ejerce como Psiquiatra) y como 7 a 10 psicólogos, pero solo se atiende la urgencia, el cuadro agudo.

- G. ¿Y trabajadores sociales?

En esta gestión, es parte de sala con ellos una compañera Lic. En Trabajo Social a ella le gusta el trabajo de salud mental, pero el equipo no tiene asignado un Trabajador Social.

- G. ¿Y cuántos trabajadores sociales son en el Hospital?

- M. Ahora somos 7 (siete) Trabajadores Sociales.

- G. ¿Te tocó alguna vez presenciar alguna emergencia en salud mental?

- M. Si, constantemente, constantemente tenemos.

- G. ¿Ingresan por guardia? ¿Cómo ingresan al Hospital?

- M. Ingresan por guardia, o son encontrados en la vía pública o por oficio judicial. Son las 3 (tres) vías de ingreso del paciente.

Actualmente están los 18 de la guardia, después están los que ingresaron y se cronificaron y están en clínica médica que son 2 (dos) ahora, por lo menos que entraron por guardia, intento de autoeliminación que es lo más común, que puede ser con arma blanca, ahorcamiento o ingesta de psicofármacos o venenos. Los que sobreviven

- G. ¿Ellos ingresan como pacientes de salud mental?

- M. Claro, porque de acuerdo con el cuadro, si fueron encontrados en la vía pública, o la familia los trae, primero se los ingresa, de acuerdo con la entrevista. Se llama a salud mental, psiquiátrica, psicólogo y a los trabajadores sociales para hacer la entrevista familiar, algunos están solos y tenes un jeroglífico. Muchos vienen sin documentos, desnudos, generalmente la policía los levanta y llama al SAME hasta que el paciente se compensa y te da su identidad

y ahí empezamos a buscar por Facebook, le tomamos huellas dactilares, lo ponemos en la historia clínica. Si el paciente está compensado te puede decir que “soy Superman” pasa, hasta que te dicen su nombre... Y ahí vamos dando con la persona y su grupo familiar, muchos son de otras localidades, que han caminado, se subieron al tren y quedaron en Varela. Hay una chica que tenemos que es de la Matanza. Y vos decís ¿Cómo llegó

- a Varela? Pero bueno...

-G. ¿Y entran pacientes con algún tipo de brote como la esquizofrenia? ¿Entran por la guardia?

-M. Si, constantemente entran con brote psicótico, esquizofrenia sin tratamiento, la pandemia trae mucho de esto, porque en estos 2 años no hubo tratamiento, si bien el paciente no adhiere al tratamiento y la familia no tiene por ahí signos de alarma pensando en que se le va a pasar, o es así, o es un capricho, que se yo, entonces al estar 2 (dos) años sin tomar la medicación y encerrados, hemos tenido casos con intervención judicial que vos decís de película, todos barbudos, en 2 años no se bañaron y bueno... Y vos decís y la familia? como que es normal viste, entonces por eso te digo hay un contexto enfermo del paciente que hace que uno diga, esto no es normal! Que no coma, que no se bañe, etc. Es bien de libro Griselda y eso constantemente.

- G. Y con respecto a esto que decís que hay 18 camas ocupadas, en el caso de colapso ¿Se quedan todos internados o se deriva? Qué se hace en ese caso?

- M. Y se ve, tal vez alguno se judicializa, pedimos ayuda es que no hay gente insana, vos para declarar una persona insana tiene que haber juicio de curatela, la mayoría no tiene, no es fácil declarar una persona insana tampoco porque lo tiene que ver constantemente un psiquiatra. Entonces ahí trabajamos en conjunto con Juzgado de Familia y con la Asesoría de Menores que nos va asesorando como hacer también las entrevistas con las familias, son familias difíciles, como que el Hospital se las arregle, si pero el Hospital más la Ley de Salud Mental, no es hotel. Yo por ejemplo ahora atiendo a uno, un señor de 58 años con pensión graciable ingreso en septiembre de 2021 totalmente descompensado, ahora es un duque vos lo ves bien vestido, pero tomando la medicación en tiempo y forma, bien alimentado, bañado, pero bueno la familia no lo quiere, porque no sabe cómo manejarlo, para mí una excelente persona pero que vas a hacer ¿Lo vas a echar a la calle? No. Entonces ahí estamos buscando por ejemplo que tiene PAMI, un hogar y no es fácil conseguir un hogar porque tienen derecho de admisión. Me pasó esto la semana pasada, con todos los papelitos, todo todo lo que me pidieron, tuvimos una entrevista virtual y otra presencial, y dicen como derecho de admisión tiene que estar 3 días de adaptación, como jardín de infantes ¡Mirá si yo le voy a decir al director del Hospital bancame 3 días la cama que si no lo admiten vuelve! Después se pasa el papelito al PAMI y el PAMI en el 2024 ponele, si da con el perfil lo aceptarán. El hombre va a seguir estando ahí, está todo colapsado es complicado el egreso, la mayoría están alojados.

Pero si constantemente atendemos, todo lo que yo te cuento y los 18 años que están ahí es porque entraron en situación grave. Todos descompensados, intento de autoeliminación, cortadura, que se colgaron, que se apuñalaron, así es esto es la moneda corriente, que tiene alucinaciones, que agarro el cuchillo y mató al gatito desgraciadamente y son todos jóvenes, estamos hablando de gente joven 20 y 30, tenemos una chica que va a cumplir 18 años. Son todos jóvenes salvo 2 que tienen 57 y 58, los demás jóvenes.

- G. ¿Y hay casos de menores con estas problemáticas?
 - M. Si, la esquizofrenia tiene su brote en la adolescencia, pero ahí se trabaja ya con niñez tenés otro respaldo, en los adultos es el problema y después lo van viendo los psiquiatras entran no sabiendo ni quienes son hasta que más o menos se van organizándose y ahí se va trabajando con la familia para que el paciente se vaya lo más compensado posible a su domicilio.
 - G. ¿Y después se sigue con el tratamiento?
 - M. Si, de por vida y ahí está el cuello de botella porque no todos los centros de salud tienen psiquiatra y el Hospital es el cuadro agudo. La gente ahora capaz ya está haciendo cola para cuando mañana entra la administrativa anota. Salud Mental tiene su manera de atender, que entra el cuadro agudo, queda internado, se va de alta y le hacen 2 o 3 consultas en el Hospital y después ya no, para ellos caso cerrado y de ahí los tienen seguir los psiquiatras en el CAPS, que son 30 centros de salud más o menos en Varela y no hay 30 psiquiatras.
 - G. ¿Y después qué pasa? ¿Vuelven con el brote?
 - M. Si, igualmente la medicación la piden desde el Hospital, deberían seguirlo el centro de salud, como no pueden al más próximo a veces depende también de la voluntad de los Centros de Salud.
 - G. ¿Y pueden ir las personas a pedir la receta en el Hospital?
 - M. Si, si son pacientes que fueron internados si, sino no.
 - G. ¿Se lo dan solo por un tiempo?
 - M. Claro, pero está la secretaria de Salud que tiene la mesa de Salud Mental, deberían ir a pedir ahí la receta. Pero la gran falencia e Salud Mental a nivel Municipal y a nivel Provincial también. La mayoría tiene 4 o 5 medicamentos y trabajan combinadamente, no es que es solo clonazepam. Tienen que tomar el tiempo y forma mucho de los desfasaje son recaídas, que no consiguieron el turno correspondiente en los Centro y entonces vuelven al Hospital. Igual en la provincia la sigue Kicillof, ahora ganó Milei. Seguimos con el mismo signo político
- Te estoy hablando, no pasó nada porque es una problemática en ascenso, 2 años de pandemia, no sabemos qué va a pasar, cada cosa que veo de los jóvenes. Estos años que estuvieron sin tratamiento, es lo que se está viendo ahora.

Es jodido, ahora los chicos están haciendo como talleres, con esto que es tan crónico. En el Hospital hay pulmones, pulmones les decimos a pequeños jardines internos que hay en el

Hospital, ahí están haciendo con los pacientes festejando cumpleaños, huertitas, el Inca les trae semillas. Pero ya te digo desvirtuado, porque el Hospital es de agudos, es el cuadro agudo y después tienen que volver a sus casas, no es de crónicos y tampoco es de salud mental.

- G. Pero se van haciendo cosas de acuerdo a las personas que van ingresando con esas problemáticas por lo que me contás.
- M. Y si, los chicos lo que hacen es la urgencia, ven si las salas pero no hacen consultorio, el seguimiento es porque su jefa lo dispuso así, capaz que si es otra jefa, trabajaría de otra manera. Son 10 psicólogos, solo ven a los pacientes que estuvieron internados, si vos quieres hacer tratamiento en el Hospital no, tendrías que haber estado con el cuadro agudo, pero te van a ver 5 veces como mucho y después que pase el que sigue, tiene esa modalidad.
- G. Es necesario entonces por lo que me contás, el seguimiento externo.
- M. Si, y tienen que haber más profesionales y yo creo que con los sueldos magros que ganamos en el sector público, muchos de los colegas van a trabajar al sector privado, esa es la realidad también, por amor al arte ya no. Yo no te podría decir pero sería interesante saber ¿Cuántos psicólogos hay en los centros de salud? y ¿Cuántos psiquiatras? Debe haber 4 como mucho, para la próxima te averiguo bien si quieres. Pero ya te digo si funcionará bien en sistema es paciente que ingresó con un cuadro agudo, se lo estuvo X cantidad de tiempo internado, se comenzó, ponele hipotéticamente familia continente, hipotéticamente que el Ministerio de Salud que le dé en tiempo y forma su medicación y después podría seguir en su centro de salud con su psicólogo, psiquiatra por decirte Villa Mónica. Eso no existe porque los barrios están saturados de gente con estas problemáticas.

Por ejemplo hay una paciente que tiene PAMI y también tiene familia, poder adquisitivo como para pagar de repente a alguien que la asista tampoco, entonces de lo que dice la Ley que la familia y la comunidad tienen que hacerse cargo, dista mucho con la realidad, porque no tenemos un arma para decir en el art. Tal. ¿Por qué sanción van a tener? Más que la sanción moral. Mirá muchas veces vienen con oficio judicial de los distintos juzgados de familia, que los encuentran en la vía pública o los traen las familias porque ya no pueden más con ella o él, y dice paciente llega para evaluación interdisciplinar entonces ahí aparecemos los 3 en escena, mandamos todos los informes al juzgado entrevistan a las familias y las familias dicen, mire yo no doy más porque muchos han atentado contra sí y contra terceros viste, medicados y todo. Salvo que en el cuadro agudo, ahí el psiquiatra en sí es incumbencia del médico pedir el traslado si consigue cama en el Melchor Romero o Estévez si es una mujer, pero no pasa eso últimamente muy seguido. Lo evaluamos, mandamos el informe y comparece el familiar ante el Tribunal y dice yo no quiero más porque no lo puedo tener, ahí quedan en el Hospital varados ¿Decime a dónde los vamos a llevar? Y no hay ningún pariente, entonces la Ley ahí queda muy corta, no es fácil. Yo cuando los atiendo y entiendo, tienen que estar con personas

que hagan que tomen su medicación, requieren que el cuidador tenga mucha energía y la mayoría son familias destrozadas. De que se trabaja se trabaja y arduamente y de eso te puedo dar cuenta.

Son historias, familias atravesadas por el dolor, muchos abusados seguramente porque cuando uno indaga, indaga, en algún punto algo pasó, para que esa mamá, o chicos no deseados, tuvieron un brote cuando eran niños o las faltas de alarma hicieron que no acudan rápidamente a ver, a consultar con un psicólogo, o la cuestión cultural de eso es así, es caprichoso. Pero ese capricho no era, era una manifestación del problema.

- G. ¿Cuál es la intervención que se realiza como primera medida ante una emergencia de salud mental que ingresa la guardia?
- M. Datos filiatorios, armar la historia clínica, ya como rutina le tomamos huellas dactilares para ver si es que no tiene DNI esté identificado. Ni bien ingresa lo recibe administrativa y médico dependiendo de la hora, a nosotros nos llega después por escrito pedido de interconsulta y ahí te dice escuetamente por decirte un ejemplo “Paciente femenino o masculino, de tal edad por intento de autoeliminación, sin familiares o se lo encontró en la vía pública o en condiciones de alta y no se presentaron familiares”. Ahí vamos entrevistamos a la persona, leemos la historia clínica si hay algún dato. Depende como esté el paciente, si se lo puede entrevistar, se lo entrevista. Las veces que están muy delicados, se ocupa el psiquiatra y para evitar tanta entrevista, le hacemos una solo entrevista entre los 2, T. Social y Psicólogo. De acuerdo a lo que nos diga, para nosotros es muy importante todo, anotamos todo, desde decirte “abre lata Godoy” porque es así y de ahí vamos armando el mapa familiar para dar con sus familias o allegados para citarlos y ver en qué condiciones se puede ir ese paciente.
- G. ¿Las huellas dactilares, quién se las toma eso es algo a nivel nacional que se hace?
- M. Hay un equipo de identificadores y a veces les pedimos para poder buscar la identidad del paciente, porque algunos fallecen y en base a esas huellas podemos hacer también el certificado de defunción también.
- G. ¿Eso va a un sistema nacional?
- M. No, queda en la historia clínica y la historia de él o ella. Cuando son NN que es incumbencia del administrativo de guardia, cosa que no ocurre habitualmente, debe la documentación a la comisaría para búsqueda de paradero. Pero a nosotros la experiencia nos ha dado a nosotros buscar en Facebook personas extraviadas más que nada cuando son de otros distritos, consultamos a la abogada del Hospital, nosotros no sacamos fotos, no subimos imágenes, nada. Pero así encontramos a algunas personas que las estaban buscando, dimos con las familias y los vienen a buscar.
- G. ¿El Hospital articula con otras Instituciones? ¿Con cuáles en servicio social?
- M. Desarrollo social de Varela con todas las institución, Hospitales de la región sanitaria y otras regiones sanitarias, Juzgados, el CAJ (Centro de Acceso a la Justicia), todo lo que es

niñez, los servicios locales, banco de drogas y todas las dependencias ministeriales, consulados, todo lo que es el ámbito, municipal, provincial y nacional.

- G. ¿Cómo es el trabajo en salud mental desde la interdisciplina?
- M. Nosotros salimos a atender siempre y cuando venga la interconsulta de las distintas áreas: son 6 o 7, Neo, maternidad, clínica, UTI y las guardias y salud mental y los consultorios externos también. Lo que más trabajamos es neo, pediatría, maternidad, adulto y las guardias de adultos, consultorios externos es raro, pero cada tanto vienen constantemente trabajamos la interconsulta. Seguramente vos leíste sobre el modelo médico hegemónico.
- G. Si.
- M. Bueno, el Hospital es un modelo médico hegemónico, nosotros tenemos otra formación, la interdisciplina, la mirada integral del paciente para el médico a veces es caso cerrado, ya están en condiciones de alta. En clínica los que están alojados y de alta, ya son pacientes sociales, biológicamente ya está dado de alta, después no es mi problema que no tenga casa, etc. Ya te digo es un paciente en condición de alta, pero no tienen casa o familia continente.
- G. ¿El Hospital siempre tiene recursos para que quede alojado en el Hospital?
- M. Si, lo mínimo indispensable. Pero es un hospital chico, tiene 50 camas.
- G. ¿Existen programas donde se trabaje la prevención en salud mental dentro del Hospital?
- M. No, porque es segundo nivel, la prevención la tienen que trabajar en los CAPS, ahora lo están haciendo está especie de taller pero para los pacientes que están internados.
- G. La demanda por salud mental en el Hospital me dijiste que es mucha.
- M. Impresionante, los profesionales no dan abasto. Tienen la guardia, a los que hacen consulta que dan 10 números por día. No hay guardia de salud mental en el Hospital, el médico ve lo que resuelve dependiendo del estado del paciente y la urgencia. Generalmente los que entran es por intento de autoeliminación. Se compensa lo biológico, hasta que lo pueda evaluar el psiquiatra si se salva.
- G. ¿Y en los casos de urgencia por Salud Mental?
- M. En esos casos llaman al ERI(Equipo de Atención en Crisis). Lo evalúa anota la medicación que le dio para que al otro día lo siga el psiquiatra de planta. El médico ve lo que resuelve dependiendo del estado del paciente, la urgencia.
- G. ¿El ERI por qué profesionales está compuesto?
- M. Psiquiatra, Psicólogo y T. Social. Hay un equipo por región sanitaria y son como 6 municipios. Cuando es fuera del horario de personal de planta, atienden ellos.
- G. ¿Existen casos de atención por salud mental que no se puedan abordar en el Hospital y tengan que ser derivados? ¿Cuáles serían?
- M. Si, pero tiene que estar en el cuadro agudo, debe pasar se pide cama donde pueda haber y más de una vez se deriva.

Entrevista N°3

Lugar y fecha: Florencio Varela 01/02/2024 (videollamada Meet)

Hora: 20hs

Nombre y Apellido: Laura Gonzalez

- G. ¿A qué se dedica?
- L. Ama de casa porque trabajo en casa de familia y en el cuidado del adulto mayor los fines de semana.
- G. ¡Ah, que lindo!
- L. Si, es lindo yo hice un curso.
- G. ¿ De acompañante terapéutico?
- L. No, yo hice un curso de cuidado.
- ¿En dónde lo hiciste? En Capital, en el 2012, fue cuando recién empezaban los cursos de cuidado.
- ¿Hace cuánto te atiendes en el Hospital Mi Pueblo? ¿Te atiendes actualmente ahí?
- L. Mi hijo se atiende ahí, él tiene esquizofrenia hace 11 años Se atiende ahí, la 1era vez se atendió ahí.
- G. ¿Y Cómo fue la experiencia? ¿Ingreso por guardia? Esto fue hace 16 años ¿En qué año?
- L. El cumplió 18 años, actualmente tiene 34 años.
- G. Bastantes años pasaron ¿Y ya en ese tiempo te atendieron en el Hospital Mi Pueblo?
- L. Claro, el ingresó por guardia, muy buena la atención para mí fue excelente. Bueno, obviamente esto es van probando la medicación, porque esa es la realidad, hasta que le dan en la tecla. Justo el día que cumplió años le pasó, justo a los 18 años. Así que bueno la experiencia mía en el Hospital, cuando él tenía 8 años también lo operaron del apéndice ahí y fue excelente las enfermeras, los médicos.
- G. Y vos ingresaste por una urgencia, viste que le pasaba algo físicamente o una crisis, lo llevaste al Hospital, pasaste por la guardia y él ¿Quedó internado en ese momento o no?
- L. Si, quedó 1 día, porque después ya, bueno, le diagnosticaron brote psicótico primero. Y Después ya por la medicación lo mandaron a casa, la internación fue domiciliaria.
- G. ¿Y cómo era la atención y el seguimiento del tratamiento?
- L. Yo tenía que ocuparme de la medicación, de todo y después tenía que ir a informarle al médico como iba yendo.

- G. ¿Cada cuánto era el seguimiento?
- L. Cuando recién empezó era cada 3 días.
- G. ¿Qué equipo médico lo atendía?
- L. Lo atendía el psiquiatra el Dr. Olenzuck, después se atendía con el Dr. Leone y actualmente se atiende con el Dr. Rubo.
- G. Si, escuche nombrar a esos médicos.
- L. Si con los médicos fue muy buena la atención no tengo nada que decir, excelente. Yo me operé de los pies ahí, mi marido también estuvo internado. Lo que pasa es que uno también si a mí me dicen tiene que esperar 10 hs, yo no voy a ir a golpear la puerta a nadie, yo creo que también pasa por eso. Lo que sí te puedo decir que administración es todo una vergüenza, ahora peor que antes pero no es de ahora, te mandan para acá para allá, de consultorio en consultorio, ellos no saben pero te mandan por las dudas, eso sí es un desastre nunca cambió. Pero después de los médicos no te puedo decir nada, tenes que armarte de paciencia y más con este tema de salud mental y vos sabes que vas a esperar.
- G. Tenes que armarte de paciencia, sí. Y en cuanto a la emergencia ¿Tuviste que acudir alguna otra vez a la guardia por este caso o el tratamiento avanzó de una manera que se mantuvo estable?
- L. Avanzó, estuvo bien pero tuvo varias recaídas a los 2, 3 años la primera y la última vez ya habían pasado varios años hace 7 años y medio. Pero ese fue mi error, porque te explico, el médico le bajó la medicación, le sacó la medicación para probar y el error mío, como yo lo veía ¡Tan bien! Que cuando tenía que ir, no fui. Fui cuando tuve que ir por emergencia, fui por la guardia otra vez.
- G. Y ¿Quedó internado o no?
- L. Si, quedó internado 3 días, después lo derivaron al Hospital Evita Pueblo de Lanús.
- G. ¿Por qué?
- L. Porque fue bastante fuerte.
- G. ¿Tenían otro tipo de atención? Porque es un Hospital Provincial también o Municipal.
- L. Ellos tenían la parte de salud mental internación, y la verdad que yo en ese tiempo estaba con una psicóloga y me ayudó mucho con todos los trámites.
- G. ¿Atendía en el Hospital de Varela?
- L. Claro, atendía acá, ya no trabaja más, hace bastante tiempo, bueno salud mental es fuerte trabajar ahí... le pegaron y los hijos no la dejaron seguir trabajando. Para los médicos es muy complicado.
- G. ¿Se tuvo que intervenir judicialmente alguna vez en el caso?
- L. No, nono, gracias a Dios no. Estuvimos a punto, pero porque él no quería ir al médico, yo ya hice todo, el trámite en defensoría, todo eso y como no vinieron, me dijeron que iban a venir y después de 7 días recién vinieron. Pero para eso entonces yo fui a hablar con el médico y

yo tenía que ir a la comisaría, pero no hizo falta porque después empezó a tomar la medicación.

- G. ¿Te informaron o asesoraron sobre algún programa de prevención en salud mental?
- L. No, nono.
- G. ¿Y tratamiento psicológico?
- L. En realidad él tuvo un tiempo pero iba un tiempo y dejaba.
- G. ¿Y actualmente?
- L. Actualmente está yendo a un Centro terapéutico, hace un año, recomendado por el médico, eso hace un año, sería como un centro de día entra 8.30hs y sale 15.30hs se llama Centro Terapéutico del Sur. Pero como empieza con un periodo de adaptación a él le cotó mucho Recién hace 2 semanas seguidas va los días completos.
- G. Actualmente ¿Cuál es la dinámica de atención que tiene en el Hospital?
- L. Por ejemplo él va una vez por mes a atenderse y ahí le da receta, igual él puede ir a pedir un receta sabiendo el día de atención del médico, en caso de que haga falta. Yo llevo la receta a la obra social del padre para que me den la medicación.
- G. En el Hospital Público ¿El médico te hace la receta por la obra social o vos tenés que ir después a otro médico a que transcriban esa receta?
- J. Yo solo voy a la obra social, dejo la receta y ellos me llaman cuando tengo que ir a buscar la medicación. Tenés que hacer un trámite para que te los cubran, él tiene el CUD. Pero el médico me dijo un día y qué remedio le estás dando, ellos me dan una genérico, se ve que el médico no lo veía bien y me dijo que la cantidad de droga que le ponen es menos. Entonces le empezamos a comprar nosotros. Y vimos una gran mejoría, cambio totalmente. Tardó un tiempo en hacer efecto un mes más o menos y la pasas mal pero el cambio fue increíble. Estamos en esa lucha para que la obra social lo pueda cubrir, pero tenes que tener un recurso de amparo, yo por ahora le puedo comprar.
- G. Como vecina del Municipio y en base a tu experiencia ¿Cree que es importante el trabajo de promoción y prevención sobre salud mental en la actualidad?
- L. Si, muy importante porque cuando te pasa no sabes a dónde ir, si es muy importante. Yo ahora estoy yendo a la psicóloga y me está ayudando.
- G. Te sentís contenida.
- L. Si, totalmente empecé a trabajar hace un tiempo, tenés que tener mucha paciencia además con el tiempo te vas sensibilizando y necesitas ayuda. Yo de hecho lo amenazaba, no quieres tomar la medicación, a mí una psicóloga me decía en el tratamiento es un 80% el acompañamiento de la familia y vos no te das cuenta porque es tu hijo y es tu deber esto, pero los de afuera lo ven esto.

Lugar y fecha: Florencio Varela 08/02/2024

Hora: 18hs Presencial

Nombre y Apellido: Sofía Lugones

- G. ¿A qué se dedica?

- S. Soy jubilada

-G. ¿Hace cuánto te atendes en el Hospital Mi Pueblo? ¿Te atendes actualmente ahí?

-S. A mi hijo lo atendieron ahí por primera vez y lo diagnosticaron con esquizofrenia. Entró por la guardia del hospital, lo llevaron de la escuela, cuando tenía 18 años. No me explicaron qué le pasó en ese momento. Una portera me dijo que le agarró angustia y que la preceptora lo encerró en un cuartito hasta que vino la ambulancia y lo inyectaron y lo derivaron al psicólogo. Me mandaron al Hospital con un papelito que se derivaba al Psicólogo. Yo fui a buscarlo a la escuela y él estaba en ese cuartito pero estaba tranquilo, "ya lo habían inyectado"

Desde el Hospital me dijeron que vuelva a la tarde, porque era mediodía y en ese momento no había psiquiatra, lo vio el Dr. Olenzuck en ese tiempo, al principio le dio algo muy suave, yo entendí que él todavía tenía el efecto de la inyección que le dieron en la ambulancia. El Dr. Le hacía seguimiento todos los días, nosotros no teníamos idea en ese tiempo ¿Qué sería? El médico tampoco nos dijo ¿Qué era lo que tenía?

Una tarde se fue corriendo, disparaba, estaba muy acelerado, se quería escapar todo el tiempo. Eso le íbamos contando al doctor. Un día estaba el Dr. Hablando con él mi hijo Mario en el consultorio y recibe una llamada y le contesta a la persona que lo llamó, "ahora te llamo, porque estoy atendiendo a un chico esquizofrénico" y ahí escuchamos por primera vez cuál era su diagnóstico porque no nos habían dicho nada antes.

- G. ¿Y cómo fue la experiencia de atención en ese momento?

-S. Él estaba en su último año del secundario, era el último trimestre, ya se había anotado en la facultad para el próximo año, actualmente tiene 38 años y va a cumplir 39. La experiencia fue para nosotros muy difícil, atención psicológica nunca tuvo en el Hospital porque nosotros teníamos Obra Social y nos dijeron que se tenía que hacer cargo la obra social, bueno eso nunca pasó. IOMA nunca me respondió sobre el tratamiento. Una vez me dieron una lista y ninguno casi atendía por IOMA. Un desastre.

Lo siguió atendiendo el Dr. Olenzuck y él nos daba la receta para la medicación. En el Hospital o también a veces íbamos a los consultorios privados donde él atendía.

- G. Y ¿Cómo siguió el tratamiento?

- S. La atención siempre era la misma, íbamos una vez por mes, lo veía el Dr. Y le daba la receta para la medicación. Pasaron unos años y él no quería tomar la medicación, dejó un mes y

tuvo una recaída y tuvimos que llevarlo de urgencia a la guardia, pero como era de noche, nos fuimos directamente al Melchor Romero y ahí quedó internado. En realidad los médicos no querían dejarlo internado, pero él no respondía nada. Intentaron por todos los medios convencerlo para inyectar le la medicación y que vuelva a casa, pero no hubo caso. Se tuvo que quedar.

- G. ¿Y ahí cuánto tiempo estuvo?

Ahí estuvo una semana, porque como tenía obra social, lo derivaron a una clínica Privada en Quilmes y ahí estuvo un mes. Pero salió y todo siguió igual, mientras tomaba la medicación estaba bien, pero siempre quería dejar. Y parece que a veces la tiraba. Muchas veces le tuve que dar la medicación a escondidas en la comida.

G. ¿Llegó a internarse otra vez más?

- S. Si, 2 (dos) veces más, de las cuales una en un hospital Privado por vía Judicial, esa vez estuvo muy mal y fue muy duro que lo lleven como lo llevaron. Y la última vez hace unos 9 (nueve) años después de pasar por varias guardias, entre ellas en el hospital Mi Pueblo, me dijeron que no había psiquiatra en ese momento, era a la tarde y él no quería ir al médico, lo teníamos en el auto, porque se quería escapar. Entramos a la guardia y le pedí por favor a la médica que estaba que le aplicara algo y me dijo, no pero si el paciente no quiere, no podemos aplicarle nada nosotros. Ese día terminamos en el Borda y ahí se quedó por un mes y lo sacaron adelante, después tuvo crisis, pero fue la última internación, hace. Lo atiende actualmente un Psicólogo todas las semanas, lo ve la psiquiatra 1 (una) vez por mes y sigue el tratamiento ahí. Logró muchas cosas en este tiempo, terminó el secundario, se anotó nuevamente en la facultad, muchas veces va solo a las consultas.

- G. ¿Le ayudó la parte psicológica que antes no tenía?

-S. Si, claro eso lo ayudó, la continuidad de un tratamiento con psicólogo y vaya teniendo seguimiento, muchos médicos lo han atendido y siempre lo dejaban porque no era constante, no hacía caso, ahora le tocó un buen equipo médico que lo supo sacar adelante. Su psicólogo es médico también, pero se dedica a la psicología y tiene muchos años de experiencia.

- G. ¿Qué experiencia te queda de la atención en el Hospital?

-S. La atención en el Hospital fue muy buena, con Olenzuck, él siempre estaba disponible cuando estaba para atenderte en lo que necesitabas, ya sea receta, él mismo me decía ¿Qué días estaba en el Hospital? Y cualquier cosa que vaya a los consultorios privados. Pero la última vez que pasé por la guardia, no nos fue bien. Porque mi hijo estaba re mal y nosotros no sabíamos qué hacer, no lo podíamos sostener pudo haber pasado cualquier cosa ese día. Me acompañaron 3 (tres) vecinos y uno de ellos me dijo de llevarlo ahí, cuando nos dijeron que no en el Hospital de Varela y en el Evita de Berazategui. En el Evita inclusive nos ayudaron 2 policías que estaban en un patrullero en el hospital y vieron el forcejeo que hacíamos con él. Inclusive uno de ellos habló en la guardia de ahí y tampoco hubo caso. No tenían psiquiatra

de guardia, los policias nos ayudaron como pudieron, nos dieron una sogá para atarle las manos y de ahí fuimos directamente al Borda.

- G. Como vecina del Municipio y en base a tu experiencia ¿Crees que es importante el trabajo de promoción y prevención sobre salud mental en la actualidad?
- L. Si, acá en Varela no creo que haya, la verdad es que sería bueno, porque a nosotros nos costó mucho todo, la obra Social no te resuelve nada y no hay tratamientos o uno no llega a conocer o no hay información sobre esto.

Entrevista N°5

Lugar y fecha: 05/03/2024

Hora: 14:00 hs.

Nombre y Apellido: Martina Brito.

Edad: 52 años.

G: ¿A qué se dedica?

M: Ama de casa y trabajo limpiando casas y cuidando abuelos.

G: ¿Hace cuánto se atiende en el Hospital Mi Pueblo?

M: Siempre me atendía ahí, pero ahora con el Dr. Rubo que es el psiquiatra desde hace 9 (nueve) años por ahí. Yo ahora estoy con una pastilla risperidona y una Lorazepam para dormir y nada más. Cuando recién me enfermé tomaba más cantidad.

G: ¿Qué te diagnosticaron?

M: esquizofrenia.

Eje 3: Promoción de la salud mental y cuestión social.

G: ¿La atención fue por emergencia en el hospital?

M: Cuando me sentí mal, empecé a escuchar voces en mi cabeza, estaba muy aturdida, había tenido una crisis, yo no sabía, fui a la guardia del hospital. Me tuvieron un día en observación. Y después me fui a mi casa medicada, pero yo en ese momento creía que me querían envenenar o sea no quería tomar la medicación, no era dueña de mí misma, porque no estaba bien.

G: ¿Y vos te diste cuenta?

M: Si, me daba cuenta, me daba cuenta y mis hermanas se empezaron a dar cuenta y bueno, con otras señoras hicieron los papeles para que me internen en el Romero viste, así que bueno me vino a buscar la ambulancia, yo no sabía un drama porque me asusté mucho, porque la verdad no sabía que estaba tan mal y bueno me dejé ayudar y bueno salí adelante porque allá la verdad me trataron muy bien y me estabilizaron y después cuando me dieron el alta seguí con toda la medicación que era mucha, mucha y bueno de a poco fui recuperando, porque bueno me sentía muy floja, no me quería bañar, me orinaba encima y bueno nada.

G: ¿Cuál fue tu experiencia de atención en el hospital Mi Pueblo? En ese momento me atendió el Dr. Leone, buena atención. Yo iba a buscar todas las recetas al hospital cuando volví de estar internada. Pero yo me atendí también en su consultorio privado porque se habían ido todos los médicos, me asusté tanto que no conseguía la receta de los remedios y me fui al consultorio privado, entonces me agarró una crisis, como abstinencia y estaba muy descolocada. Me atendió él, me hizo las recetas y bueno, después ya vino el doctor Rubo al hospital, me empezó a atender el y la verdad que la atención es muy buena. Esto fue antes de pandemia, en el hospital. La atención es bárbara, es según el paciente que vos sos, yo quise salir, puse todas las garras para salir, yo quería ser como era antes, yo puse mucha voluntad. Hay mucha gente que pide medicación para esto, para lo otro, te imaginas que una medicación psiquiátrica te deja dura, con las capaz caídas, no no es tremendo, es horrible y yo tuve ataques de pánico 5 años, era horrible, cada vez que me agarraba sentía que me moría, sin embargo me desmayaba y cuando me despertaba estaba como si nada y así estuve hasta que se me fueron solos.

G: ¿Y esto todo por la medicación?

M: y yo supongo que sí, la medicación es fuerte.

G: ¿Y tuviste que volver a la guardia por este motivo alguna vez?

M: No, no, yo no.

G: Porque vos hiciste todo como corresponde.

M: Sisi, yo jamás dejé de tomar la medicación por mi cuenta no, siempre hice tal cual me dijo el médico y siempre fui obediente porque quería estar siempre bien.

G: ¿y en el Romero cuánto tiempo estuviste internada?

M: No, creo que estuve 2 (dos) meses nada más.

G: ¿Y después de ahí ya te atendiste en Varela? ¿Sacaste turno o pasaste por la guardia?

M: No mirá, mi hermana fue a suplicar al Dr. Leone, porque no daba abasto con la gente se juntaba 20, 25 personas en la puerta para que los atendiera si o si, y hermana insistió y aceptó tener una entrevista conmigo y de ese día me empezó a atender

G: ¿En el Hospital?

M: Si.

G: ¿Tratamiento psicológico te ofrecieron en el hospital?

M: Nono, yo ahora voy a una psicóloga cuando trabajo, yo antes no quería, decía que podía salir sola, pero me gustó viste porque te podes desahogar, me sentí acompañada por ella, no es lo mismo que contarle a tu familia y aparte mi nuera es psicóloga, entonces estoy contenida viste.

G: ¿Le informaron o asesoraron sobre algún programa de prevención en salud mental?

M: No, vos sabes que no, yo terminé la primaria antes de pandemia en un colegio normal de adultos, para ejercitar la mente. Eso me ayudo a mí.

G: ¿Cuál es la dinámica de atención que tiene en el Hospital?

M: Ahora me da una carpetita, donde me pone la fecha del siguiente turno, porque antes me iba a las 8 o 10 de la noche y me quedaba ahí hasta la mañana para sacar el turno. Entonces un día se dio cuenta que estábamos muy agotados, yo estaba re mal de la cervical viste y me dio la

libretita y así me atiende por mes, me da la receta, ahora me dio la receta por 6 semanas, el 27 de febrero fue la última vez.

G: ¿Cómo es atención? ¿Te da solo la receta?

M: No, me pregunta cosas qué estoy haciendo, si escucho voces. Por ahí me pregunta qué día es hoy. Me sorprende a veces las preguntas que me hace.

G: ¿Y cómo es eso de que vas a buscar la medicación a Capital?

M: Cuando yo en la pandemia me quedé sin trabajo, fui a Av. 9 de Julio, donde está desarrollo social y pregunté a ver si había algún lugar donde se dieran la medicación psiquiátrica, porque yo no las podía costear y me mandaron a Av. Rivadavia 870 y ahí me dijeron lo que tenía que llevar y me empezaron a dar la medicación. Pero estos 2 (dos) últimos meses no me las dieron.

G: ¿Y por qué?

M: Porque el Gobierno no firmó para que las dieran, así que voy y vengo de Capital, cada llamo a la farmacia me dicen todavía no entregaron, todavía no entregaron, pero voy igual viste.

G: Y en ese caso ¿Las pagas vos?

M: Sisi, porque yo siempre trabaje, o sea aparte de tomar la medicación, trabajaba en Capital con 2 abuelos y un matrimonio y miércoles, sábado y domingo. Me pagaban muy bien, así que yo las pastillas las compraba por 60, y siempre me quedaba un margen o por el miedo de quedarme sin pastilla. Si no la tomo un día a la pastilla, no puedo dormir, yo estuve 21 días sin dormir, dormitaba de día, de noche no dormía, no coordinaba yo.

G: ¿Crees que es importante el trabajo de promoción y prevención sobre salud mental en la actualidad?

M: Si, es importante porque hay personas que están con esta enfermedad y por ahí no se dan cuenta que le falta un psiquiatra viste, por ahí se ponen violenta con la familia o porque muchos años de alcohol, o porque muchos años de adicción y terminan necesitando un psiquiatra y no se dan cuenta, así que la prevención de un clínico tendría que hacer con el psiquiatra, porque el psiquiatra en seguida se da cuenta. Ahora hay un solo psiquiatra, porque la médica que acompañaba al Dr. Rubo se fue, porque le pegaron y mucho le pegaron, por eso se fue, siempre hay problemas. A mí me daban clonazepam para dormir y me hacía re mal, tenía pesadillas, estaba alterada, este médico ahora me da Lorazepam para dormir y para mí es mejor.

G: En el hospital te asesoraron alguna vez sobre la atención en los CAPS?

M: No, todo me ocupaba yo, iba y venía para sacar los turnos, si tenía que ir de noche iba y estaba bueno, porque me ocupaba de mí, porque cuando uno acompaña a un enfermo, llega un momento que se cansa y eso está bueno porque tomás conciencia, yo quiero estar bien. Yo voy, siempre voy, aunque esté cansada no faltó nunca.

G: Bueno, te agradezco mucho el tiempo.

M: Gracias a vos, cuando me necesites, llamame.

Anexo II

HONORABLE CONGRESO DE LA NACION ARGENTINA
2010-12-03

SALUD PUBLICA

Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N.º 22.914.

Sancionada: noviembre 25 de 2010

Promulgada: diciembre 2 de 2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

ARTICULO 1º — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 2º — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II

Definición

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTICULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTICULO 5° — La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Capítulo III

Ambito de aplicación

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V

Modalidad de abordaje

ARTICULO 8° — 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.

ARTICULO 9° — 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. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

ARTICULO 13. — 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. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII

ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTICULO 19. — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTICULO 20. — La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;
- c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación

involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII

Derivaciones

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Organo de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas

internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción sociolaboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X

Organo de Revisión

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 39. — El Organo de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;

- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTICULO 43. — Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES,
A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.