



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA

3ª COHORTE 2016-2018

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE DOCTORA

TÍTULO

Internaciones por salud mental en sala común de hospitales públicos en Río Negro:
modelo de atención y valoración de usuarios y profesionales.

DOCTORANDA

Magister Claudia Gabriela Baffo

DIRECTORA DE TESIS

Doctora Rosana Onocko Campos

FECHA DE ENTREGA

Septiembre, 2024

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA
3ª COHORTE 2016-2018

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE DOCTORA
TÍTULO

Internaciones por salud mental en sala común de hospitales públicos en Río Negro: modelo
de atención y valoración de usuarios y profesionales.

DOCTORANDA
Magister Claudia Gabriela Baffo

DIRECTORA DE TESIS
Doctora Rosana Onocko Campos

A mi familia, porque el amor que compartimos es mi fuerza vital.

A las personas con sufrimiento mental que me enseñaron a escuchar
y me permitieron ser parte de su historia.

A mis compañeras y compañeros de salud mental comunitaria
que trabajan por un mundo mejor.

AGRADECIMIENTOS

A Rosana Onocko Campos, por su firme y amoroso acompañamiento.

Al Programa de SM Comunitaria de Río Negro y a cada una/o de las personas usuarias y personas trabajadoras que aceptaron participar, compartiendo sus saberes y vivencias.

A mi equipo de investigación de la Universidad Nacional del Comahue, por sus reflexiones y aportes fundamentales. A mis compañeras/os y estudiantes de FACEP, FACiMed y del IUPA, por sostener mi entusiasmo en esta aventura del aprender-enseñar-aprender.

A Ariel Bustos, Mariana Paulín Devallis y Cristina Díaz, por leer y corregir mi borrador con cariño, respeto y precisión.

A Graciela Álvarez, por ayudarme a navegar la incertidumbre con la ética como faro.

Por último agradezco a Federico, Manuel y Ariel. A mi mamá, mis hermanas, mis sobrinas/os, y también a mis amigas y amigos, porque sin su apoyo no era posible llegar hasta acá, y porque tanto amor hace que todo tenga sentido.

RESUMEN

Estudiamos las internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales, en el marco de la desmanicomialización rionegrina. El objetivo general fue comprender el modelo de atención y la valoración de personas usuarias y profesionales. Realizamos un estudio mixto secuencial. En la fase cuantitativa analizamos el universo de egresos hospitalarios 2019 evidenciando descentralización territorial, tiempo breve de internación y carácter subalterno respecto de internaciones por otras causas. En 2023 y 2024 realizamos la fase cualitativa en una muestra de seis hospitales, incluyendo observaciones en diversos espacios hospitalarios, entrevistas a 22 personas usuarias y a 24 trabajadores, como también el análisis de 45 historias clínicas. Las múltiples fuentes nos permitieron constatar la presencia de rasgos del modelo promocional rionegrino, como el mantenimiento de vínculos con el medio comunitario, el abordaje interdisciplinario y la inclusión social como finalidad. Describimos diversos condicionantes de la atención y notamos que la falta de recursos tiene carácter decisivo. Hallamos que la continuidad de cuidados aporta accesibilidad a la internación, la cual es valorada por usuarios como una etapa del tratamiento, mientras que el aburrimiento se conceptualizó como una de las formas de violencia institucional. Algunos de los beneficios esperados para este tipo de internaciones se evidenciaron parcial o totalmente, como la mayor accesibilidad y menor estigma, abordaje integral, menor exclusión, aislamiento, maltrato y despersonalización, como también el mayor respeto a la dignidad y autonomía de las personas con sufrimiento mental. En función de los hallazgos construimos tres modelos que proponemos denominar (1) Neo-manicomial, por la vigencia de lógicas de exclusión y maltrato (2) Cuasi-desmanicomializador, por la aparición de elementos de ruptura pero subsumidos por la lógica de eficiencia hospitalaria y (3) Desmanicomializante, por la construcción de abordajes singulares y promoción de autonomía, pero siempre como movimiento y procesos contrahegemónicos.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental; Servicios de Atención en Salud Mental; Reforma Psiquiátrica; Internación Hospitalaria; Hospital General .

ABSTRACT

We studied mental health admissions in general hospitals, within the framework of the desmanicomialización of Río Negro. The general objective was to understand the care model and the value of service users and professionals. We performed a sequential mixed study. In the quantitative phase, we analyzed the universe of hospital discharges in 2019, showing territorial decentralization, short hospitalization time and subordinate nature respect to admissions for other causes. In 2023 and 2024, we performed the qualitative phase in a sample of six hospitals, including observations in various hospital spaces, interviews with 22 service users and 24 workers, as well as the analysis of 45 clinical records. The multiple sources allowed us to verify the presence of features of the Río Negro promotional model, such as maintaining links with the community, the interdisciplinary approach and social inclusion as a goal. We describe various conditions of care and note that the resources shortage is decisive. We found that continuity of care provides accessibility to hospitalization, which is valued by users as a stage of treatment, while boredom was conceptualized as one of the forms of institutional violence. Some of the expected benefits for this type of hospitalization were partially or totally evident, such as greater accessibility and less stigma, comprehensive approach, less exclusion, isolation, abuse and depersonalization, as well as greater respect for the dignity and autonomy of people with mental suffering. Based on the findings, we built three models that we propose to call (1) *Neo-manicomial*, due to the validity of logics of exclusion and abuse (2) *Cuasi-desmanicomializador*, due to the appearance of elements of rupture but subsumed by the logic of hospital efficiency and (3) *Desmanicomializante*, due to the construction of singular approaches and promotion of autonomy, but always as a anti-hegemonic movement and processes.

KEY WORDS: mental health; mental health services; psychiatric reform; mental health recovery; hospitalization.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Fases de revisión bibliográfica sobre Internaciones por SM en Latinoamérica, período 2010-2023.....	28
Figura 2. Secuencia de muestras y tamaño muestral.....	74
Figura 3. Cantidad de internaciones por salud mental de las personas usuarias que formaron parte de la muestra (n=22). Río Negro, 2023-24.....	83
Figura 4. Instituciones de la Red Sanitaria Pública de Río Negro, 2014.....	96
Figura 5. Egresos hospitalarios por salud mental según rango de edad. Río Negro, 2019.....	104
Figura 6. Egresos hospitalarios por salud mental según zona sanitaria. Río Negro, 2019.....	108
Figura 7. Duración de las internaciones por salud mental en intervalos no equivalentes. Río Negro, 2019.....	111
Figura 8. Egresos hospitalarios por salud mental según tipo de egreso. Río Negro, 2019.....	113
Figura 9. Edad de las personas con egreso hospitalario por defunción (n=10). Río Negro, 2019.....	114
Figura 10. Porcentaje de egresos hospitalarios de salud mental según sexo, para cada grupo de sub-códigos CIE-10. Río Negro, 2019.....	120
Figura 11. Registro de indicación de permisos de salida según duración de la internación. Río Negro, 2019 (n=45).....	126
Figura 12. Cantidad de instituciones según frecuencia de indicación de salidas durante la internación. Río Negro, 2019 (n=6).	127
Figura 13. Registro de indicación o no de acompañamiento familiar y de realización o no de entrevista a familiar. Río Negro, 2019 (n=45).....	129
Figura 14. Tipo de acompañamiento durante la internación. Río Negro, 2019 (n=45).....	130
Figura 15. Registro de tipo de acompañamiento según institución. Río Negro, 2019 (n=45).....	131
Figura 16. Tipo de evento de internación según carácter voluntario o involuntario. Río Negro, 2019 (n=45).....	133
Figura 17. Disciplina de profesionales que firman la orden de ingreso en internaciones por salud mental. Río Negro, 2019 (n=45)	136

LISTADO DE FIGURAS (CONTINUACIÓN)

Figura 18. Disciplina de profesionales que firman la orden de externación en internaciones por salud mental. Río Negro, 2019 (n=45).....	137
Figura 19. Tipo de abordaje desde salud mental en internación. Río Negro, 2019 (n=45).....	138
Figura 20. Cantidad y porcentaje de indicaciones de esquema diario farmacológico, indicación de SOS farmacológico y uso de indicaciones S.O.S durante internación. Río Negro, 2019 (n=45).....	139
Figura 21. Eventos con cuatro o más días sin evolución, según presencia o no de indicación de salidas previas al alta. Río Negro, 2019 (n=45)	140
Figura 22. Eventos con cuatro o más días sin evolución, según presencia o no de acompañamiento de operador de salud mental. Río Negro, 2019 (n=45).....	141
Figura 23. Cantidad de internaciones previas al evento de internación estudiado. Río Negro, 2019 (n=45)	142
Figura 24. Registro en historias clínicas del tipo de egreso y continuidad de cuidados. Río Negro, 2019 (n=45)	144

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Correlación entre fases, actividades y producto en revisiones bibliográficas de tipo Integrativas.....	24
Cuadro 2. Comparación entre características del Modelo Médico Hegemónico, Modelo Curativo Asistencia y Modelo Curativo promocional.....	58
Cuadro 3. Esquema de proyecto explicativo secuencial según Creswell.....	69
Cuadro 4. Hospitales seleccionados para la muestra, según características de la institución, del equipo de Salud Mental y de las internaciones por SM en 2019....	76
Cuadro 5. Descripción de la muestra de trabajadores de la salud, según servicio y formación disciplinar. Río Negro, 2023-24	81
Cuadro 6. Descripción de la muestra de personas usuarias, según duración de la última internación. Río Negro, 2023-24	84
Cuadro 7. Ejes de las guías para entrevistas semi-estructurada a personas trabajadoras y a personas usuarias. Río Negro, 2023-2024	85
Cuadro 8. Aspectos a considerar en la organización de la atención por SM durante la internación. Río Negro, 2024	156
Cuadro 9. Asignación de cama a personas que ingresar a internación por SM.....	193
Cuadro 10. Modelos de atención en internaciones por SM en HG, Río Negro, 2019-2024.....	268

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Procedimiento de búsqueda y primeros resultados en SciELO.....	27
Tabla 2. Número de egresos hospitalarios por salud mental según sexo. Río Negro, 2019.....	102
Tabla 3. Número y porcentaje de egresos hospitalarios por salud mental según rango de edad. Río Negro, 2019.....	103
Tabla 4. Número de hospitales generales según la frecuencia anual de egresos por salud mental. Río Negro, 2019	105
Tabla 5. Cantidad y porcentaje de egresos por salud mental, para cada institución. Río Negro, 2019.....	106
Tabla 6. Número y porcentaje de egresos hospitalarios por salud mental, según nivel de complejidad hospitalaria y cantidad de hospitales. Río Negro, 2019.....	107
Tabla 7. Cantidad y porcentaje de egresos hospitalarios por salud mental, según zona sanitaria. Río Negro, 2019.....	108
Tabla 8. Relación entre egresos hospitalarios por salud mental y cantidad de habitantes, según zona sanitaria. Río Negro, 2019.....	109
Tabla 9. Egresos hospitalarios por salud mental por institución, días totales de internación y promedio de días de estadía. Río Negro, 2019.....	110
Tabla 10. Número y porcentaje de egresos hospitalarios por salud mental, según tipo de egreso. Río Negro, 2019.....	112
Tabla 11. Número de egresos hospitalarios por salud mental y de egresos por todas las causas y porcentaje de egresos por salud mental, según institución. Río Negro, 2019.....	115
Tabla 12. Número de egresos por salud mental y de egresos por todas las causas y porcentaje de egresos por salud mental, según nivel de complejidad hospitalaria. Río Negro, 2019.....	116
Tabla 13. Número de egresos por salud mental y de egresos por todas las causas y porcentaje de egresos por salud mental, según zona sanitaria. Río Negro, 2019.....	117
Tabla 14. Cantidad y porcentaje de egresos por salud mental según grupos de sub-códigos CIE-10. Río Negro, año 2019.....	118
Tabla 15. Cantidad y porcentaje de egresos hospitalarios de salud mental según grupos de sub-códigos CIE-10 y sexo. Río Negro, 2019.....	119
Tabla 16. Tipo de acompañamiento durante internación (n=45).....	130

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AMAS	Asociación Manos Abiertas y Solidarias.
APS	Atención Primaria de la Salud.
BVS	Biblioteca Virtual de Salud.
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades.
CUAN	Cuantitativo.
CUAL	Cualitativo.
DDHH	Derechos Humanos.
DX	Diagnóstico.
E	Entrevista.
HC	Historia Clínica.
HAP	Hospital Área programa
HG	Hospital general.
LNSM	Ley Nacional de Salud Mental.
MSAL	Ministerio de Salud
MMH	Modelo Médico Hegemónico.
MPT	Ministerio Público Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires.
MSRN	Ministerio de Salud de la provincia de Río Negro.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de Naciones Unidas.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
ORSM	Órgano de Revisión de Salud Mental.
PPEM	Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la atención de la Salud Mental
PU	Persona Usaria.
RN	Río Negro.
SciELO	Scientific Electronic Library Online.
SM	Salud Mental.
SMC	Salud Mental Comunitaria.
SMCyCP	Salud Mental Comunitaria y Consumo Problemático.
S.O.S.	(socorro, emergencia que requiere ayuda inmediata)
UPHG	Unidad de Psiquiatría en Hospital General.
URT	Último recurso terapéutico

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	16
1.1. FUNDAMENTACIÓN	16
<i>1.1.1. El punto de vista de los actores</i>	19
<i>1.1.2. Justificación personal</i>	20
1.2. PROBLEMA / PREGUNTA	21
1.3. HIPÓTESIS	22
1.4. ESTADO DEL ARTE	23
<i>1.4.1. Metodología para la construcción del Estado del Arte</i>	23
<i>1.4.2. Presentación del Estado del Arte</i>	29
1.5. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	41
<i>1.5.1. Mirada desde Salud Colectiva</i>	41
<i>1.5.2. Historia y tradiciones</i>	46
<i>1.5.3. Desmanicomialización rionegrina</i>	49
<i>1.5.4. MMH y Modelo Curativo Promocional</i>	53
<i>1.5.5. Evaluación en salud y en SM en contextos de reforma</i>	59
<i>1.5.6. Usuarios y familiares</i>	64
1.6. OBJETIVOS	66
<i>1.6.1. Objetivo general</i>	66
<i>1.6.2. Objetivos específicos</i>	66
2. METODOLOGÍA	68
2.1. ESTUDIO MIXTO SECUENCIAL: CUAN - CUAL	68
2.2. FASE CUANTITATIVA	70
<i>2.2.1. Universo y fuente de datos</i>	70
<i>2.2.2. Variables</i>	72
<i>2.2.3. Análisis de datos cuantitativos</i>	73

2.3. FASE CUALITATIVA	74
2.3.1. Muestreo Secuencial	74
2.3.2. Muestra intencional A: hospitales generales	75
2.3.3. Muestra intencional B: historias clínicas	78
2.3.4. Muestra intencional C: trabajadores de salud	80
2.3.5. Muestra intencional D: personas usuarias	82
2.3.6. Uso de guías de entrevistas y observaciones	85
2.3.7. Tratamiento y análisis de datos cualitativos	86
2.4. TRIANGULACIÓN	88
2.5. POSIBLES SESGOS Y PROCEDIMIENTOS DE VALIDACIÓN.....	88
2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	89
 3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	 90
3.1. CONDICIONANTES DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN.....	90
3.1.1. Lineamientos políticos, legales y normativos	90
3.1.2. Río Negro y su sistema de salud	94
3.1.3. El Programa de SMCyCP: la red asistencial	97
3.1.4. Saberes técnicos y teóricos en juego	99
3.2. CARACTERIZACIÓN SEGÚN EGRESOS POR SM, 2019.....	101
3.2.1. Egresos según edad y sexo	102
3.2.2. Egresos según hospitales. Descentralización	104
3.2.3. Egresos según duración. Menor tiempo de exclusión.....	110
3.2.4. Tipo de egreso. Indicios de la continuidad de cuidados	112
3.2.5. Egresos por SM y por todas las causas en el HG	114
3.2.6. Egresos según grupos de sub-códigos diagnósticos.....	118
3.2.7. Reflexiones provisionarias para continuar el análisis	120

3.3. ANÁLISIS DEL MODELO PROMOCIONAL RIONEGRINO	122
3.3.1. HC en Río Negro ¿qué nos pueden decir?	122
3.3.2. Mantenimiento de los vínculos con el medio comunitario	124
3.3.3. Trato persona a persona	132
3.3.4. Interdisciplina	135
3.3.5. Inclusión Social como finalidad	139
3.3.6. Indicios de la desmanicomialización en las HC	144
3.4. VALORACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS ACERCA DE LA INTERNACIÓN EN SALA COMÚN DE HOSPITALES GENERALES	146
3. 4. 1. Trayectoria del paciente y continuidad de cuidados	146
3. 4. 2. Prácticas de atención y cuidado	156
3. 4. 3. Toma de decisiones: promoción de autonomía	164
3.4.4. Experiencias: tensiones entre el buen y el mal trato	176
3.5. VALORACIÓN DE TRABAJADORES ACERCA DE LA INTERNACIÓN EN SALA COMÚN DE HOSPITALES GENERALES.....	192
3.5.1. Condicionantes de la atención	192
3.5.2. Toma de decisiones. Lo voluntario e involuntario	209
3.5.3. Prácticas de atención	222
3.5.4. Experiencias: trabajar en internación por SM en el HG.....	238
4. DISCUSIÓN	247
4.1. DERECHO A LA SALUD: ACCESIBILIDAD Y MENOR ESTIGMA.....	248
4.1.1. Camas disponibles y criterios propios al momento de decidir. Las condiciones edilicias como barrera	248
4.1.2. Menor estigma, más accesibilidad	252
4.2. INTEGRALIDAD DEL ABORDAJE EN EL HG	254
4.2.1. Interdisciplina y falta de reconocimiento a enfermería	254
4.2.2. Menor centralidad del saber psiquiátrico	255
4.3. MENOR TIEMPO DE INTERNACIÓN Y MENOR EXCLUSIÓN.....	256

4.3.1. <i>Un tiempito en internación</i>	256
4.3.2. <i>La participación de la familia</i>	258
4. 4. <i>MENOS MALTRATO, DISCRIMINACIÓN Y VIOLACIÓN DE DDHH</i>	260
4.5. <i>MENOR DESPERSONALIZACIÓN: RESPETO A LA DIGNIDAD</i>	262
4.6. <i>ENTRE LO ESPERADO Y LO ENCONTRADO: TRES MODELOS EN Tensión</i>	266
5. CONCLUSIONES	269
5.1. <i>INTERNACIÓN EN LA DESMANICOMIALIZACIÓN RIONEGRINA</i>	269
5.1.1. <i>Algunos condicionantes</i>	269
5.1.2. <i>Caracterización desde el análisis estadístico, 2019</i>	271
5.1.3. <i>Modelo promocional rionegrino en las historias clínicas</i>	273
5.2. <i>VALORACIÓN DE PERSONAS USUARIAS</i>	277
5.2.1. <i>Trayectoria y continuidad de cuidados</i>	277
5.2.2. <i>Atención y cuidado: profesionales, operadores y familia</i>	279
5.2.3. <i>Toma de decisiones: consentimiento y autonomía</i>	281
5.2.4. <i>Experiencias: tensiones entre el buen y el mal trato</i>	283
5.3. <i>VALORACIÓN SEGÚN LAS PERSONAS TRABAJADORAS</i>	284
5.3.1. <i>Condicionantes de la atención</i>	284
5.3.2. <i>Toma de decisiones. Lo voluntario e involuntario</i>	286
5.3.3. <i>Acerca de las prácticas de atención</i>	288
5.3.4. <i>Trabajar en internación por SM en el HG</i>	290
5.4. <i>RETOMANDO LA PREGUNTA INICIAL</i>	292
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	293
APÉNDICES	307
ANEXO	320

1. INTRODUCCIÓN.

La presentación de este escrito se organizó en cinco capítulos, a saber: introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones.

En este primer capítulo se desarrollan diversos apartados. Comenzamos con la fundamentación que justifica el desarrollo del estudio, y luego se presenta la pregunta inicial y las preguntas derivadas que nos guiaron en todo el proceso. A continuación, presentamos el Estado del Arte, explicitando su metodología y desplegando los resultados en ejes temáticos que resumen los principales debates actuales sobre internaciones por salud mental en hospitales generales en Latinoamérica. En un cuarto apartado, se desarrolla el marco conceptual que recorta el objeto de estudio desde los aportes de la Salud Colectiva. Finalmente, se explicitan los objetivos de la investigación.

1.1. FUNDAMENTACIÓN.

Las reformas en salud mental (SM) en el mundo se apoyan en distintas estrategias y dispositivos para intentar superar el manicomio y las formas de exclusión y violencia que el funcionamiento manicomial implican. Algunos países lograron avances en términos de legislaciones, políticas y/o modificaciones en el modelo de atención. Esto se vincula a la necesidad de encontrar nuevas formas de abordaje y tratamiento de los problemas mentales, que constituyen en el mundo un tema prioritario por lo que representan tanto en términos de sufrimiento, discapacidad y mortalidad. Según la OMS (2013), las personas con trastornos mentales tienen una probabilidad de muerte prematura entre un 40% a 60% mayor que la población general. Esta diferencia se explica en parte por la falta de atención de los problemas de salud física en este grupo de personas, cuya efectivización se encuentra con barreras simbólicas tales como los estigmas y el miedo, razón por la cual la superación de barreras para una asistencia integral se torna prioritaria.

Desde organismos internacionales (OPS, 2009) se promueve que las internaciones por razones de SM se realicen en hospitales generales (HG), como estrategia para contener las crisis evitando nuevas internaciones en hospitales monovalentes. La asistencia en el hospital general busca promover la accesibilidad, la atención integral y disminuir la estigmatización de las personas con patología mental (Verhaeghe, Bracke, & Bruynooghe, 2007). Para las personas usuarias implicaría una menor posibilidad de cronicidad. Sin embargo, no existen lineamientos específicos que direccionen las prácticas de SM durante las internaciones hospitalarias, y ello representa uno de los impedimentos para el avance de la reforma a nivel de los sistemas (Kidd, McKenzie, & Virdee, 2014).

En diversos países de Latinoamérica, aunque se cuenta con importantes avances en la desinstitutionalización de la atención como la reducción de camas psiquiátricas y el incremento de dispositivos comunitarios, la implementación de camas en los hospitales generales continúa siendo insuficiente y encuentra diversos obstáculos (Fagundes Júnior et al., 2016).

En Argentina desde 2010, la ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (LNSM) plantea el cierre gradual de instituciones monovalentes e indica que cuando sea necesaria la internación por SM debe realizarse en hospitales generales. Contar con camas para SM en hospitales generales es valorado como un indicador del avance de la reforma en el nivel nacional (Di Nella et al., 2011). Sin embargo, la implementación de esas directrices encuentra numerosas resistencias y se reconoce como desafío actual en el nivel nacional. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) afirma que actualmente continúan existiendo dificultades en la accesibilidad a la atención en situaciones de crisis en las guardias de los hospitales generales, y que “la atención en salud mental continúa concentrándose en los hospitales con internación monovalente” (DNSMyA, 2019a, p.6).

Además, no se cuenta con normativas respecto al *tipo de sala* (común o especializada) que debería utilizarse para las internaciones en hospitales generales. Por un lado, informes vinculados a la atención en SM califican como *problemática* la existencia de internación en sala de hospital *no especializada en SM* (Ministerio Público Tutelar, 2014). Por el contrario, otros estudios indican que se logra romper con la lógica manicomial cuando las internaciones se realizan en sala común, no así cuando se realizan en salas exclusivas de SM, donde lo manicomial tiende a reproducirse (Ceriani, 2014). Es decir, no hay consenso respecto de las características del *espacio o sala que debe* utilizarse dentro de los hospitales generales. Debe tenerse en cuenta que, además de las condiciones edilicias, la existencia de áreas especializadas en SM requiere de recursos materiales y humanos específicos para este tipo de internaciones.

En Río Negro desde 1991 la ley 2440 indica el uso del hospital general como espacio institucional para la internación por SM, que es entendida como el *último* recurso terapéutico, es decir, que sólo debe utilizarse cuando otros recursos se evalúen insuficientes. Desde entonces, en el sector público de salud¹, las prácticas asistenciales en internación se realizan en sala común de los hospitales generales. Todos los hospitales con camas de internación (complejidad VI, IV o III) realizan internaciones por SM, y cuentan con guardia activa o pasiva de un efector psicólogo y/o psiquiatra de dicho servicio. En 2019, se trata de 24 hospitales distribuidos en las seis zonas sanitarias del territorio provincial.

Para estudiar las internaciones por SM partimos de considerar que las mismas se comprenden en relación a dos lógicas: en primer lugar, el marco institucional del propio

¹ Un porcentaje menor de internaciones se realizan en el ámbito privado.

hospital general debe pensarse en relación a la vigencia del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1987; Belmartino, 1987) en esa institución y en el imaginario social. En segundo lugar, las directrices del proceso de desmanicomialización exigen *cuidar sin excluir* (Schiappa Pietra, 2012). En este sentido, desde el Modelo Curativo Promocional se plantea que la internación no debe recluir a la persona, dado los efectos iatrogénicos que el encierro produce. También se exige un trato persona-persona y se explicita la inclusión social como finalidad de la atención, en contraposición al modelo Curativo Asistencial.

Por otro lado, persiste en nuestro medio la concepción de que la única *forma efectiva* de atención o cuidado de las personas con patologías mentales es institucionalizarlas en hospitales especializados o monovalentes. Así, el cierre de instituciones monovalentes se equipara con la desatención y abandono por parte del Estado a las personas con sufrimiento o enfermedad mental, dado que las alternativas al manicomio se consideran inexistentes o bien poco efectivas por falta de recursos (Ministerio Público Tutelar, 2014). Al contrario, desde el movimiento de desmanicomialización se valora principalmente el cuidado ambulatorio y comunitario o en la vida cotidiana (Schiappa Pietra, 2008). La internación desde esta perspectiva sería una instancia indeseable que adquiere casi siempre una connotación negativa por el riesgo de exclusión intrínseco a esa situación. Este riesgo de exclusión fundamenta que la internación sea la última opción terapéutica para contener a la persona con sufrimiento mental, reservada para cuando otras alternativas no fueran posibles.

El paso de las internaciones por SM de los hospitales psiquiátricos a las salas de hospitales generales nos permite suponer que existen cambios significativos respecto a los resultados de este tipo de prácticas. Sin embargo, las evaluaciones al respecto son todavía escasas (Godoy et al., 2019). Particularmente en Argentina, un relevamiento de la situación en SM enfatiza la necesidad de contar con más y mejores datos, dada la insuficiencia de los mismos respecto a dispositivos ambulatorios y de internación (Gerlero & Augsburger, 2012). Consideramos que la fuerte presencia de razones éticas vinculadas al origen del movimiento rionegrino no debería impedir que se avance en el estudio de su eficacia, efectividad, sustentabilidad y coherencia técnica (Amarante, 1994).

Actualmente, la información oficial disponible respecto a los servicios de internación se refiere exclusivamente a la situación de las personas internadas en instituciones con internación monovalente en SM (DNSMyA, 2019a). El informe publicado es producto de un censo, mediante el cual se trabajaron aspectos descriptivos que permiten caracterizar esa población internada. No se incluye personas internadas por SM en hospitales generales ni tampoco se considera la valoración de los actores en el proceso de atención.

En este marco, nos propusimos estudiar las internaciones por SM en el nivel provincial a partir de una estrategia metodológica mixta que se justifica por la complejidad

del tema a abordar. Consideramos relevante conocer tanto el modelo de atención como la valoración del proceso y su valoración desde la visión de dos actores involucrados: los trabajadores de la salud y las personas con sufrimiento mental.

1.1.1. El punto de vista de los actores.

El punto de vista de diversos actores involucrados es metodológica y éticamente la estrategia más adecuada para comprender el aporte de este tipo de internaciones en términos de inclusión/exclusión social en procesos de reforma en SM.

Organismos internacionales recomiendan que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales participen en las diversas instancias del campo de la SM, incluyendo la investigación y la evaluación (OMS, 2013). Resulta de particular interés considerar el punto de vista de los propios pacientes que fueron hospitalizados (Baccari, Campos, & Stefanello, 2015; Greenwood, Key, Burns, Bristow, & Sedgewick, 1999; Donabedian, 1988). Además, se reconoce el papel que en diversas partes del mundo tienen los movimientos de usuarios de SM, ex internados y familiares que se organizan para exigir a los Estados la reforma del sistema de atención en SM (Frost et al., 2017). A partir de los años 2000 se ha dado un cambio en el movimiento de usuarios, pues además de luchar por derechos y servicios que son exigibles, producen conocimiento acerca de la locura, el sufrimiento y los diversos tratamientos. En el mundo se está dando un intercambio enriquecedor entre universidades y organizaciones de usuarios y se ha dado una fuerte producción en blogs, jornadas y congresos.

Nuestro país participa de movimientos internacionales de este tipo, como la Red Latinoamericana de Usuarios, Familiares y Voluntarios por los DDHH en SM. También cuenta con la Red Nacional de SM Comunitaria y Derechos Humanos y la Asamblea Permanente de Usuarios de los Servicios de SM entre otros, que trabajan en estas dos dimensiones. En la provincia de Río Negro existen algunas organizaciones de usuarios y familiares, como la Asociación Manos Abiertas y Solidarias (AMAS), que desde 1995 cuenta entre sus propósitos participar de las acciones tendientes a la aplicación de la Ley 2440. Recientemente, AMAS fue reelegida para conformar el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental en el nivel nacional.

1.1.2. Justificación personal.

El interés en la temática por parte de la tesista reconoce antecedentes en uno de los ejes de análisis de su tesis de maestría (Baffo, 2012). En ese trabajo, teniendo en cuenta la perspectiva de trabajadores de SM, se identificó como uno de los obstáculos cotidianos del proceso de desmanicomialización la propia inserción de los servicios en el hospital general. Se describieron conflictos en las formas de interacción con otros servicios del hospital (como enfermería y médicos generales). Ello se interpretó en relación a la confrontación entre formas de organización hospitalaria y formas de organización de los servicios de SM. Se planteó que esas formas de organización implican distintas maneras de entablar vínculo con los usuarios y se corresponden con diferencias en los modelos de atención y cuidado (Baffo & Onocko Campos, 2019).

Entre 2010 y 2014, la tesista participó de diversos estudios sobre el proceso de desmanicomialización provincial donde se trabajaba de manera directa e indirecta con datos de internación por SM (Baffo y Paulin, 2013; Paulin y Baffo, 2012; Baffo y Paulin 2014).

En un trabajo posterior (Baffo, 2015) la tesista abordó la necesidad de discutir las condiciones que hacen posible la internación de usuarios de SM en el ámbito del hospital general, e identificar sus facilitadores. En ese trabajo se analizó un relato de experiencia a partir de las transformaciones que a lo largo de 10 años se observaron en el espacio institucional *Pase de Sala* de un hospital de baja complejidad. Se concluyó que, para el ámbito de la internación, los factores que facilitan las internaciones por SM resultaban facilitadores de todas las internaciones, en línea con lo que Campos (2001) denominó ampliación de la clínica.

En 2016, la tesista dirigió un estudio multicéntrico indagando el punto de vista de enfermería de diversos sectores hospitalarios (internación, guardia y comunidad) sobre dimensiones del trabajo en SM y la legislación vigente. Se encontró que enfermeros y enfermeras identificaban al hospital general como espacio adecuado, pero señalaron necesaria la creación de un área de internación específica para la atención por SM. Este estudio concluyó que el servicio de enfermería brindaba apoyo ético a la desmanicomialización, pero tiene una postura crítica respecto a los aspectos técnicos y metodológicos (Baffo et al., 2019).

Por último cabe mencionar que entre 2001 y 2020 la tesista trabajó en el ámbito de internación en hospitales de la provincia de Río Negro con distinto nivel de complejidad, generando interrogantes e hipótesis que son antecedentes de la presente investigación.

1.2. PROBLEMA / PREGUNTA.

Nos preguntamos ¿Las internaciones por SM en sala común de HG favorecen los procesos de inclusión social de las personas con sufrimiento mental o reproducen lógicas de exclusión y violencia? Con base en esta pregunta inicial, desarrollamos preguntas específicas que nos orientaron en el diseño metodológico. Se explicitan a continuación:

1. ¿Cómo son las prácticas de atención en internación por SM, en sala común de hospitales generales en el marco de la desmanicomialización rionegrina?
 - 1.1. ¿Cuáles son los condicionantes de la atención en internación por SM?
 - 1.1.1. ¿Cuáles son sus normativas, lineamientos legales y políticos?
 - 1.1.2. ¿Cuáles son los saberes técnicos y teóricos en juego?
 - 1.1.3. ¿Cómo se articula con otros dispositivos de atención en SM?
 - 1.1.4. ¿Cómo son las relaciones con el MMH del HG?
 - 1.2. ¿Cuáles son las características poblacionales, institucionales y socio-demográficas de las internaciones por SM en HG en 2019?
 - 1.3. ¿Cómo son las prácticas de atención en internación, en relación con los lineamientos centrales del modelo Curativo Promocional rionegrino?
 - 1.3.1. ¿Cómo se promueve el vínculo con el medio comunitario?
 - 1.3.2. ¿Cómo es la interacción entre profesionales y usuario?
 - 1.3.3. ¿Cómo es la metodología del proceso de trabajo?
 - 1.3.4. ¿Cómo se promueve la inclusión social durante la internación?
 - 1.3.5. ¿Cómo es el proceso de externación del dispositivo?
2. ¿Cómo valoran diversos actores la atención en internaciones por SM en HG?
 - 2.1. ¿Cómo es la valoración de los usuarios?
 - 2.1.1. ¿Cómo describen su ingreso, evolución y egreso?
 - 2.1.2. ¿Qué actores y prácticas de cuidado identifican?
 - 2.1.3. ¿Cómo describen y valoran la toma de decisiones en la internación?
 - 2.1.4. ¿Cómo valoran su experiencia durante la internación?
 - 2.2. ¿Cómo es la valoración de profesionales?
 - 2.2.1. ¿Cómo valoran la influencia de condicionantes (leyes, normativas, tradiciones) en las prácticas de atención en internación?
 - 2.2.2. ¿Qué prácticas de atención identifican?
 - 2.2.3. ¿Cómo describen y valoran la toma de decisiones en la internación?
 - 2.2.4. ¿Cómo valoran su experiencia de atención durante la internación?
 - 2.3. ¿Cuáles son las formas de exclusión/violencia hacia las personas con sufrimiento mental que se identifican durante este tipo de internaciones desde la valoración de diversos actores?

1.3. HIPÓTESIS.

(1) Acerca de las prácticas de atención:

Suponemos que existen obstáculos que impiden el logro de los objetivos de desmanicomialización rionegrina.

(1.1) Los condicionantes, como las leyes y normativas, son poco efectivos para reorientar las prácticas de atención. La articulación con la red territorial se produce de manera informal. El dispositivo de internación por SM en sala común de HG se sobrecarga por la ausencia de otros dispositivos en la red de atención territorial. Existen presiones para externar prematuramente por el conflicto con otras clínicas en cuanto a la utilización de la cama/plaza de internación.

(1.2) Las características poblacionales, institucionales y socio-demográficas de las internaciones por SM en hospitales generales en 2019 mostrará heterogeneidad en el uso del dispositivo. Se podrá vislumbrar la ampliación de la demanda y accesibilidad.

(1.3) El Modelo curativo Promocional no es hegemónico en internación. Las prácticas de atención mostrarán subordinación respecto del MMH. El lugar asignado a la familia será como cuidador, por escasez de recursos sanitarios. El trato será asimétrico entre profesionales y usuarios, se podrán constatar toma de decisiones del equipo interdisciplinario de SM, con poca participación efectiva del usuario y/o de sus familiares.

(2) Acerca de la valoración de diversos actores:

Diversos actores observarán el logro parcial del objetivo de atención en este tipo de internaciones.

(2.1) Los usuarios valorarán positivamente el proceso en términos de contención, pero demandarán mayor participación en la toma de decisiones sobre su propio tratamiento, que será valorado como insuficiente.

(2.2) Los profesionales pondrán de relieve las dificultades. Veremos que la internación por SM en sala común genera diversos conflictos al interior del equipo de salud.

(2.3) En internación, se reproducirán lógicas de exclusión y violencia hacia las personas con sufrimiento mental. Se podrá constatar la persistencia de prejuicios y estigmas durante las prácticas de atención en internación.

1.4. ESTADO DEL ARTE.

1.4.1. Metodología para la construcción del Estado del Arte.

Botelho, Cunha & Macedo (2011) describen dos tipos de revisiones bibliográficas para la construcción del estado del arte respecto de un determinado tema o problema: narrativas y sistemáticas, que poseen características y objetivos distintos. La revisión narrativa se inicia a partir de una pregunta amplia sobre la producción científica en un determinado tema de interés y no posee rigor metodológico, dado que sus fuentes y criterios de inclusión/exclusión son variables.

Por el contrario, la revisión sistemática posee una metodología rigurosa que pretende evitar posibles sesgos del investigador al momento de analizar la literatura de un tema. Este tipo de revisión siempre comienza con una pregunta que el investigador debe explicitar, y se subdivide en cuatro tipos: meta-análisis, sistemática, cualitativa e integrativa.

Para construir el estado del arte de nuestro proyecto realizamos una revisión bibliográfica sistemática-integrativa. Esta clase de revisión es muy utilizada en salud, pues permite analizar la evidencia producida por la comunidad científica desde un enfoque de análisis crítico y en un contexto amplio, por lo que resulta de utilidad para orientar las tomas de decisiones en este campo (Mendes, Silveira & Galvão, 2008; Botelho et al., 2011).

La revisión integrativa sigue patrones metodológicos rigurosos, pero posee amplitud para incluir investigaciones no experimentales (por ejemplo, investigaciones descriptivas o comprensivas), y además permite combinar datos de la literatura empírica y teórica. Tal rigurosidad se traduce en fases y etapas claras, fuentes y criterios explícitos (Galvão, Pansani & Harrad, 2015).

A continuación, se presenta el Cuadro 1 mostrando las fases, actividades y productos esperables del proceso de revisión sistemática.

Cuadro 1. Correlación entre fases, actividades y producto en revisiones bibliográficas de tipo Integrativas.

Fase Mendes et al., 2008	Actividad Botelho et al., 2011	Producto Guía Prisma Galvão et al., 2015
I	Definición del problema, descriptores y términos de búsqueda, banco de datos a utilizar y filtros.	Planificación de estrategia de búsqueda.
II	Búsqueda en revistas electrónicas y en otras fuentes, con filtros (según criterios de identificación).	N estudios encontrados en Banco de Datos. N estudios encontrados en Otras Fuentes. N Relevados (tras eliminar duplicados).
III	Identificación y Selección. Lectura del título, palabras clave y resumen aplicando los criterios de inclusión y exclusión.	N estudios excluidos o no-seleccionados. N estudios seleccionados o elegibles.
	Lectura del texto completo: criterios de inclusión/exclusión.	N estudios excluidos (con justificación) N estudios incluidos- (corpus)
IV	Organización de los datos en matriz de síntesis. Categorización Evaluación metodológica y análisis.	Matriz
V	Interpretación de resultados.	
VI	Presentación y síntesis de los resultados.	Estado del Arte

Fuente: Elaboración propia con base en: Mendes et al., 2008; Botelho et al., 2011; Galvão et al., 2015.

1.4.1.1. Identificación y selección de estudios para el Estado del Arte.

Partiendo del tema y problema del proyecto de tesis, se definió como pregunta: ¿Cómo describen y valoran las internaciones por SM en hospitales generales de Latinoamérica, diversos actores involucrados el proceso de atención, entre 2010 y 2023?

Planteamos como objetivo general de la revisión comprender el proceso de atención de internaciones por SM en HG. Como objetivos específicos, buscamos (a) analizar el uso

de internaciones por SM en HG en el marco de procesos de reforma en SM; (b) explorar la evidencia y valoración de este tipo de internaciones.

A fin de obtener un corpus adecuado al objetivo planteado, se delimitaron los siguientes criterios de elegibilidad: artículos de investigaciones cuyo objeto de estudio fueran las internaciones por SM en hospitales generales. Se incluyeron investigaciones con abordajes cuantitativos, cualitativos y/o mixtos. Se incluyeron estudios de internaciones por cualquier tipo de sufrimiento, trastorno o enfermedad mental y/o adicciones, sin restricciones en la edad de las personas internadas.

Se incluyeron publicaciones en idioma español y portugués por tratarse de los idiomas mayormente utilizados en el territorio de interés, sumando el idioma inglés por su uso preponderante en el ámbito académico. Primeramente, durante la formulación del proyecto, se delimitó territorial y temporalmente en Latinoamérica entre los años 2010 y 2019. En el transcurso de la investigación el período temporal se amplió hasta 2023.

El foco territorial se justifica por reconocer que Latinoamérica presenta características sociales y sanitarias distintivas que nos interesan para comprender el tema en estudio. El foco temporal se debe al interés en las producciones más contemporáneas, que en el caso de Argentina se corresponde con el período posterior a la sanción de la Ley Nacional de SM N° 26657/2010.

Se excluyeron editoriales, artículos de opinión, artículos periodísticos, libros y capítulos de libros, como también revisiones bibliográficas, por asumir que requieren un análisis y consideraciones específicas. Por razones de factibilidad, se excluyeron trabajos que no fueran accesibles a texto completo.

1.4.1.2. Fuentes de información.

Las búsquedas sistemáticas se centraron en las bibliotecas Scientific Electronic Library Online (SciELO) y en Biblioteca Virtual en Salud (BVS). La elección de las bibliotecas se fundamentó en el interés por perspectivas que excedan la mirada médica del tema de investigación. SciELO y BVS son proyectos cooperativos y colaborativos donde los autores y editores son actores fundamentales para la fidelidad en la construcción de los datos. Por eso, decidimos utilizar una amplia variedad de términos libres en castellano y en inglés, de manera integrativa para todos los campos (autor, título y resumen).

Los términos utilizados en castellano fueron: salud mental o servicios de salud mental, internaciones psiquiátricas, hospital general, internación u hospitalización, reforma psiquiátrica, recuperación de la salud mental y servicio de psiquiatría en hospital. En inglés se utilizaron: mental health, mental health services, general hospital, hospitalization,

psychiatric reform, mental health recovery, psychiatric department y hospital. La combinación de términos permitió especificar las búsquedas.

Como estrategias complementarias, se incluyeron búsquedas no sistemáticas en: PubMed y Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe. Además, se rastrearon artículos citados en los artículos elegidos (referencias cruzadas) y artículos recomendados por expertos del campo.

Por último, se sumaron *búsquedas grises* en repositorios de algunas universidades nacionales (Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de Rosario, Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Nacional de Lanús) y en sitios y publicaciones de residencias en salud mental de Argentina (RISAM y RISAMC).

1.4.1.3. *Búsqueda.*

A partir de las búsquedas en Bancos de Datos se encontraron 507 artículos, obteniéndose un total de N= 346 artículos relevados (o rastreados), tras eliminar los duplicados. Luego se realizó una lectura de los campos: título, palabras clave y resumen. Así, y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron N= 44 artículos elegibles, seleccionados para su lectura integral.

A continuación, tras la lectura del texto completo, en base a los criterios de exclusión, se eliminaron 29 artículos, dado que se referían a aspectos emocionales de SM estudiados durante internaciones por otras causas (por ejemplo, estudio de síntomas de SM en período de posparto) o bien estudiaban a pacientes internados por SM cuyo objeto de interés era una condición o patología para la cual la internación era meramente el contexto de estudio (por ejemplo: la relación entre riesgo de suicidio, depresión y religiosidad, utilizando una muestra de mujeres internadas; la valoración del tabaquismo desde la percepción de personas internadas en una UPSM, entre otros).

A modo de ejemplo se incluye la Tabla 1, mostrando algunos procedimientos de búsqueda por combinación de términos y primeros resultados para la biblioteca electrónica SciELO.

Tabla 1. Procedimiento de búsqueda y primeros resultados en SciELO.

Combinación de términos de Trabajos búsqueda	Filtros *	Lectura de título, Palabras Clave y Resumen		
		Repetido	Excluido	Seleccionado
Salud Mental AND hospital general AND internación	10	10	0	5
Servicios de salud mental AND hospital AND internación	14	9	3	4
(health mental) AND (general hospitals) AND (hospitalization)	10	7	2	4
(servicios de salud mental) AND (internación) OR (hospitalización) AND (hospital general)	43	26	5	16

Fuente: elaboración propia.

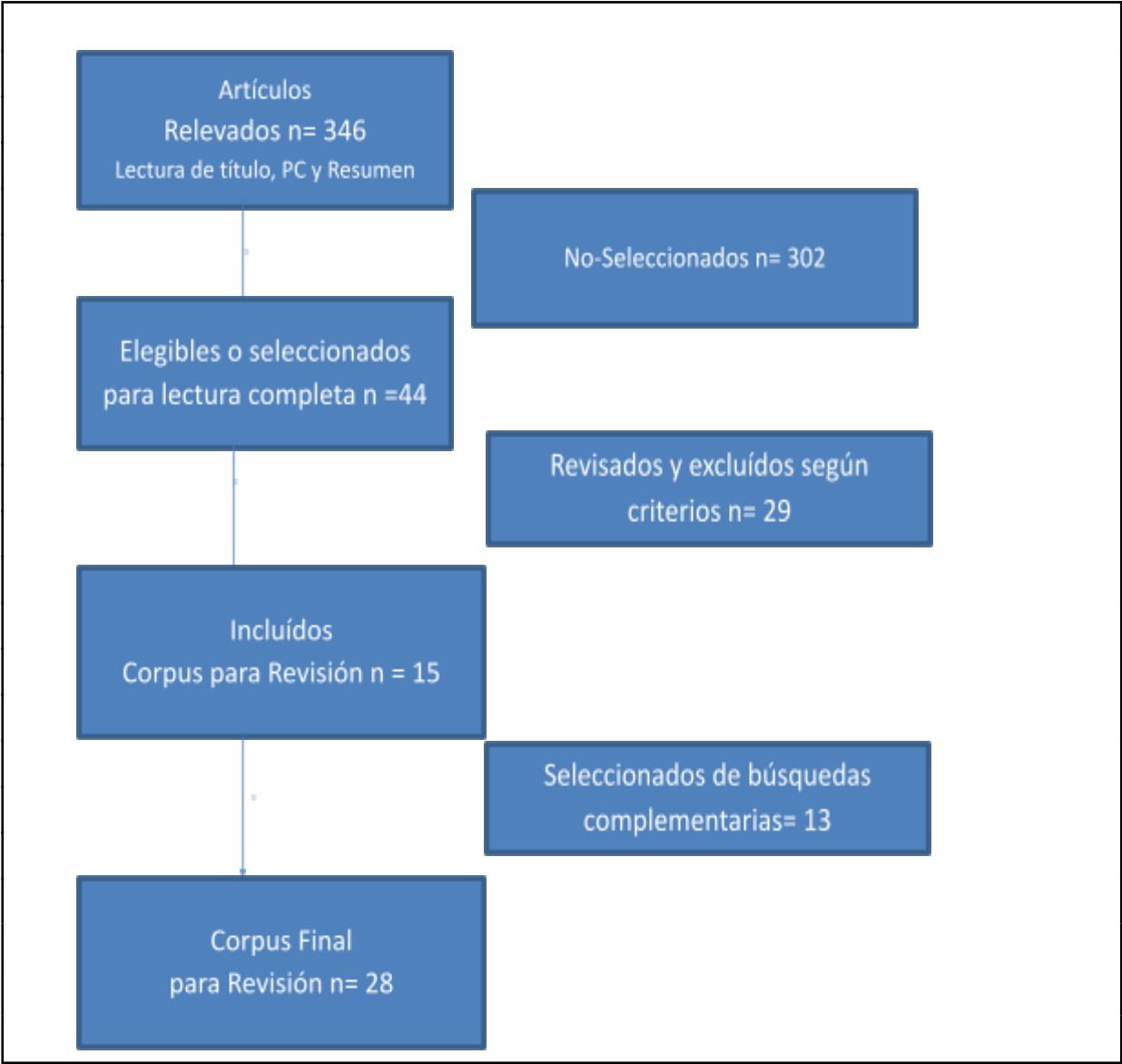
* Filtros = período 2010-2019 + Latinoamérica.

Así, se obtuvo un total de N= 15 incluidos como base del corpus de la revisión. A partir de estrategias complementarias (búsquedas no sistemáticas en otras bibliotecas electrónicas y búsquedas cruzadas) se sumaron otros 13 artículos, completando los 28 artículos del corpus de la revisión. Las primeras búsquedas se realizaron durante los meses de julio y agosto del 2019, mientras que las búsquedas complementarias se mantuvieron durante todo el desarrollo de la investigación.

Durante las búsquedas, contamos con la participación de dos investigadoras que realizaron relevamiento y selección de artículos de forma independiente: la tesista y la investigadora Mg. Mariana Paulín Devallis. Cada investigadora seleccionó estudios por título y resumen, para luego realizar una evaluación del texto completo de los artículos seleccionados. Las diferencias de criterio fueron discutidas en reuniones de equipo de investigación. Cuando no se logró consenso entre las dos revisoras principales, se dio intervención a una tercera investigadora (colaboradora Lic. Yanina Bruno).

En la Figura 1 se muestran las fases del procedimiento según lo ya relatado.

Figura 1: Fases de revisión bibliográfica sobre Internaciones por SM en Latinoamérica, período 2010-2023.



Fuente: elaboración propia con base en Galvão et al., 2015.

El corpus construido fue analizado e interpretado en relación al marco teórico conceptual de referencia. A tal fin, se utilizó una matriz de datos cualitativos para la organización del material que nos permitió sistematizar aspectos útiles para responder la pregunta de la revisión (Botelho et al., 2011).

1.4.2. Presentación del Estado del Arte.

Desde mediados del siglo XX, Argentina, Brasil y otros países de la región latinoamericana han impulsado reformas en sus sistemas de atención en SM, en consonancia con las transformaciones de desinstitutionalización en diversas partes del mundo. En ese marco y de manera progresiva, el hospital general fue reemplazando al hospital monovalente como ámbito institucional para la atención durante internaciones por SM. Como estrategia en el nivel de las políticas, ello refleja un intento de impedir nuevos ingresos al manicomio, en pos de lograr su sustitución por una red de atención comunitaria desde servicios territoriales.

Tal reestructuración de la atención en SM se fundamenta primariamente en razones de tipo éticas, para garantizar el respeto a las personas con sufrimiento mental desde una perspectiva de derechos humanos. Pero también, en razones de tipo técnicas, pues se afirma que las internaciones en hospital general facilitan la recuperación en términos de inclusión social, evitando el aislamiento y la estigmatización que se enlazan con ingresos en instituciones monovalentes (OPS, 2011).

Las internaciones por SM en hospitales generales se fueron consolidando en la región desde 1990 en adelante, tras la Declaración de Caracas (OPS, 1990). La mayoría de los países adoptaron este tipo de espacio como alternativa asistencial, logrando disminuir las camas de internación en instituciones monovalentes en las siguientes décadas (Larrobla, 2007). Muchos países organizaron la atención mediante unidades psiquiátricas de hospital general (UPHG), que han sido definidas como espacios destinados a la internación de personas con trastornos mentales de manera estructurada e independiente, es decir, que se localizan como anexos del hospital, más o menos cerca de esta institución (Hildebrandi & Alencastre, 2001).

En 2007 se sistematizaron estudios sobre UPHG realizados en América del Sur (Larrobla, 2007). La autora observó problemáticas similares en la región, entre las que menciona: incremento de la demanda asistencial, escasez e inadecuación de los recursos y falta de concientización de las comunidades. Como facilitadores, identificó voluntades individuales y la incorporación de psiquiatras en el hospital general. Concluyó en que la fragmentación y la descoordinación de los servicios tenían un impacto negativo en los pacientes y en la comunidad.

A nivel internacional, encontramos una revisión focalizada en Canadá que analiza 27 estudios referidos a los servicios de internación en SM en relación al modelo de *recovery* (Kidd, McKenzie & Virdee, 2014). Los autores concluyen que, en comparación con otras áreas de la medicina, existe poca evidencia sobre cómo funcionan y cómo se pueden

implementar los servicios de SM en hospitales generales orientados a la recuperación (*recovery*).

En relación con la pregunta general de investigación de la tesis, se definió como pregunta específica para la construcción del Estado del Arte la siguiente: ¿Cómo describen y valoran las internaciones por SM en hospitales generales de Latinoamérica, diversos actores involucrados en el proceso de atención, entre 2010 y 2023? Si bien nos propusimos recabar estudios sobre distintos países latinoamericanos, los estudios encontrados se realizaron en Brasil seguidos por Argentina. A los fines de esta presentación, los resultados se organizaron en dos ejes: (1) análisis del uso de internaciones por SM en hospitales generales y (2) valoración de las internaciones por SM en hospitales generales de Latinoamérica desde diversos actores, según temas priorizados.

1.4.2.1. Eje 1: análisis del uso de internaciones por SM en HG.

Varios de los estudios encontrados se centraron en parámetros clásicos de atención (tasa de uso hospitalario, duración de la internación y capacidad de cama en el hospital) desde un abordaje cuantitativo de las internaciones por SM. En el mismo sentido, otros estudios buscaron caracterizar la demanda y el perfil de uso de las internaciones, sus costos y la mortalidad hospitalaria, entre otros aspectos de tipo cuantitativo. Notamos la persistencia de la preocupación por el tiempo de hospitalización como indicador clásico de la transformación de un modelo asilar hacia otro no centrado en la reclusión.

En Argentina, Di Nella et al. (2011) evaluaron la disminución de camas monovalentes y su reemplazo por camas en hospitales polivalentes y dispositivos alternativos con base en la comunidad del sector público en Argentina, a partir de la sanción de la LNSM. Observaron que entre mayo de 2010 y mayo de 2011 las camas en los hospitales monovalentes disminuyeron 7,3 puntos porcentuales y aumentaron 3,5 y 3,8 puntos porcentuales en los hospitales polivalentes y en los dispositivos comunitarios, respectivamente. En el mismo año en Brasil, Candiago, Saraiva, Goncalves & Belmonte-de-Abreu (2011) publicaron los resultados de un estudio donde analizan datos administrativos entre los años 2000 y 2007, con el propósito de evaluar las diferencias en la atención psiquiátrica en hospitales generales y psiquiátricos. Hallaron que había un uso bajo de las camas en hospitales generales, aunque el número de ingresos aumentó un 170% en el período estudiado. Según los autores, los datos aportan evidencia de la necesidad de incrementar la cantidad de camas en hospital general, pero además muestra la necesidad de capacitación adicional del personal para optimizar el uso.

Otro estudio argentino analizó comparativamente las características de hospitalizaciones en la unidad de SM de un hospital general en 2012-2013 respecto de un

estudio previo en 2003-2005 en la misma institución. Observaron una disminución en el número total de hospitalizaciones de 82 a 51 casos. No hubo cambios respecto del tiempo promedio de hospitalización que fue de 46 días y 45 días respectivamente (Schiavo et al., 2017). Por su parte Bella y Borgiattino (2016) evaluaron la demanda de hospitalización por causas psicosociales en un hospital pediátrico de Córdoba, Argentina, en tres períodos temporales. Realizaron una descripción y análisis cuantitativo de 221 registros. Concluyeron que las hospitalizaciones por causas mentales y psicosociales mostraron un incremento de tasas y un comportamiento diferenciado por edad y género, mientras que las relacionadas con las violencias fueron las más frecuentes.

En Brasil, investigadores (Balbinotl et al., 2016) realizaron un estudio ecológico sobre las internaciones psiquiátricas por uso de sustancias psicoactivas y se propusieron verificar si el tiempo de hospitalización se había modificado en función de la reforma psiquiátrica. Entre los resultados, destacan que las tasas de internación total para el sexo masculino no habían cambiado, pero se había incrementado en 3% para mujeres. Concluyeron que tras una década de la implementación de la reforma no se verifica una reducción de los procesos de hospitalización respecto de esta problemática. Otro estudio (Horta et al., 2015) también se preguntó por los cambios en las tasas de internación psiquiátrica y tiempo de permanencia en el hospital desde una perspectiva ecológica, pero consideraron tanto internaciones por uso de sustancias psicoactivas como por otras causas psiquiátricas, en el estado Rio Grande do Sul entre 2000 y 2011. Observaron un incremento de la cantidad de internaciones pero un menor tiempo de estadía, con mayor diversidad de género y de causas de hospitalización. Durante la discusión interpretan los datos en relación a la influencia de las estrategias de la reforma psiquiátrica.

Sgobin, Traballi, Botega & Coelho (2015) realizaron en Brasil un estudio de costo de enfermedad, para conocer costos directos e indirectos de la atención durante la hospitalización de intentos de suicidio en un hospital general. Encontraron que el costo de atención es alto, pero además el costo indirecto para los miembros de la familia (estimado mediante capital humano perdido) es significativamente más alto que en otra patología (síndrome coronario agudo). Concluyeron que el comportamiento suicida afecta no solo al individuo sino al entorno familiar y social. Otros investigadores (Cruz Santos et al., 2017) analizaron cuantitativamente la evolución de internaciones psiquiátricas y la mortalidad hospitalaria vinculada a esas internaciones en Brasil, entre 2008 y 2014. Registraron una reducción del coeficiente de internaciones por 100 mil habitantes en el período, además describieron 2.962 muertes (2,38 por 100 mil hab.) Concluyen que el coeficiente de mortalidad hospitalaria en internaciones por SM aumentó durante el período estudiado.

Otra investigación con abordaje cuantitativo se propuso describir y evaluar la respuesta y predictores de remisión de personas internadas en una UPHG entre 2011 y

2013 en Porto Alegre, Brasil (Nuernberg et al., 2016). El estudio que incluyó a 239 pacientes permitió describir las mejoras sintomáticas y funcionales que observaron durante la hospitalización. Los autores concluyeron que pacientes diagnosticados con episodios maníacos tenían mayor probabilidad de remisión.

Como parte de los insumos para elaborar un informe sobre internaciones por razones de SM en hospitales generales de agudos de la Ciudad de Buenos Aires, el equipo común de intervención extrajudicial del Ministerio Público Tutelar (MPT) solicitó información estandarizada a esos hospitales. En su publicación (MPT, 2014) comunica algunos datos del período 2000 a 2011 para distintos tipos de hospitales, destacando que se observa una disminución en la provisión de servicios que no serían resultado de la ampliación de la Red de atención territorial sino “de una aparente contracción del propio sistema para atender a las problemáticas vinculadas con Salud Mental” (p.25). Se considera que la producción de información estadística y datos es deficiente e insuficiente para evaluar la capacidad del sistema en la atención del campo de la SM. Además, se afirma que desde los datos disponibles no es posible constatar ni una reducción en los tiempos de internación ni el incremento de prestaciones en la comunidad.

En Argentina, Beliazán (2015) estudió los egresos hospitalarios de tres hospitales generales del Nodo Rosario, en el período 1998- 2012 como tesis final para la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la UNLa. Su estudio describe los cambios en el tiempo de los egresos, y los pone en relación con algunas características relevadas. Sus resultados mostraron una tendencia en aumento de este tipo de egresos en el período estudiado, especialmente en jóvenes. También encontró una tendencia al descenso del promedio de días de estada de los egresos. El autor destaca el bajo porcentaje que esos egresos representan en relación a los egresos totales para el mismo período.

Por último en esta serie, mencionamos el trabajo de Arana (2020) quien estudió las admisiones a internación en el Hospital Dr. Emilio Vidal Abal de la localidad de Oliva durante el año 2018, buscando identificar los componentes que intervienen en la admisión según la LNSM. Su enfoque inicial fue cuantitativo y construyó información a partir de la lectura de las hojas de admisión en historias clínicas. Encontró que en la mayoría de las internaciones los usuarios presentaron criterio específico de internación. Su estudio muestra la persistencia de lo que el autor llama ingresos *judiciales*, que alcanzaron el 47,4% de las internaciones con criterios no específicos.

Este primer conjunto de doce estudios, nos muestran la actualidad del interés por estudiar las ventajas de la internación por SM en hospitales generales, en algunos casos se incluyó una comparación explícita respecto del hospital monovalente. En estos estudios mayormente se centran en parámetros clásicos de atención (tasa de uso hospitalario, duración de la internación y capacidad de cama en el hospital) y se vislumbra en menos

medida la consideración de otros parámetros, como la adecuación del criterio de internación a los lineamientos de la LNSM.

1.4.2.2. Eje 2: Valoración de las internaciones por SM en HG de Latinoamérica desde diversos actores.

Un segundo conjunto de estudios aborda la valoración de las internaciones por SM en este tipo de hospitales desde un abordaje cualitativo, incorporando el punto de vista de trabajadores, usuarios y familiares. Se organiza la presentación según temáticas seleccionadas.

(a) Integralidad del abordaje y menor estigma

Como hemos planteado, organismos internacionales plantean que realizar las internaciones por SM en hospitales generales tendría como ventaja la potencialidad para realizar un abordaje integral (por contacto más próximo con otras clínicas y/o accesibilidad a recursos de salud en general) como así también la potencialidad para eliminar o atenuar el estigma de la enfermedad mental. Sin embargo, estas ventajas no se confirman entre las investigaciones encontradas, que incluso sugieren lo contrario.

Hildebrandt & Marcolan (2016) realizaron una investigación cualitativa para comprender las concepciones de enfermería sobre la internación en UPHG, incluyendo entrevistas semiestructuradas y observaciones sistemáticas en tres hospitales generales. Identificaron preconceptos sobre la enfermedad mental que se traducían en actitudes discriminatorias hacia las personas internadas por SM. Ello lo observaron principalmente en pacientes internados por otras causas que expresaron temor y rechazo, reproduciendo el imaginario social sobre la peligrosidad del loco en el ámbito de la internación. También por parte de los profesionales, estos preconceptos se vincularon a ideas de incurabilidad, imprevisibilidad y agresividad de las personas con enfermedad mental. Los investigadores observaron, además, la existencia de una división tajante entre las unidades de atención clínica y psiquiátrica e incluso resistencias de los trabajadores de la unidad clínica para colaborar en actividades de la UPHG. Por lo mismo, evidenciaron que estar dentro del hospital general no implicó necesariamente la integración con otras especialidades médicas o clínicas.

Como parte de los insumos para elaborar su informe sobre las internaciones por SM en hospitales generales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el MPT (2014) también realizó entrevistas en profundidad con profesionales de equipos interdisciplinarios de SM. Entre los datos que se informaron, plantearon que en diversos hospitales generales existía

una “marcada discriminación, tanto por parte de las otras personas internadas como por parte del personal médico no vinculado a la Salud Mental, hacia estos pacientes” (p.45).

Otra investigación en Argentina se propuso describir de manera evaluativa el funcionamiento del Servicio de internación del Hospital Regional Ushuaia (Calderón, 2023), en relación al cumplimiento de la normativa de la LNSM. Aunque la autora encontró factores que facilitaban la implementación de la ley (como el abordaje interdisciplinario, integral y la articulación intersectorial), entre sus conclusiones destacó la persistencia de prejuicios, segregacionismo y estigmatización hacia las personas usuarias de salud mental, factores que la obstaculizaban. Mencionó, además, la persistencia del criterio de peligrosidad junto a una mirada criminalizante hacia las personas usuarias.

(b) Evitar el aislamiento, mantener vínculos. Inclusión de la familia en el tratamiento.

Mello y Schneider (2011) se propusieron comprender las expectativas hacia el proceso de internación en hospital general según la visión de familiares de personas internadas. En base a entrevistas a 14 familiares construyeron tres categorías: expectativas de orientación y continuidad de cuidados en el tratamiento, perspectivas de mejoría del sufrimiento mental y proyecciones de normalidad. Las investigadoras afirmaron que las hospitalizaciones breves en hospitales generales y el enfoque comunitario permitieron que las familias tuvieran mayor participación en el tratamiento, siendo proveedoras de cuidado y apoyo, aunque ello podía representar una sobrecarga si las familias se percibían aisladas del equipo profesional. Por eso, destacaron que el momento de la internación representó, para las familias, la oportunidad de encuentro, intercambio y fortalecimiento del vínculo con el equipo técnico-profesional.

En Brasil, otros investigadores (Duarte et al., 2018) analizaron la percepción de familiares de pacientes con trastorno mental acerca del Grupo de Apoyo durante una internación psiquiátrica. El estudio tuvo un abordaje cualitativo y utilizó entrevistas semiestructuradas con 10 familiares de pacientes internados en 2016. Entre los resultados, destacaron la percepción de ese grupo como un espacio de apoyo y fortalecimiento. Los familiares dijeron sentirse escuchados y valoraron los intercambios con otros familiares como fuente de alivio al percibir que no eran los únicos en atravesar esa situación. Los investigadores pusieron en relación lo hallado con las dificultades que implicaba para las familias el acompañar y cuidar a las personas con sufrimiento mental, en especial durante los momentos de crisis durante las internaciones. Los familiares también dijeron considerar al grupo como espacio de información sobre la enfermedad y tratamiento. Por lo mismo, los investigadores concluyeron que se trataba de un recurso estratégico para el cuidado y apoyo

al familiar, que resultaba beneficioso para la persona con sufrimiento mental y debía ser valorada como parte del tratamiento.

En 2018, en el marco del programa de becas Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, Bertagni et al. (2018) estudiaron evaluativamente las internaciones en servicios de salud mental en hospitales generales, considerando criterios de calidad desde el enfoque de derechos y la orientación comunitaria de la atención. Analizaron cuatro servicios públicos en localidades de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza. El enfoque fue cualitativo y tuvieron en cuenta la perspectiva de gestores, trabajadores y personas usuarias. La evaluación desde la perspectiva de personas usuarias mostró que se respetaba y promovía el derecho a mantener vínculos comunitarios mediante la recepción de visitas y, en menor medida, respecto del uso del celular en internación. Vinculado a ese estudio, en otra publicación de Ardila-Gómez et al. (2021) se destacó que, para la orientación comunitaria, el trabajo con las familias era el más habitual y se señaló la necesidad de estudiar las características de ese trabajo según se trate de un enfoque clínico o psicosocial.

(c) Dificultades: falta de recursos edilicios, humanos y de capacitación

En Rosario y Gran Rosario, Argentina, Velzi Diaz et al. (2018) estudiaron las prácticas de SM en hospitales generales públicos, incluyendo las internaciones. Realizaron 23 entrevistas con profesionales desde un abordaje cualitativo para comprender las potencialidades y desafíos de la implementación del cambio de modelo en SM desde la legislación vigente. Hallaron, mayormente, dificultades vinculadas con la falta de recursos edilicios, humanos y de capacitación. Precisaron que al realizarse internaciones en salas compartidas, las necesidades de cuidado y tranquilidad de los pacientes con problemas generales de salud se contrapusieron con las diversas necesidades de los pacientes internados por SM.

En otro estudio argentino, investigadores estudiaron un hospital pediátrico que realizaba internación por SM en salas generales a través de una admisión por Guardia. Se propusieron conocer cualitativamente las representaciones y prácticas con niñas, niños y adolescentes con padecimiento mental de profesionales de diferentes disciplinas (enfermería, pediatría, psicología, psiquiatría, trabajo social y toxicología), entre 2014-2015. Encontraron que según los profesionales, sus prácticas concordaban con el paradigma de la LNSM y los obstáculos en la atención se debían a insuficiencias en los recursos intra y extrahospitalarios, particularmente en las internaciones en salas generales (Heredia y Barcala, 2017).

En un informe sobre las internaciones por SM (MPT, 2014) se destacó como uno de los principales déficits la ausencia de lugares para la realización de actividades de recreación y rehabilitación durante las internaciones. Se informó que cuando no se contaba con una unidad especializada para SM, los espacios estaban diseñados para el reposo y no se correspondían con las necesidades de los pacientes internados por razones de SM. También se describió el déficit de recursos de enfermería especializada, aunque se consideró que dicho déficit podría subsanarse desde formas de capacitación y/o de transferencia de conocimientos a enfermería no especializada.

En Brasil, Dourado et al. (2018) buscaron conocer la satisfacción con el servicio de hospitalización por SM en familiares de los pacientes internados mediante una escala y un cuestionario. A partir de una muestra de 80 familiares y cuidadores, concluyeron que la satisfacción de las familias fue alta, en especial respecto del índice *resultados del tratamiento*. Sin embargo, los investigadores subrayaron la necesidad de mejoras en los aspectos edilicios e infraestructura de los servicios. Un estudio posterior también evaluó la satisfacción, pero desde el punto de vista del usuario como indicador de la calidad del tratamiento durante la internación. Utilizaron encuestas estandarizadas en una muestra de 227 pacientes hospitalizados. Hallaron que la peor dimensión calificada fue la vinculada a las instalaciones físicas y la comodidad de la sala (Godoy et al., 2019). En estudios de Argentina, también desde el punto de vista de los usuarios, encontraron que el derecho a la privacidad era sólo parcialmente respetado por características de la infraestructura (Bertagni et al., 2018; Ardila-Gómez, 2021).

A partir del análisis cuantitativo de datos hospitalarios del período 2000 a 2007, investigadores de Brasil mostraron la necesidad de capacitación adicional del personal de internación para optimizar el uso de las camas de SM en hospitales generales (Candiago et al., 2011). Otra investigación abordó los sistemas de medicación en UPHG en comparación con un hospital psiquiátrico en São Paulo, Brasil. El abordaje incluyó observaciones, encuesta a profesionales y revisión de registros médicos. Mostraron la existencia de factores que afectaban la seguridad del paciente (interrupciones del tratamiento farmacológico durante su prescripción, manejo limitado del sistema de prescripción electrónica, falta de disponibilidad de la farmacia clínica, entre otros). Estas debilidades en el proceso de atención farmacológica incrementó el riesgo de ocurrencia de errores de medicación en ambos tipos de hospitales (Souta et al., 2016).

Otra investigación también identificó como problema la falta de formación de enfermería y vincularon ese factor con la presencia de características manicomiales en las prácticas de internación en hospitales generales (Hildebrandt & Marcolan, 2016). En las conclusiones, destacaron la necesidad de invertir en la formación de los profesionales de enfermería en el nivel de grado y posgrado, en relación a brindar contenidos relativos a la

reforma psiquiátrica, políticas en SM y trabajo interdisciplinario que contribuyan al cambio de modelo de atención.

(d) Articulación o desarticulación con la red territorial. Continuidad de cuidado.

En Brasil, Botega et al. (2017) buscaron comprender la asistencia durante la internación involuntaria por razones de SM. Para ello, analizaron cualitativamente la percepción de ocho enfermeras efectoras en servicios de SM sobre ese tipo de internaciones. Interpretaron que la indicación de internación psiquiátrica podía generar angustia y ansiedad en el usuario y que por eso debía ser evaluado en su contexto social y familiar. Concluyeron en que el éxito de los servicios basados en la comunidad estaba vinculado a una red de SM que no presente fragmentación entre espacios de internación y la continuidad de cuidados en comunidad.

Otro estudio cualitativo (Machado & Santos, 2013) estudió los servicios de la red de atención desde el punto de vista de pacientes de SM re-internados en unidades psiquiátricas. Entrevistaron a 22 pacientes que describieron las ventajas y limitaciones de los servicios ambulatorios alternativos a la internación. Los autores plantearon que el espacio de internación psiquiátrica debía ser concebido como transición o bisagra entre el modelo tradicional médico-hospitalario y el modelo de atención psicosocial (de reforma).

En Brasil, investigadores abordaron el tema de las internaciones por SM en hospitales generales en relación a la problemática de *puerta giratoria*. En este marco, realizaron una encuesta estructurada y auto-administrada a 96 pacientes internados, para conocer características sociodemográficas, clínicas y de articulación con servicios ambulatorios. Entre los resultados, encontraron que los usuarios con reinternaciones frecuentes (que eran el 36,5% de los participantes) referían un número menor de personas con las cuales creían que podían contar. En cuanto a la articulación con la red de atención territorial, solamente el 4,1% de los internados hacía uso regular de alguno de los servicios ambulatorios. Sin embargo, se pudo constatar que el 71,9% de los internados tenía referencia para la continuidad de cuidados después del alta de internación. Los autores concluyeron en que el hospital general tenía una importancia incuestionable como eje articulador de la red de atención en SM (Zanardo et al., 2017).

En Argentina, el informe del MPT (2014) destacó, como uno de los principales déficit para la implementación de internaciones por SM en hospitales generales de agudos, la falta de dispositivos alternativos en la red de SM, que serían recursos adecuados para facilitar los procesos de externación. El informe también comunicó que en los casos en que se concretaba el alta de internación, no existían procedimientos sistematizados ni formalizados que permitieran verificar si el paciente concurría a la institución o dispositivo ambulatorio al

cual era derivado para su seguimiento (continuidad de cuidado). Por su parte Ardila-Gómez et. al (2021), pusieron en discusión la necesidad de equipar con más recurso humano a los servicios de internación, planteando como pregunta si la prioridad no debiera ser reforzar con más recurso humano los dispositivos de la red de atención no hospitalaria.

(e) Persistencia de prejuicios, idea de peligrosidad o agresividad y modelo asilar-manicomial

En Belo Horizonte, Brasil, da-Silveira & Santos (2016) estudiaron cualitativamente las manifestaciones del imaginario social de la locura en familiares y usuarios de SM, en el momento de la internación. Hallaron que el discurso del loco seguía siendo negado y no tenía espacio debido al imaginario social de la locura. En ese sentido, identificaron que la hospitalización representaba una solución para la familia, que no entendía el proceso de la enfermedad mental y por eso formulaba demandas coercitivas. Concluyeron en que el imaginario social de la locura permanecía asociado con la irracionalidad y la inadaptación social del sujeto en sufrimiento, que llevaba a las familias a decidirse por la hospitalización psiquiátrica.

De manera similar, otros investigadores mostraron que aunque la internación se realizaba en un hospital general, las expectativas de los familiares respecto del tipo de mejoría y de la continuidad de cuidado ponían en evidencia la persistencia del modelo asilar, pues vivenciaban dificultades para la continuidad del tratamiento, no se sentían preparados para contenerlos ante momentos de crisis y poseían mayor confianza en el tratamiento farmacológico y en espacios institucionales especializados (Mello y Schneider, 2011).

Velzi Díaz et al. (2018) también pudieron constatar la persistencia de demandas de control ligadas al modelo asilar-manicomial al identificar, por ejemplo, las tareas asignadas y las expectativas expresadas hacia los acompañantes terapéuticos durante la internación. Por su parte, el MPT (2014) identificó la existencia de actitudes de discriminación hacia pacientes internados por SM, tanto por parte de personal médico como de otros pacientes. Se planteó que cuando el hospital general no poseía una unidad de internación especializada en SM, la negativa a internar en sala general o de otra especialidad se justificaba mediante la imputación de rasgos de *peligrosidad, violencia y conductas antisociales*.

Por su parte Ceriani (2014) estudió el funcionamiento de tres servicios de SM con internación en hospitales generales de Buenos Aires, desde la perspectiva de usuarios y trabajadores. La autora concluyó en que realizar internaciones por salud mental en hospitales generales no garantizaba la ruptura de la lógica manicomial. Por el contrario, planteó que esa lógica se reproducía fácilmente en instituciones con salas de internación

exclusivas en Salud Mental. Destacó que los cambios y ruptura con la lógica manicomial pudieron observarse sólo en aquellas instituciones donde las salas eran compartidas con personas internadas por otras razones de salud.

1.4.2.3. Discusión actual en relación a las internaciones por SM en HG.

En relación con la pregunta específica para la construcción del estado del Arte ¿Cómo describen y valoran las internaciones por SM en hospitales generales de Latinoamérica, diversos actores involucrados en el proceso de atención entre 2010 y 2023? encontramos algunos acuerdos y discusiones que nos permiten vislumbrar el estado de la cuestión.

Por un lado, los estudios encontrados nos muestran la actualidad del interés por estudiar las ventajas de la internación por SM en hospitales generales respecto de las internaciones en hospitales monovalentes, a partir de parámetros clásicos de atención, como tasa de uso hospitalario, duración de la internación y capacidad de cama en el hospital (Di Nella et al., 2011; Candiago et al., 2011; Schiavo et al., 2017; Bella y Borgiattino, 2016; Balbinotl et al., 2016; Horta et al., 2015; Sgobin et al., 2015; Cruz Santos et al., 2017; Nuernberg et al., 2016; Belizán, 2015), a los que se suman otros parámetros de adecuación o no a la LNSM (MPT, 2014; Arana, 2020).

Sin embargo, la mayor producción científica se centra en describir, analizar y comprender el funcionamiento de este tipo de internaciones, buscando identificar los obstáculos a superar o desafíos que se plantean. Predomina para ello un enfoque cualitativo, y se centra el interés por las experiencias y saberes de trabajadores, familiares y de los propios usuarios de las internaciones.

En este sentido, varios estudios coinciden al señalar como obstáculos la falta de recursos, incluyendo falta de insumos materiales, deficiencias edilicias y falencias en la cantidad y calidad del recurso humano que interviene en el proceso de atención en internaciones por SM en hospitales generales (Velzi Diaz et al., 2018; MPT, 2014; Heredia y Barcala, 2017; Dourado et al., 2018; Godoy et al., 2019; Souta et al., 2016; Ardila-Gómez, 2021; Bertagni, 2019). Otros estudios enfatizan particularmente las falencias en términos de capacitación y sus consecuencias sobre las prácticas de este tipo de atención (Candiago et al., 2011; Hildebrandt & Marcolan, 2016).

También existe acuerdo entre estudios que abordan la articulación del dispositivo de internación con otros dispositivos de la red territorial. Se critica la fragmentación entre este tipo de internaciones y la continuidad de cuidados (Botega et al., 2017) y se afirma que el valor de este tipo de internaciones depende de su grado de articulación (Machado & Santos, 2013; Zanardo et al., 2017). Por eso, la ausencia de dispositivos alternativos en la red de

atención y/o la ausencia de protocolos que permitan verificar si el paciente externado concurre a la institución o dispositivo ambulatorio al cual es derivado para su seguimiento, son dos de las dificultades encontradas (MPT, 2014).

Se conoce que el trabajo con las familias es el más común desde un enfoque comunitario (Ardila-Gómez, 2021). Sin embargo, relevamos que no hay acuerdo en cuanto al lugar y aportes de las familias durante el proceso de atención en internaciones por SM. Por un lado, se espera que contribuya a evitar el aislamiento del usuario e incluso ocupe el rol de cuidador del mismo durante la internación. Pero por otro lado, se observa la necesidad de incluir a la familia como parte del objeto de atención, es decir, como sujeto a ser cuidado (Mello y Schneider, 2011; Duarte et al., 2018)

Además, diversos estudios ponen en discusión las supuestas ventajas que las internaciones por SM en hospitales generales aportarían, como son un abordaje integral, menor discriminación y estigma de las personas con sufrimiento mental. Estas ventajas no sólo no se confirman entre las investigaciones encontradas, sino que incluso algunas sugieren lo contrario (Hildebrandt & Marcolan, 2016; MPT, 2014; Calderón, 2023).

En cuanto a la persistencia de prejuicios e idea de peligrosidad de las personas con sufrimiento mental, se observa que este tipo de actitudes se traduce en las demandas de familiares (da-Silveira & Santos, 2016; Mello y Schneider, 2011), en temores o conductas de otros pacientes internados, e incluso en las prácticas de atención del personal de salud que interviene durante el proceso de atención (Velzi Díaz et al., 2018; MPT, 2014). Se observa que la lógica manicomial sería fácilmente reproducible en los servicios que tienen salas especializadas, por sobre los que realizan internaciones por Sm en sala común (Ceriani, 2014).

En conclusión, en base al relevamiento realizado, podemos afirmar que el eje del debate actual no se focaliza tanto respecto del tipo de institución en dónde realizar las internaciones (hospital monovalente vs. hospital general), sino que gira en torno de la utilidad, efectos y alcances de las internaciones en hospitales generales. Resulta necesario cuestionar la idea de que las ventajas esperadas se obtengan inmediatamente. Además, el interés científico destaca el protagonismo de los diversos actores involucrados para una mejor comprensión de las prácticas de atención y sus efectos en relación al logro de las metas de los procesos de reforma en salud mental: la inclusión social de las personas con sufrimiento mental.

1.5. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

1.5.1. *Mirada desde Salud Colectiva.*

La Salud Colectiva incluye un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas que se desarrollan desde diversos marcos institucionales sanitarios y académicos (Paim, 2011), que nos posiciona en el campo de la salud desde una mirada alternativa a la salud pública tradicional. En cuanto a la creación de conocimientos, se destacan los estudios sobre la producción y reproducción social de salud-enfermedad y sobre el proceso de trabajo en salud.

Si bien se trata de un corpus heterogéneo, reconocemos algunos lineamientos centrales de la salud colectiva en la actualidad (Granda, 2004; Paim, 2011), que nos han guiado para construir el objeto de estudio en torno a la pregunta ¿Cómo son las prácticas de atención en internaciones por SM en sala común de HG en el marco del proceso de desmanicomialización provincial?

En esta sección introductoria presentamos el recorrido conceptual destacando la mirada desde la salud colectiva hacia el objeto de estudio, para desarrollar, en los siguientes apartados, los conceptos que resulta pertinente profundizar.

1.5.1.1. *Necesidad de comprender la historia.*

Para estudiar las internaciones por SM en el ámbito del HG buscamos superar una visión exclusivamente técnica. Partimos de reconocer que sólo desde una mirada contextualizada social e histórica se puede comprender en su complejidad. La salud colectiva reconoce esta necesidad de comprender la historia (Granda, 2004) no como mero pasado o antecedente en una perspectiva lineal, sino asumiendo que lo histórico está en lo actual (Samaja, 2016).

En función de este punto de partida, en el apartado 1.4.2 *Historia y tradiciones* presentamos los componentes básicos de la lógica manicomial y de los movimientos internacionales de reformas, que se configuran en precursores y contexto de surgimiento de las internaciones que se desean estudiar.

Así, reflexionamos sobre el *manicomio* como respuesta social a la locura. Desde una concepción de lo social posestructuralista, Foucault (2003) plantea que con el nacimiento de la psiquiatría el loco pasa de ser expulsado a ser integrado a la sociedad, al instaurar un espacio para que su presencia deje de ser disruptiva. Integración y control serían sinónimos en esta perspectiva dado que la internación expresa, al mismo tiempo, esa contención

institucional y la sanción moral por no responder a la norma social. De este modo se logra el resguardo de la sociedad a costa del aislamiento del loco (Basaglia, 2001). Luego esa respuesta social se puso en duda y comenzó un proceso, aún vigente, de cuestionamiento e intento de transformación de esa realidad manicomial.

Reconocemos que toda práctica sanitaria está condicionada por la forma de concebir la enfermedad propia de cada sociedad y momento histórico, tal como nos enseña la perspectiva proceso salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1987; 2004). Desde esta visión se tiene en cuenta la dimensión de lo político en tanto poder: la sociedad no sería tanto un sistema sino un campo de fuerzas. Por eso incluimos en el relato histórico, la referencia explícita a diversos organismos internacionales que en distintos momentos influyeron impulsando y direccionando los procesos de reforma en SM en Latinoamérica.

Luego, vimos la necesidad de precisar el origen y esbozar la historia provincial que hizo posible el uso del hospital general como espacio institucional para las internaciones por SM. La trayectoria particular de la desmanicomialización, muchas veces sintetizada como sucesión de hitos, lejos de ser un proceso lineal da cuenta del modo en que se intentó responder al conflicto social suscitado por su implementación.

1.5.1.2. Mirada contextualizada y situacional.

En la actualidad, las condiciones sociales, ideológicas y políticas que enmarcan las prácticas de atención durante las internaciones por SM en los HG presentan una configuración compleja que es preciso identificar de manera situacional, es decir, en el escenario provincial.

En términos políticos e ideológicos, el avance de los procesos de reforma y la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010 han significado una modificación del alcance meramente provincial que la desmanicomialización rionegrina mantuvo durante varias décadas. Reconocemos la existencia de diversos actores sociales con distintas cuotas de poder; luchas pequeñas y grandes en términos de resistencias; resultados parciales y provisorios; entre otros aspectos a reconstruir desde una mirada contextual que integre la política pública en torno a la SM (Labra, 1999). Frente a los abordajes que tienden a ubicar al Estado como actor único, desde Salud Colectiva ponemos de relieve al Estado como un actor más en un campo de actuación donde reconocemos diversos protagonistas, como desarrollaremos más adelante en este mismo apartado.

En términos institucionales, es el HG el que da soporte a diversas prácticas de salud mental comunitaria en la provincia, incluyendo específicamente las internaciones. En este sentido, nos interesan las líneas de continuidad y las tensiones existentes en las

internaciones por SM entre el modelo de Salud Mental Comunitaria (Schiappa Pietra, 2005) y el modelo Médico Hegemónico predominante en el HG (Menéndez, 1990).

La vigencia de una racionalidad técnica (de tipo tecnocrática o centrada en procedimientos) como parte del contexto institucional hospitalario resulta condicionante de las prácticas durante las internaciones, por ello nos ayuda a comprender algunos de los conflictos. Por ejemplo, no contar con protocolos en SM que permitan encuadrar las intervenciones técnicas de médicos y enfermería funciona como una barrera para la interdisciplina. Esta barrera obstaculiza la propia estrategia de internación en el HG, anulando en parte las ventajas que buscan obtenerse, como un abordaje menos sesgado por lo exclusivamente mental.

El Modelo Promocional desarrollado por Schiappa Pietra es un modelo explicativo para sintetizar aspectos que considera relevantes de la realidad. El autor define las características del modelo destacando su carácter alternativo al Modelo Curativo Asistencial, describiendo sus componentes o rasgos distintivos como: el trabajo en equipo interdisciplinario, la inclusión del saber no profesional, la singularidad de la estrategia terapéutica, la pérdida del lugar central del biologismo y el rechazo a la medicación como única acción terapéutica, entre otros. Notamos la similitud entre las características del Modelo Médico Hegemónico y lo que Schiappa Pietra llama *Modelo Curativo Asistencial*, por lo que el modelo promocional de Schiappa Pietra podría pensarse como un Modelo Alternativo Subordinado (Menéndez, 1990)

Los modelos de atención no tienen un correlato en la práctica cotidiana de los procesos de trabajo en salud; sin embargo, nos aportan una referencia para describir y caracterizar las prácticas de atención durante las intenciones. Por lo mismo, en el apartado 1.4.4 del marco teórico presentamos el concepto de Modelo de atención, los componentes centrales del Modelo Curativo Promocional de Schiappa Pietra y una síntesis de los aspectos más relevantes del Modelo Médico Hegemónico.

1.5.1.3. *¿Diagnósticos o procesos de inclusión/exclusión social?*

Notamos la importancia de problematizar acerca del proceso diagnóstico y sobre el tipo de sufrimiento mental que llega a ser objeto de internación en la actualidad. A partir de los aportes del interaccionismo simbólico, advertimos el peso de las propias instituciones y de la mirada de los profesionales en la *creación de las enfermedades* (Goffman, 1963; Rosenhan, 1982). En este sentido, planteamos que no sólo el ingreso a la internación, sino el proceso de evolución, alta y pronóstico se encuentran condicionados por la visión profesional.

Centrarnos en la producción de salud y no meramente en la enfermedad, en el caso de salud mental, nos lleva a considerar el lugar central de los procesos de inclusión social. La inclusión social es la finalidad última de todas las prácticas en el marco de la desmanicomialización rionegrina (Schiappa Pietra, 2012). Aunque el concepto será presentado como parte del Modelo Curativo Promocional, nos detenemos aquí a fin de explicitar brevemente cómo lo concebimos en el marco del estudio que proponemos, dado su aporte central para comprender nuestro objetivo general.

Los procesos de inclusión/exclusión social son complejos mecanismos sociales que afectan a diversos colectivos de personas que resultan vulneradas en sus derechos por diversas razones (género, orientación sexual, clase social, etnia, entre otras tantas posibles). Son procesos cuya complejidad social responde a lógicas políticas, económicas, culturales e históricas que deben pensarse en relación al campo del que se trate.

Aunque, como dijimos, el concepto tiene un alcance más amplio, en nuestro caso nos referiremos específicamente a los procesos de inclusión y exclusión social de la locura, que adquieren sentido desde las tradiciones en salud mental.

Para nosotros se trata, entonces, de comprender dichos procesos en relación a dos lógicas antagónicas: por un lado, las lógicas de exclusión social de la locura se vinculan con mecanismos de segregación y aislamiento desde el modelo manicomial. Implica la concepción del loco como peligroso y *la peligrosidad* en su carácter predictivo. Conlleva distintas formas de rechazo, discriminación y maltrato hacia las personas consideradas como enfermas mentales, que podemos agrupar como formas de la violencia hacia la locura. En contrapartida, la inclusión social implica en primer lugar el reconocimiento y respeto por la dignidad humana. También la ponemos en relación con el concepto de ciudadanía y en línea con las concepciones ideológicas de la legislación vigente en materia de salud mental.

Notamos que tanto la legislación provincial como nacional en SM se muestran enfáticas al enumerar una serie de derechos de las personas con sufrimiento mental. Esto se corresponde precisamente con la necesidad de visualizar que históricamente los locos han sufrido vulneración de sus derechos humanos y han padecido estigmatización y discriminación (OMS, 2006).

En ese sentido, la Ley N° 2440 de la provincia de Río Negro define como beneficiarios de la norma a todas las personas con sufrimiento mental, sin ningún tipo de discriminación. Aunque el texto de la ley no define la categoría de *sufrimiento mental*, notamos que su uso conlleva diferencias conceptuales respecto de las cinco denominaciones que se utilizan con mayor frecuencia en el campo de la SM, a saber: enfermedad mental, trastorno mental, discapacidad mental, incapacidad mental, y enajenación (OMS, 2006). El uso del término apunta a tener un alcance amplio, es decir, extender la protección de derechos incluyendo a todas las personas independientemente de

la severidad de su padecimiento mental. Como ventaja adicional, busca colocar a todos los ciudadanos en igualdad de condiciones: todas las personas podemos sufrir.

Desde el campo de la epidemiología social se ha señalado que el uso del término *sufrimiento mental* permite considerar las dimensiones subjetivas, sociales, culturales o institucionales que hacen a la SM (Augsburger, 2004a; Augsburger, 2004b). Por otro lado, identificamos en el uso del término *sufrimiento mental* un intento de evitar los procesos de exclusión y segregación que han sido (y continúan siendo) habituales hacia las personas con sufrimiento mental.

1.5.1.4. Mirada desde Salud Colectiva: estructura y acción.

“El salubrista debe comprender y explicar el mundo de significado con el que se encuentra y que por lo general se consolida en cuanto a la estructura pero a la vez busca construir el mundo del mañana con un sentido definido”.
(Granda, 2004)

Consideramos que las prácticas de atención durante las internaciones por SM no pueden comprenderse como mero efecto de la existencia de leyes y normativas de desmanicomialización, pero tampoco son prácticas individuales donde cada actor toma las decisiones con libertad. Reconocemos, como hemos dicho más arriba, que diversos lineamientos legales, políticos, institucionales y técnicos forman parte del contexto o marco estructural que hace posible, limita y *condiciona* la existencia de esas prácticas encarnadas por sujetos sociales.

Desde Salud Colectiva nos planteamos la necesidad de comprender cómo la estructura es constituida por la acción de los sujetos y, recíprocamente, dicha acción social es constituida estructuralmente (Giddens, 1993). En nuestro caso, consideramos a los sujetos usuarios y profesionales que intervienen en internación como actores históricos situados, es decir, que construyen la vida cotidiana de las instituciones, pero no de forma independiente sino condicionada, habilitada y limitada por las posibilidades institucionales estructurales y estructurantes.

Según Granda (2004) el mundo como estructura está dado y lo podemos encontrar en la existencia de recursos, normas, leyes, etc. Pero también el mundo está siempre dándose, ocurriendo como producto del accionar de personas con sus verdades, prácticas y estrategias de organización de poder. Por lo mismo nos interesa la visión de diversos actores sociales, considerando sus interacciones, confrontaciones y transacciones.

Cuando planteamos al sujeto en las prácticas de atención en internación, pensamos en los profesionales de salud mental y profesionales técnicos de otros servicios hospitalarios vinculados con el ámbito de internación (enfermería, médicos clínicos, etc.); pero también incluimos como sujeto de estas prácticas a los propios usuarios y sus familias. Ayres nos

enseña que sólo anteponiendo el carácter subjetivo de las personas a quienes van orientadas nuestras prácticas de salud, y comprendiendo que son actores sociales productores de cuidados y no meros receptores de estas prácticas, lograremos un quehacer comprometido con la vida.

Por eso, desde Salud Colectiva rechazamos la concepción positivista que reduce al paciente al lugar de objeto y lo priva del lugar de generador de conocimiento. Consideramos que parte del compromiso de nuestro campo es promover el reconocimiento de los distintos actores involucrados en las prácticas de atención.

En este sentido, debemos reconocer a los propios usuarios como actores que han ido ganando protagonismo en el campo de salud mental, no sólo como decisores respecto de sus propios tratamientos sino en la gestión y definición de políticas de salud mental, así como también en la producción de conocimiento. Por tal razón incluimos un apartado donde reflexionamos sobre las dificultades de evaluar en salud y en salud mental en contextos de reforma en particular (Apartado 1.4.5), como consideraciones previas a plantear el rol de los usuarios y familiares como sujetos actores y productores de conocimiento, que ampliamos desde la noción de *recovery* (Apartado 1.4.6).

1.5.2. Historia y tradiciones.

Desde la Modernidad, la forma hegemónica de tratar la locura ha implicado el encierro y exclusión de las personas con enfermedad mental, conceptualizadas como modelo asilar o modelo manicomial (Castel, 1991; Galende, 1994). Este modelo se funda en el ordenamiento de la locura en clasificaciones nosográficas, implica la reclusión de las personas diagnosticadas y sostiene la asimetría entre quienes detentan el poder-saber y los enfermos mentales (Castel, 1991). Así, durante mucho tiempo, los hospitales monovalentes fueron el centro del sistema asistencial en SM. Las personas asistidas eran pacientes crónicos, que vivían internados durante años o incluso hasta su muerte. Aunque los hospitales monovalentes persisten hasta la actualidad, su importancia dentro del sistema de atención se fue modificando producto de diversos movimientos de reforma (Rodríguez, 1999).

Durante la posguerra, surgen en Europa cuestionamientos éticos y técnicos al modelo manicomial que permitieron el nacimiento de propuestas de superación al mismo (Castel, 1991). Dentro de los procesos de reforma encontramos una diversidad de propuestas que coinciden respecto al cuestionamiento al encierro y la violencia que implica la lógica manicomial. Así, la Comunidad Terapéutica, la Psicoterapia Institucional, la Psiquiatría del Sector y la Psiquiatría Comunitaria comparten el cuestionamiento al hospital

monovalente e introducen la necesidad de reinserción de los pacientes en la sociedad (Amarante, 2006; Galende, 1994; Desviat, 2011; Caplan, 1985).

Por su parte, la Psiquiatría Democrática Italiana suma la apertura a lo político, pues se plantea la necesidad de atender las condiciones materiales de existencia de las personas con enfermedad mental y promueve el involucramiento de organizaciones barriales y políticas que busquen el cambio social (Basaglia, 2008).

Desde los primeros cuestionamientos al modelo asilar y hasta la actualidad, organismos internacionales como la ONU y la OMS-OPS han desempeñado un importante papel como impulsores del proceso de transformación en SM en todo el mundo occidental, particularmente en Latinoamérica, a través de diversos mecanismos.

Por un lado, los Derechos Humanos conforman un marco ideológico y de exigencia del derecho internacional que ha impulsado importantes modificaciones en el campo de SM (OMS, 2006). Se destacan: la Declaración de Caracas para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud (OPS, 1990); los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (ONU, 1991); y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (OPS, 2005). Los tres documentos mencionados consolidan la crítica al papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios y coinciden en señalar como necesario el cambio hacia modelos de atención alternativos centrados en la comunidad. Particularmente respecto a la internación, se sostiene como atención posible pero limitada a criterios de necesidad, como algo excepcional, y se reorienta hacia los HG (Rodríguez et al., 2007; OPS, 2005).

Por otro lado, las organizaciones internacionales también utilizan otras vías para incidir en la dirección de la transformación en SM, como la elaboración de informes, el desarrollo de evaluaciones y los asesoramientos técnicos a los países de la región. En este sentido, un ejemplo importante es el Informe Mundial de Salud Mental (OMS, 2001) mediante el cual se advierte que el cierre de hospitales psiquiátricos y la apertura de alternativas comunitarias son transformaciones que deben realizarse de forma gradual y coordinada. Señalan como componentes esenciales: (1) prevenir ingresos en hospitales psiquiátricos mediante dispositivos comunitarios; (2) reingresar a la comunidad pacientes antes institucionalizados; (3) mantener sistemas de apoyo comunitario para personas no institucionalizadas (OMS, 2001).

Tanto en el nivel internacional como en Argentina, los procesos de reforma han tratado de modificar la centralidad del hospital monovalente en la atención en SM. Sucintamente, advertimos que la reorganización de los sistemas de atención incluye dos ejes: (1) la desinstitucionalización de pacientes con larga permanencia en instituciones

monovalentes y su progresiva reinserción comunitaria; (2) la sustitución de la centralidad del hospital monovalente como espacio asistencial. En este segundo sentido, se implementan diversas estrategias que no necesariamente avanzan en simultáneo: por un lado, se ha priorizado la integración de SM en los hospitales generales (descentralización) que, entre otras ventajas, busca aproximar la atención al territorio donde las personas viven y favorecer un abordaje integral (OPS, 2011). Por otro lado, la inclusión de SM en espacios comunitarios ha generado la creación de servicios no hospitalarios, como por ejemplo los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) en Brasil (Serpa Junior et al., 2014).

La estrategia de integración de los servicios se implementa como forma privilegiada de organización y gestión, a fin de dar respuesta a distintas problemáticas y necesidades planteadas en materia de SM en un territorio. Implica la coordinación de recursos y tareas, que se apoya en los criterios de *continuidad* y *complementariedad* para mejorar la eficacia y calidad del sistema entendido como red de servicios (Rodríguez et al., 2007).

Algunos autores identificaron diversos efectos negativos observados cuando se produce el cierre de las instituciones psiquiátricas sin antes implementar una red de servicios comunitarios alternativos. Entre esos efectos negativos se encuentra el efecto de *puerta giratoria*, término con el que se refieren a la repetición de internaciones de una misma persona al poco tiempo de ser externada (Salvador-Carulla y otros, 1998). Se identifica como causa de esta problemática la falta de continuidad o articulación entre la asistencia durante la internación y la asistencia ambulatoria. De cara a esas problemáticas, la OPS (2011) indica que es imprescindible fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los servicios hospitalarios, los ambulatorios especializados y la red de APS en SM.

En Argentina, en consonancia con estos procesos de transformación del modelo y reorganización de los sistemas de atención del mundo occidental, desde mediados del siglo XX se han producido una serie de modificaciones desde las prácticas, las políticas y la legislación.

Como primera experiencia del proceso de reforma nacional, se identifica la creación, a fines de los años 50, del Servicio de Neurología y Psiquiatría del Policlínico *Dr. Araoz Alfaro* de Lanús, dirigido por el Dr. Mauricio Goldemberg. Fue el primer servicio de psiquiatría que tuvo sala de internación en una Institución polivalente en la Argentina. Luego, desde los años 80, el movimiento de reforma se hizo cada vez más evidente en nuestro país. El Plan Nacional de SM, elaborado con la vuelta a la democracia, propuso que ciertos padecimientos psiquiátricos graves recibieran atención de las crisis en hospitales generales, con creación de unidades de SM en hospitales generales para corta estancia (Wolfson, 2009).

Tras varias décadas de avances heterogéneos entre las provincias del territorio nacional, Argentina cuenta desde 2010 con una Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (LNSM). Recordemos que la legislación y la política en SM están estrechamente vinculadas, pues no poseen una relación unívoca sino de influencias recíprocas. Existe concordancia entre directrices y recomendaciones internacionales con la legislación nacional y provincial respecto a que la internación de personas por razones de SM no puede concebirse como primer o principal recurso terapéutico, sino como una instancia excepcional que, de ser imprescindible, debe producirse en hospitales generales.

En este sentido, las directrices nacionales plantean que cada servicio de SM en un HG debe abordar las problemáticas de SM a través de la atención ambulatoria, las urgencias y la internación, atención que se debe desarrollar *de manera articulada* (DNSM, 2019b). Incluso se afirma que el egreso de internación se realizará garantizando la continuidad de cuidados ambulatorios que se requieran por medio de un “plan terapéutico de egreso” (DNSM, 2018). De este modo, el egreso implicaría necesariamente la inclusión en la “Red Integrada de SM” desde la modalidad que corresponda (DNSM, 2019b). De modo similar, en el modelo de SM rionegrino se promueve la articulación de múltiples espacios y actores en el cuidado y promoción de la SM (Natella, 2007).

1.5.3. Desmanicomialización rionegrina.

Con el término *Desmanicomialización* se nombra tanto al proceso histórico de reforma en SM de la provincia de Río Negro como al movimiento político-ideológico que conlleva.

Hasta 1983, las internaciones por motivos de SM se realizaban casi exclusivamente en el servicio de psiquiatría del hospital de la localidad de Allen. Si bien se trataba de un hospital general, funcionaba de hecho como *institución total*, es decir, como manicomio (Goffman, 2009). Así, el hospital de Allen centralizaba las internaciones provinciales por salud mental, recibiendo a personas derivadas del resto de los hospitales. Ello implicaba la segregación de la persona internada de su comunidad, y casi siempre de su familia y allegados.

Como antecedente, se recuerda la existencia de una colonia psiquiátrica que realizó internaciones por SM desde mediados de los años 60 hasta 1973 en Ingeniero Jacobacci. Esta institución monovalente se instaló en un paraje aislado con el claro objetivo de aislar a los *locos*. Cerró por razones financieras sin recibir algún tipo de cuestionamiento a su legitimidad o efectividad, sino sólo a su eficiencia (Schiappa Pietra, 2003).

A principio de los años 80, además del hospital de Allen también el hospital general de Ingeniero Huergo realizaba internaciones por salud mental, recibiendo derivaciones del

primero del cual funcionaba como anexo ante la necesidad de camas. Ambas instituciones, junto a otro edificio en la misma localidad de Allen, conformaban el denominado *sistema Allen*, una red institucional que tenía una capacidad de internación de 100 a 120 personas. Según Schiappa Pietra “[...] ese agregado mostraba como la tendencia manicomializadora se había apoderado del sistema. Más adelante descubriríamos que no importa el número de camas que puedan habilitarse, siempre serán pocas” (2003, p. 156).

El resto de hospitales generales de la provincia no realizaban internaciones por SM, aunque algunos ofrecían atención ambulatoria.

El *proceso histórico* de la desmanicomialización suele describirse en relación a diversos hitos que dan cuenta de la transformación de un sistema, cuyo origen se identifica con el advenimiento de la democracia en el país en 1983. En el nivel provincial pudimos identificar la existencia de los tres elementos que Desviat (2006) señala como condicionantes del origen de los procesos de reforma en el mundo: un grupo de profesionales con formación técnica específica, una necesidad social por menor tolerancia cultural a los procesos de exclusión y violencia, y la decisión política de iniciar la transformación (Baffo, 2012).

En 1986, por un decreto ministerial se ordena abrir camas para internaciones por SM en todos los Hospitales Generales de la provincia. Esa medida implicó la necesidad de abrir nuevos servicios y armar equipos de SM, proceso que se fue desarrollando en los siguientes años de forma gradual e inacabada. Además, durante el período 1983-1988, se realizó progresivamente la externación de los pacientes de Allen, en su mayoría considerados crónicos, logrando el cierre del servicio psiquiátrico y la inauguración de la institución como hospital general en 1989.

En 1991 se logra la realización del primer curso para operadores, que culmina el 20 de diciembre de 1991. Esto permitió que varios *promotores* provenientes del Ministerio de Acción Social se incluyeran como personal dentro de los servicios de SM. Desde su surgimiento, la figura del operador fue controversial: algunos valoraban su incorporación como actor esencial para la transformación del modelo de atención por su aporte desde el saber popular no profesional. Otros, sin embargo, resistían su incorporación, restando valor a este tipo de saber y adjudicando su consideración a una mera estrategia de ajuste por parte de las autoridades sanitarias, es decir, como manera de llevar adelante la reforma en salud mental con mano de obra barata. Otro de los ejes del debate en torno a los operadores de SM ha sido la pertinencia (o no) de incorporarlos en el ámbito de la internación en hospital general (Cohen & Natella, 1995; Schiappa Pietra, 2003).

La sanción de la Ley 2440 en 1991 se considera otro de los hitos del proceso, con repercusión en distintos niveles. La legislación da respaldo a la realización de prácticas que

hasta el momento eran casi clandestinas, entre ellas la propia internación en el hospital general (Cohen & Natella, 1995; Schiappa Pietra, 2003). El hecho de que se sancionara precisamente a principio de los años noventa, cuando comenzaba el auge del neoliberalismo en el país, dio pie a que algunos teóricos consideren que la DM era utilizada como herramienta para la reducción del gasto público, correlativa a la reducción del Estado y su retiro como garante de la salud de la población (Sans, 2009). Otros, desde el lugar de trabajadores o gestores, plantearon que la Ley N° 2440 fue sancionada *a pesar* del momento histórico que comenzaba a vislumbrarse en el país (Schiappa Pietra, 2008).

Recordemos que Río Negro, Córdoba y Santa Fé fueron las primeras provincias argentinas en establecer una legislación en SM, todas en el año 1991. Luego, en el transcurso de los noventa, otras tres provincias logran establecer su legislación (Gerlero et al, 2010).

Desde la visión de trabajadores de SM, el cambio de modelo se fundamenta principalmente en razones de tipo éticas vinculadas al respeto y promoción de la dignidad de las personas con sufrimiento mental (Baffo, 2012). En este sentido, otros autores señalan que la desmanicomialización rionegrina, más allá de finalidad ideológico-política en defensa de las personas con sufrimiento mental, no pudo escapar a los efectos del desmantelamiento de las instituciones públicas de salud como producto de la política neoliberal que se vivencia durante los noventa (Kazi et al, 2007; Schiappa Pietra 2008).

Luego de contar con la legislación e incluso con acceso a cargos de conducción política del programa provincial, una de las dificultades enfrentadas fue cómo normatizar la cuestión de la internación en los hospitales generales ¿Cómo operaría en la desmanicomialización un recurso paradigmático de la reclusión del modelo anterior? Según Schiappa Pietra, la impericia no permitió responder adecuadamente y avanzar en “un sistema de salud mental que diera respuestas a las necesidades de internación. Eso puso en peligro la misma Ley 2440, pues complicó la atención de los casos más graves” (Schiappa Pietra, 2008, p. 74).

En los primeros años de la desmanicomialización, una de las estrategias fue incluso limitar el tiempo de internación en HG al máximo de 72 hs.

Actualmente la duración de la internación la fija el equipo según el cuadro doloroso y la estrategia terapéutica diseñada, pero en aquellos tiempos era tan acuciante el problema de las “reclusiones a perpetuidad” y tanta el ansia de “saltar” el problema y “deshacer” el sistema reclutorio, que se intentaron disposiciones compulsivas (Schiappa Pietra 2003, p.131).

Otra de las estrategias en este sentido fue la articulación entre dispositivos de internación con otros de *intervención en crisis* como respuesta alternativa a la demanda de centros de mayor complejidad (o de mayor especificidad) en SM. Este dispositivo de Intervención en crisis, que funcionó como equipo itinerante en una amplia zona territorial, fue el precursor para la existencia de *guardias pasivas o activas* en salud mental. En su origen, estos dispositivos buscaban tanto evitar nuevas internaciones, atendiendo la crisis en el ámbito comunitario, como acompañar a los equipos de salud que en hospitales generales sostenían las internaciones por razones de salud mental en las salas comunes.

Posteriormente y hasta la actualidad, el proceso provincial sufrió vaivenes, avances y retrocesos. La relación entre el proceso histórico de transformación en SM y la existencia de legislación al respecto no es unívoca en el nivel provincial. Por el contrario, existen influencias recíprocas entre ambos elementos, que se vislumbran al considerar la visión de trabajadores de SM con diversa antigüedad en el programa provincial. Así, para los Fundadores la desmanicomialización implicó un proceso de cambio que *precedió* e impulsó la sanción de la Ley N° 2440. Para trabajadores con mediana antigüedad y para los Nuevos Trabajadores, por el contrario, la ley sería necesaria para implementar el cambio y sería valorada como marco normativo que *antecede* al accionar desmanicomializador (Baffo & Onocko Campos, 2019).

Entre las cuestiones pendientes a resolver para el avance de la desmanicomialización, Schiappa Pietra señaló la necesidad de contar con “Recursos *para internar* que permitan mientras dura esa fase de contención, protección y custodia, promover la integración social” (Schiappa Pietra, 2012, p. 93). En este sentido, el autor cuestiona el uso exclusivo de la sala común de HG, con cuidado a cargo de enfermería y personal médico no especializado en salud mental durante la mayor parte del tiempo.

Plantea que el uso de la sala común para internaciones por SM se fundamenta en razones ideológicas y no técnicas, y que si bien en una primera etapa se justificó por la necesidad de hacer uso de los recursos disponibles, en la actualidad se vuelve imperioso contar con otro tipo de recursos para internación. Schiappa Pietra cuestiona, incluso, la eficacia de estas salas como lugar sanitario por sus impedimentos para dar curso a las necesidades de promoción de las personas con sufrimiento mental. Por lo mismo, afirma que es necesario contar con un espacio de internación propio que se adecúe al tipo de trato que requieren las personas con sufrimiento mental (Schiappa Pietra, 2012).

1.5.4. MMH y Modelo Curativo Promocional.

Los modelos son construcciones que permiten el estudio de procesos específicos, es decir, que no equivalen a la realidad, sino que se crean *basados* en esa realidad que se quiere explicar y describir. Percibir esa distinción es fundamental para evitar lecturas reduccionistas o esquemáticas de la realidad. Por el contrario, la aplicación de *un modelo* en ciencias sociales supone un juego permanente entre lo teórico y lo empírico, pues debe ponerse en relación con los procesos y problemas locales. Es en esa dialéctica entre *modelo* e *historicidad* que podemos vislumbrar la complejidad de los fenómenos sociales e históricos (Menéndez, 2009).

Al estudiar el proceso de salud-enfermedad-atención, Eduardo Menéndez elaboró el concepto de modelo médico hegemónico (MMH) para explicar el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por la medicina científica. El autor observó que, aunque esas prácticas y teorías no fueran las únicas existentes, desde fines del siglo XVIII lograron imponerse como la única forma legítima de atender la enfermedad, y por lo mismo lograron dejar como subalternas a otras prácticas, saberes e ideologías. Así, el carácter hegemónico no conlleva la anulación o exclusión de otras formas de atención a la enfermedad con las que en realidad coexiste, sino que el carácter hegemónico refiere a la primacía por la legitimidad lograda desde la ciencia y el estado, lo que implica el carácter subordinado y/o alternativo de las demás (Menéndez 1990, 2004).

El autor utiliza un enfoque relacional para identificar los procesos de hegemonía/subalternidad entre los modelos y denomina *transacciones* al conjunto de relaciones que operan potencialmente entre ellos. Desde esta perspectiva, plantea que el MMH tiene una tendencia expansionista, es decir, que intenta la exclusión ideológica y jurídica de otras formas de atención, pero no lo hace necesariamente desde la oposición directa sino que mayormente se expande mediante procesos de *apropiación* y *transformación* de otros saberes y prácticas. Menéndez afirma, además, que la mayoría de los conflictos supone soluciones de *complementariedad*.

Para cada modelo, el autor describe una serie de rasgos característicos, aclarando que en cada proceso situacional algunos de estos rasgos pueden destacarse más que otros, siendo importante la potenciación entre ellos o efecto de estructura.

Respecto de las características del MMH menciona, entre otros: la ahistoricidad, el biologismo, la concepción teórica evolucionista/positivista, el individualismo y la orientación curativa. En cuanto a la relación médico-paciente, destaca como otros rasgos característicos la asimetría y la necesaria subordinación social y técnica del paciente, que se concibe como ignorante y responsable de enfermar.

Menéndez (1990, 2004) sistematiza otros dos modelos: de Autoatención y el modelo Alternativo Subordinado. De este último, destaca que su existencia no debe adjudicarse a resistencias contraculturales respecto de la hegemonía del MMH, sino que encuentra razones en su relativa eficiencia e incluso en argumentos de tipo económico, pues en ocasiones resultan prácticas más baratas que las médico hegemónicas. Entre sus rasgos básicos menciona: concepción globalizadora de los problemas, tendencia al pragmatismo, asimetría curador-paciente, ahistoricidad, entre otros. Según el autor, encuentra mayormente relaciones de complementación y subordinación respecto del MMH.

Finalmente, identifica el modelo de Autoatención en relación con los saberes y prácticas llevadas a cabo por la propia persona y/o allegados o familia y/o grupos comunitarios, sin que intervenga directamente un curador profesional. Este modelo se fundamenta en sus funciones curativas-preventivas y, sobre todo, socioeconómicas (Menéndez, 1990, p. 89).

1.5.4.1. Modelo curativo Promocional vs. Modelo curativo asistencial.

El modelo de atención que se corresponde con el proceso de desmanicomialización en el nivel provincial ha sido denominado por Schiappa Pietra como *Modelo de SM rionegrino* o *Modelo Curativo Promocional* (Schiappa Pietra, 2003). El mismo autor describe una serie de características del modelo, como trato persona-persona, atención en la vida cotidiana, método de reflexión-acción, entre otras. Para explicar cada uno de esos rasgos característicos, Schiappa Pietra realiza una comparación y *contrapunto* con las formas tradicionales de atención en SM que denomina modelo curativo asistencial.

A los fines de este trabajo, nos resulta de utilidad agrupar esos rasgos característicos del modelo en función de cuatro características centrales que sintetizamos como: mantenimiento de los vínculos del sufriente mental con su medio, trato persona-persona, trabajo interdisciplinario e inclusión social como finalidad. Estos rasgos centrales guardan concordancia con los contenidos de la desmanicomialización destacados por otros autores (Cohen & Natella, 2013) y se vinculan a las dimensiones de los procesos de reforma identificados por Amarante (2006). Sin embargo, nos centraremos en los aportes de Schiappa Pietra que, a lo largo de los últimos años, ha desarrollado los rasgos característicos del modelo en articulación con la sistematización de prácticas.

A continuación, realizamos una síntesis de sus principales características:

a) Mantenimiento de los vínculos con el medio social.

Se concibe el sufrimiento y la enfermedad mental como consecuencia de un conjunto de condiciones de existencia materiales, subjetivas y sociales. Se reconoce que la persona con un sufrimiento o enfermedad mental es, en primer lugar, una persona que ha sido marginada, es decir, que es la marginación (en tanto proceso de exclusión) la causante principal del dolor subjetivo.

Deriva de ello que el primer acto terapéutico es volver a considerar a ese sufriente como una persona en el mundo, o sea, como sujeto en un entramado vincular, familiar, grupal, institucional y comunitario. Se afirma que sin ese reconocimiento lo terapéutico es imposible.

La necesidad de mantener los vínculos con el entorno implica, entonces, el rechazo por el aislamiento, exclusión y violencia de los tratamientos manicomiales. Según el autor, el manicomio es un intento por controlar la impredecibilidad del ser humano en el mundo social, utilizando para ello la segregación del entorno, que lo “fija” a las condiciones de una (única) institución (Schiappa Pietra, 2003; Goffman, 2009). Así, se asume como supuesto que toda persona es un sujeto en comunidad, que no debe ser considerado propiedad de ninguna institución, o en otros términos, que la salud implica cierto tránsito por diversas instituciones que hacen a la vida en comunidad.

b) Trato persona-persona.

El reconocimiento de las personas como seres sociales y políticos conlleva considerar al ámbito comunitario como un espacio donde se producen intercambios de saberes e influencias recíprocas de significados y sentidos. Para Schiappa Pietra, todo vínculo terapéutico debe plantear la posibilidad de poner en juego intercambios mutuos de influencias entre el curador y el paciente (entre el profesional y el usuario); por lo mismo, critica la asimetría de las terapias convencionales, donde el único saber reconocido es el del curador o experto. Según el autor, el intercambio de saberes habilita un ejercicio donde se dirime el poder, aspecto que resulta esencial para el proceso terapéutico en la modalidad rionegrina. “[...] un enfoque comunitario es aquella perspectiva intelectual que atiende con preferencia a los fenómenos que se producen por dirimir y ejercer el poder” (Schiappa Pietra, 2003, p123).

La consecuencia de estas concepciones es lo que el autor llama trato persona-persona como base de la relación terapéutica. Esa relación no implica necesariamente igualdad, pero sí implica reciprocidad. Supone el reconocimiento de que todas las personas poseen recursos de salud, poder y saberes que usan como recursos.

c) Interdisciplina.

Este carácter se define en relación a la acción, pues es en el saber-hacer que podemos plantear la interdisciplina y no desde lo meramente teórico. La interdisciplina se torna indispensable por la forma de concebir el sufrimiento mental en su carácter a la vez complejo y singular. Ello obliga a construir estrategias terapéuticas singulares que no se definen en función del diagnóstico, sino en función de una evaluación situacional de la persona en su entorno, a partir del reconocimiento de necesidades y de recursos.

Del carácter interdisciplinario se deriva metodológicamente el *método Reflexión-Acción*, que implica una serie de pasos que organizan el proceso de trabajo: (1) se parte del reconocimiento del no saber disciplinar como momento inicial; (2) un momento de reflexión conlleva la interacción e integración del saber del usuario con los saberes disciplinarios de los integrantes del equipo para el diseño de la estrategia terapéutica singular; (3) en el momento de la acción se ponen en práctica las distintas tareas diseñadas cuya ejecución se considera inespecífica, es decir, no disciplinar; (4) la reflexión o evaluación de la tarea es condición para la ratificación o rectificación del curso de acción, en función de los fines parciales (técnicos) y de la finalidad (técnico-política). Como correlato, es el equipo en su carácter colectivo el actor interviniente y responsable de la tarea (Schiappa Pietra, 2003, 2009, 2012; Gutiérrez, 2016).

d) Inclusión Social como finalidad.

Aunque en sus primeros escritos Schiappa Pietra (2003) utilizó el término *reinserción social* para nombrar la finalidad al trabajar con personas que habían estado internadas por largos períodos de tiempo, el desarrollo posterior del modelo de SM Comunitaria rionegrino lo llevó a conceptualizar a la finalidad como Inclusión Social (Schiappa Pietra, 2012).

La *Inclusión Social* como objetivo y fin último de toda práctica asistencial es entendida como la recuperación de la posibilidad de vivir en un territorio con cierta autonomía y calidad de vida. Esta finalidad no depende del diagnóstico, sino que responde al respeto por la dignidad de toda persona. Comprendemos este eje, además, en relación a la perspectiva de derechos, es decir, a la necesidad de que toda persona sea tratada con respeto y reconocida en su condición ciudadana.

En función de esta finalidad, se resignifica la labor de los trabajadores de la SM, amplía las prácticas profesionales y resulta mandataria respecto al trabajo intersectorial como una de las estrategias privilegiadas.

1.5.4.2. Consideraciones sobre la atención en internación en salud mental.

Desde el Modelo Curativo Promocional rionegrino se considera que las prácticas de atención durante las internaciones por salud mental en el hospital general deben procurar, al mismo tiempo, *contener dentro y promover fuera* (Schiappa Pietra, 2003, 2008). Es decir, que la contención y la asistencia al interior de la institución debe realizarse de manera articulada y simultánea con la finalidad de inclusión social. Durante la internación, no se plantea como fin la cura, ni la vuelta a la normalidad, ni la adaptación a un determinado tipo de conducta (Galende, 2015). Se rechaza la concepción clásica adjudicada al Modelo Curativo Asistencial, según la cual los profesionales en salud mental deben procurar “curar” primero (aliviar los síntomas y/o normalizar la conducta), porque luego la inclusión social vendría “por añadidura” (de forma espontánea tras la abolición de los síntomas psicopatológicos).

Por el contrario, desde el Modelo Curativo Promocional rionegrino, se invierte la relación causal: se propone trabajar en primera línea la inserción social, atendiendo las necesidades materiales, simbólicas y sociales de la persona con sufrimiento mental, porque luego “la cura” se produciría “por añadidura” (a consecuencia de revertir la situación de marginalidad).

Por lo mismo, desde el Modelo Curativo Promocional se estipula que las prácticas de atención durante las internaciones en hospitales generales mantengan los mismos rasgos que caracterizan el modelo, es decir, un vínculo terapéutico desde el trato persona-persona, evitando el aislamiento del entorno familiar y social, con un enfoque interdisciplinario que construya la estrategia terapéutica singular desde el método de reflexión-acción, trabajando desde el primer contacto con la finalidad de lograr la inclusión social.

A partir de lo desarrollado, notamos similitudes entre las características del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1987) y lo que Schiappa Pietra llama *Modelo Curativo Asistencial*. Para identificar esas similitudes, a continuación incluimos el Cuadro 2, con una síntesis comparativa de algunos de sus rasgos característicos.

Cuadro 2. Comparación entre características del Modelo Médico Hegemónico, Modelo Curativo Asistencia y Modelo Curativo promocional.

Modelo médico hegemónico.	Modelo Curativo Asistencia.	Modelo Curativo Promocional.
Rasgo característico.	Rasgo característico.	Rasgo característico.
Individualismo	Individualismo o grupalidad.	Persona en Comunidad.
Biologismo. A-historia. Asocialidad.	Cuerpo Biológico o psicológico.	Trama y vínculos sociales. Influencias significativas y de sentido (poder).
Orientación curativa.	Orientación curativa Reparación del daño.	Orientación promocional. Derechos - Inclusión social.
Tendencia a la escisión entre práctica y Producción teórica.	Tendencia a la escisión entre práctica y legitimación teórica.	Articulación teórico-práctica. Método reflexión acción.
Asimetría médico - paciente.	Asimetría médico - paciente. Lugar de experto.	Trato persona-persona. Dirimir asimetrías.
Subordinación del paciente a la terapia.	Primer paso rotular al demandante de enfermo.	Des rotulación de etiquetas diagnósticas. Demandante como sujeto de derechos.
Paciente como ignorante.	Paciente como ignorante. El operador de la terapia es el experto y no se incluye al paciente.	Inclusión del saber del usuario en el diseño de la Estrategia Terapéutica.
Deslegitimación de otras prácticas.	Recursos terapéuticos limitados a lo científicamente probado.	Todos pueden producir salud. Variedad de recursos terapéuticos en la vida cotidiana.

Fuente: elaboración propia con base en Menéndez (1990, 2004) y Schiappa Pietra (2003, 2012).

Finalmente, notamos puntos de similitud entre el Modelo Curativo Promocional y las características del Modelo de Rehabilitación Psicosocial en Brasil (Serpa Junior et al., 2014), que suponen, entre otros puntos, ampliar la visión terapéutica superando la restricción que impone el diagnóstico psicopatológico y considerar otras variables como la satisfacción de necesidades y el interés por diversas esferas de la vida cotidiana - trabajo, vivienda, educación - como así también una preocupación por el significado de ese sufrimiento mental en la vida de las personas que pasan a ser considerados parte del objeto de abordaje.

Aunque la reorganización del sistema de atención en SM ha logrado implementarse en varios países de Latinoamérica, en el nivel de las prácticas todavía se encuentran

obstáculos para reemplazar los cuidados tradicionales. En la actualidad, según Onocko Campos (2001), uno de los desafíos para avanzar en los procesos de reforma sería precisamente ese: enfatizar la centralidad del usuario en el diseño de las acciones de cuidado en SM.

1.5.5. Evaluación en salud y en Salud Mental en contextos de reforma.

Para Minayo, la noción de evaluación, en un sentido bien amplio, significa “juzgar, estimar, medir, clasificar, analizar críticamente a alguien o algo” (2005, p.21). En líneas generales, se considera un proceso que involucra no solamente medir y comparar un determinado fenómeno, sino también emitir un juicio de valor para la toma de decisiones (Tanaka & Melo, 2007).

Desde el interés creciente en los procesos de evaluación en salud, se han generado múltiples conceptualizaciones y desarrollos, algunos de los cuales nos resultan útiles para pensar la producción de conocimiento en relación a nuestro objeto de estudio.

Las formas de evaluación crecieron rápidamente durante el siglo pasado. Cohen & Franco (1988) clasifican diversos tipos de evaluación según variados criterios, como por ejemplo según el tiempo de su realización y los objetivos o según quienes la realizan (interna, externa, mixta o participativa). Otros autores las ordenan según las *generaciones* que identifican en su proceso histórico-evolutivo (Guba & Lincoln, 1989).

Las tres primeras generaciones tienen en común la referencia a una verdad o realidad objetiva que se puede medir; a su vez existen énfasis o rasgos distintivos que permiten identificar cada una de esas *generaciones*.

La primera generación se vincula con las primeras experiencias de evaluación en el ámbito escolar (primeras décadas del siglo XX), cuando el interés se centraba en medir resultados mediante el uso de instrumentos, sin dar relevancia a los procesos de producción de esos resultados. Por lo mismo, en esta primera generación se equipara evaluación con medición.

En la segunda generación, el interés se amplía de la mera medición de resultados hacia la descripción de los procesos.

Es recién en la tercera generación (a partir de mediados del siglo XX) que se acentúa la función del evaluador, pues se concibe que este no sólo describe sino que organiza e interpreta los datos durante el proceso de evaluación para luego emitir un juicio de valor. Así, se enfatiza el acto de juzgar como componente central de la evaluación (Guba & Lincoln, 1989; 2000; Furtado, 2001).

Tras analizar críticamente las tres primeras generaciones de evaluación, los autores proponen una forma alternativa que conceptualizan como “cuarta generación”. Las críticas

apuntaron principalmente al excesivo énfasis de esas evaluaciones en el punto de vista gerencial y la consecuente dificultad para considerar el punto de vista de otros actores, la creencia en una verdad única, absoluta, sin consideraciones sobre el contexto y el énfasis en la objetividad de la ciencia que deja por fuera los valores y no considera la responsabilidad moral y ética de los evaluadores (Guba & Lincoln, 1989). Los autores realizan la propuesta de evaluaciones de cuarta generación en un intento por superar cada una de esas limitaciones observadas críticamente en las evaluaciones precedentes, y por ello, su propuesta requiere de un marco ontológico, epistemológico y metodológico divergente respecto del paradigma positivista en el cual se apoyan las tres primeras (Onocko Campos & Pereira Furtado, 2006).

Así, las evaluaciones de cuarta generación se apoyan en el paradigma constructivista. Dicho paradigma conlleva una ontología relativista, es decir, que asume la existencia de múltiples realidades de carácter social (no natural). Su epistemología es subjetivista, porque considera la interacción y la co-construcción entre el objeto, el investigador y la realidad. Incluyen en la evaluación las diferentes perspectivas de actores interesados (Onocko Campos & Pereira Furtado, 2006). Por ello, se considera que el proceso de evaluación debe ser inclusivo y participativo, y en consecuencia, en su metodología se incluye a esas perspectivas como parte intrínseca del proceso de evaluar (por ejemplo, en la definición de parámetros e indicadores) y no solo de manera contextual (Furtado, 2001; Tanaka & Melo, 2007).

Desde el paradigma positivista que sustenta las primeras generaciones de evaluación, la importancia del rigor metodológico se traduce en la exigencia de medición desde un abordaje cuantitativo. En este sentido, se deduce que las evaluaciones deben ser realizadas sólo por expertos; y se busca tener la información más completa posible. Por el contrario, desde el paradigma constructivista el conocimiento se considera relativo a su contexto, situado, por lo que se renuncia a la idea de generalización y de neutralidad. Los significados subjetivos, que desde el paradigma positivistas son considerados como un riesgo o una desviación respecto de la pretendida objetividad científica, en este paradigma son valorados como un elemento central. En relación a esa forma divergente de concebir el conocimiento, se entiende el proceso de evaluación como una tarea necesariamente participativa, donde el aporte de los *involucrados* resulta fundamental. En esta generación de evaluaciones se han priorizado los abordajes cualitativos, y se afirma que diversos actores pueden ser sujetos de la evaluación, restando exclusividad a la figura del experto (Guba & Lincoln, 2000).

Respecto de la metodología constructivista, Guba y Lincoln llaman 'negociación dialéctica hermenéutica' a la dinámica por medio de la cual los problemas y preocupaciones de cada parte interesada son expresados y cuestionados por las otras partes. Según los

autores, el carácter hermenéutico se debe a la naturaleza interpretativa, mientras que el carácter dialéctico viene dado por la comparación y contraste entre puntos de vista. Como parte de esa dinámica, los grupos de intereses discuten, negocian y deben buscar consenso. Así, el resultado sería una síntesis, en un nivel superior a las partes interesadas (Guba & Lincoln, 1989). La propuesta metodológica clásica de estos autores es el círculo dialéctico hermenéutico, que incluye doce pasos.

La evaluación participativa es entendida, entonces, como un proceso que implica establecer vínculos entre evaluadores y las distintas personas involucradas (o grupos de interés) de un determinado programa o servicio. Estos actores no serían evaluadores en sentido estricto, pero su visión del asunto se incorpora como componente central del proceso de evaluación, en tanto evaluadores no-especialistas (Onocko et al., 2017). Por lo mismo, este enfoque teórico permite visibilizar el aporte de actores que tradicionalmente se ubican al margen de la producción científica (Pereira Furtado & Onocko Campos, 2008).

La evaluación de cuarta generación y su énfasis en la participación de diversos actores involucrados abre un camino para intentar superar algunos de los obstáculos habituales al momento de iniciar la evaluación de proyectos sociales, así como de programas y servicios de salud.

Sabemos que la idea de evaluar continúa generando una serie de temores y rechazo entre profesionales y trabajadores de la salud e incluso entre conductores y gestores de programas de salud. Según Tanaka y Melo, “la evaluación parece ser una actividad asustadora y hasta amenazadora, ya que con frecuencia está relacionada exclusivamente al control y a un especialista” (2007, p.99). Dicha función controladora no es mero prejuicio. Se vincula a la influencia de un tipo de evaluación requerida por parte de instituciones financiadoras, como el Banco Mundial, hacia programas de salud, con el objetivo de medir su capacidad de producción. Esta manera de concebir la evaluación es uno de los obstáculos para que pueda asumirse como una herramienta de planificación y gestión en salud.

En consonancia con esas ideas, Guba & Lincoln (1989) afirman que las evaluaciones convencionales pueden ser usadas por aquellos que tienen poder a fin de mantener el *status quo*; por lo tanto, podrían implementarse como mecanismo para privar de derechos a los actores interesados menos poderosos en un determinado asunto. Por el contrario, según los autores, en las evaluaciones de cuarta generación se deben considerar las preocupaciones, los problemas y las demandas de todos los implicados. Ello permite el *empoderamiento* de los interesados más despojados de poder que podrían así beneficiarse de este tipo de evaluación, dado que el enfoque se abre a la participación heterogénea. Es decir, que se contempla el punto de vista de actores más y menos favorecidos, más y menos marginados

o incluso de interesados políticamente oprimidos, entre quienes se van a propiciar formas de diálogo y consenso.

De manera similar, Souza Minayo, Gonçalves de Assis, & Ramos de Souza (2005) han valorado la evaluación de programas y proyectos sociales Latinoamericanos como aportes para superar las limitaciones de la tradicional cultura autoritaria de muchas instituciones. Plantean que la evaluación es ideológica y que debe valorarse como un proceso que contribuye para que los grupos sociales puedan desarrollar sus iniciativas.

Respecto de la utilidad de la evaluación en proyectos sociales, existen dos alternativas contrapuestas: desde una mirada escéptica se le niega a cualquier valor, mientras que desde el extremo del optimismo se la valora como panacea desde la cual afrontar cualquier problema. Frente a la falsedad de ambas posiciones antagónicas, Cohen & Franco (1988) enfatizan la necesidad de reconocer la utilidad de la evaluación para aumentar la racionalidad técnica en la toma de decisiones. En este sentido, algunos autores han destacado que el carácter participativo de las investigaciones de cuarta generación facilitan la apropiación, por parte de los interesados, del proceso mismo de evaluación. Por ello, el enfoque contribuye para legitimar los procesos de evaluación y a superar, así, algunas de las barreras tradicionales para evaluar en salud (Pereira Furtado & Onocko Campos, 2008).

1.5.5.1. Evaluación dentro de los procesos de reforma en SM.

Todo proceso de evaluación en salud se enfrenta con una serie de dificultades, algunas de las cuales hemos podido describir. En particular, al considerar la evaluación de servicios de SM en contextos de reforma psiquiátrica, se suman otros obstáculos específicos. Por un lado, se reconoce que los indicadores de SM tienen menos desarrollo en comparación con otras áreas de salud (Onocko et al., 2017). La OMS destaca que el campo de la SM aborda la subjetividad y las relaciones intersubjetivas como parte de su objeto, lo que implica que evaluar sus programas y servicios sea más complejo. En ese sentido, recomienda el desarrollo de indicadores específicos para este área (OMS, 2001). Por otro lado, el carácter ético y político de la reforma psiquiátrica conlleva la dificultad de establecer un consenso sobre sus parámetros e indicadores válidos entre los actores sociales de las diferentes posiciones (Pereira Furtado et al., 2013).

Salvador-Carulla et al. (1998) reflexionan acerca de los obstáculos que han dificultado un análisis riguroso y sereno sobre los aspectos positivos y negativos de los procesos de reforma psiquiátrica en el mundo occidental. Identifican que la *carga doctrinal* que ha acompañado el inicio y el devenir de las reformas ha provocado que se implementen

transformaciones en diferentes países, sin una adecuada evaluación de los errores frecuentes de otras experiencias a fin de prevenirlos.

En América Latina, tanto la implementación como la evaluación de las políticas de reforma en SM han enfrentado grandes dificultades, dado que se requiere de decisiones políticas, gestión de recursos y negociación con los sectores involucrados en la asistencia y monitoreo de las reformas implementadas. Particularmente, la evaluación de las reformas es un aspecto que frecuentemente permanece en el nivel normativo del *deber ser*, sin concretarse en prácticas efectivas que permitan evaluar rigurosamente la asistencia que efectivamente brindan los servicios de SM (Caldas de Almeida, 2007).

Saraceno (2011) asegura que la complejidad del proceso de reforma en SM no debe ser utilizada como excusa para no evaluar los resultados de las intervenciones en procesos de desinstitucionalización. El autor plantea la necesidad de documentar con formas más rigurosas y menos anecdóticas las prácticas que se dan en el marco de esos procesos, y afirma que no debe despreciarse el uso de métodos cuantitativos y de evaluación estandarizados para conocer dichos procesos, aún reconociendo que pueden resultar insuficientes para captar la complejidad de los fenómenos.

Por el contrario, la mayoría de los autores acuerdan que para evaluar políticas, programas, servicios y prácticas de SM en procesos de reforma, se requiere adoptar un enfoque que supere las limitaciones de las evaluaciones tradicionales. Para ello se propone adoptar el enfoque teórico-metodológico de las evaluaciones de cuarta generación, que implica realizar estudios predominantemente cualitativos y participativos.

Para Ardila & Stolkiner (2009; 2010), la evaluación en servicios de SM de tipo comunitario es posible sólo cuando los implicados en su implementación y desarrollo la consideran necesaria. A diferencia de las evaluaciones con características tecnocráticas, externas o impulsadas desde niveles centrales, este tipo de evaluaciones deben ser necesariamente participativas.

Además, cada reforma tiene rasgos particulares, singularidad que debe ser respetada. Las prestaciones de un servicio comunitario de SM pueden ser totalmente diferentes a las de otro (Furtado, 2001). Por lo mismo, el enfoque constructivista en la producción de conocimiento, que renuncia a la pretensión de generalidades y valoriza la producción de conocimiento situado, resulta el más adecuado para respetar estas necesidades. En consonancia, la implementación de investigaciones evaluativas de tipo cualitativas y participativas, que incluyen a grupos de interés en el proceso, resultan la forma más adecuada para estudiar el objeto sin reducir esa complejidad (Onocko Campos & Pereira Furtado, 2006).

1.5.6. Usuarios y familiares.

Tanto en Argentina como en otros países, se reconoce la intervención de diversos actores sociales que tuvieron una progresiva capacidad para influir en la transformación de los sistemas de atención. Al respecto, se destacan los movimientos de usuarios, familiares y amigos de SM que han enriquecido y diversificado las estrategias de la reforma en el mundo occidental.

El protagonismo de dichos actores sociales se ha ido modificando en el tiempo, alterando su posibilidad de influenciar de manera decisiva en el campo. Recordemos que la SM Comunitaria es comprendida como un *campo social* particular (Bourdieu, 1994) en el cual se dan relaciones y conflictos entre los actores participantes. Los actores son poseedores de diversos capitales, desde los que se define su posición en el campo y, en consecuencia, se estructuran jerarquías y relaciones de poder y dominación. Según Rodríguez, “el campo de la Salud Mental se ha visto profundamente transformado por el movimiento de la desinstitucionalización. Este movimiento ha sido influenciado por factores y actores diversos, e incluso, contradictorios [...]” (1999, p.128).

Desviat (2011), al analizar la situación de la desinstitucionalización después de medio siglo, identifica el papel de diversos actores: los estados, los profesionales y la comunidad. Respecto a esta última, plantea que presenta una doble cara: por un lado la ciudadanía fragmentada que demanda por el beneficio de los suyos en el marco de un imaginario social cargado de prejuicios. Por otro lado, los movimientos ciudadanos y de pacientes que exigen “su total involucración en la gestión de la salud mental o de su padecer en concreto” (p. 4618). En este último sentido, destaca el protagonismo actual y a futuro de esos movimientos.

La pretensión de que los usuarios, familiares y trabajadores tengan un lugar central en la evaluación de servicios y políticas de SM se ha enfrentado con las exigencias administrativas y organizativas que tienden a imponer criterios de evaluación estadísticos y estandarizados (Rodríguez, 1999). A pesar de ello, si asumimos que la participación popular es un elemento constitutivo de las políticas públicas, entonces la inclusión de los grupos de interés de la comunidad en la producción de conocimiento sobre dichas políticas públicas sería indispensable (Pereira Furtado & Onocko Campos, 2008).

Evaluar implica siempre emitir un juicio de valor, por lo que es esencial una ampliación y diversificación de los criterios que se utilizan para tal fin. Para ello, resulta necesaria la inclusión de los diversos grupos de intereses o implicados, definidos como organizaciones, grupos o sujetos que están de algún modo involucrados o son potencialmente afectados por el proceso evaluado (Furtado, 2001; Guba y Lincoln, 1989). Así, se ponen de relieve problemáticas que no siempre se condicen con lo esperado según

la visión de expertos de organismos internacionales o gestores y conductores de los programas.

1.5.6.1. Aportes desde el concepto de recovery.

El término *recovery* refleja un nuevo paradigma que enfatiza el punto de vista de los usuarios en la valoración de las condiciones psíquicas, físicas y sociales de su recuperación luego de recibir un diagnóstico de enfermedad mental (Baccari, Onocko Campos & Stefanello, 2015). Este concepto pone en cuestión la idea de remisión de síntomas como objetivo del tratamiento. Se diferencia de otros términos habituales como reinserción social, inclusión y rehabilitación psicosocial, precisamente por la preponderancia del usuario en su definición.

Piat & Sabetti (2009) identifican diversas influencias en el nacimiento de la perspectiva del *recovery* en SM. Por un lado, estudios longitudinales demostraron que la enfermedad mental no es una condición que implique un deterioro inevitable, dado que personas con diagnósticos graves mostraron mejoría clínica en el tiempo, tanto de forma espontánea como mediante tratamiento o intervenciones psicosociales específicas. Por otro lado, destacan que los tratamientos psicofarmacológicos brindaron posibilidades de estabilidad y autocontrol de los síntomas. Sin embargo, fue el activismo de los sobrevivientes de internaciones psiquiátricas la principal vía para el desarrollo del paradigma de *recovery*.

Al avanzar la desinstitucionalización, los ex pacientes de hospitales psiquiátricos conformaron organizaciones y movimientos inicialmente en los Estados Unidos y luego en diversas partes del mundo (Piat & Sabetti, 2009). Identificaron una serie de problemas que afectan su salud y desempeño social, incluida la desesperanza, la dependencia, la falta de control sobre su recuperación y la pérdida del sentido del yo (Frost et al., 2017).

En consonancia, surge un nuevo enfoque en sistemas, servicios y prácticas de SM que suponen que las personas con una enfermedad mental grave tienen capacidad para seguir una vida no definida por su enfermedad. Los servicios orientados al *recovery* buscan facilitar en sus usuarios tal finalidad (Baccari, Onocko Campos & Stefanello, 2015).

En 2013, la OMS sistematizó cinco recomendaciones para los servicios orientados al *recovery* (Saxena, Funk, & Chisholm, 2013). Primeramente, el personal debe expresar la esperanza en la recuperación de la persona diagnosticada con enfermedad mental. También debe respetar la singularidad de la experiencia de los usuarios y debe compartir con ellos la responsabilidad por el tratamiento hacia su recuperación. Finalmente, las últimas dos recomendaciones se refieren a que los servicios deben ofrecer opciones de tratamiento y articular comunitariamente para garantizar la inclusión social.

1.6. OBJETIVOS.

1.6.1. *Objetivo general.*

Comprender el modelo de atención en internaciones por SM en sala común de HG y sus implicancias en los procesos de inclusión/exclusión de personas con sufrimiento mental desde la valoración de personas usuarias y profesionales.

1.6.2. *Objetivos específicos.*

Objetivo 1: Analizar las prácticas de atención en internación por SM en sala común de hospitales generales en el marco de la desmanicomialización rionegrina.

- 1.1. Describir los condicionantes de las prácticas de atención.
 - 1.1.1. Determinar sus normativas, lineamientos legales y políticos.
 - 1.1.2. Identificar saberes técnicos y teóricos en juego.
 - 1.1.3. Establecer la articulación del dispositivo de internación con otros dispositivos de atención en SM.
 - 1.1.4. Identificar las relaciones con el modelo de atención médico hegemónico del hospital general.
- 1.2. Caracterizar las internaciones por SM en hospitales públicos rionegrinos en 2019, según datos poblacionales, institucionales y sociodemográficos.
- 1.3. Analizar las prácticas de atención en internación, en relación con los lineamientos centrales del modelo Curativo Promocional rionegrino.
 - 1.3.1. Explorar prácticas promocionales del vínculo entre la persona internada y el medio comunitario.
 - 1.3.2. Describir la interacción entre profesionales y usuario.
 - 1.3.3. Describir la metodología del proceso de trabajo en internación.
 - 1.3.4. Explorar prácticas promocionales de inclusión social durante la internación.
 - 1.3.5. Describir el proceso de externación del dispositivo.

Objetivo 2: Comprender el valor de las internaciones por SM en hospitales generales desde la visión de diversos actores.

2.1. Comprender el valor de este tipo de atención para los usuarios.

2.1.1. Describir la trayectoria del paciente desde la visión del usuario.

2.1.2. Describir actores y las prácticas de atención en internación, desde la visión del usuario.

2.1.3. Comprender el proceso de toma de decisiones desde la visión del usuario.

2.1.4. Comprender la experiencia del usuario durante la internación.

2.2. Comprender el valor de este tipo de atención desde la visión profesional.

2.2.1. Valorar la influencia de los condicionantes a la atención (leyes, normativas, tradiciones) desde la visión profesional.

2.2.2. Valorar las prácticas de atención desde la visión profesional.

2.2.3. Comprender el proceso de toma de decisiones desde la visión profesional.

2.2.4. Comprender la experiencia de trabajo en internación de los profesionales.

2.3. Identificar formas de exclusión/violencia hacia las personas con sufrimiento mental en las prácticas de atención en internaciones por SM en HG desde la valoración de usuarios y profesionales.

2. METODOLOGÍA

2.1. ESTUDIO MIXTO SECUENCIAL: CUAN - CUAL.

Para el presente estudio se utilizó un método mixto que nos permitió incorporar aspectos cuantitativos y cualitativos de manera combinada.

Las investigaciones con metodología mixta son relativamente novedosas en el campo de las ciencias sociales y de la salud. Como ventaja, se destaca que dicha metodología permite una mejor comprensión de la complejidad de los problemas de investigación que realizando un abordaje cualitativo o cuantitativo de forma aislada (Souza Minayo, 2009; Creswell, 2010).

Partimos de considerar que la combinación de métodos era conveniente y viable (Creswell, 2010). Resultaba conveniente, pues, investigar las internaciones por SM en hospitales generales en el marco de una reforma del modelo de atención, lo cual podría lograrse sólo parcialmente desde un abordaje cuantitativo o cualitativo, mientras que utilizar una combinación de ambos permitiría una riqueza mayor en los resultados. Es decir, el método mixto se adecuaba mejor a la complejidad de nuestro objeto de estudio. También resultó un método viable a pesar de los desafíos que implica, dado que contamos con un equipo interdisciplinario de investigadores y colaboradores². Además, la tesista contaba con experiencia previa en investigaciones con ambas metodologías.

La integración entre métodos cualitativos y cuantitativos en el campo de las ciencias sociales aplicadas a la salud implica enfrentar una serie de problemas. Algunos se resuelven desde la posición asumida por los investigadores en relación a su objeto y el objetivo de su estudio, mientras que otros persisten como tensión epistemológica (Castro, 2016).

Durante la etapa de planificación del proyecto, siguiendo a Creswell (2010), se reflexionó sobre la manera de combinar los datos. Así, primeramente se definió la atribución del peso, es decir, la importancia asignada al tipo de abordaje. En este estudio predomina el aspecto cualitativo, teniendo en cuenta la pregunta de investigación, el tipo de datos con un tratamiento más extenso y el uso de la lógica inductiva.

En segundo lugar, decidimos que la combinación de métodos tuviera una temporalidad secuencial, donde los datos cuantitativos pertenecen a una primera fase y los cualitativos a la segunda fase. A fin de facilitar la comunicación de estos procedimientos

² Evaluamos que este abordaje en equipo es irremplazable para estudiar un tema complejo como el que nos proponemos. En conjunto, investigadores y colaboradores se incluyeron a fin de favorecer la factibilidad del estudio, dado que contamos con investigadores docentes y externos, algunos de los cuales tienen pertenencia institucional a diversas organizaciones hospitalarias de la provincia de RN.

adoptamos los rótulos y símbolos abreviados propuestos por el mencionado autor, que se presentan en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Esquema de proyecto explicativo secuencial según Creswell.

CUAN → cual

CUAN	CUAN	cual	cual	
Colecta de datos →	Análisis de datos →	Colecta de datos →	Análisis de datos →	Interpretación

Fuente: Creswell, 2010

CUAN = cuantitativo.
Cual = cualitativo.

Al apoyarnos en un esquema explicativo secuencial, se procedió a la colecta y análisis de datos cuantitativos como primera fase de la investigación, seguida de la colecta y análisis de datos cualitativos en una segunda fase que se desarrolló a partir de los resultados cuantitativos iniciales. En nuestro caso, describir cuantitativamente las internaciones por SM del nivel provincial en 2019 nos permitió seleccionar muestras intencionales para completar la fase cuantitativa y avanzar hacia la fase cualitativa.

Siguiendo al autor, planteamos que dada la secuencia temporal y el tipo de combinación, nuestro estudio se considera de conexión (Creswell, 2010) pues los datos se conectaron tanto en las fases de colecta como al momento de la interpretación, es decir, no fueron independientes (como en el tipo incorporación), pero tampoco se fundieron perdiendo su singularidad, como en la integración.

En cuarto lugar, destacamos que la forma de teorización moldea todo el proceso de investigación, desde el tipo de pregunta hasta los participantes y el tipo de tratamiento de los datos. En el presente trabajo se incluyó un apartado de conceptualizaciones teóricas, donde explicitamos el entramado conceptual que subyace a la investigación realizada: la mirada histórica y contextual en relación al campo de la SM, el reconocimiento del contexto situacional dentro del cual el hospital general da soporte institucional a las prácticas de atención en internación en la actualidad y la importancia de recuperar los valores y sentido de los actores sociales para comprender el objeto de estudio en relación al problema de investigación.

Así, mientras que el aspecto cuantitativo buscó analizar las internaciones por SM mediante su caracterización y análisis de prácticas en relación al modelo Curativo

Promocional, el aspecto cualitativo buscó comprender la valoración de este tipo de internaciones en el marco del proceso de desmanicomialización provincial.

Como parte del marco teórico, también incluimos consideraciones sobre la investigación en salud en general y en SM en contextos de reforma en particular, que nos aportan herramientas conceptuales para pensar el alcance y las limitaciones del presente estudio. El lugar de los propios usuarios en cuanto sujetos productores de conocimiento nos orientó también durante las decisiones metodológicas.

Desde esos fundamentos, y con el objetivo de comprender el valor de las internaciones por SM en HG, se tomó en cuenta la visión de dos de los actores involucrados: los usuarios y los trabajadores de salud. El abordaje cualitativo para este aspecto resulta el más pertinente, dado que nos permite entender la forma en que las personas interpretan y confieren sentido a sus experiencias y al mundo en el que viven (Minayo, 2009). La necesidad de viabilizar el estudio hizo que decidiéramos no incluir la visión de otros actores clave, como son sin duda los familiares, gestores y decisores políticos en el campo de la salud mental.

Combinar múltiples fuentes de datos, como las entrevistas, observaciones y lectura de HC, buscó complementar las ventajas de cada una para una mejor comprensión del objeto de estudio, es decir, para lograr una descripción sin reducir su complejidad. En este sentido, la metodología se articula con aspectos ontológicos y epistemológicos que se asumen como punto de partida del investigador, que en este caso responden a la mirada desde la Salud Colectiva a nuestro objeto de estudio.

A continuación se presentan las decisiones metodológicas que formaron parte de cada fase y momento. Entendemos que hacerlo es una responsabilidad ética del investigador que contribuye a legitimar los resultados (Creswell, 2010; Minayo et al., 2009).

2.2. FASE CUANTITATIVA.

2.2.1. Universo y fuente de datos.

En la fase cuantitativa se trabajó con el universo de datos disponibles a partir de la fuente secundaria *Informe Estadístico de Hospitalización* (Ver Anexo A). El registro de egresos hospitalarios permite construir indicadores sobre la utilización de servicios en salud y nos da una aproximación a las necesidades y demandas de la población. Se trata de una planilla impresa y de uso obligatorio para registrar datos vinculados a las internaciones en todos los hospitales de la provincia. Recaba datos de los usuarios, como edad, sexo

biológico, domicilio y situación laboral, entre otras; sumado a datos de la internación, como días de estada, diagnóstico (DX) al egreso y tipo de egreso.

El Informe Estadístico de Hospitalización es iniciado por personal administrativo del Servicio de Estadísticas de cada hospital, y completado por el profesional responsable de la internación, habitualmente quien firma el alta. Los datos producidos se sistematizan luego en el nivel provincial para estar disponibles para uso sanitario. En nuestro caso, se gestionó a través de la coordinación del Programa de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos (SMCyCP), para que el Departamento Provincial de Estadísticas del Ministerio de Salud de Río Negro (MSRN) nos enviara la base de datos correspondiente a egresos para el año 2019.

Para ello, definimos los egresos por SM como aquellos cuyo diagnóstico principal correspondía a los códigos F00-F99 de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Si bien se reconoce que las enfermedades mentales pueden estar relacionados con acontecimientos patológicos clasificados en otros capítulos del CIE-10, como las causas externas o lesiones autoinflingidas (Beliazán, 2015), consideramos la especificidad del capítulo F para referirse a los trastornos mentales y del comportamiento, según la OMS.

Desde el Departamento de Estadísticas provincial enviaron la base de datos en un formato de archivo de libro de Excel (.xlsx), totalmente anonimizada a fin de cumplir con los requerimientos éticos y legales de protección de datos personales. Contenía información sobre las siguientes categorías: código provincial, año, número de localidad por establecimiento, código de establecimiento, día de nacimiento, mes de nacimiento, año de nacimiento, edad, código de localidad de residencia, código de departamento de residencia, código de provincia y país, código asociado según cobertura en salud, código de sexo, código de nivel de instrucción, código de situación laboral, fecha de ingreso, fecha de egreso, días totales de estadía, código asociado según motivo de egreso y código de diagnóstico al egreso (F00-F99 CIE-10). En una hoja aparte el mismo archivo nos informaba la clave para acceder al nombre del hospital según su área programática, y en una tercera hoja se informaba la clave para acceder al resto de la información codificada, tal como se muestra en el Apéndice A - Cuadro 1.

Otras fuentes secundarias utilizadas durante la fase cuantitativa se corresponden con datos oficiales del MSRN, sobre hospitales por zona sanitaria y nivel de complejidad (MSRN, 2020a), y con el Informe Anual de Estadísticas de Servicios de Salud del año 2019 (MSRN, 2020b).

Mencionamos que se consideró y descartó el uso de otras fuentes secundarias. Particularmente respecto de la *Planilla de registro mensual de prestaciones del equipo de SM*, que es una hoja de registro diaria de prestaciones del equipo de SM, vimos que sólo

nos permitía considerar la cantidad de actividades en internación, sin vincularlas a un usuario en participar. Esta fuente tiene fortalezas, dado que permite registrar prácticas no hegemónicas (como reunión de equipo, visita domiciliaria entre otras), pero también tiene falencias, entre ellas, que no permite identificar si las prestaciones corresponden a uno o más usuarios, no contempla el registro de prácticas de abordaje familiar ni admite ponderar la carga horaria dedicada a cada tipo de prestación (Paulin & Baffo, 2012).

2.2.2. Variables.

Las variables con las que trabajamos en la fase cuantitativa se definen operacionalmente a continuación:

2.2.2.1. Variables de la institución.

- Establecimiento: variable nominal. Se incluyen todos los hospitales reportados en la base de datos con al menos una internación por SM durante 2019.
- Nivel de complejidad hospitalaria: variable ordinal, considera complejidad III, IV, V o VI, según información oficial MSRN (2020a).
- Zona sanitaria: variable nominal, considera las seis zonas sanitarias: Alto Valle Este, Oeste, Valle Medio, Línea Sur, Zona Andina y Zona Atlántica, según información oficial MSRN (2020a).
- Cantidad de camas disponibles para internación en 2019: variable cuantitativa discreta, según información oficial MSRN (2020b).
- Egresos de internación por todas las causas: variable cuantitativa discreta, definida según el Informe Estadístico provincial para el año 2019 (MSRN, 2019b).

2.2.2.2. Variables de la persona internada.

Todas se operacionalizaron en relación a lo registrado en la Planilla de Egresos hospitalarios, MSRN 2019. Se presentan a continuación:

- Edad al egreso: variable cuantitativa discreta.
- Sexo biológico: variable nominal, valores posibles femenino/masculino/SD.
- Nivel de Instrucción: variable ordinal.
- Ocupación: variable nominal.

2.2.2.3. Variables de la internación.

- Diagnóstico CIE-10 al egreso: variable nominal, definida como el diagnóstico informado por el profesional de SM en la hoja de egreso hospitalario. Las categorías utilizadas fueron las comprendidas entre F00 y F99, agrupadas según las subcategorías ofrecidas por la CIE-10 (Ver Apéndice B - Cuadro 2).
- Duración - Total de días de estadía: se define como cantidad de días transcurridos entre el ingreso y el egreso de una internación por SM.
- Tipo de egreso: variable nominal. Se define según registro de estadísticas. Valores posibles: alta médica; traslado; retiro voluntario; defunción; otro.

2.2.3. Análisis de datos cuantitativos.

El análisis fue de tipo estadístico descriptivo simple, es decir, que se presentaron todas las variables de forma individualizada haciendo lectura de frecuencias, posición y dispersión. También se realizaron algunas combinaciones (análisis bivariado) que nos permitieron una descripción más completa. No se realizó análisis estadístico de inferencias.

Primero, se realizaron cálculos del total provincial, informando el total de personas internadas por razones de SM en el año 2019 (con frecuencias absolutas y relativas) y su distribución según edad y sexo. Las variables nivel de instrucción y ocupación tuvieron una mayoría de datos ausentes, por lo que decidimos descartarlas para la descripción. Luego, se presenta la frecuencia de internaciones según zonas sanitarias y por hospital.

A continuación, se calculó la frecuencia para cada tipo de egreso por hospital y para el total provincial. Según la variable duración, se calculó el promedio de días de estadía para cada hospital y para el total provincial. Finalmente, la duración de las internaciones por razones de SM se puso en relación con los egresos por otras causas en cada hospital, para conocer la proporción de internaciones por SM en cada nosocomio y zona sanitaria en el año 2019.

Los resultados se presentan en el capítulo 3.2.

2.3. FASE CUALITATIVA.

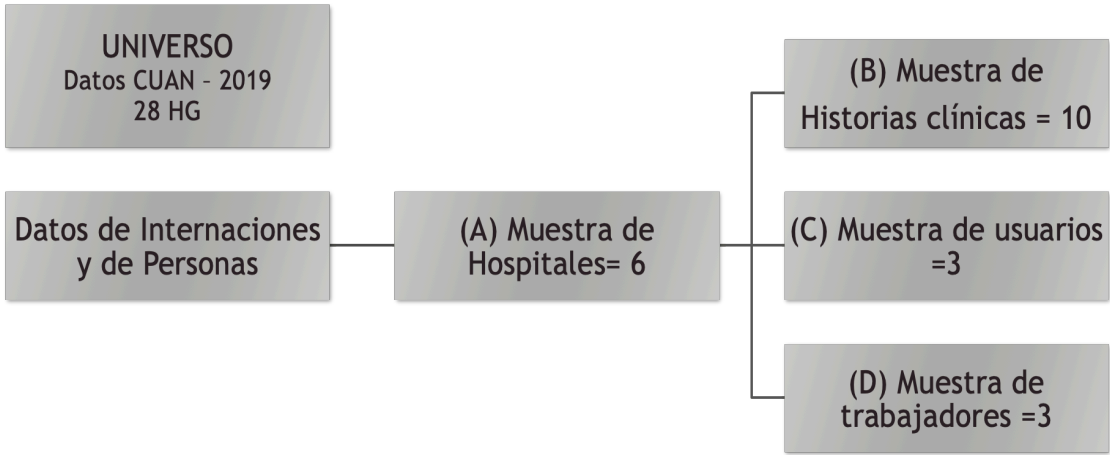
En este apartado describiremos el proceso de muestreo, de tipo secuencial, y las características de cada una de las muestras conformadas. Además, vamos a describir el proceso de invitación a los sujetos de la investigación y el uso de guías de entrevistas y observación. Por último describiremos el análisis de contenido seguido para obtener los resultados de la investigación.

2.3.1. Muestreo Secuencial.

El objetivo de toda muestra, sea cuantitativa o cualitativa, siempre es captar la “variabilidad” del fenómeno estudiado (Ynoub, 2014). En este caso, la variación fue considerada a partir de los resultados de la caracterización de internaciones realizadas en el año 2019.

Según lo planificado, se seleccionó una muestra de seis hospitales generales y, posteriormente, dentro de cada hospital se seleccionaron 10 Historias Clínicas y 6 actores (usuarios y trabajadores) a quienes se invitó a participar. La secuencia de muestreo se visualiza a continuación en la Figura 2.

Figura 2. Secuencia de muestras y tamaño muestral.



Fuente: elaboración propia.

Las decisiones metodológicas se presentan con mayor detalle a continuación.

2.3.2. Muestra intencional A: hospitales generales.

El tamaño de la muestra de hospitales fue de seis instituciones. Consideramos que además de garantizar diversidad, esta cantidad nos permitió un manejo de los datos cuidando los aspectos éticos de confidencialidad de la información y reducir las posibilidades de identificación de los participantes trabajadores y usuarios. Ello resulta especialmente relevante en un territorio provincial donde las localidades son pequeñas y el número de profesionales y usuarios no nos permite dar por sentado el anonimato. Además, ello fue una clave de ingreso al campo, sumando viabilidad al proyecto inicial³.

Para la variabilidad, consideramos las características hospitalarias, como zona sanitaria y nivel de complejidad, y del servicio de SM. En este caso buscamos incluir equipos con diverso tamaño y conformación (tuvimos en cuenta la cantidad de operadores, por ser una figura de interés para el modelo rionegrino) y la cantidad de dispositivos intermedios en la red asistencial. En segundo lugar, consideramos el análisis cuantitativo de 2019, incluyendo a hospitales con distinta cantidad total de eventos de internación por SM anuales y distinto promedio de días de estadía. A estos dos datos se sumó la variable *porcentaje de egresos por SM en relación a egresos totales*, dado que en el análisis CUAN consideramos relevante la diversidad de valores que asumía entre distintos hospitales para el año en estudio.

Así, se seleccionaron primeramente 6 hospitales, correspondientes a las áreas programáticas de Cipolletti, Allen, Maquinchao, Bolsón, Viedma y Choele Choel, sumando hospitales alternativos para el caso de que alguno no acepte participar.

Sin embargo, debieron realizarse dos modificaciones: por un lado, se descartó el hospital de Área Programa Maquinchao por falta de accesibilidad geográfica en el período de tiempo en el que se iba a realizar la colecta de datos (época invernal). En este caso, se decidió reemplazarlo por el hospital Área Programa El Bolsón, que dentro de la zona Cordillera tiene caminos más accesibles.

Por su parte, el hospital de Área Programa Allen nos comunicó que no aceptaba participar del estudio por razones que no fueron informadas. Esta institución se reemplazó, según lo previsto, por otra institución de la misma zona sanitaria y mismo nivel de complejidad que aceptó participar, quedando así incluído el hospital de Área Programa Villa Regina.

Las características de los hospitales que conformaron la muestra se sintetizan de manera comparativa en el Cuadro 4.

³ En el Diario de Investigación reflexionamos sobre la construcción de viabilidad a una propuesta de esta naturaleza. Vemos, entre otros factores, que concretar la investigación en seis hospitales era más probable que realizarla en dos.

Cuadro 4. Hospitales seleccionados para la muestra, según características de la institución, del equipo de Salud Mental y de las internaciones por SM en 2019.

Hospital Área Programa	Zona Sanitaria	COM. HOSP	Equipo SM ^a	Operador	DISP INT. ^b	EG SM	Promedi o días de estadía	Porcentaj e de egresos SM / totales
Hospital Cipolletti	Alto Valle Oeste	VI	19	6	1	24	5,33	0,7
Hospital Villa Regina	Alto Valle Este	IV - A	12	3	0	117	5,49	3,6
Hospital Choele Choele	Valle Medio	IV -A	11	4	1	66	6,32	2,3
Hospital El Bolsón	Cordillera	IV -B	19	8	2	150	7,85	5,2
Hospital Bariloche	Cordillera	VI	40	17	3	285	7,84	4,6
Hospital Viedma	Zona Atlántica	VI	42	13	3	115	4,82	2,7

Fuente: Elaboración propia en base a: datos aportados por el Departamento de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos; y estadísticas provinciales de internaciones por salud mental del MSRN, año 2019.

COM. HOSP = complejidad hospitalaria.

DISP. INT = dispositivos intermedios.

EGSM = egresos por salud mental

^a Incluye el total de trabajadores pertenecientes al Servicio de Salud Mental, profesionales y no profesionales, en el área programa (incluye hospital, centros de salud y otros dispositivos de la red sanitaria).

^b Incluye distintos dispositivos, como casas de medio camino, casa de convivencia, centro de día.

Como mencionamos anteriormente, para esta fase decidimos utilizar entrevistas semi-estructuradas y observaciones. Cada técnica tiene sus ventajas y limitaciones, y su combinación es recomendable cuando se quiere tener una comprensión, no sólo de las narrativas, sino también de las prácticas de actores en la complejidad de la vida real (Sousa Minayo, 2009; Gonzalez Legorreta, 2014).

2.3.2.1. La observación en Hospitales Generales de Río Negro.

En nuestro caso, utilizamos la observación como técnica, entendiendo que nos permite describir situaciones y alcanzar una mejor comprensión de nuestros objetos de estudio (Schettini & Cortazzo, 2016). Existen distintas clasificaciones de esta técnica según su grado de estructuración, cantidad de sujetos investigadores y espacio donde se realiza. La nuestra fue una observación de campo, colectiva, participante y semi estructurada, es decir, guiada por los objetivos de la investigación. A tal fin, elaboramos una guía organizada en tres ejes según el espacio a observar (Ver Apéndice C - Guía de observación).

Se realizaron observaciones en el espacio hospitalario (sala de internación) y en dos espacios institucionales estructurados: (a) Pase de sala de internación: son reuniones que se realizan con diverso formato y duración en cada institución. En algunos hospitales se realizan por cada servicio mientras que en otros son interdisciplinarias o inter-servicios. La duración fluctúa entre 15 a 60 minutos por pase. (b) Reunión de equipo de SM: reuniones sistemáticas que se realizan con la finalidad de revisar las estrategias terapéuticas de los usuarios internados y/o con seguimiento ambulatorio. La frecuencia fluctúa entre 1 a 5 veces por semana, según decisión del servicio de SM local.

Durante el trabajo de campo, se realizaron en cada hospital entre 8 y 15 horas de observación, sumando un total de 59 horas. La tesista realizó 28 horas y el resto fue realizado por otro miembro del equipo, previamente capacitado para tal fin⁴.

En todas las instituciones se pudieron observar las condiciones edilicias en general, las características de la sala de internación, de las habitaciones, del office de enfermería y otros espacios institucionales, como patio, salón, biblioteca y consultorios. En 5 hospitales se pudo realizar la observación participante del espacio *Pase de Sala de Internación*, y en 2 se sumaron observaciones del espacio *Reunión de equipo de SM*. Solo en una de las instituciones no fue posible observar ni el pase de sala ni la reunión de equipo, dado que el día y horario en el que la tesista pudo viajar no coincidía con esos espacios institucionales. De manera adicional y por invitación de los trabajadores, en tres de las instituciones se realizaron además observaciones de algunas prácticas de atención durante internación, incluyendo acompañamiento de operadores, entrevistas a usuarios y entrevista a familiar, además de dispositivos intermedios donde se encontraban participando personas internadas o recientemente externadas.

⁴ Todos los integrantes del equipo recibieron capacitación en metodología de investigación cualitativa por parte de la tesista y de la Prof. Mg. Mariana Paulín Devallis; además en 2023 la Dra. Anabel Beliera capacitó al equipo específicamente en la Técnica de Observación.

2.3.3. Muestra intencional B: historias clínicas.

En la provincia se utilizan HC en formato y soporte tradicional (papel) que son archivadas por el Servicio de Estadísticas en cada institución. Recientemente, se comenzó a implementar en algunos hospitales el registro en HC electrónicas para las actividades asistenciales de guardia y consultorios externos, no así aún para internación. Las HC contienen un apartado que recoge datos del período de internación, incluyendo evaluación inicial con motivo de ingreso, las indicaciones terapéuticas, las evaluaciones profesionales evolutivas y el alta. También son de registro habitual los permisos de salida, las indicaciones de acompañamiento y la participación de la persona internada en dispositivos intermedios, entre otros. El registro en HC es una tarea profesional que realizan en forma directa los miembros del equipo de salud.

El tamaño de esta muestra se definió en 10 HC para cada hospital. El muestreo consideró casos típicos y atípicos para el uso de internación en función del análisis cuantitativo previo, según se detalla a continuación:

Caso típico: adulto cuyo tiempo de estadía coincide con el promedio de días de internación de la institución +/- hasta 4 días, y cuyo tipo de egreso sea *alta médica*.

Caso atípico: internación con +/- 5 días o más de diferencia en el tiempo de estadía respecto al promedio de la institución y/o con tipo de egreso diferente al alta médica.

Además de estos criterios, que surgen del análisis cuantitativo de las estadísticas provinciales, se consideraron criterios de heterogeneidad según edad, sexo y diagnóstico de egreso (CIE-10).

Criterio de Inclusión: HC de una persona adulta, con evento de internación en 2019 cuyo diagnóstico al egreso esté comprendido entre los códigos F00-F99 (CIE-10), y que cumpla con la característica definidas para caso típico o atípico.

Criterio de exclusión: carecer de más del 50% de los datos sobre la asistencia realizada, y que la internación se haya realizado sin participación del servicio de SM.

Es importante destacar que a fin de resguardar la confidencialidad de los datos personales asociados a la HC, su lectura sólo fue realizada por integrantes del equipo de investigación bajo la dirección de la tesista, todos y todas trabajadores actuales con dependencia del Ministerio de Salud Pública provincial⁵. Para ello se tuvo en cuenta el siguiente procedimiento:

⁵ Cuatro miembros del equipo de investigación son trabajadores de diversos servicios de SM y del Programa provincial de SMCyCP. Se realizó un entrecruzamiento para que ningún investigador recolectara datos de su propia institución.

1. Partimos de la base de datos de egresos hospitalarios de 2019, analizada en la fase CUAN del estudio. Dentro de los eventos de internación informados por los seis hospitales seleccionados, se identificaron 10 eventos de internación que cumplieran con el criterio muestral: 5 casos típicos y 5 atípicos.
2. Luego, un investigador que pertenece al sistema de salud pública accedió al nombre de la persona y al número de HC a la que corresponde ese evento de internación, y se elaboró una nota solicitando al Servicio de Estadística del hospital que esas HC estén disponibles para su lectura dentro de la institución, en una fecha específica.
3. Una dupla de investigadores concurren al hospital en la fecha acordada con el equipo local. Uno de los investigadores perteneciente a salud pública accedió a la lectura de la HC, mientras su dupla (investigador externo) completó la guía de observación, recolectando los datos de interés para el estudio según la Guía elaborada a tal fin, sin incluir ningún dato de identificación personal. De este modo, se obtuvo una base de datos anonimizada, resguardando los aspectos éticos en el manejo de la información.
4. Este mismo procedimiento se repitió para cada uno de los seis hospitales.
5. Los datos fueron cargados utilizando una planilla de cálculo Excel, luego combinados para un análisis provincial. El análisis provincial (y no local) busca maximizar los resguardos éticos en relación a los datos recolectados.

De la primera selección de 60 HC durante la colecta de datos, fueron excluidas cinco. Tres de ellas (correspondientes a dos hospitales), por carecer de datos del evento de internación en cuestión, dado que faltaba el apartado completo de evolución, o bien faltaba la hoja de ingreso. Una HC fue excluida porque la internación se llevó a cabo enteramente por un servicio médico, sin participación de ningún profesional del área de SM. La última HC excluida correspondía a una persona fallecida y no se pudo acceder a ella. Así, la muestra quedó compuesta por un total de 55 HC, de las cuales se recabaron datos.

Posteriormente, durante la etapa de análisis, notamos un error en la aplicación del criterio de inclusión para personas adultas, por lo cual se seleccionaron y recabaron datos de 10 HC de personas menores de edad (entre 13 y 17 años). Entendiendo que las prácticas de atención a este grupo etario presentan características específicas que exceden el alcance del presente estudio, esas HC quedaron excluidas del análisis.

De este modo, la muestra final quedó conformada por 45 HC, correspondiendo entre 6 y 8 HC a cada hospital seleccionado. De estas, 23 correspondieron a la definición de *caso atípico*: 8 por tener un motivo de egreso distinto del *Alta Médica* (3 egresos por Derivación y

5 egresos por retiro voluntario) y otros 15 eventos por tener una duración de 13 días o más; el resto de los eventos (n=22) presentaron criterio de *caso típico*, con motivo de egreso por alta médica y duración de hasta 12 días. La edad de las personas a las que correspondieron las HC estuvo en el rango entre 18 y 60 años, con una media de 33. En relación al sexo, el 53% (n=24) correspondió a varones.

Las observaciones de HC se realizaron entre febrero y mayo del 2024, en días distintos a la realización de entrevistas y observaciones. Trabajaron un total de 4 duplas, compuestas por un investigador-trabajador de salud y un investigador externo al sistema de salud (tesista u otro integrante del equipo), recolectando en una o dos instituciones cada una. La lectura de HC llevó un total de 72 horas de trabajo.

2.3.4. Muestra intencional C: trabajadores de salud.

El tamaño de la muestra preveía un mínimo de 18 trabajadores para el territorio provincial (3 en cada hospital general). El tipo de muestra fue intencional, buscando la máxima heterogeneidad posible en función de la variabilidad del campo, teniendo en cuenta el servicio de pertenencia, la formación disciplinar y la antigüedad en la tarea.

El criterio de inclusión fue: ser trabajador de salud de planta provisoria o permanente, que durante el período estudiado haya realizado tareas asistenciales de manera parcial o total en el ámbito de internación, y que acepte participar en los términos del consentimiento informado. Se incluyeron a profesionales y no profesionales (técnicos de enfermería y operadores de SM). El criterio de exclusión fue: desempeñarse en servicios auxiliares no asistenciales y/o pertenecer al equipo de investigación.

El procedimiento para convocar a trabajadores en cada hospital fue el siguiente:

1. En primera instancia, se realizó un listado de trabajadores a invitar, teniendo en cuenta los criterios de heterogeneidad y de inclusión/exclusión mencionados.
2. Un colaborador local del equipo ofició de mediador para tomar contacto personal o telefónico, e invitar al profesional a participar.
3. En caso de aceptación, se acordó con el trabajador la modalidad de entrevista (presencial o virtual), con fecha, lugar y horario específico de cada una para no interrumpir su labor asistencial. El 100% prefirió realizar las entrevistas de manera presencial.
4. Antes de iniciar la entrevista, se dio lectura nuevamente a los términos del consentimiento; luego se procedió a su firma y se entregó una hoja de información y consentimiento informado.

En uno de los hospitales la cantidad de entrevistas se amplió de tres a cinco, mientras que en otros dos se amplió a cuatro. Ello se debió a la cantidad de trabajadores de la institución que participaban en el ámbito de internación y también a la necesidad de incluir voces profesionales y no profesionales (operadores). Además, en tres oportunidades (en tres diferentes instituciones) las entrevistas se realizaron a una dupla de trabajadores. De este modo, se realizaron un total de 22 entrevistas a 25 trabajadores.

En el Cuadro 5 se presentan algunas características de la muestra de trabajadores, según variables seleccionadas a tal fin.

Cuadro 5. Descripción de la muestra de trabajadores de la salud, según servicio y formación disciplinar (n=25). Río Negro, 2023-24.

Servicio de SM	Otros servicios
6 psicólogos/as. 4 operadores/as. 3 psiquiatras. 1 trabajadora social.	5 enfermeras. 4 médicos/as clínicos. 2 trabajadoras sociales.
14	11

Fuente: elaboración propia.

En cada hospital se realizó al menos una entrevista a un trabajador de SM y al menos una entrevista a un trabajador de otro servicio. Respecto de la antigüedad, 6 trabajadores tenían hasta 5 años de antigüedad, 10 informaron tener entre 6 y 14 años y 8 tenían 15 años o más.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de octubre de 2023 y marzo de 2024. 21 entrevistas se realizaron en instalaciones hospitalarias (mayormente un consultorio desocupado o un office de servicio), y 1 entrevista en instalaciones de la Universidad Nacional del Comahue por elección de la persona participante. La tesista realizó 19 de las 22 entrevistas; las otras 3 fueron realizadas por un miembro del equipo de investigación a partir de la guía temática construida a tal fin. La duración de cada entrevista fue de entre 25 y 55 minutos. La grabación de las entrevistas sumó un total de 759 minutos, es decir, aproximadamente 13 horas de grabación (un promedio de 35 minutos por entrevista).

2.3.5. Muestra intencional D: personas usuarias.

El tamaño de la muestra preveía seleccionar un mínimo de 18 usuarios para el territorio provincial (3 usuarios en cada HGI). Para considerar casos típicos y atípicos en el uso de internación, tuvimos en cuenta las variables que fueron producto del análisis cuantitativo, a saber: *caso típico* con días de estadía hasta +/- 4 días del promedio local y tipo de egreso como alta médica. *Caso atípico*: días de estadía más de 5 días +/- del promedio local, y tipo de egreso diferente a alta médica. Adicionalmente, tuvimos en cuenta la heterogeneidad del tipo de internación (voluntaria e involuntaria), la edad y el sexo. También tuvimos en cuenta si la persona había tenido más de una internación (reinternaciones) por razones de SM. Destacamos que se trató de una muestra intencional que, además de los criterios de heterogeneidad, estuvo definida por criterios de accesibilidad al usuario.

El criterio de inclusión fue: adultos que hayan utilizado el servicio de internación en hospital general por razones de SM entre 2019 y 2023, y aceptar participar en los términos del consentimiento informado. Se incluyeron personas que habían tenido como DX al egreso un código F00-F99 de la CIE-10. *El criterio de exclusión fue*: personas que al momento de realizar las entrevistas se encontraban internadas.

Describimos el procedimiento para invitar a usuarios en cada hospital:

1. El jefe de servicio o un integrante del equipo de SM delegado a tal fin, realizó un listado de personas usuarias de internación en el período estudiado, a quienes sería posible entrevistar (según accesibilidad) de manera codificada para resguardo de la información personal. El listado contenía información codificada, como por ejemplo: total de días de estadía, edad, sexo y tipo de evento.
2. Del listado codificado, seleccionamos a 5 (cinco) usuarios, en base a los criterios de caso típico y atípico y a criterios de heterogeneidad. Se incrementó el número de personas citadas para asegurar la cantidad mínima de 3 entrevistas, decidiendo entrevistar a 5 usuarios por hospital en caso de que concurrieran todos los citados.
3. Un integrante del equipo de SM delegado a tal fin, se puso en contacto con la persona a entrevistar para invitarla a participar, mencionando las garantías de confidencialidad y se entregó la hoja de información y consentimiento informado.
4. A cada persona que aceptó, se la citó con fecha, lugar y horario específico. Se ofrecieron opciones para realizar las entrevistas: en la institución de salud, en la casa de cada persona o en el espacio en donde ésta se sienta más cómoda, cumpliendo con el resguardo a su intimidad.

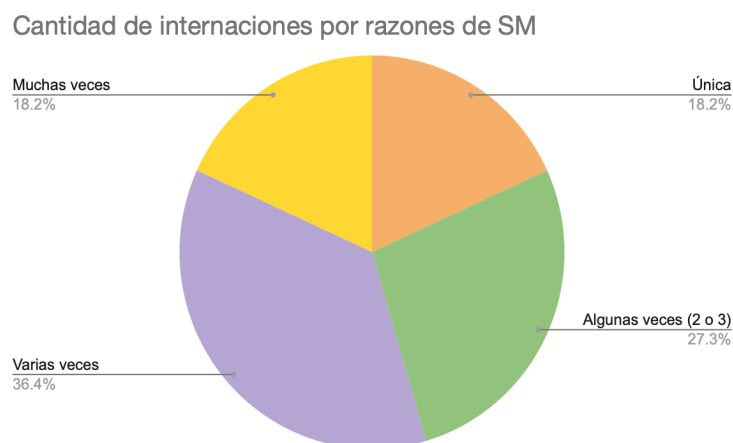
5. Al iniciar la entrevista presencial, se dió lectura nuevamente a los términos del consentimiento y se realizó la firma del documentada del mismo en papel para su archivo, entregando una copia firmada por la investigadora a la persona usuaria.

En cuatro de los hospitales la cantidad de entrevistas se amplió a cuatro, mientras que en dos se realizaron tres entrevistas en cada uno. De este modo, se realizaron un total de 22 entrevistas a 22 personas usuarias.

De ellas, 14 se identificaron como mujeres y 8 como varones. La edad de las personas entrevistadas fue de entre 18 y 73 años. Sólo cinco personas vivían solas, mientras el resto vivía con familiares, mayormente sus madres y/o con sus hijos, y en menor medida con otros familiares (abuela, hermanos o nietos). Dos personas usuarias entrevistadas vivían con su pareja. Tres personas tenían empleos formales, mientras que otros trabajaban en dispositivos de SM o por su cuenta. Tres eran estudiantes y ocho usuarios dijeron cobrar una pensión no contributiva.

Respecto del evento de internación, cuatro personas relataron lo que fue su única internación, y dijeron haber estado internadas en esa única ocasión un total de 10, 14, 23 y 90 días respectivamente. Las demás personas (n=18) estuvieron internadas al menos dos veces en su vida. De ellas, 8 personas recordaban haber estado internadas *varias* veces, sin precisar la cantidad; otras 4 personas dijeron haber estado internadas *muchas* veces, sin poder precisar la cantidad. Esta información descriptiva de la muestra de usuarios se aprecia en la Figura 3.

Figura 3. Cantidad de internaciones por salud mental de las personas usuarias que formaron parte de la muestra (n=22). Río Negro, 2023-24.



Fuente: elaboración propia.

La última internación, por la que fueron invitados a participar, había tenido una duración de entre 5 y 210 días. La caracterización de la muestra de usuarios en relación al tiempo de la última internación se resume en el Cuadro 6.

Cuadro 6. Descripción de la muestra de personas usuarias, según duración de la última internación. Río Negro, 2023-24 (n=22).

Duración de la última internación	Cantidad de personas
De hasta 7 días	7
Entre 8 y 15 días	4
Entre 16 y 30 días	4
31 a 60 días	2
61 a 90 días	2
91 a 210 días	3
Total	22

Fuente: elaboración propia.

Cabe mencionar que se logró entrevistar a una sola persona cuyo egreso no fue por razones de alta médica. Sin embargo, consideramos que se cumplió el criterio de variabilidad para las otras características, como duración de la internación, edad, sexo y tipo de ingreso, dado que varias de las personas entrevistadas habían tenido internaciones de tipo involuntaria.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de octubre de 2023 y marzo de 2024. Todas las entrevistas se realizaron en instalaciones sanitarias. En dos hospitales se realizaron en un consultorio externo gestionado a tal fin. En los otros cuatro hospitales las entrevistas se realizaron en aula o salón de usos múltiples hospitalario (7) y en un aula o espacio privado dentro de un dispositivo comunitario (7).

La tesista realizó 17 de las 22 entrevistas; las otras 5 fueron realizadas por un miembro del equipo de investigación a partir de la guía temática construida a tal fin. La duración de cada entrevista fue de entre 18 y 43 minutos. La grabación de las entrevistas sumó un total de 560 minutos, es decir aproximadamente 9:30 horas (un promedio de 25 minutos por entrevista). En promedio, las entrevistas a personas usuarias duraron 10 minutos menos que las entrevistas a trabajadores.

2.3.6. Uso de guías de entrevistas y observaciones.

Para la realización de entrevistas semiestructuradas, tanto con trabajadores como con personas usuarias, se utilizaron guías temáticas específicas que se construyeron como parte de las actividades del equipo de investigación a partir de los objetivos específicos del estudio. La guía de entrevistas a profesionales se ajustó a partir de una prueba piloto con una trabajadora no participante del estudio. En el Cuadro 7 se aprecian los ejes de cada guía, que se presentan completas en sección apéndices. (Apéndice D- Guía de entrevista a trabajadores y Apéndice E-Guía de entrevistas a personas usuarias).

Cuadro 7. Ejes de las guías para entrevistas semiestructuradas a personas trabajadoras y a personas usuarias. Río Negro, 2023-2024.

Ejes de la Guía Entrevista a Trabajadores	Ejes de la Guía Entrevista a personas usuarias
Entrada en tema: presentación personal y de la institución	Entrada en tema: presentación del usuario.
Organización del proceso de trabajo	Acerca del Ingreso.
Procedimientos para el Ingreso - ámbitos y toma de decisiones	Marco legal y derechos del paciente.
Derechos del paciente	Vida cotidiana en internación.
Prácticas de atención	Actores y prácticas de atención en internación.
Proceso de externación	Vínculo con el medio comunitario durante la internación.
Valoración del proceso desde la visión profesional	Proceso de externación.
Cierre	Cierre y sugerencias.

Fuente: elaboración propia.

Para la lectura de HC también se utilizó una Guía de Observación, en este caso con mayor grado de estructuración, dado que se buscaba recolectar datos cuantitativos y cualitativos. La guía fue elaborada por el equipo de investigación en base a los objetivos específicos del proyecto, y se ajustó luego de una prueba piloto con HC de uno de los hospitales participantes del estudio, pero correspondientes a los años 2018 y 2022.

Para facilitar la colecta, la guía se organizó en las mismas secciones en las que habitualmente se organizan las HC en papel en la provincia. También se registró la existencia de otros eventos de internación previos al 2019 o para ese mismo año (Ver Apéndice F - Guía de observación de Historias Clínicas).

2.3.7. Tratamiento y análisis de datos cualitativos.

Las entrevistas fueron registradas en grabadora de voz de dispositivo móvil y los registros de observaciones utilizaron dos tipos de herramientas: diario de campo escrito y notas de voz en audio.

Durante el proceso de colecta, también fue necesario establecer un orden para el correcto guardado del material de campo y del análisis que progresivamente se iba desplegando. Así, se crearon carpetas por hospital, con subcarpetas de grabación de audios, notas de observaciones, transcripciones de entrevistas a usuarios y transcripciones de entrevistas a profesionales. Sólo la tesista y la persona del equipo que había concurrido a dicho hospital en dupla de investigación tenían acceso al material, a fin de maximizar los resguardos éticos.

El análisis comenzó luego de la colecta de datos en tres de los hospitales; ello permitió ir adaptando las herramientas según las consideraciones del equipo de investigación. Luego se avanzó con las entrevistas y observaciones en las demás instituciones, para finalmente completar la tarea de lectura de HC.

La desgrabación del material de audio la realizó un miembro del equipo utilizando para ello la herramienta Good Tape (versión libre). Luego, cada investigador realizó la corrección del texto escuchando la grabación y, posteriormente, lo anonimizó completando datos de contexto para facilitar la comprensión. Para ello, cada integrante utilizó una guía elaborada por la tesista como directora de investigación.

En el siguiente paso, la tesista realizó una corrección de cada transcripción a partir de escuchar el audio de cada entrevista. Las transcripciones, totalmente anonimizadas, fueron compartidas con el equipo de investigación para avanzar con tareas analíticas.

En líneas generales, el análisis fue pasando por tres momentos enmarcados en la metodología de *Análisis temático de datos cualitativos* (Vieytes, 2009; Souza Minayo, 2009). El primer momento incluyó la lectura, el orden y la codificación del material; la segunda etapa incluyó el resumen del material de cada uno de los ejes temáticos y la identificación de líneas argumentativas; por último, una tercera etapa consistió en la interpretación del material en base al referencial teórico y según los objetivos de la investigación.

Se describe el procedimiento con más detalle a continuación.

2.3.7.1. Ordenamiento y categorización inicial de los datos:

A partir de la lectura por parte de dos investigadores (la tesista y otro miembro del equipo) de los textos de entrevistas y observaciones, se fueron extrayendo los fragmentos que se consideraron vinculados a cada eje temático. Las categorías analíticas se definieron a priori con base en los objetivos de investigación y en el marco teórico. Pero, además, en el proceso de análisis fueron surgiendo nuevas categorías no contempladas previamente, tal como lo admite la metodología cualitativa (Minayo, 2003).

Los datos extraídos de cada una de las 44 entrevistas y de las observaciones se fueron cargando en un archivo Excel en soporte Drive, para facilitar el trabajo colaborativo del equipo de investigación. Cuando fue pertinente, un mismo fragmento se ordenó en más de una categoría.

En este primer momento se construyeron cuatro meta-matrices de datos: (1) datos de entrevistas a usuarios, (2) datos de entrevistas a trabajadores, (3) textos de las observaciones y (4) textos de la lectura de HC. Estas cuatro meta-matrices comenzaron como conjunto de citas textuales que luego se fueron enriqueciendo con comentarios y notas del equipo de investigación.

Posteriormente, y a partir de lecturas de las categorías, fuimos generando códigos para reagrupar distintos fragmentos. Siempre que fue posible, priorizamos los “códigos en vivo” (Valles, 1997), tomado del lenguaje usado por los sujetos, mientras que otras veces usamos códigos conocidos desde nuestro marco teórico.

2.3.7.2. Resumen del material.

En un segundo momento lógico, pero de manera muchas veces simultánea, fuimos considerando conexiones entre los textos de distintas fuentes, en relación al marco teórico que nos permitía dar sentido a la información. El desarrollo de algunas categorías incluyó la construcción de redes conceptuales temáticas, algunas de las cuales nos sirvieron de base para la presentación de resultados cualitativos. Así, se buscó resumir y condensar la información sin perder la diversidad de temas en las distintas categorías.

En esta fase realizamos la descripción de categorías, considerando voces predominantes, voces alternativas y voces atípicas, según los tipos de argumentos en cada sentido. De este modo fuimos buscando no únicamente recurrencias, sino también la singularidad de aquellos casos diferentes o contrapuntos. Este aspecto del análisis se fundamenta en razones metodológicas y éticas, dado que nos interesa visibilizar las diversas perspectivas de los actores sociales participantes (Borda et al, 2017).

2.3.7.3. Construcción de sentido:

Finalmente, y a partir del método de comparación constante entre textos (Glaser & Strauss, 1967), y en relación al marco teórico, se vislumbraron las líneas de sentido con las cuales estructuramos el capítulo de presentación de resultados.

En todo momento intentamos no perder de vista que el análisis es un proceso dinámico y creativo, que no puede reducirse a una serie de pasos estandarizados. También acompañamos el proceso de análisis de frecuentes y sistemáticas reuniones de equipo, con el objetivo explícito de sumar reflexividad a la tarea. Así, fuimos relativizando algunas ideas, puesto que es fundamental interpretar los datos en su contexto, y fuimos reflexionando acerca de las repercusiones de nuestra presencia en el campo.

2.4. TRIANGULACIÓN.

El desafío de realizar un diseño mixto nos obligó a ir conectando, durante el análisis, datos provenientes de distintas fuentes. Identificamos que durante esta tarea fue fundamental el trabajo en equipo colaborativo, producto del cual arribamos a las conclusiones del presente informe.

2.5. POSIBLES SEGOS Y PROCEDIMIENTOS DE VALIDACIÓN.

Al trabajar con fuentes secundarias se debe tener en cuenta la calidad de los registros como posible sesgo de información. En nuestro caso, en las planillas de hoja de egreso (Informe Estadístico de hospitalización) que utilizamos como fuentes secundarias, el registro de datos es realizado de manera conjunta por un personal administrativo y el efector de SM responsable de la internación. Se esperaba que esto impactara favorablemente en la calidad del mismo. Sin embargo, se observó la existencia de “datos ausentes” para algunas variables, como situación laboral y nivel educativo, que no pudieron analizarse.

Respecto del registro en Historias Clínicas, hay que considerar diversos factores que afectan su calidad:

Un resguardo que tuvimos durante la colecta y análisis de datos cuantitativos, es el trabajo en duplas o la verificación de otro miembro del equipo de investigación de cada procedimiento e información producida.

En los métodos mixtos, además de atender a la precisión de los datos cuantitativos debemos verificar la validez de los datos cualitativos, procedimiento que se denomina legitimación de la validez (Creswell, 2010). En este sentido utilizamos como estrategia de

legitimación la descripción detallada de cada una de las decisiones que determinaron la conformación final de la muestra y la descripción fundamentada del análisis de datos.

Además, en todo el proceso tuvimos presente que la reflexividad (Bourdieu, 2012) es una tarea central de la investigación, lo que implica un ejercicio de cuestionamiento permanente y sistemático sobre los preconceitos del investigador, lo encontrado en el campo y el proceso analítico.

2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El proyecto inicial fue evaluado por la Comisión de Ética de la Investigación de la UNLa y por Comité de Evaluación de proyectos de Investigación del Hospital Zonal Bariloche, obteniéndose el permiso de la Comisión Evaluación Ética de Proyectos de Investigación Salud Humana (CEEPIH) de Río Negro.

Durante todo el proceso se respetaron las normas legales y éticas internacionales, como el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, las Pautas Éticas Internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos de CIOMS/OMS, las Pautas Internacionales para la evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos CIOMS/OMS, las Guías Operacionales para Comités de Ética que evalúan protocolos de la OMS 2000 y la Declaración de Derechos Humanos y Bioética UNESCO del 2005. De igual modo se respetaron las normativas nacionales y provinciales pertinentes, como la Resolución N° 1480 del Ministerio de Salud, la Ley N° 4947 Provincial de Investigación en Salud Humana (RN) y las resoluciones N° 5679/16 y 1988/21 sobre regulación de investigación en salud humana.

Tal como se describió en apartados anteriores, para la realización de entrevistas y observaciones, se tomaron todos los recaudos éticos correspondientes. La participación fue voluntaria e informada en los términos del Consentimiento Informado (Ver Apéndice G - Consentimiento Informado), garantizando confidencialidad, anonimato y el acceso a las transcripciones. También se informó a los participantes que tenían derecho a excluir sus transcripciones si creyeran que eso podría perjudicarlos de alguna manera. La entrevista no ocasionó daños ni fue perjudicial en modo alguno para las personas participantes.

3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

3.1. CONDICIONANTES DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN INTERNACIÓN

Desde una mirada de Salud Colectiva, planteamos que las prácticas de atención durante las internaciones por SM no pueden comprenderse como mero efecto de la existencia de leyes y normativas de desmanicomialización, pero tampoco como prácticas individuales donde cada actor toma las decisiones de manera independiente. Debemos reconocer, entonces, que diversos lineamientos políticos, legales, institucionales y técnicos forman parte del entramado que hace posible ciertas prácticas, las promueve, limita o condiciona. Así, planteamos que las prácticas de atención en internación, encarnadas por sujetos sociales, deben pensarse situacionalmente.

El objetivo de este primer apartado es describir, sucintamente, ese *contexto condicionante*, no como algo externo sino que se hace *texto* de nuestro objeto de estudio. Estructuramos la presentación en cuatro ejes, a saber: (1) Lineamientos políticos, legales y normativos (2) La provincia de Río Negro y su sistema de salud (3) El Programa de SMCyCP de Río Negro: la red asistencial (4) Saberes técnicos y teóricos en juego en el modelo rionegrino.

3.1.1. Lineamientos políticos, legales y normativos.

En la actualidad, las condiciones sociales, ideológicas y políticas que enmarcan las prácticas de atención durante las internaciones por SM en los HG presentan una configuración compleja.

Por un lado, reconocemos el avance de los procesos de reforma en SM en el mundo, que aportan herramientas técnicas y estrategias superadoras de lo manicomial; como también la sanción de la LNSM en 2010, que valoramos como hito que refuerza e impulsa el proceso *desmanicomializador* provincial que la precede.

Pero, por otro lado, el avance de los movimientos *conservadores* y de las políticas neoliberales en la región y en el mundo, auspician el peor de los escenarios. En Argentina, el gobierno liberal libertario que asumió a fines del 2023 transmite una visión abiertamente contraria al enfoque de derechos. Se pretende instalar como parte del sentido común la naturalización de la exclusión. Así, se evidencian nuevas categorías sociales que perfilan bandos enemigos, como *gente de bien* versus *orcos* y *caídos* (Grassi & Lijterman, 2023). La situación actual nos hace temer un retroceso en términos de contrarreforma en SM, como ha ocurrido en otros países Latinoamericanos (Oliveira Da Costa & Ximenes Da Silva, 2024).

Si bien no es objeto de esta tesis analizar la relación entre la política social y las prácticas de SM, reconocemos su vinculación. Cuando la lógica de exclusión y violencia impera en los niveles macro de una sociedad (Bleichmar, 2004) y se promueven desde discursos oficiales y no oficiales, ello tiene, inevitablemente, impacto en las prácticas en salud. Ese impacto se avizora particularmente grave en salud mental, dado que *los locos* han sido históricamente vulnerados en sus derechos, marginados y violentados.

Decimos que estas tensiones forman parte del escenario actual, y entran en conflicto con directrices y recomendaciones internacionales en materia de SM.

Precisamente la internación en hospitales generales se encuentra en la mira de los cuestionamientos y los hospitales monovalentes podrían retomar fuerza (Roncarolo, 2024). Sin embargo, hasta el momento de redactar esta tesis, continúan vigentes tanto la legislación nacional como provincial, que promueven el respeto por los derechos de las personas con sufrimiento mental.

No vamos a desarrollar aquí dichas normativas, dado que fueron presentadas en el capítulo 1. Alcanza con recordar que la internación de personas por razones de SM implica una privación de la libertad, es decir, que no puede concebirse como primer ni principal recurso terapéutico, sino como una instancia excepcional, por el menor tiempo posible, cumpliendo con todas las garantías de la ley; y que en esos casos debe producirse en hospitales generales. En este sentido, las directrices nacionales plantean que cada servicio de SM en un hospital general debe abordar las problemáticas de salud mental a través de la atención ambulatoria, las urgencias y la internación (DNSM, 2019b).

Así, la internación se concibe como último recurso terapéutico, y sólo puede ponerse en práctica cuando no existan alternativas de mejores tratamientos. Según el Órgano de Revisión de SM (en adelante ORSM) es necesario haber agotado todas las formas y posibilidades de tratamientos previos (ORSM, n.d.). Además, la ley provincial explicita que el objetivo debe ser la pronta recuperación y reinserción de la persona, reduciendo al mínimo la duración de la internación.

Desde el Programa de SMCyCP de Río Negro se reconoce un marco normativo que incluye declaraciones y principios internacionales tales como la Declaración de Caracas y los Principios de Brasilia; leyes y normativas nacionales, como la Ley 22431 de Protección Integral de las Personas con Discapacidad, Ley 26934 (Plan IACOP), Ley 24788 de Lucha contra el Alcoholismo, Ley Nacional N° 26529 Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental, entre otras. Además, se mencionan leyes provinciales como la Ley Provincial N° 2.440 de “Promoción Sanitaria y Social de las personas que Padecen Sufrimiento Mental”, la Ley Provincial N° 3076 Derecho del Paciente y la Ley Provincial N° 4109 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; y algunas resoluciones y reglamentos provinciales como por

ejemplo la Resolución 05/98. Sobre Misiones, funciones y actividades de los Operadores en SM. En conjunto, constituyen un entramado normativo de referencia para las personas trabajadoras de los servicios de SM (Programa SMCyCP, 2023a).

En el portal web del Ministerio de Salud provincial, se encuentran disponibles una serie de documentos y protocolos que mencionaremos a continuación:

- (a) El documento “Lineamientos de Urgencias” (Programa SMCyCP, 2021) que forma parte de una edición por los 30 años de la ley 2440 “Elegimos los riesgos de la libertad”. Está dirigido al equipo de salud dedicado a tareas en las guardias generales, y ofrece definiciones e indicaciones operativas para realizar una adecuada atención de la crisis en SM, es decir, una atención de calidad que implica respetar los derechos de las personas con sufrimiento mental. Incluye recomendaciones de contención verbal y conductual, farmacológica y de sujeción mecánica cuando fuera indispensable. Su lectura nos permite afirmar que se trata de un lineamiento claro para facilitar el abordaje integral y singular de la persona, respetando su dignidad y derechos.
- (b) Consideraciones técnicas para el abordaje en domicilio desde los servicios en SMC. Este documento fue elaborado en el año 2023 por parte de la coordinación provincial del Programa SMCyCP. Ofrece definiciones y recomendaciones claras acerca de la asistencia en casos de emergencia o urgencias en salud mental en domicilio y protocoliza la solicitud de intervención de fuerzas de seguridad cuando así sea necesario, como auxiliar para garantizar los cuidados de la persona en crisis. Todo el documento refuerza la idea de abordaje integral y desde una perspectiva de derechos (Programa SMCyCP, 2023b).
- (c) Sistema de vigilancia epidemiológica de intentos de suicidio (2023). Este lineamiento informa que a partir del 1 de abril del 2023 es obligatoria la notificación de los Intentos de Suicidio, con el objetivo de contar con datos propios. También se especifica el procedimiento para hacerlo efectivo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, mediante dos pasos: detección y notificación. Ofrece link de descargas de herramientas: instructivo y ficha de notificación (Programa SMCyCP, 2023c).

- (d) Link a tres protocolos nacionales vigentes que estandarizan la articulación intersectorial con fuerzas de seguridad, a saber: (1) Fuerzas policiales, resolución n° 506/2013- Pautas para la intervención de los cuerpos policiales y fuerzas de seguridad con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias en riesgo inminente para sí o para terceros; (2) “Pautas de intervención para las fuerzas policiales y de seguridad federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público, 2022.” y (3) Inimputables: Res. 09-2022 - Documento sobre personas con discapacidad psicosocial o intelectual declaradas inimputables privadas de la libertad y recomendaciones para su tratamiento. En conjunto estos tres lineamientos nos permiten contextualizar la presencia de personal policial en sala de internación, tal como aparece en la lectura de historias clínicas y en el relato de personas trabajadoras y usuarias.
- (e) Por último, encontramos el link al documento “Directrices de organización y funcionamiento de servicios de salud mental 2022” (MSN, 2022). Este documento da lineamientos para distintos tipos de organizaciones en SM, incluyendo los Servicios de SM en hospitales generales, con especificaciones acerca de las internaciones por SM. Este último documento explicita que “el sector de internación de salud mental debe estar integrado a la estructura edilicia del establecimiento” (MSN, 2022, pág. 74) y de ser posible ubicarse en planta baja y contar con un área verde propia. A su vez el documento hace referencia a la directriz Organización y funcionamiento de la internación, del MSAL (2021), en donde se sugiere la organización desde un modelo de cuidados progresivos. Sin embargo, aclara que ello no se contrapone a la posibilidad de contar con un ámbito particular de salud mental, al igual que de otros servicios como pediatría o maternidad, dado que por la naturaleza de los cuidados que se requieren pueden mantener unidades diferenciadas combinadas con la organización por cuidados progresivos.

Sabemos que la existencia de leyes y otros lineamientos no garantizan su aplicación, pero brindan un norte que no puede ser ignorado en relación a la adecuación o no de las prácticas de atención.

3.1.2. La provincia de Río Negro y su sistema de salud.

La provincia de RN cuenta con 757.052 habitantes (INDEC, 2023). Está subdividida en seis zonas geográficas: Alto Valle, Valle Medio, Nordeste, Valle Inferior y Costa Atlántica, Línea Sur y Zona Andina; que a su vez conforman 13 departamentos y 39 municipios. Según un Informe del Perfil Sanitario provincial del Ministerio de Salud Nacional, en Río Negro la incidencia de pobreza y la tasa de desempleo se ubican por debajo del promedio nacional y se registran valores más bajos que los nacionales en los indicadores sanitarios ordinarios seleccionados para esa evaluación⁶ (MSN, 2023).

Según dicho informe, la provincia cuenta con un 53,14% del total de población con cobertura por obra social, mientras que un 27% tiene cobertura sólo del programa Sumar⁷, es decir, dependen del sub-sistema público de atención. Además, un 9,6% cuentan con cobertura por empresas de medicina prepaga y un 10,2% por PAMI (MSN, 2023).

Tal como encontramos en otras provincias del país, RN posee un sistema de salud del que participan tres subsectores: público, privado y de obras sociales; caracterizado por un funcionamiento fragmentado y segmentado (Stolkiner, Comes & Garbus, 2011). La importancia relativa que adquiere hace que el subsector público sea el más significativo, dado que en muchas localidades la red pública funciona como único efector de salud. Esto se vincula con el hecho de que la distribución de efectores privados no es uniforme en la provincia, sino que sigue lógicas de rentabilidad, asentándose mayormente en los grandes centros urbanos. Así, se da el fenómeno de que muchas personas que residen en poblados de menor cantidad de habitantes se atienden en efectores públicos de salud aún teniendo cobertura de obra social (MSRN, 2014).

En este mismo sentido, cabe mencionar que las internaciones por SM se realizan casi exclusivamente en hospitales públicos, por falta de adecuación de las instituciones privadas a las normativas de la LNSM. Según el Órgano de revisión de SM, entre los años 2022 y 2023 el 99% de las internaciones se realizaron en el subsector público.

El aumento de la demanda del sistema de salud mental provincial, tiene un impacto mucho más significativo en el subsector público, ya que el 99% de las internaciones se realizaron en hospitales generales, lo cual redundo en que la red de servicios de salud mental del ámbito público se encuentre estresada ante la demanda actual (ORMS, 2023, p 89).

Destacamos que esta situación no sólo afecta negativamente a efectores y usuarios del sistema público que se ve desbordado, sino también a las personas que, teniendo

⁶ En el informe utilizan la Tasa de Mortalidad Infantil y Tasa Bruta de Mortalidad.

⁷ Sumar es un programa nacional que promueve el acceso a servicios de salud de la población que no tiene cobertura formal en salud (Sumar, 2020).

cobertura de salud, no acceden a una internación en su lugar de atención habitual. Así, las personas con cobertura social pueden realizar tratamiento ambulatorio y distintos tipos de terapias con profesionales de manera particular y/o en instituciones privadas; pero, cuando necesitan una internación por motivos de SM, esa opción no está disponible más que en el hospital público. Esta situación queda retratada en una parte del Fallo del año 2019 Prieto Viertel, Gastón S/Ley 26657 Exte. N° U- 3BA-128-F2019 (RC 03487-20), citado por la Defensoría del Pueblo una resolución del año 2023:

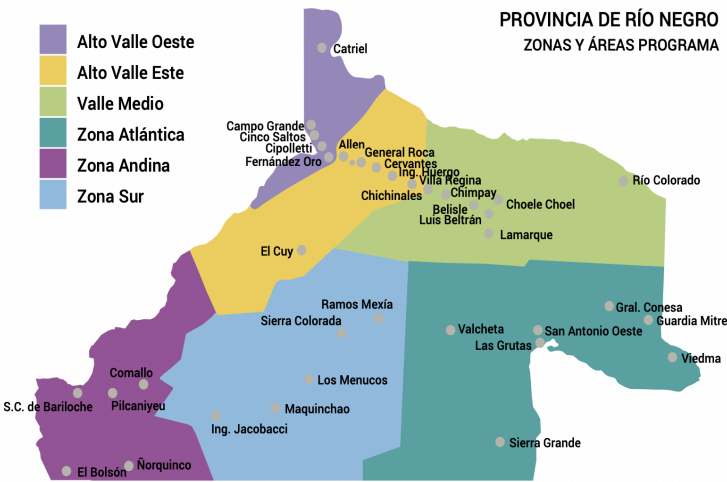
[...] Durante todos estos años, las obras sociales y clínicas han descargado en el hospital público la internación de salud mental sin ninguna razón atendible. De este modo se colapsa el sistema público, generando severas desigualdades. Es tiempo que cada prestador asuma sus obligaciones, máxime recordando que el propio hospital hizo notar que las internaciones de este tipo se cumplen en salas generales y que no resulta exigible ninguna instalación especial que las que cualquier clínica dispone. (Defensoría del Pueblo de RN, 2023, p 3).

Este hecho surge también en las entrevistas a personas trabajadoras y usuarias; y refleja no sólo una de las fallas de articulación entre los subsistemas, sino que muestra uno de los mecanismos por los cuales recursos públicos son derivados para financiar al sector privado y de obras sociales. Así, estos sectores atienden las prestaciones más rentables del campo de SM, pero desatienden e incumplen la ley cuando se trata de prestaciones con menos margen de ganancia.

Continuando con la presentación de la organización sanitaria provincial, cabe mencionar que en RN se combina una distribución territorial por Áreas Programáticas, con el funcionamiento en redes por nivel de complejidad. Así, al interior de cada zona sanitaria encontramos hospitales y centros de salud que brindan prestaciones correspondientes para su nivel de complejidad (III, IV o VI) y, en caso de ser necesario, se deriva a la persona a otra institución de mayor complejidad. Para el caso de SM, tal como se describe más adelante, el criterio de complejidad asume particularidades que la diferencian del criterio general (Ver 1.1.3.).

Las seis zonas sanitarias en las que se organiza la provincia tienen cierto correlato con las zonas geográficas, y son: I Zona Oeste (Alto Valle Oeste), I Zona Este (Alto Valle Este), II Zona (valle medio), III Zona (región atlántica), IV Zona (región andina), V Zona (línea sur). La provincia cuenta con un total de 34 hospitales generales de diversa complejidad, y 184 centros de atención primaria de la salud (MSRN, 2014). Las instituciones se pueden apreciar en la Figura 4.

Figura 4. Instituciones de la Red Sanitaria Pública de Río Negro, 2014.



Fuente: Ministerio de Salud de Río Negro.

Los hospitales generales, que son las principales instituciones en las que se apoya el programa de SMCyCP, así como los centros de salud de cada área programa, reflejan un crisol de condiciones edilicias y una diversidad que se expresa en cuestiones más y menos formales (Pérez & Perner, 2018). Los edificios no siempre cuentan con las medidas de seguridad indicadas a nivel nacional, como son la protección de ventanas y salidas al exterior (MSN, 2022). En este sentido, el Órgano de Revisión ha insistido en la necesidad de revisar las condiciones de internación, tanto en instituciones públicas como privadas, para que se adecúen a lineamientos de cuidado en SM (ORSMRN, 2023).

Además de las cuestiones edilicias se suma que, al momento de redactar esta tesis, el subsistema público de salud se encuentra atravesando una crisis por falta de recursos humanos y materiales, denunciada por grupos de trabajadores de varias instituciones (Maradona, 2024; Piscetta, 2024). Este tema surge al considerar la visión de los trabajadores de salud, quienes precisamente relatan que, muchas veces, las condiciones edilicias de los hospitales, la escasez o falta de medicación y la escasa cantidad de trabajadores son los principales condicionantes al momento de tomar decisiones que hacen a las prácticas de atención y cuidado durante las internaciones, incluso con más relevancia que sus propias convicciones teóricas y políticas en SM.

3.1.3. El Programa de SMCyCP: la red asistencial.

Diversos autores han historizado acerca del proceso de desmanicomialización provincial, sus antecedentes, la sanción de la emblemática Ley 2440, las formas de organización y las actividades en las que se fue tejiendo el accionar desmanicomializador (Cohen & Natella, 1995, 2013; Shiappa Pietra, 2003, 2008; Baffo, 2012; Quintanilla, 2022). Por eso, nos interesa aquí únicamente mencionar los dispositivos que, actualmente, forman parte de la red de servicios, entramado en el cuál las internaciones por SM en los hospitales generales de la provincia adquieren sentido.

Según lineamientos nacionales, el egreso de una internación está condicionado a la existencia de dispositivos de continuidad de cuidados, dado que “El equipo interdisciplinario decide el alta hospitalaria en función de una estrategia territorial de externación e inclusión en la red de servicios que corresponda” (DNSM, 2022, pág. 68). De modo similar, los lineamientos teóricos del modelo de SM rionegrino indican la articulación de múltiples espacios y actores en el cuidado y promoción de la SM (Natella, 2007). Así, se ha afianzado progresivamente una red de servicios insertos en hospitales área programa basados en la comunidad (Programa SMCyCP, 2023a).

En este sentido, vale mencionar que la lógica de *complejidad creciente* al interior de cada zona sanitaria, que describimos como parte del funcionamiento general del sistema público de salud rionegrino, adquiere particularidades distintivas en el caso de los servicios del programa de SMCyCP, que podríamos resumir como una *doble direccionalidad* entre niveles. Ello es así porque se considera que la máxima complejidad está en la comunidad (Schiappa Pietra, 2008). Por lo tanto, no es frecuente que se realicen derivaciones para la atención de personas de hospitales con nivel bajo de complejidad a hospitales con un nivel más alto (como podría suceder, por ejemplo, con alguien que necesita una intervención de una especialidad médica). Para sostener el abordaje en comunidad y evitar el traslado de las personas que viven en parajes o localidades pequeñas, es el propio equipo de SM de hospitales de mayor complejidad el que se traslada hacia hospitales de menor complejidad.

Nos parece relevante este dispositivo renombrado⁸ como “Equipos móviles multipropósito de intervención a distancia” (EMMID) como estrategia para brindar continuidad de cuidados en algunas localidades que no cuentan con equipos interdisciplinarios de SM⁹. Así, referentes de hospitales de mayor complejidad brindan apoyo a equipos locales más pequeños, pero trasladando el recurso humano y evitando el traslado de las personas usuarias. El valor de este dispositivo debe comprenderse como

⁸ Antes llamadas “Patrullas”, se cambió para evitar la semejanza con los móviles policiales

⁹ En algunos hospitales los Servicios de SM cuentan con referentes de una sola disciplina científica, por ejemplo psicólogos.

condicionante de las prácticas de internación, dado que al facilitar la continuidad de cuidados en comunidad se evitan o disminuyen las demandas de internaciones.

Ahora bien, algunos hospitales de complejidad II o III directamente no poseen en sus instalaciones camas de internación. Entonces, siempre que la internación sea indispensable se realiza la derivación de la persona al hospital con servicio de internación más cercano. En estos casos, el equipo de referencia sigue en contacto con el equipo receptor y se activan mecanismos de referencia/contrareferencia.

Otros dispositivos de la red sanitaria que funcionan como condicionantes de las prácticas de internación son: la atención en crisis, las actividades de asistencia individual, grupal o familiar; las visitas domiciliarias, las actividades de acompañamiento en la vida cotidiana y el trabajo intersectorial, entre otras actividades (Programa SMCyCP, 2023a).

Nos detendremos en el dispositivo de atención en crisis, por su relevancia como ámbito de ingreso a internación e incluso como sostén durante su proceso, según veremos más adelante. Esta importancia es destacada por el Ministerio de Salud de la Nación cuando señala las repercusiones de este tipo de abordajes en SM.

La intervención en las urgencias de SM resulta decisiva para definir la evolución de las personas con padecimiento mental. En efecto, un abordaje adecuado de la urgencia que incluya aspectos de cuidado y de promoción de las personas, puede facilitar que la crisis resulte una oportunidad para favorecer el bienestar mental y las condiciones de vida preexistentes (MSN, 2013, p. 8).

Primero, debemos decir que en el nivel provincial en *todas* las áreas programa de la provincia se realiza atención de urgencias de SM las 24 horas. La misma se realiza en primera instancia en la guardia hospitalaria general, desde donde se solicita intervención de la guardia pasiva de salud mental. Ello implica que la recepción del paciente en crisis la realiza el médico de guardia, que es quién activa el llamado al profesional de SM de guardia pasiva. Algunos hospitales de mayor complejidad, actualmente, cuentan con una guardia activa para salud mental. La configuración o modalidad de las guardias depende de los recursos y acuerdos en cada institución, pero habitualmente se realizan por parte de un profesional psicólogo o un profesional médico de SM o psiquiatra. En algunos equipos de la provincia se pudo incorporar la modalidad de atención en duplas interdisciplinarias, con diversas combinaciones entre esas profesiones, sumando algunas veces a trabajadores sociales.

El hecho de que la guardia de SM esté integrada a la guardia general no es casual, sino que es producto de una concepción de la salud y de la crisis en salud mental, que se corresponde con la necesidad de un abordaje integral. Según los lineamientos del programa:

[...] desde una perspectiva de cuidados, la primer asistencia en situaciones de emergencia/urgencia deben encuadrarse en los dispositivos previstos para tal fin, a saber: sistema de emergencias médicas prehospitarias de salud pública o de las Obras sociales y dispositivos de guardia, ya sean estos de los Hospitales Área Programa o de Clínicas o Sanatorios privados [...] *Los Servicios de Salud Mental siempre intervienen en tanto interconsultados toda vez que, luego de una evaluación integral de Salud, se determine la necesidad de su evaluación e intervención. (Programa SMCyCP, 2023b).*

Cabe destacar que, aunque al subsector privado y al de obras sociales les corresponden las mismas responsabilidades en el marco de la LNSM, en la práctica sucede que tanto las urgencias como las internaciones son atendidas casi exclusivamente por el subsector público, como se describió previamente.

Continuando con la descripción de la red de servicios, mencionamos que el programa cuenta con diversos dispositivos intermedios, algunos de los cuales se clasifican como centros diurnos, como por ejemplo Centros de Día y Casas de medio Camino. Otros, como dispositivos de inclusión habitacional con distintos niveles de apoyo, como Casa de Convivencia o Casa Asistida. Además, existen dispositivos de Inclusión Socio-Laboral, como la empresa social y emprendimientos productivos; y espacios Socio Comunitarios como por ejemplo, centros culturales y centros socio comunitarios que son abiertos a la comunidad (Programa SMCyCP, 2023a). Cabe aclarar que la distribución de dispositivos en el territorio provincial no es homogénea ni sigue parámetros claros. El número aproximado de dispositivos intermedios a mayo 2024 es de 25 en todo el territorio provincial (Coordinación de SMCyCP, 2024).

3.1.4. Saberes técnicos y teóricos en juego.

Tal como se desarrolló en el marco teórico, la provincia de Río Negro es pionera en el país en la transformación de sus prácticas de atención. En este apartado vamos a presentar brevemente el método rionegrino de Reflexión-Acción (Schiappa Pietra, 2003; Gutierrez, 2018) y destacar la integración de saberes disciplinares y no disciplinares, que incluyen la figura del operador en SM.

La composición de los equipos de SM de la provincia es un aspecto relevante, dado que a diferencia de las polémicas que se suscitan en otras jurisdicciones, en RN la jefatura de la mayoría de los equipos la desarrollan profesionales de la psicología. También hay jefaturas a cargo de profesionales de trabajo social y de operadores. Actualmente (en mayo 2024) la conducción provincial del programa está a cargo de un operador de salud. La conformación más frecuente de los equipos en HG está dada por las disciplinas psicología, a

la que se suman médicos especializados en SM comunitaria¹⁰ o psiquiatras, además de trabajadores sociales y operadores¹¹.

En relación a la metodología del trabajo, desde el modelo rionegrino se postula un trabajo interdisciplinario, donde se suceden momentos de aportes disciplinarios en las reuniones de equipo y luego momentos específicos y no específicos en la práctica. Los momentos o tareas específicas se refieren a aquellas que realiza cada disciplina desde su especificidad y también desde su corriente teórica (Gutiérrez, 2018). Por ejemplo, indicar la medicación o hacer una psicoterapia serían tareas específicas, mientras que realizar un acompañamiento en una salida de internación sería una actividad que podría ser realizada por cualquier miembro del equipo, independientemente de su profesión. En ese mismo proceso se realiza un movimiento de reflexión en equipo que puede orientar hacia una nueva ejecución en base a los resultados obtenidos. La reunión de equipo es el dispositivo que permite ir de la reflexión a la acción y viceversa, es decir, desde la construcción de la estrategia a su implementación procesual (Schiappa Pietra, 2012).

Por último respecto de los operadores, cabe mencionar que continúan siendo una figura emblemática y a la vez controvertida del modelo provincial (Baffo, 2012). Entre quienes la ponderan como uno de los valores de la desmanicomialización, se destaca su potencialidad para promover el cambio de paradigma, rompiendo las lógicas exclusivamente disciplinares (Schiappa Pietra, 2003). Por otro lado, desde lo empírico sabemos que varios cuestionan su inclusión en salud pública, considerada como *mano de obra barata* para sostener actividades de acompañamiento y cuidado sin invertir en la contratación de profesionales, limitando su aporte al de auxiliares del equipo técnico.

En cuanto al ámbito de internación vemos que se repiten y multiplican las controversias respecto a la presencia del operador: para algunos esta figura no pertenece al interior del hospital, pues vinculan lo comunitario con tareas extra-muros; mientras que para otros su rol es esencial para sostener internaciones en sala común de hospitales generales. Estas diversas consideraciones se reflejan en variadas configuraciones entre servicios: en algunos los operadores están siempre en sala, en otros, están a veces, y hay un conjunto de hospitales en los que no están nunca o sólo lo hacen excepcionalmente y por breves períodos de tiempo. Más adelante en este trabajo retomaremos el tema desde la valoración de las personas internadas y de los trabajadores.

¹⁰ La RISAMC de la provincia forma médicos en SM desde el modelo rionegrino, que no son psiquiatras. Algunos optan por rendir luego un examen para tener esa especialidad. Por eso, en adelante haremos referencia a “médico de SM o psiquiatra” para englobar ambas situaciones.

¹¹ Según estimación del Programa SMCyCP en mayo de 2024 el recurso humano total de la provincia es de: 101 operadores, 141 psicólogos, 13 trabajadores sociales, 28 médicos especialistas en SMC o psiquiatras, 5 psicopedagogos, 1 Terapeuta ocupacional, 2 enfermeros y 7 administrativos.

3.2. CARACTERIZACIÓN SEGÚN EGRESOS POR SM, 2019.

Hemos planteado que en Argentina se precisan más y mejores datos en SM, dada la escasa información disponible respecto al funcionamiento de dispositivos de internación (Gerlero & Augsburger, 2012). Las internaciones en hospitales generales son un dispositivo para dar asistencia oportuna, humanizada y no cronificante, como parte de una estrategia de reemplazo de los manicomios. En este marco, uno de los objetivos específicos del estudio fue caracterizar las internaciones por SM en el nivel provincial, en relación a las instituciones, duración y características de las personas internadas.

Previamente se describieron la fuente, las variables y los mecanismos de análisis (ver capítulo 2 Metodología). Recordemos que trabajamos con el universo de datos disponibles a partir del Informe de Hospitalización de egresos con código diagnóstico comprendido entre F00 y F99 (CIE-10).

Debe tenerse en cuenta que las variables cuantitativas, en tanto indicadores, son insuficientes para caracterizar el modelo de atención o como marcadores de un cambio del modelo manicomial a otro antimanicomial. Sin embargo, la descripción de estos indicadores es un aspecto relevante de un estudio sobre el tema, y resulta vigente según lo presentado durante el estado del arte. Así, las variables presentadas a continuación, serán luego complejizadas a la luz de las variables cualitativas.

En adelante, y con el fin de facilitar la lectura, nos referiremos a los *egresos hospitalarios con códigos diagnósticos F00-F99 CIE-10 de manera simplificada como egresos por salud mental* o bien como *internaciones por salud mental*. En territorios donde se producen en simultáneo internaciones breves con internaciones crónicas, la distinción entre egresos e internaciones se torna fundamental. Sin embargo, como en este estudio nos enfocamos en las internaciones en hospitales generales de la provincia, podemos asumir que cada egreso se corresponde con un proceso de internación. Por eso los términos serán tratados como equivalentes a los fines de esta presentación.

A continuación se presentan las variables de forma individual, haciendo lectura de frecuencias, posición y dispersión; y se realizan algunas interpretaciones según el interés teórico que adquieren los valores en relación a nuestro objeto de estudio, asumiendo que toda descripción implica ya una valoración (Minayo, 2009).

Informamos que las variables *Nivel de instrucción* y *Ocupación* tuvieron una mayoría de datos ausentes¹², por lo que decidimos no incluirlas en la descripción.

¹² Nivel de instrucción tenía datos en 504 de 1488 egresos, es decir, presentaba el 66% de datos ausentes. Por su parte la variable ocupación sólo tenía datos en 300 de 1488 egresos, presentando casi el 80% de datos ausentes.

3.2.1. Egresos según edad y sexo.

Durante el año 2019 se registraron 1488 egresos de SM en el territorio provincial. En relación a la variable sexo¹³, se puede observar que los egresos de mujeres fueron 734 y representan el 49% del total, mientras los varones tuvieron 754 egresos, una proporción de 51%. En la Tabla 2 se observa esta distribución de frecuencias por sexo.

Tabla 2. Número de egresos hospitalarios por salud mental según sexo. Río Negro, 2019.

Sexo	Egresos por SM	
	n	%
Varón	754	51
Mujer	734	49
Total	1488	100

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

n = Número absoluto.
% = Porcentaje.

La distribución por sexo es coherente con la simetría de la distribución por sexos en la población general de la provincia de Río Negro (INDEC, 2023).

En cuanto a la variable edad, encontramos que la media es de 35 años y la mediana de 33 años (Mdn= 744). Es decir, que la mitad de los egresos con código de SM corresponden a personas de 33 años o menos. Para facilitar la presentación y descripción de la variable edad se agruparon los valores en rangos equivalentes de 10 años cada uno (Tabla 3).

Observamos que el rango de edad con mayor frecuencia es el de 21 a 30 años, con el 23% (n= 348) seguido del rango 11 a 20 años con n=327 que representa el 22% de los eventos. Por su parte el rango de 31 a 40 años ocupa el tercer lugar en frecuencia con n= 288 que representa el 19% de los egresos por SM.

¹³ Cabe aclarar que la base de datos no registra género, por lo que se trata de una variable que refiere al sexo en tanto condición biológica y asignada al nacer.

Tabla 3. Número y porcentaje de egresos hospitalarios por salud mental según rango de edad. Río Negro, 2019.

Edad	Cantidad de egresos		FA	
	n	%	n	%
1a 10	12	1	12	1
11 a 20	327	22	339	23
21 a 30	348	23	687	46
31 a 40	288	19	975	66
41 a 50	242	16	1217	82
51 a 60	142	10	1359	91
61a 70	67	4	1426	96
71 a 80	37	2	1463	98
81 a 90	22	1	1485	1
91 a 99	3	0	1488	1
Total	1488	100	1488	1

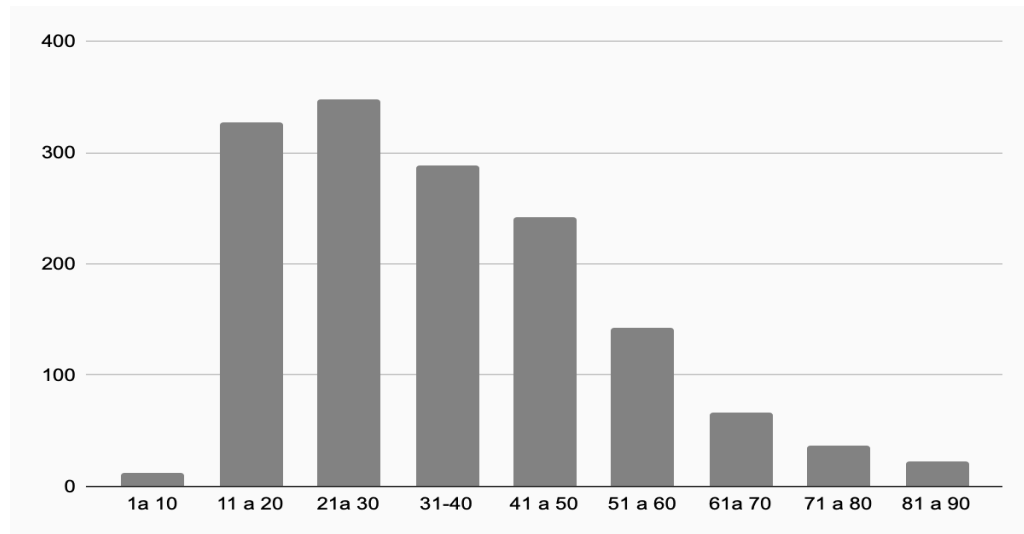
Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, Min de Salud de Río Negro, 2019.

n = Número absoluto.
% = Porcentaje.
FA= Frecuencia acumulada.
FAR = Frecuencia acumulada relativa.

La frecuencia relativa acumulada nos muestra que el 82% de las internaciones por SM en 2019 corresponden a personas con 50 años o menos al momento del egreso. También resulta llamativo que el 23% de los internados son menores de 20 años (niñeces, adolescentes y jóvenes adultos). Ello puede interpretarse como un indicio de accesibilidad para este grupo etario.

El peso relativo de cada rango se visualiza en la Figura 5, que muestra la distribución unimodal asimétrica hacia la izquierda.

Figura 5. Egresos hospitalarios por salud mental según rango de edad. Río Negro, 2019.



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

3.2.2. Egresos según hospitales. Descentralización.

Los 1488 egresos hospitalarios con códigos diagnósticos de SM se corresponden con eventos de internación en todo el territorio provincial, ocurridos en un total de 32 de los 34 hospitales área programa de la provincia¹⁴. Ello puede destacarse como indicador positivo de la descentralización territorial, uno de los ejes de la reforma provincial (Cohen & Natella, 1995).

Sin embargo, la frecuencia de los eventos es ampliamente heterogénea entre instituciones, estableciendo un rango que va de 1 a 285 egresos por año. Observamos que un 25% de instituciones se registraron menos de 12 eventos de internación, es decir, que en promedio tuvieron hasta un egreso al mes por razones de SM (Tabla 4). La mayoría de las instituciones (un 38%) tuvieron entre 13 y 36 egresos, es decir, un promedio de dos a tres egresos mensuales. También observamos que apenas 3 hospitales (9%) tuvieron más de 120 egresos anuales, lo que representa un promedio de más de 10 egresos al mes para el año en estudio.

¹⁴ El único hospital del que se informan internaciones por otras causas sin registrar egresos con códigos de SM es el hospital de Pilacaniyeu, en la zona sanitaria V Línea Sur. Este hospital en 2019 tuvo apenas 9 egresos por todas las causas.

Tabla 4. Número de hospitales generales según la frecuencia anual de egresos por salud mental. Río Negro, 2019.

Egresos por SM		Hospitales Generales	
Anuales	Mensual ^a	n	%
Hasta 12	1	8	25
13 a 36	2 a 3	12	38
37 a 60	4 a 5	5	16
61 a 120	6 a 10	4	12
121 a 285	+10	3	9
Total		32	100

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

n = Número absoluto.

% = Porcentaje.

^a Promedio mensual estimado en base al total de egresos para el grupo.

Los hospitales de área programa (HAP) con mayor cantidad de egresos con códigos diagnósticos de SM fueron los correspondientes a las áreas programa de: SC Bariloche con un total de 285 egresos (19%) seguido de General Roca con un total de 182 egresos en 2019, que representó el 12,23% del total de egresos de SM en la provincia. Este dato es coherente al tratarse de dos de los cuatro hospitales de mayor nivel de complejidad, emplazados en las localidades más pobladas de la provincia.

Otras instituciones con numerosos eventos de este tipo de internaciones fueron: El Bolsón, con 150 egresos (10%); Villa Regina con 117 egresos (7,9%); y Viedma con 115 egresos, que representan el 7,7% del total de egresos por SM en la provincia en el 2019 (Tabla 5).

Tabla 5. Cantidad y porcentaje de egresos por salud mental, para cada institución. Río Negro, 2019.

Institución	NCH	Egresos por SM n	%
HAP S.C. DE BARILOCHE	VI	285	19,15
HAP GRAL ROCA	VI	182	12,2
HAP EL BOLSÓN	IV-B	150	10
HAP VILLA REGINA	IV -A	117	7,9
HAP VIEDMA	VI	115	7,7
HAP CHOELE CHOEL	IV -A	66	4,4
HAP SAN ANTONIO OESTE	IV-B	64	4,4
HAP INGENIERO HUERGO	III	48	3,2
HAP CINCO SALTOS	IV -A	44	3
HAP INGENIERO JACOBACCI	IV-B	43	2,9
HAP RÍO COLORADO	IV-B	44	2,9
HAP CATRIEL	IV-B	39	2,6
HAP SIERRA GRANDE	IV-B	29	1,9
HAP LAMARQUE	III	29	1,9
HAP LUIS BELTRÁN	III	27	1,8
HAP CIPOLLETTI	VI	24	1,6
HAP VALCHETA	IV-B	23	1,5
HAP SIERRA COLORADA	III	23	1,5
HAP ALLEN	IV -A	20	1,3
HAP GENERAL CONESA	IV-B	20	1,3
HAP GUARDIA MITRE	III	18	1,2
HAP ÑORQUINCO	III	15	1
HAP LOS MENUCOS	III	14	0,9
HAP MAQUINCHAO	III	13	0,9
HAP COMALLO	III	11	0,7
HAP CHIMPAY	III	7	0,5
HAP CORONEL BELISLE	III	7	0,5
HAP RAMOS MEXIA	II	4	0,3
HAP CHICHINALES	III	3	0,2
HAP CAMPO GRANDE	III	1	0
HAP POMONA	III	1	0
HAP EL CUY	II	2	0
Total		1488	100

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

NCH = Nivel de Complejidad Hospitalaria.

HAP= Hospital Área Programa.

n = Número absoluto.

% = Porcentaje.

Destacamos que se realizan internaciones por SM en hospitales de diverso grado de complejidad (desde III a VI), no sólo en hospitales de máxima complejidad. También notamos que las instituciones que tuvieron hasta 12 egresos anuales son todas de baja complejidad (II o III). Vale aclarar que algunas instituciones con bajo nivel de complejidad no cuentan con camas de internación y derivan para todo tipo de internaciones (ya sea de clínica médica o de SM) a la institución de nivel superior más cercana.

También observamos que, dentro de un mismo nivel de complejidad, la variación en la frecuencia de egresos por SM es bastante amplia. Por ejemplo, para la complejidad IV-B la frecuencia de egresos va de 20 (en HAP Conesa) a 150 egresos anuales en HAP El Bolsón. Debemos tener en cuenta, también, que esas instituciones presentan diversas conformación de equipos de SM, con y sin dispositivos intermedios.

En la Tabla 6 se agrupan egresos según nivel de complejidad hospitalaria, mostrando que instituciones de mayor complejidad son responsables por 40% de los egresos (n= 606), pero que en otros niveles también se producen internaciones.

Tabla 6. Número y porcentaje de egresos hospitalarios por salud mental, según nivel de complejidad hospitalaria y cantidad de hospitales. Río Negro, 2019.

NCH	Hospitales	Egresos por SM	
	n	n	%
II	2	6	0,4
III	14	217	14,5
IV-B	8	412	27,7
IV-A	4	247	16,6
VI	4	606	40,7
Total	32	1.488	100

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

NCH = Nivel de Complejidad hospitalaria.
SM = Salud Mental.
n = Número absoluto.
% = Porcentaje.

Además de conocer la distribución de los egresos según nivel de complejidad hospitalaria, vimos necesario conocer la distribución según zona sanitaria, dado que ello representa una de las heterogeneidades de la provincia. Destacamos que cada zona tiene diversa densidad poblacional y otras diferencias demográficas, sociales, económicas y culturales. La frecuencia de egresos hospitalarios con código diagnóstico por SM agrupados por zona sanitaria se presentan en la Tabla 7 y Figura 6.

Tabla 7: Cantidad y porcentaje de egresos hospitalarios por salud mental, según zona sanitaria. Río Negro, 2019.

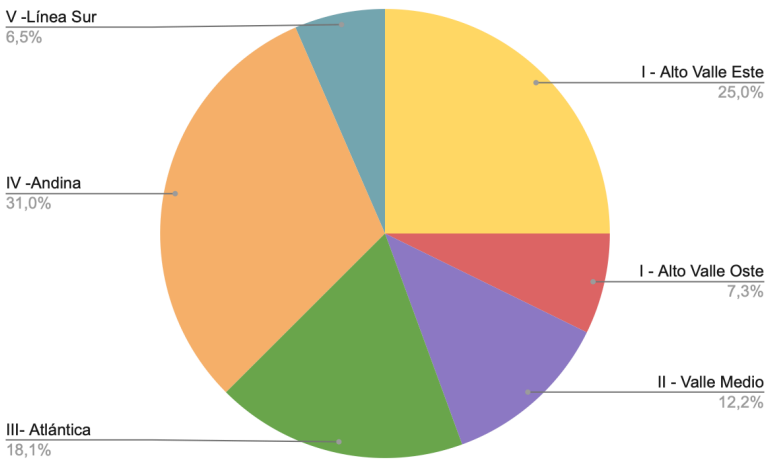
Zona sanitaria	Egresos por SM	
	n	%
I - Alto Valle Este	372	25
I - Alto Valle Oeste	108	7,2
II - Valle Medio	181	12,2
III- Atlántica	269	18
IV -Andina	461	31
V -Línea Sur	97	6,6
Total	1488	100

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, Min de Salud de Río Negro, 2019.

SM = Salud Mental.
n = Número absoluto.
% = Porcentaje.

Se puede observar que en la zona sanitaria IV- Andina se concentran la mayor cantidad de egresos, con 461 (31%); seguida de la zona I Alto Valle Este con 372 (25%). La zona V - Línea Sur es la que tiene menor cantidad de egresos por SM en el período estudiado con 97 (6,6%).

Figura 6. Egresos hospitalarios por salud mental según zona sanitaria. Río Negro, 2019.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

Para valorar adecuadamente estos datos, los pondremos en relación con la cantidad de habitantes de cada zona sanitaria, a fin de estimar la relación egresos por habitantes. Se presentan los resultados en la Tabla 8.

Tabla 8: Relación entre egresos hospitalarios por salud mental y cantidad de habitantes, según zona sanitaria. Río Negro, 2019.

Zona sanitaria	Habitantes en 2014 ^a		Egresos por SM		Razón egresos por habitantes ^b
	n	%	n	%	
I- Alto Valle Este	191.576	27,81	372	25	1,94
I- Alto Valle Oeste	157.959	22,93	108	7,2	0,68
II -Valle Medio	54.283	7,88	181	12,2	3,33
III - Atlántica	109.875	15,95	269	18	2,44
IV - Andina	153.274	22,25	461	31	3
V - Línea Sur	21.906	3,18	97	6,6	4,4
Total	688.873	100	1.488	100	2,16

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas provinciales 2019 y Datos del Informe 2014-2015 del Min de Salud de Río Negro, 2014.

SM = Salud Mental.
n = Número absoluto.
% = Porcentaje.
^a Datos disponibles agrupados por zona sanitaria para el año 2014.
^b Por 1.000 habitantes.

Podemos observar que la zona sanitaria V - Línea Sur es la que tiene mayor relación egresos por habitantes, alcanzando 4,4 egresos cada 1000 habitantes. En zona II Valle Medio y en la IV- Andina la razón es similar, con 3,33 y 3 egresos cada 1000 habitantes cada una. La razón más baja corresponde a la zona I Alto Valle Oeste, con apenas 0,68, menos de un egreso anual cada 1000 habitantes. Notamos el contraste entre las zonas Alto Valle Este y Oeste, con 1,94 y 0,68 respectivamente, dado que son colindantes geográficamente y presentan similitudes en cuanto a sus características poblacionales y culturales. Ello podría indicar menor accesibilidad a internación para los habitantes del Alto Valle Oeste.

3.2.3. Egresos según duración. Menor tiempo de exclusión.

Hasta ahora hemos considerado la cantidad de egresos sin observar la duración de cada uno de esos eventos de internación. En la tabla 9 se presentan egresos por institución, con días totales de internación y el promedio de días de estadía.

Tabla 9. Egresos hospitalarios por salud mental por institución, días totales de internación y promedio de días de estadía. Río Negro, 2019.

Institución	Días	Egresos	Promedio Estadía
HAP S.C. DE BARILOCHE	2233	285	7,84
HAP GRAL ROCA	1306	182	7,18
HAP EL BOLSÓN	1177	150	7,85
HAP VILLA REGINA	642	117	5,49
HAP VIEDMA	554	115	4,82
HAP SAN ANTONIO OESTE	458	64	7,16
HAP CHOELE CHOEL	417	66	6,32
HAP RÍO COLORADO	389	44	8,84
HAP CATRIEL	355	39	9,10
HAP INGENIERO HUERGO	317	48	6,60
HAP VALCHETA	248	23	10,78
HAP CINCO SALTOS	215	44	4,89
HAP ING. JACOBACCI	185	43	4,30
HAP LAMARQUE	180	29	6,21
HAP SIERRA GRANDE	174	29	6,00
HAP LUIS BELTRÁN	150	27	5,56
HAP GENERAL CONESA	142	20	7,10
HAP CIPOLLETTI	128	24	5,33
HAP SIERRA COLORADA	120	23	5,22
HAP GUARDIA MITRE	110	18	6,11
HAP MAQUINCHAO	106	13	8,15
HAP LOS MENUCOS	94	14	6,71
HAP ÑORQUINCO	90	15	6,00
HAP ALLEN	89	20	4,45
HAP COMALLO	51	11	4,64
HAP CHIMPAY	23	7	3,29
HAP RAMOS MEXIA	18	4	4,50
HAP CORONEL BELISLE	14	7	2,00
HAP CAMPO GRANDE	6	1	6,00
HAP CHICHINALES	6	3	2,00
HAP POMONA	3	1	3,00
HAP EL CUY	2	2	1,00
Total general	10.002	1488	6,72

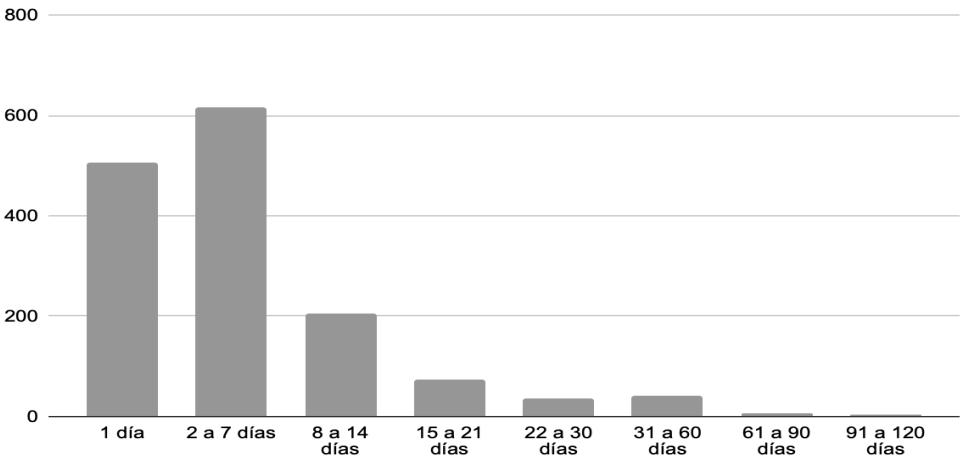
Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

Observamos que el promedio de días de estadía es diverso entre distintos hospitales, en un rango que va de 1 a 10,78. El promedio provincial es de 6,72 días lo cual baja por 6 días el valor de la media de internación evaluado en 2009 (IESSM, 2009) y las medias internacionales de 12 días de internación (Basauri, 1993, Gerlero, 2012). Este resultado cobra relevancia en la búsqueda de alternativas a la atención manicomial, dado que nos permite suponer que si se efectiviza la accesibilidad a internaciones en HG cuando ellas sean necesarias, las mismas resultan más cortas y eficaces.

En Apéndice H - Tabla 1 se presenta la cantidad de internaciones por duración, con frecuencia relativa y acumulada. Encontramos que el rango (escala intervalar) es de 1 a 174 días. La mediana corresponde a 3 días, es decir, que el 50% de los eventos de internación tienen una duración de hasta 3 días. La frecuencia para un día de internación representa el 34% del total de las internaciones. Ello implica que el Q1 se encuentra en 1 día de internación, mientras que el Q3 se encuentra en los 7 días, es decir, que el 75% de las internaciones tienen una duración de hasta 7 días. Notamos que el 90% de las internaciones tuvo una duración de hasta 15 días.

Los datos del Apéndice H - Tabla 1 se resumen en la Figura 7 donde observamos la duración agrupada en intervalos no equivalentes, pero que resultan de interés teórico.

Figura 7. Duración de las internaciones por salud mental en intervalos no equivalentes. Río Negro, 2019.



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

Observamos que apenas el 0,8 % de las internaciones con egresos con códigos diagnósticos de SM supera los 60 días y apenas el 0,3% de los eventos supera los 90 días. Estos datos respecto de la duración de la internación son positivos para un modelo de reforma en SM que busca disminuir la exclusión y el estigma, y hay que interpretarlos en relación a la menor probabilidad de aislamiento social que representan las internaciones breves. Sin embargo, también debe considerarse que este análisis no permite conocer si se generan episodios de re-internaciones de una misma persona.

La frecuencia de egresos con código diagnóstico de SM con una duración de un día resulta significativa, y podría significar el uso del espacio de internación en HG para atención de la crisis, según lo prevé el modelo rionegrino. Por otro lado, y dado que estos datos no nos permiten visualizar si las hospitalizaciones corresponden a una misma persona, debemos considerar el riesgo de puerta giratoria, es decir, que las internaciones sean la única medida terapéutica sin articular con la continuidad de cuidados. Este tema, por su relevancia para la investigación, será retomado más adelante con datos de las lecturas de historias clínicas y a partir de los dichos de las personas entrevistadas.

3.2.4. Tipo de egreso. Indicios de la continuidad de cuidados.

La duración de los eventos de internación debe considerarse en relación a la variable *tipo de egreso*. Encontramos que el 89% de los egresos se registraron como motivo de *Alta médica*, como se presenta en la Tabla 10. Ello podría estar vinculado a la continuidad de cuidados en ambulatorio posterior al alta de internación.

Tabla 10. Número y porcentaje de egresos hospitalarios por salud mental, según tipo de egreso. Río Negro, 2019.

Motivo de egreso	Egresos por salud mental	
	n	%
Alta Médica*	1331	89
Traslado	39	3
Defunción	10	1
Retiro voluntario	49	3
Otros	59	4
Total	1488	100

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, Min de Salud de Río Negro, 2019.

n = Número absoluto.

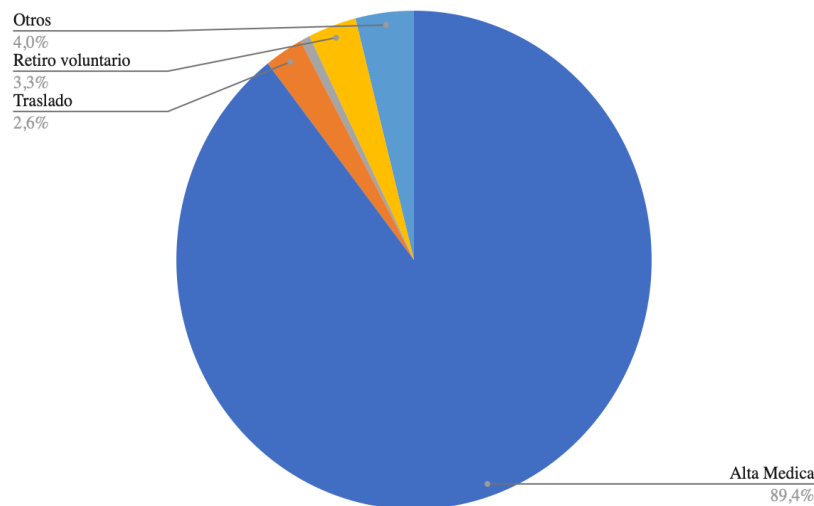
% = Porcentaje.

*Se agrupan como alta médica de manera genérica a las altas firmadas por un profesional de la salud, sin distinción si se trata de médico, psicólogo u otro.

La frecuencia absoluta de la categoría Alta Médica es de 1331 internaciones. El *Retiro voluntario* como tipo de egreso en estas internaciones es de apenas el 3% (n=49) hecho que resulta importante dado que podría significar, para estos egresos, un peor vínculo terapéutico y menos posibilidades de continuidad de cuidados. El tipo de egresos por *defunción* aparece en el 1% de los egresos (n=10) lo que contrasta con la frecuencia de muerte en los manicomios, si consideramos que históricamente la muerte era el habitual destino de las personas internadas (Basaglia, 2008; Pierri, 2016).

Por su parte, la cantidad de egresos cuyo motivo es *traslados* (n=39) resulta llamativa, dado que, si bien representa el 3% de los egresos, equivale al 25% de los egresos sin alta médica. Ello abre el interrogante de si esos traslados se deben a derivaciones a otros servicios de la red pública o bien corresponden a derivaciones al sector privado. Una posibilidad es que se trate de la contratransferencia a sus lugares de origen, dado que los equipos de hospitales de complejidad II no prestan el servicio de internación. El peso relativo de cada tipo de egreso se destaca en la Figura 8 donde se observa la concentración de valores en *Alta Médica*.

Figura 8. Egresos hospitalarios por salud mental según tipo de egreso. Río Negro, 2019.

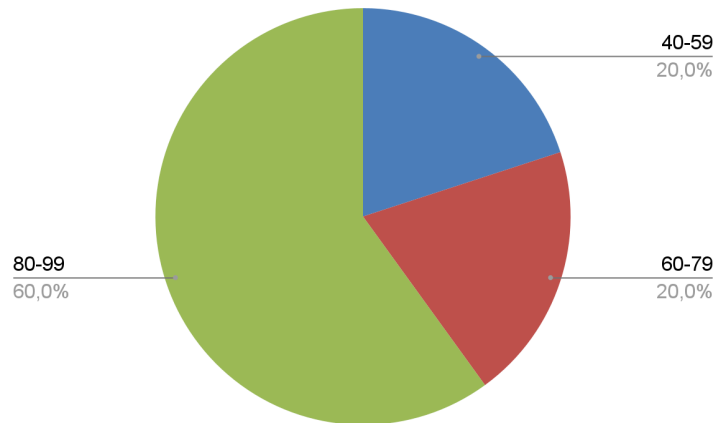


Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

Aunque proporcionalmente una minoría de casos tuvo como motivo de egreso defunción, nos pareció importante analizar estos 10 casos de internación. Encontramos que, en cuanto a la edad, dos personas eran adultos jóvenes (de 44 y 59 años), otras dos

personas tenían entre 70 y 80 años. La mayoría (6 personas) tenían más de 80 años (80, 83, 86, 87, 90 y 93 años) tal como se resume en la Figura 9.

Figura 9. Edad de las personas con egreso hospitalario por defunción (n=10). Río Negro, 2019.



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

Vimos que, en todos los casos, los códigos diagnósticos asociados remiten al grupo F00-F09 (Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos). Seis de ellas estuvieron internadas entre 1 y 5 días antes de su defunción; y las otras cuatro personas estuvieron internadas entre 11 y 21 días antes de su muerte.

3.2.5. Egresos por SM y por todas las causas en el HG.

Encontramos que el total de 1488 egresos hospitalarios con códigos diagnósticos por SM representa el 3,25% del total de egresos de internación por todas las causas (n= 45.763). Hay que tener en cuenta que en Río Negro existe 1,5 camas disponibles por 1.000 habitantes, y que para el año 2019 el porcentaje de ocupación de camas fue de un total de 43,8 % (MSRN, 2019).

Se evidencia una gran variabilidad en el territorio provincial en cuanto a la proporción de egresos por SM sobre egresos totales, en un rango que va desde el 0,8% en algunos hospitales, hasta alcanzar el 21,4 % en otros (Tabla 11).

Tabla 11. Número de egresos hospitalarios por salud mental y de egresos por todas las causas y porcentaje de egresos por salud mental, por institución. Río Negro, 2019.

Establecimiento	NCH	EGSM n	EGT n	Relación EG.SM / EG.T
HAP CIPOLLETTI	VI	24	2738	0,8
HAP ALLEN	IV -A	20	2254	0,9
HAP CAMPO GRANDE	III	1	56	1,8
HAP RÍO COLORADO	IV-B	44	2019	2,1
HAP INGENIERO JACOBACCI	IV-B	43	1668	2,4
HAP MAQUINCHAO	III	13	504	2,5
HAP CHIMPAY	III	7	262	2,6
HAP CHOELE CHOEL	IV -A	66	2393	2,7
HAP CINCO SALTOS	IV -A	44	1584	2,8
HAP SIERRA GRANDE	IV-B	29	947	3
HAP GRAL ROCA	VI	182	5859	3,1
HAP VIEDMA	VI	115	3679	3,1
HAP SAN ANTONIO OESTE	IV-B	64	1953	3,2
HAP GENERAL CONESA	IV-B	20	592	3,3
HAP RAMOS MEXIA	II	4	119	3,3
HAP VILLA REGINA	IV -A	117	3072	3,8
HAP POMONA	III	1	25	4
HAP COMALLO	III	11	238	4,6
HAP CORONEL BELISLE	III	7	141	4,9
HAP LUIS BELTRÁN	III	27	542	4,9
HAP EL CUY	II	2	39	5,1
HAP BARILOCHE	VI	285	5525	5,1
HAP CATRIEL	IV-B	39	709	5,5
HAP EL BOLSÓN	IV-B	150	2529	5,8
HAP VALCHETA	IV-B	23	371	6,2
HAP LOS MENUCOS	III	14	202	6,9
HAP INGENIERO HUERGO	III	48	520	9,2
HAP ÑORQUINCO	III	15	113	13,2
HAP GUARDIA MITRE	III	18	109	16,5
HAP CHICHINALES	III	3	18	16,6
HAP LAMARQUE	III	29	173	16,7
HAP SIERRA COLORADA	III	23	107	21,4

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

NCH = Nivel de Complejidad hospitalaria.

EGSM = Egresos por Salud Mental

EGT = Egresos totales, por todas las causas

Al considerar el porcentaje de egresos por SM sobre egresos por todas las causas según el nivel de complejidad hospitalaria, observamos que en hospitales de complejidad III esa relación adquiere un valor más alto, con el 7,2 (Tabla 12). Ello implica que para el conjunto de hospitales de complejidad III, los egresos por SM representan un promedio del 7,2 % del total de egresos. El valor más bajo en esa relación es para el conjunto de hospitales de complejidad IV-A, con un valor de apenas el 2,6% para esa relación. En valores intermedios y similares al promedio provincial, encontramos al conjunto de hospitales de complejidad II, IV-B y VI (máxima complejidad).

Tabla 12. Número de egresos por salud mental y de egresos por todas las causas y porcentaje de egresos por salud mental, según nivel de complejidad hospitalaria. Río Negro, 2019.

NCH	Egresos por SM n	Egresos totales n	Relación egresos SM / egresos totales
II	6	158	3,8
III	217	3010	7,2
IV -A	247	9303	2,6
IV-B	412	10788	3,8
VI	606	17801	3,4
Total	1488	41060	3,6

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

NCH = Nivel de Complejidad hospitalaria.
SM = salud mental.
n= Número absoluto.

Además del nivel de complejidad, hemos planteado que cada zona sanitaria tiene sus particularidades y representa una de las heterogeneidades provinciales. Por eso interesa considerar el porcentaje de egresos por SM en relación al total de egresos, para cada zona (Tabla 13). Podemos observar que es en la Zona IV- Andina donde adquiere un valor mayor, alcanzando el 5,5% y ubicándose por sobre el promedio provincial. Por su parte la zona I Alto Valle Oeste tiene el valor más bajo, y los egresos por SM representan apenas el 2,12 % del total de egresos hospitalarios. Las restantes cuatro zonas (I Alto Valle Este, II Valle Medio, III Atlántica y V Línea Sur) presentan valores similares y cercanos al promedio provincial, en un rango entre 3,16 y 3,73.

Tabla 13. Número de egresos por salud mental y de egresos por todas las causas y porcentaje de egresos por salud mental, según zona sanitaria. Río Negro, 2019.

Zona Sanitaria	EGSM n	EGT n	Relación EGSM y EGT n
I - Alto Valle Este	372	11762	3,16
I - Alto Valle Oeste	108	5087	2,12
II - Valle Medio	181	5555	3,25
III- Atlántica	269	7651	3,5
IV -Andina	461	8405	5,5
V -Línea Sur	97	2600	3,73
	1488	41060	3,6

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

NCH = Nivel de Complejidad hospitalaria
SM = salud mental
EGSM = Egresos por Salud mental
EGT = Egresos totales, por todas las causas.

3.2.6. Egresos según grupos de sub-códigos diagnósticos.

Dejamos para el final de esta presentación la descripción de los egresos según los sub-códigos de la CIE-10 que se agruparon siguiendo la estructura del manual, tal como fue explicado en el apartado de metodología. Observamos en la Tabla 14 que cada subconjunto de códigos adquiere un valor diferencial, con marcadas asimetrías entre ellos. Así, son valores extremos un total de 9 para los códigos F80-F89, que agrupa diversos Trastornos del desarrollo psicológico; mientras que alcanza un total de 481 para los egresos con sub-códigos de F10 a F19, que agrupa Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancia psicoactivas (incluyendo alcohol y otras sustancias). Esta categoría es la que alcanza un mayor peso proporcional, pues representan el 32 % de los eventos de internación por SM en el año 2019. Esto resulta importante teniendo en cuenta que las adicciones presentan un desafío para los hospitales públicos y es tema de debate y fuertes resistencias su integración a la SM.

Otras categorías que le siguen en importancia relativa son F40 a F49 (Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos) con el 17%, y en tercer lugar los códigos diagnósticos F20 a F29 que corresponden a Esquizofrenia,

trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, con una frecuencia del 15% en los egresos del año 2019.

Tabla 14. Cantidad y porcentaje de egresos por salud mental según grupos de sub-códigos CIE-10. Río Negro, año 2019.

Código Diagnóstico CIE- 10	Egresos por salud mental	
	n	%
Sin datos	4	0
F1 a F09	41	3
F10 a F19	481	32
F20 a F29	237	15
F30 a F39	213	14
F40 a F49	252	17
F50 a F59	19	1
F60 a F69	177	12
F70 a F79	14	1
F80 a F89	9	1
F90 a F99	41	3
Total	1488	100

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

n = Número absoluto.
% = Porcentaje.

Al combinar la variable diagnóstico al egreso con la variable sexo, observamos una distribución diferencial en algunas categorías diagnósticas según sexo. Así, mientras para los varones las categorías F10-F19 significan el 48,5% de los egresos, para las mujeres representan sólo el 15%, como podemos observar en la Tabla 15.

Tabla 15. Cantidad y porcentaje de egresos hospitalarios de salud mental según grupos de sub-códigos CIE-10 y sexo. Río Negro, 2019.

DX CIE-10	Sexo masculino		Sexo femenino		Total
	n	%	n	%	
/	4	0,5	0	0	4
F1 a F09	22	2,9	19	2,6	41
F10 a F19	366	48,5	115	15,6	481
F20 a F29	141	18,7	96	13,1	237
F30 a F39	63	8,3	150	20,5	213
F40 a F49	70	9,3	182	24,7	252
F50 a F59	10	1,3	9	1,3	19
F60 a F69	48	6,4	129	17,6	177
F70 a F79	9	1,3	5	0,7	14
F80 a F89	4	0,5	5	0,7	9
F90 a F99	17	2,2	24	3,2	41
Total	754	100	734	100	1488

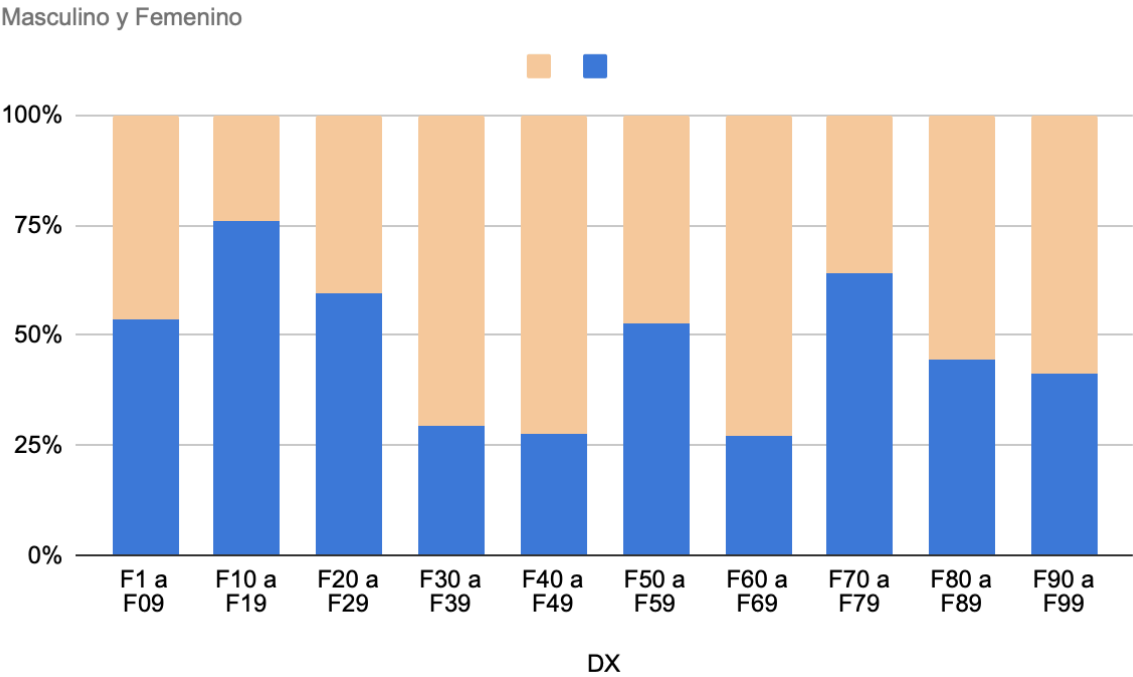
Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, Min de Salud de Río Negro, 2019.

DX= Código diagnóstico.
n = Número absoluto.
% = Porcentaje.

En la Figura 10 se pone de relieve la distribución desigual de algunas categorías diagnósticas por sexo. Así, para la categoría F10-F19 el 76% se corresponde con egresos de varones. Ello puede deberse al mayor impacto de las adicciones entre varones, o bien a la menor visibilidad del problema entre mujeres. Como contrapartida, para las mujeres, las dos categorías diagnósticas con mayor peso fueron los Trastornos neuróticos, somatomorfos y relacionados al estrés (F30 a F39) y los Trastornos del humor (F40-F49).

Otras categorías diagnósticas, como las F20-F29 y F50-F59 presentaron una distribución más homogénea entre hombres y mujeres.

Figura 10: Porcentaje de egresos hospitalarios de salud mental según sexo, para cada grupo de sub-códigos CIE-10. Río Negro, 2019.



Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas provinciales, MSRN, 2019.

3.2.7. Reflexiones provisionarias para continuar el análisis.

El análisis descriptivo de los 1488 egresos hospitalarios con código diagnóstico de SM en 2019, nos permite visualizar el logro de algunos parámetros de la reforma, como son la descentralización y el menor tiempo de estadía, que se traduce en menor riesgo de exclusión.

La descentralización la analizamos en relación a la frecuencia de internaciones en todo el territorio provincial, tanto en hospitales de baja, mediana y alta complejidad. (Tabla 5 y 6). Observamos que en todas las zonas sanitarias se realizan este tipo de internaciones (tabla 7).

El tiempo de estadía se verificó como heterogéneo entre hospitales, pero con un promedio de 7 días aún con casos extremos (Tabla 9, Figura 7). Este dato debe ponerse en relación al tipo de egreso, que mostró ser para casi un 90% de las veces Alta Médica (Tabla 10), siendo el alta voluntaria de menor relevancia. Ambos datos nos permiten suponer la continuidad de cuidado, pero el tipo de estudio de corte transversal no nos permite descartar

posibles riesgos advertidos en procesos de reforma, como por ejemplo el fenómeno de *puerta giratoria*.

Otros parámetros de beneficios esperados durante las internaciones en hospital general, como son más accesibilidad y un abordaje integral, se vislumbran con menor claridad. Por un lado corroboramos el uso de internación por SM de personas de ambos sexos y de distintos grupos etarios, con predominio de jóvenes adultos y un promedio de edad de 35 años (Tabla 2 y 3, Figura 5). Además, se observó la diversidad de sub-códigos diagnósticos de la CIE-10 que durante el año en estudio fueron asignados a los egresos (Tabla 14). Ello lo ponemos en relación al acceso a este tipo de internaciones, incluyendo a personas con consumo problemático o adicciones. Sin embargo, notamos que la razón entre egresos y el número de habitantes de cada zona, presenta fuertes diferencias entre áreas programa (Tabla 8). De modo similar, el bajo porcentaje de egresos por SM en relación a los egresos totales, particularmente en algunas instituciones y zonas sanitarias, nos alerta sobre posibles asimetrías en el acceso al interior del territorio provincial (Tabla 13).

Algunos de estos parámetros nos sirvieron de referencia para realizar el muestreo cualitativo de hospitales, de historias clínicas y de personas usuarias en relación a cada hospital. Por otro lado, el análisis cuantitativo nos permitió generar nuevas hipótesis que también tuvimos en cuenta en el diseño de herramientas de colecta y análisis de datos.

En el capítulo 4, Discusión, retomaremos algunas de estas consideraciones en articulación con datos cualitativos.

3.3. ANÁLISIS DEL MODELO PROMOCIONAL RIONEGRINO.

3.3.1. HC en Río Negro ¿qué nos pueden decir? Datos presentes y ausentes.

En este apartado vamos a presentar el análisis de 45 eventos de internación, realizado a partir de la lectura de HC de personas que estuvieron internadas durante el año 2019 en alguno de los seis hospitales que formaron parte de la muestra cualitativa.

Las Historias Clínicas se han utilizado no sólo para reconstruir modelos teóricos de la medicina en distintos contextos científicos, sino que, además, permiten vislumbrar aspectos del funcionamiento hospitalario y características de la praxis clínica realizada (Huertas, 2001). En palabras del autor:

Así pues, aunque una determinada patografía contiene información sobre un enfermo concreto, único e irrepetible; dicha información, repetida y sistematizada, puede servir para caracterizar y tipificar marcos conceptuales o modelos de actuación médica o psiquiátrica. Al abordar las historias clínicas de un establecimiento asistencial —público o privado—, la historia de las ideas y la historia social de la psiquiatría se entrecruzan obligatoriamente (Huertas, 2001, p.22).

En nuestro caso, para estudiar las internaciones por SM en sala común de HG buscamos superar una visión exclusivamente técnica. Sabemos que los modelos de atención no tienen un correlato directo en la práctica cotidiana de los procesos de trabajo en salud; sin embargo, nos aportan una referencia para describir y caracterizar esas prácticas de atención durante las internaciones. Tal como afirma Menendez (2009), es en la dialéctica entre *modelo e historicidad* que podemos vislumbrar la complejidad de los fenómenos sociales e históricos. Por eso, realizamos una lectura de HC buscando señales del modelo de atención promocional rionegrino o bien señales de la persistencia del modelo manicomial.

Tuvimos en cuenta que la necesidad del registro en las HC responde tradicionalmente a intereses científicos, estadísticos, administrativos y/o judiciales. Pero además, a partir del cambio de paradigma en SM hacia un enfoque de derechos, las HC adquieren un valor instrumental en la promoción de autonomía, dado que es una fuente de la información acerca del tratamiento a la que el paciente tiene derecho de acceder (Marquevich, 2012).

Antes de presentar los resultados del análisis, resulta oportuno describir brevemente las HC a las que accedimos. Recordemos que en el sector público de salud las HC tienen un soporte en papel, y que una dupla de investigadores realizó su lectura y carga de datos en una fecha acordada a tal fin, como se presentó en el capítulo de metodología. Notamos que el archivo de las historias clínicas es bueno: se realiza en carpetas de cartulina de diversos colores que se identifican en la portada con un número de HC. En el interior de cada

carpeta, encontramos hojas blancas o preimpresas en buen estado en general y con anotaciones en su mayoría legibles.

Las HC en la provincia tienen una estructura en cuatro partes: al inicio encontramos una hoja de identificación, con datos personales que incluyen domicilio y formas de contacto; a continuación las hojas de consultorio externo, donde se registran las prestaciones ambulatorias de diversas disciplinas; en tercer lugar encontramos las internaciones, que pueden estar en orden cronológico (las más antiguas primero y las más recientes después), pero también hay otras en donde ese orden puede ser decreciente (es decir, las más recientes adelante). En una cuarta parte encontramos hojas con resultados de estudios de imágenes u otros análisis de práctica ambulatoria. En general, encontramos que las HC fueron prolijas y ordenadas, pero algunas pocas presentaron hojas mezcladas y/o faltantes.

A su vez, cada evento de internación tiene un orden interno: comienza con la hoja de ingreso, prosigue con las indicaciones, en tercer lugar se presenta la evolución diaria y en cuarto lugar se ubican los informes de enfermería. Tanto los registros de evolución profesional como los de enfermería suelen tener una frecuencia diaria y estar firmados. En el caso de profesionales de SM, encontramos casi siempre firma y sello. En algunas evoluciones la escritura fue ilegible, pero eso no fue lo habitual.

Las categorías utilizadas en la colecta y el análisis fueron definidas en primera instancia a partir de nuestro marco teórico; luego fueron surgiendo subcategorías que se incorporaron. Ejemplo de ello son las “re-internaciones” que en el proyecto original no habíamos considerado, pero luego del análisis de la base de datos estadísticos y del análisis cualitativo de las primeras entrevistas, surgió la necesidad de registrar.

Por otro lado, algunas categorías que estaban previstas tuvieron que dejarse de lado por falta de datos. Así, en base a nuestro marco teórico, esperábamos poder contar con datos sociales de las personas internadas, como *nivel de escolaridad*, *situación laboral* y grupo conviviente. Sin embargo, estos fueron datos ausentes en las HC, por tanto no pudimos incluirlos en el presente análisis.

Reflexionando acerca de la ausencia de estos datos, tanto en la base de datos como en las HC, surge como hipótesis el hecho de que las características sociales, culturales, educativas y laborales sean poco valoradas durante el abordaje en SM, es decir, que sean consideradas accesorias y no parte central del abordaje terapéutico. Sin embargo, esta hipótesis contrasta con las observaciones realizadas durante la etapa cualitativa, donde constatamos que el equipo interviniente no sólo conocía ese tipo de información respecto de cada persona internada, sino que se tenía en cuenta al momento de construir la estrategia terapéutica. El contraste entre diversas fuentes de investigación nos permitió cuestionar el propio registro de lo actuado, vislumbrando una brecha entre lo que se hace y lo que se

registra en SM. A la luz de esta observación, consideramos que lo efectivamente registrado en las HC debe comprenderse apenas como un *indicio* de lo actuado.

El esquema de este apartado sigue el orden que se anticipa a continuación.

- A. *Mantenimiento del vínculo con el Medio Comunitario*: analizamos la presencia o ausencia de medidas restrictivas de la comunicación, de visitas y permisos de salida, como también el tipo de acompañamiento en internación.
- B. *Trato persona a persona*: lo vinculamos con formas de dirimir el saber/poder durante la internación. Tomamos como indicador de ello la firma del consentimiento en caso de internaciones voluntarias, y de notificación/informes al juzgado en caso de involuntarias, además del registro explícito de la voluntad del paciente respecto de la toma de algunas decisiones.
- C. *Interdisciplina*: la analizamos en distintos momentos del trayecto de internación, al ingreso por guardia y en la evolución por interconsultas. Vimos la participación de diversos actores profesionales o no profesionales y la integralidad en el abordaje, atendiendo a los indicios de subordinación de SM en relación al saber biomédico hegemónico.
- D. *Inclusión social como finalidad de la internación*: vislumbramos sus formas de promoción en actividades durante la internación, la presencia de articulaciones intersectoriales y el tipo de egreso en relación a la continuidad de cuidados.

3.3.2. Mantenimiento de los vínculos con el medio comunitario.

Según Schiappa Pietra (2003) el primer acto terapéutico es volver a considerar a la persona sufriendo como una persona en el mundo, o sea, como sujeto en un entramado vincular, familiar, grupal, institucional y comunitario. Se afirma que sin ese reconocimiento lo terapéutico es imposible. La necesidad de mantener los vínculos con el entorno implica, entonces, rechazar el aislamiento y la exclusión de los tratamientos manicomiales.

En función de ello, analizamos la presencia o ausencia de medidas restrictivas de la comunicación y de las visitas. También analizamos los permisos de salida y el tipo de acompañamiento que se promueve en internación.

Respecto de *las visitas*, vale señalar que los hospitales generales suelen tener horarios estipulados a tal fin, regulando de ese modo la circulación de personas externas a la institución¹⁵.

En 2 de los 45 eventos de internación analizados se encontró, como parte de las indicaciones, la orden de restricción a recibir visitas. Se trata de un hombre y una mujer que

¹⁵ Esta situación que en la pandemia por COVID-19 sufrió de drásticas restricciones, a partir del 2021 volvió a regularizarse y a adoptar las formas de la pre-pandemia en el territorio provincial.

fueron internados en dos de los seis hospitales. En ambos casos, el ingreso se fundamentó con el motivo de “intento de suicidio” y la internación se realizó con carácter voluntario. En uno de estos eventos se menciona la restricción hacia algunos miembros de la familia habilitando en la misma indicación el permiso para recibir visitas de otras personas. En el segundo caso se indica la restricción, pero se observa más adelante, en los asientos de evolución, que se realizó una *entrevista familiar* con el objetivo explícito de trabajar la revinculación.

En solo uno de los 45 eventos de internación analizados se encontró indicada la restricción en el uso del celular. En este caso se trataba de la internación de una mujer que ingresó con ideación suicida y también tuvo una internación de carácter voluntario.

Por otro lado, 4 personas tuvieron custodia policial durante su evento de internación, en el marco de internaciones involuntarias, pero no hay registro de que ello se acompañe de medidas de aislamiento como prohibición de visitas o prohibición de uso del celular. Al contrario, una de esas personas tenía como indicación “acompañamiento familiar” y en la otra pudimos constatar permisos de salida con familiar, con motivo de revinculación y de recreación.

El escaso número de indicaciones que restringieron la comunicación personal pareciera confirmar la prioridad que tiene en el modelo rionegrino el hecho de mantener los vínculos con el medio comunitario como base de toda estrategia terapéutica posible. Para Schiappa Pietra, el tránsito por diversas instituciones (entre ellas familia, escuela, clubes, etc.) es el medio en donde se construyen recursos de salud.

En este sentido, otro aspecto importante a considerar son *las salidas previas al alta* de las personas internadas durante la internación. Ello representa un desafío, dado que las crisis pueden cursar con distintas formas de desorganización subjetiva y riesgos para sí o para terceros. La necesidad de internación como medida terapéutica suele conllevar requerimientos de cuidados biológicos (medicación) y/o conductuales ante esos riesgos. Sin embargo, como desde el modelo rionegrino se concibe que cada crisis es diferente, es dable esperar que no existan protocolos estrictos, sino que exista cierta diversidad: quienes tengan permisos de salida previas al alta y quienes no, y que ello esté fundamentado en la singularidad de los recursos y necesidades de la persona y en la particularidad de la crisis que tramita.

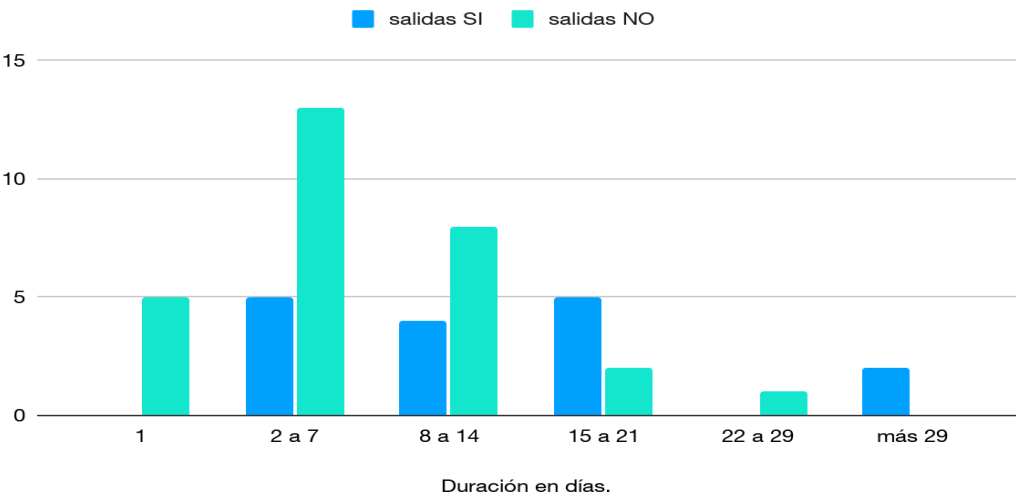
Al respecto, durante el análisis de las HC encontramos que en 16 de los 45 eventos de internación se indicaron permisos de *salida temporal* como parte de la estrategia terapéutica. En una de ellas, la indicación formaba parte de las decisiones terapéuticas al ingreso, y en las otras 15 HC formaba parte de las indicaciones de actualización. En todos los casos, el permiso estaba firmado por un profesional del servicio de SM, ya sea psicólogo (n=8) médico de SM o psiquiatra (n=7) o trabajador social (n=1). Las salidas se realizaron

casi siempre con algún tipo de acompañamiento, ya sea de familiar o de operador. En un único caso, el permiso de salida indicaba que la persona podía hacerlo sola.

Según se registra, el objetivo más frecuente de las salidas fue fortalecer vínculos o revinculación familiar (n=8) y realizar actividades de recreación (n=5). Otras salidas expresaron razones variadas, como por ejemplo: hacerse unos lentes nuevos, búsqueda de vivienda para alquilar o la realización de gestiones para una pensión. En ningún caso la salida tuvo como finalidad realizar una actividad laboral.

Analizamos si los permisos de salida eran más frecuentes en internaciones breves o prolongadas, pero encontramos variedad de situaciones: permisos de salida en internaciones breves (internaciones de hasta 7 días) y también ausencia de permisos en eventos de internación más prolongados (15 días o más).

Figura 11. Registro de indicación de permisos de salida según duración de la internación. Río Negro, 2019 (n=45).

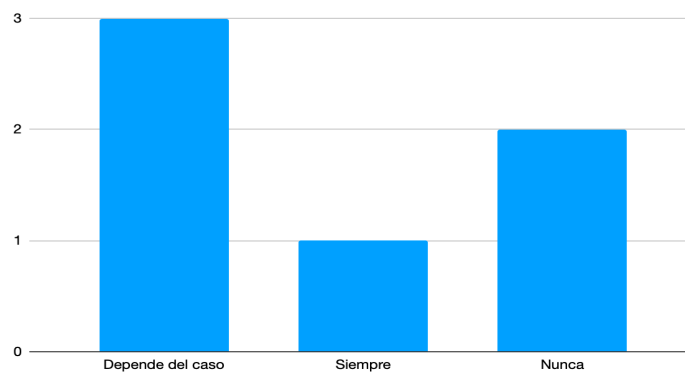


Fuente: Elaboración propia.

Observamos en la Figura 11 que, si bien en líneas generales la proporción de permisos de salida mostró tendencia a incrementarse a medida que se incrementa la duración de la internación, ello no siguió parámetros fijos. Vislumbramos en eso un indicador de que la singularidad del caso se tiene en cuenta para realizar o no la indicación de permisos de salida.

Sin embargo, al analizar los permisos por institución, notamos que esa diversidad aparecía sólo en la mitad de hospitales (n= 3), pero en la otra mitad había una regularidad, es decir, que los permisos de salida aparecían siempre (n= 1) o nunca (n= 2) Figura 12 .

Figura 12. Cantidad de instituciones según frecuencia de indicación de salidas durante la internación. Río Negro, 2019 (n=6).



Fuente: Elaboración propia.

La regularidad, ya sea en *siempre* o *nunca*, implicaría menor consideración por la singularidad del caso y probablemente la vigencia implícita de cierto *protocolo* o normas institucionales impuestas en la forma de actuar. Vinculamos esto con las condiciones institucionales del hospital general, que pueden ser aún más influyentes al momento de tomar decisiones terapéuticas que el propio modelo desmanicomializador.

Consideramos que la indicación de *salidas temporales* durante una internación por SM confronta con criterios habituales y hegemónicos respecto del proceso de internación-externación, que suele vincular el ingreso al HG con la necesidad de una asistencia especializada y más o menos intensiva (cuidados progresivos), y asociar el egreso con el momento en que esa asistencia puede ser ambulatoria y los cuidados pueden realizarse en domicilio.

En el caso de SM, por supuesto, eso no sigue parámetros tan dicotómicos y puede ser necesaria una *salida temporal* como parte de la estrategia terapéutica. Se genera entonces lo que consideramos como una tensión entre el modelo promocional con el MMH, pues se habilita la puesta en duda acerca de la necesidad misma de internación, que podría resumirse en la expresión “*si ya puede salir ¿por qué no se le da el alta?*”. Para evitar ese tipo de tensiones, es probable que en algunas instituciones la norma sea no otorgar salidas temporales como parte de las estrategias de internación.

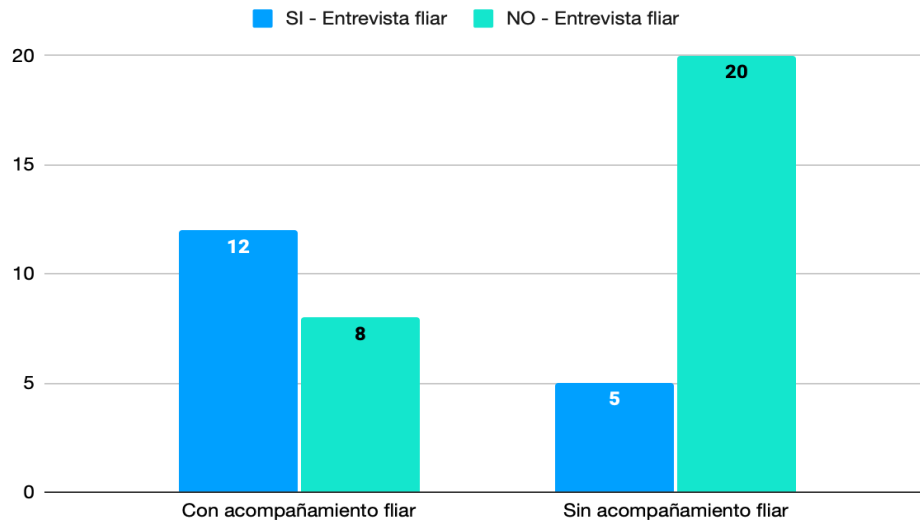
Por otro lado, la ausencia de protocolos que regulen este tipo de *salidas temporales* genera inseguridades legales en algunos integrantes del equipo de salud. Así, algunos trabajadores no tienen en claro la posibilidad de que una salida sea una indicación admisible como parte del proceso de atención en internación, generando expresiones como por ejemplo “*si sale y le pasa algo ¿de quién es la responsabilidad?*”. Este tema será retomado en los próximos apartados, desde la valoración de trabajadores.

El último aspecto con el que vinculamos este primer eje de “mantenimiento de los vínculos con el medio comunitario” es el registro de la participación de la familia durante la internación. En este sentido, observamos dos posibilidades no excluyentes entre sí, pero que tienen implicancias diferentes: (1) que haya registro de entrevistas a uno o más miembros de la familia de la persona internada durante la internación; (2) que haya presencia de la familia en la sala, a partir de la indicación (orden) de acompañamiento familiar permanente.

Encontramos que en 17 de los eventos de internación (38% de la muestra) se registró al menos una entrevista con uno o más integrantes de la familia. En estos casos se mencionó explícitamente que se trató de la *madre*, otras veces se mencionó al *padre* o bien a la *pareja*, pero muchas otras veces se registró *entrevista a familiar* sin precisar el vínculo de parentesco. Como objetivo principal de esas entrevistas se mencionó la “orientación” o “información” acerca del tratamiento. En otros casos, se trata de entrevistas previas al alta donde se le solicita a la familia tareas concretas en relación al tratamiento, como por ejemplo: “*se le solicita control farmacológico y de asistencia a los controles programados*”, “*se dan pautas de contención y cuidado*” o “*se coordina el acompañamiento familiar*”. Sin embargo, también encontramos menciones explícitas que nos indicarían un abordaje familiar como parte de la estrategia terapéutica. Por ejemplo: “*espacio terapéutico familiar*” o “*se trabaja con la familia para que el paciente se pueda ir a vivir con los hermanos*” (Muestra de HC).

Por otro lado, encontramos que en 20 de los 45 eventos de internación analizados se indicó el “acompañamiento familiar permanente”; 12 de los mismos coincidieron con internaciones en las que se realizó además entrevistas a familiares, pero otros 8 no resultaron coincidentes, es decir, que se realizaron entrevistas a familiares que no estaban realizando un acompañamiento en sala (n=5) y, además, la indicación de acompañamiento no siempre estuvo acompañada de entrevistas con alguien de la familia (n=8), tal como se observa en la Figura 13.

Figura 13. Registro de indicación o no de acompañamiento familiar y de realización o no de entrevista a familiar. Río Negro, 2019 (n=45).



Fuente: Elaboración propia.

Al igual que al registrar las entrevistas a familiares, cuando se indicó el acompañamiento mayormente se mencionó a “familiar” sin explicitar el parentesco. En estos casos cabe suponer, como señala Débora Tajer, que se trató de mujeres, puesto que las redes de cuidado *son femeninas, son intergeneracionales (madres, abuelas, hermanas) o son pagas*.

Para nuestra región latinoamericana, aun cuando las mujeres han avanzado mucho en su presencia en el espacio público, se espera que continúen siendo las principales cuidadoras de la familia y las agentes del sistema de salud en los hogares basándose en su capacidad empática, receptiva y comprensiva [...] Lo cual implica que las mujeres trabajadoras, tienen como mínimo, dos jornadas de trabajo. Que se incrementa a tres jornadas *si hay algún familiar enfermo o que necesita cuidados que siempre son realizados por las mujeres de la familia* (Tajer, 2021, p. 9).

El hecho de nombrar el acompañamiento femenino como un acompañamiento familiar no transforma esta situación. Al contrario, al no visibilizar la cuestión de género se tiende a su reproducción acrítica. Como plantean Alonso et al (2023), homogeneizar las diferencias de género en las tareas de cuidado remite a un mecanismo de producción y reproducción de hegemonía, pues de ese modo se naturalizan intereses particulares que se suponen generales.

El acompañamiento de las familias es un tema central respecto del cambio de modelo de atención manicomial. El derecho de las personas internadas a estar acompañadas - y el derecho de las familias a acompañar - es un pilar en la lucha contra los

efectos perjudiciales del aislamiento. Sin embargo, las características que asume el acompañamiento en sala común de hospitales generales requiere de una reflexión particular. Este tema será retomado desde la valoración de personas usuarias y trabajadoras, en el próximo apartado.

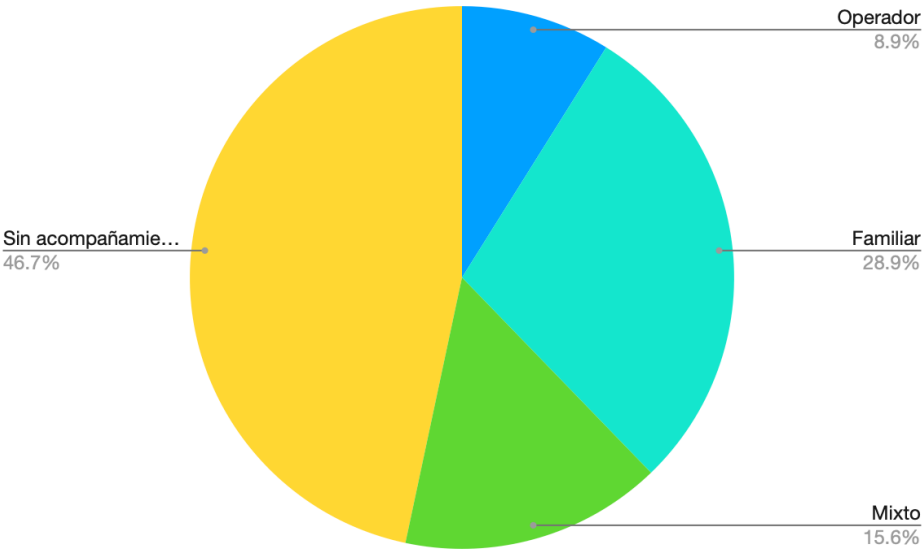
Otro tipo de acompañamiento que encontramos indicado es el de operadores de SM, en un total de 11 de los eventos de internación analizados. En 7 de esos casos la indicación coincidió con la indicación de acompañamiento familiar, configurando un acompañamiento de tipo mixto, mientras que en otras 4 no coincidió y se dio como único acompañamiento. Ello nos permite vislumbrar una diversidad de situaciones de internación en sala común, según el tipo de acompañamiento, tal como se observa en la Tabla 16. En la Figura 14 se aprecia la proporción que representa cada caso.

Tabla 16. Tipo de acompañamiento durante la internación. Río Negro, 2019 (n=45).

Tipo de acompañamiento	Cantidad
Operador	4
Familiar	13
Mixto	7
Sin acompañamiento	21

Fuente: Elaboración propia.

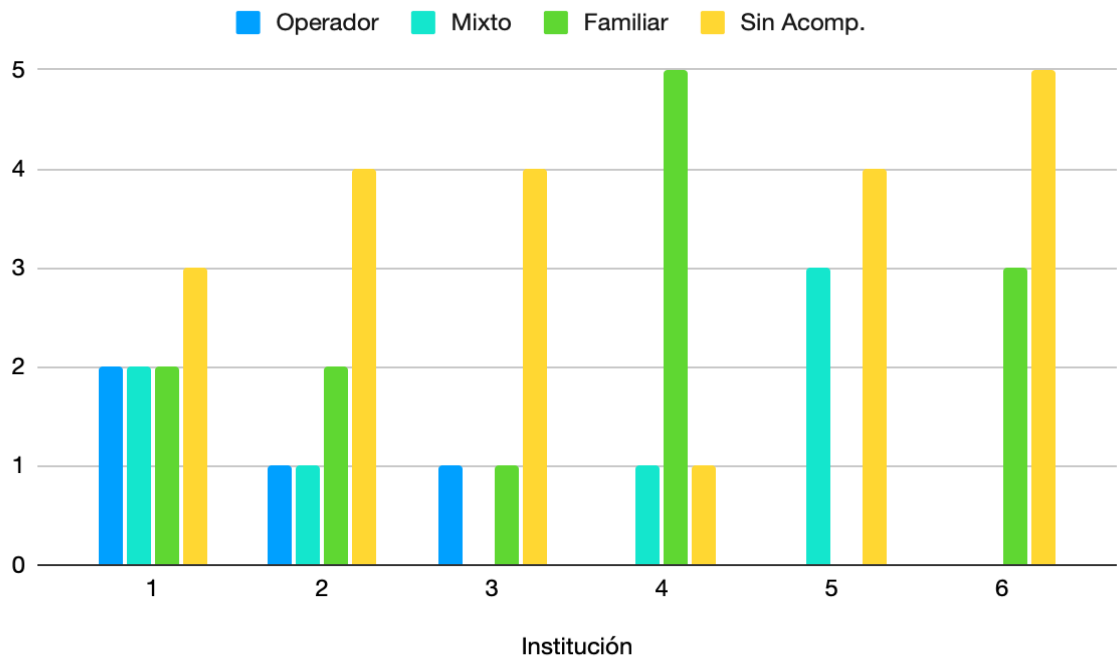
Figura 14. Tipo de acompañamiento durante la internación. Río Negro, 2019 (n=45).



Fuente: Elaboración propia.

Analizamos si la indicación del tipo de acompañamiento se determinaba por las condiciones institucionales, es decir, si respondía únicamente a la existencia o no de recursos humanos y/o pautas institucionales o bien respondía a la singularidad del caso, como es dable esperar en el modelo promocional rionegrino. No encontramos un patrón de regularidad que deje por fuera la singularidad del caso, sino que vimos que en todas las instituciones se producen internaciones en sala común con distinto tipo de acompañamiento o bien sin ningún tipo de acompañamiento, como vemos en la Figura 15.

Figura 15. Registro de tipo de acompañamiento según institución. Río Negro, 2019 (n=45).



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico nos permite afirmar que en la mayoría de las instituciones se implementan diversas modalidades de acompañamiento. En todas observamos acompañamiento familiar o mixto y en varias también la presencia del operador de SM.

La posibilidad de internar sin la obligatoriedad de acompañamiento familiar nos remite a una menor sobre-exigencia a las familias, ante el riesgo de sobrecarga que implica el cuidado de un familiar en crisis (Mello & Schneider, 2011; Duarte, 2018). Sin embargo, recordemos que sólo en una oportunidad se indicó permiso de salida sin acompañamiento, por lo tanto, debemos considerar que la existencia de algún tipo de acompañamiento favorece la ampliación de recursos terapéuticos durante la internación, particularmente las salidas del hospital, que a su vez son un medio privilegiado para favorecer el vínculo con el medio comunitario.

3.3.3. *Trato persona a persona.*

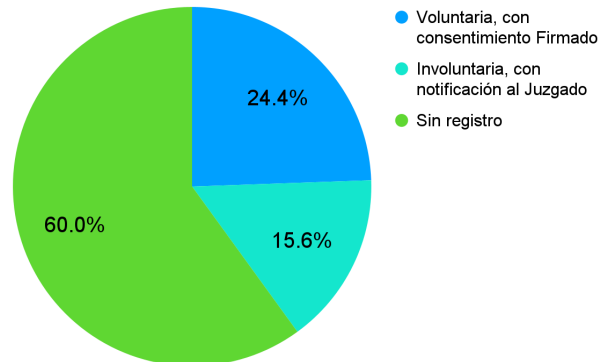
El reconocimiento de las personas como seres sociales y políticos, implica considerar el ámbito comunitario como espacio donde se producen intercambios de saberes e influencias recíprocas de significados y sentidos. Para Schiappa Pietra, todo vínculo terapéutico debe plantear la posibilidad de poner en juego intercambios de influencias entre el curador y la persona usuaria; por lo mismo, critica la asimetría de las terapias convencionales, donde el único saber reconocido es el del curador o experto. Según el autor, el intercambio de saberes habilita un ejercicio donde se cuestiona el poder, aspecto que resulta esencial para el proceso terapéutico en la modalidad rionegrina “[...] que atiende con preferencia a los fenómenos que se producen por dirimir y ejercer el poder” (Schiappa Pietra, 2003, p123).

La consecuencia de estas concepciones es lo que el autor llama trato persona-persona como base de la relación terapéutica. Esa relación no implica necesariamente igualdad, pero sí implica reciprocidad. Tomamos como indicador de ello la firma del consentimiento en caso de internaciones voluntarias, y de notificación/informes al juzgado en caso de involuntarias; además del registro explícito de la voluntad del paciente respecto de la toma de algunas decisiones.

Durante el análisis de las HC encontramos que en 11 de los 45 eventos de internación estudiados se firmó un formulario de consentimiento informado. En estos casos, el documento estaba firmado tanto por la persona internada como por uno o dos profesionales intervinientes de SM.

Por otro lado, 7 eventos de internación se registraron como *internaciones involuntarias* y pudimos observar registros de alguna comunicación o informe a instancias judiciales. En sólo 1 de esos casos se registró, además, la visita del Defensor a la persona internada en dos ocasiones, como parte de la *evolución* del paciente. Para los 27 eventos restantes no encontramos ni el consentimiento firmado, ni tampoco registro de internación involuntaria, cuestión que resulta preocupante en términos del respeto a los derechos de las personas en internación (ver figura 16).

Figura 16. Tipo de evento de internación según carácter voluntario o involuntario. Río Negro, 2019 (n=45).



Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, observamos como parte del registro de evolución, que algunas de estas historias mencionaba “acepta permanecer internado” o bien “se acuerda con el paciente que seguirá internado”, entre otras expresiones que pueden ser indicios de la existencia de un proceso de consentimiento, aún cuando no se constata la firma del mismo por escrito.

En este sentido, vale incorporar la distinción entre el proceso de consentimiento informado y la firma del documento CI por escrito.

Recordemos que el proceso de consentimiento implica una relación comunicativa, dialógica, con énfasis en la comprensión más que en la exhaustividad de la información. Por eso su única forma válida es la conversación (Ramos Pozón, 2012). Requerir el consentimiento nos muestra el pasaje de un modelo de relación asistencial paternalista a un modelo de respeto y promoción de la autonomía. Pero para que ello se logre, el énfasis debe estar puesto precisamente en la participación de la persona, no sólo recepcionando información sino también con oportunidad para preguntar y para expresar abiertamente su aceptación o rechazo de la propuesta terapéutica.

Cuando el proceso del consentimiento informado se reduce a un mero trámite pierde su valor, tanto en lo legal como el valor potencial de herramienta para promover autonomía. En este caso, se suele pedir la firma de un documento pre-impreso, sin leerlo ni explicarlo. Según Ramos Pozón (2015) en el campo de la SM sucede que la entrega de información por escrito muchas veces no acompaña sino que sustituye el diálogo, suponiendo la incompetencia de la persona para tomar decisiones en relación a la asistencia terapéutica. Por el contrario, el autor afirma la importancia de no excluir a la persona de la toma de

decisiones, incluyendo la aceptación o rechazo que conlleva el consentimiento informado, pues ello conlleva el respeto o negación de su dignidad como personas.

Según Bercovich (2018) uno de los cambios que busca promover la LNSM es reemplazar el paternalismo médico por un modelo de respeto y promoción de la autonomía. Sin embargo, el hecho de no incluir en la misma ley recomendaciones para reformular el consentimiento informado es un obstáculo para el logro de esa meta. Al respecto, el autor plantea que cuando el consentimiento se apoya en un formulario escrito, se sustituye la comunicación dialógica que sí se daría cuando el proceso es oral. Por eso, al no contar con herramientas nuevas que inauguren nuevas formas de relación entre profesionales y personas usuarias, se reproducen dinámicas paternalistas típicas del modelo manicomial que se desea modificar con la LNSM. Así, “la inercia de toda una historia vinculada al paternalismo médico produce que, para que haya una reubicación autónoma del paciente, deba facilitarse ese movimiento desde el profesional y desde el formulario del consentimiento informado” (Bercovich, 2018, p.32).

Afirmamos, entonces, que la ausencia de un formulario no implica la falta de proceso de consentimiento informado o la falta de consideración por la autonomía de la persona internada. Sí conlleva, por supuesto, una falta al requerimiento legal, dado que en internación sólo es válido el consentimiento cuando se deja constancia escrita como probatoria del mismo¹⁶. Es probable que este requerimiento legal sea incumplido a veces en el quehacer desmanicomializador, por el peso relativo de la práctica por sobre la importancia que se le asigna al registro escrito de ese hacer.

Otro aspecto que consideramos en el análisis del eje *Trato persona a persona*, fue la presencia de indicios de formas de violencia manicomial en cuanto a la denigración del paciente o el no respeto hacia su dignidad como persona.

Notamos que los registros de las HC carecían de indicios del tratamiento moral (Galende, 1990). Observamos que al momento de justificar el uso de medidas farmacológicas de emergencia (S.O.S farmacológico) o incluso ante la necesidad de implementar medidas de contención física, los registros (de profesionales o de enfermería) no incluían argumentos de carácter moral, como podrían ser, por ejemplo, que la persona fuera discutidora, insubordinada o desobediente. Por el contrario, el uso de indicaciones S.O.S se justificó siempre en relación al cuidado de la propia persona internada o como respuesta a su demanda, como por ejemplo “no puede dormir” “se siente angustiada” “presenta alucinaciones” “intento de suicidio”.

¹⁶ La Ley N° 26.529 aclara que el consentimiento informado puede ser verbal, con excepción de algunas circunstancias en las que debe ser por escrito y debidamente suscrito, entre ellas (a) Internación (b) Intervención quirúrgica (c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.

Sin embargo, notamos que una anotación habitual de enfermería que refería a las personas internadas por SM, era que “deambulaban” por la sala. Esa referencia a un movimiento sin rumbo, sin sentido, se contrapone con otras connotaciones que puede tener el movimiento como actividad física saludable - discurso imperante actualmente desde la biomedicina. Pueden vislumbrarse en el uso de esta palabra esas huellas del tratamiento moral que se filtra en la actualidad, aún no siendo el más habitual.

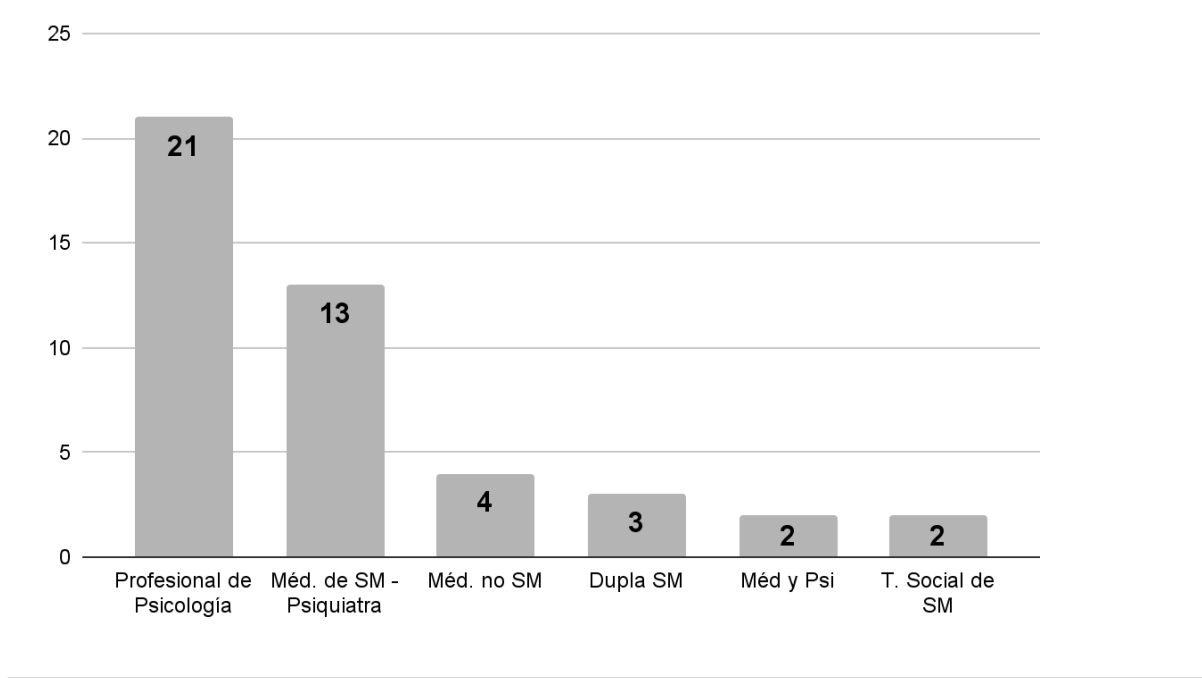
3.3.4. Interdisciplina.

Este carácter se define en relación a la acción, pues es en el saber-hacer que podemos plantear la interdisciplina y no desde lo meramente teórico. La interdisciplina se torna indispensable por la forma de concebir el sufrimiento mental, que se reconoce como complejo y a la vez singular. Ello obliga a construir estrategias terapéuticas no estandarizadas, es decir, que no se definen en función del diagnóstico sino en función de una evaluación situacional de la persona en su entorno, a partir del reconocimiento de necesidades y de recursos (Schiappa Pietra, 2003, 2009, 2012; Gutiérrez, 2016).

Así como nos pasó con los ejes anteriores, los indicios de *interdisciplina* no son evidentes con sólo analizar los registros en la HC, pero podemos buscar indicios en la intervención o no de profesionales de diversas disciplinas durante distintos momentos del trayecto de internación: en el ingreso por guardia, en las indicaciones y en la evolución, hasta el momento del alta por parte del equipo de SM.

Encontramos que en 21 de los 45 eventos de internación el ingreso estaba firmado sólo por un profesional de la psicología; 3 eventos tenían firmas conjuntas de psicólogo y psiquiatra, mientras otros 2 eventos tenían la firma conjunta de un profesional de la psicología y un médico de guardia. En total, profesionales de la psicología participaron de 26 indicaciones de internación. En otros 13 eventos la orden de ingreso estaba firmada sólo por profesional psiquiatra; en 4 sólo por un médico de guardia. Finalmente, en otras dos ocasiones, la orden de internación estaba firmada sólo por un trabajador social. La proporción de cada caso se observa en la Figura 17.

Figura 17: Disciplina de profesionales que firman la orden de ingreso en internaciones por salud mental. Río Negro, 2019 (n=45).

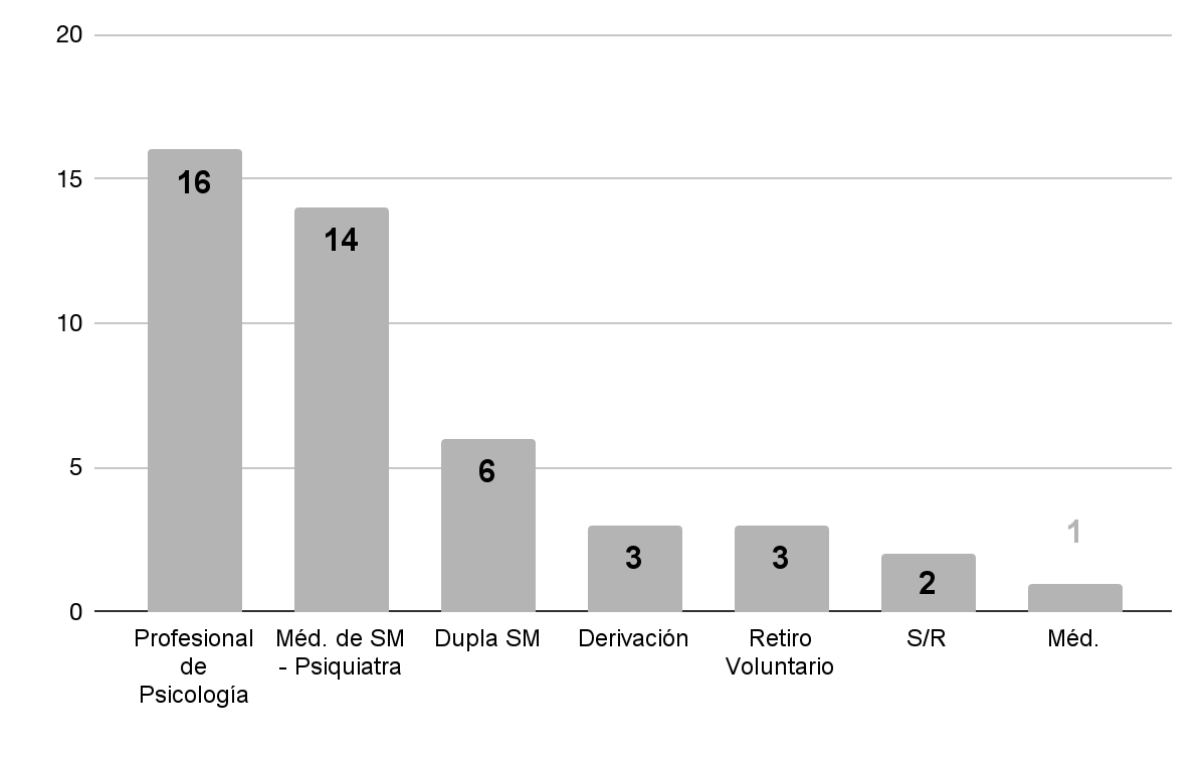


Fuente: Elaboración propia.

Los datos de la Figura 17 nos muestran cierta autonomía del servicio de SM para iniciar internaciones en HG, dado que no se requiere la firma de un médico del servicio de guardia general para el ingreso. En apenas 6 casos, un profesional médico externo a SM participó de la firma en la orden de internación, mientras que 39 internaciones fueron indicadas sólo desde profesionales de SM. La disciplina con mayor proporción de indicaciones de ingreso a internación fue psicología. Ponemos en valor este dato en relación a los mecanismos de hegemonía del modelo médico, que conlleva subordinar a disciplinas no médicas. En este caso, el registro de ingresos muestra que casi el 50% de las internaciones (n=23) se iniciaron sin que un médico lo ordenara.

Similar participación se observa al momento de la firma del alta de internación, que estuvo mayormente a cargo de un profesional de la psicología (n=16), en segundo lugar por un médico de SM o médico psiquiatra (n=14) o de ambos (n=6). En sólo uno de los eventos de internación, el alta fue firmada por un médico de otro servicio (no SM), como se observa en la Figura 18.

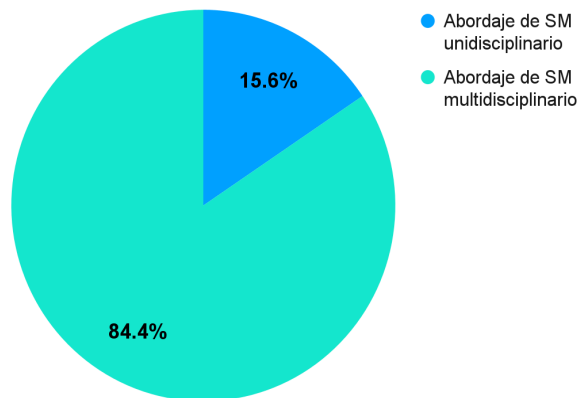
Figura 18: Disciplina de profesionales que firman la orden de externación en internaciones por salud mental. Río Negro, 2019 (n=45).



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, observamos si durante la internación se registraba la participación en el abordaje terapéutico de profesionales con distinta formación disciplinar, teniendo en cuenta que la mayoría de los servicios contaban con esta característica. Encontramos que en 7 internaciones la evolución estuvo a cargo de una sola disciplina científica: en 5 sólo se registró la participación de médicos de SM (o psiquiatras) y en otros 2 sólo se hizo constar la evolución de profesionales de psicología. Sin embargo, en la mayoría (n= 38) se registró la participación de dos o más disciplinas científicas, incluyendo a trabajo social en 6 de esas evoluciones. Ello podría ser un indicador de abordaje interdisciplinario en SM. Se observa la proporción en la Figura 19.

Figura 19. Tipo de abordaje desde salud mental en internación. Río Negro, 2019 (n=45).



Fuente: Elaboración propia.

Continuando con el análisis, se encontró que la participación de otros servicios se realizó mayormente por pedidos de Interconsultas. Al momento del ingreso o durante la evolución, desde el servicio de SM se realizaron pedidos de interconsulta en 28 de las 45 internaciones, a médicos y/o a otros profesionales de la salud (60%), además de solicitud de exámenes complementarios como laboratorio, imágenes y electroencefalograma.

El registro de evoluciones nos permitió constatar la participación de algún profesional médica/o de otro servicio hospitalario (no SM) en 17 de las 45 internaciones (38%). Esas intervenciones se realizaron por parte de profesionales médicos no especialistas, o bien por profesionales con especialidad en cardiología, traumatología, ginecología, medicina general, dermatología y cirugía general, entre otras. Se registraron los motivos de intervención de estos profesionales, que vinculan la detección de un signo o síntoma con un pedido de interconsulta, como por ejemplo dolor lumbar, cefaleas, dolor mamario, dolor abdominal, galactorrea o atención programada con especialista en columna vertebral, entre otros. También encontramos IC solicitando alguna práctica específica, por ejemplo evaluación del ritmo cardíaco o evaluación de anticoncepción.

Otros profesionales que participaron durante la internación por razones de SM, además de enfermería, fueron: fonoaudiología, obstetricia, trabajo social¹⁷ y odontología, aunque en algunas de estas intervenciones constó el pedido pero no la evolución profesional (probablemente porque el paciente concurrió al consultorio externo de la especialidad desde internación), podemos decir que los datos muestran que existió un abordaje multidisciplinario e integral en la atención durante estas internaciones en HG.

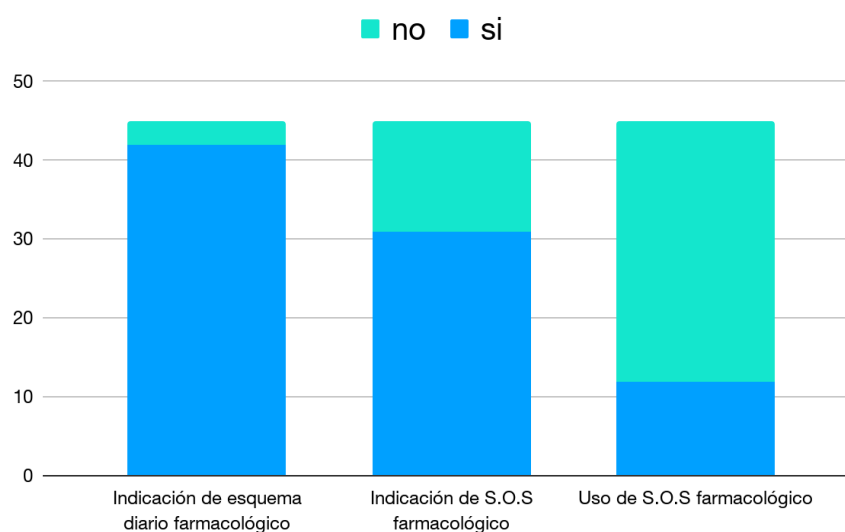
¹⁷ Cabe aclarar que no todos los servicios de SM cuentan con una persona profesional de trabajo social como integrante del equipo. En estos casos puede darse la situación de que esta disciplina intervenga por pedido de IC.

3.3.5. Inclusión Social como finalidad.

Para vislumbrar señales indicadoras de la inclusión social como finalidad del abordaje en internación *versus* la mera búsqueda de alivio de los síntomas, analizamos la variedad de tratamientos implementados: farmacológicos, psicoterapéuticos y promocionales (como, por ejemplo, con salidas, acompañamientos, articulaciones intersectoriales). Entendemos que desde el modelo promocional rionegrino, el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico pueden ser medios para el fin de inclusión social; por lo tanto, es dable esperarlos como parte de una multiplicidad de terapéuticas. Por el contrario, en primacía de otros modelos como el manicomial, el abordaje farmacológico puede ser el único implementado.

Observamos que en 43 de los 45 eventos de internación se utilizó algún tipo de indicación farmacológica. De ellos, el 72% (n=31) mostró, además, indicaciones de un S.O.S farmacológico; es decir, que al esquema de tratamiento indicado se sumaba la opción del uso de medicación extra en caso de ser necesario. En los registros de enfermería constatamos que en 12 eventos se usó al menos una vez el S.O.S farmacológico que estaba indicado, como se observa en Figura 20. En esos casos, enfermería registró como causa que la persona internada tenía “crisis de angustia”, “manifiesta estar ansiosa”, “intento de fuga”, “excitación psicomotriz” o “no poder dormir”, entre las más frecuentes.

Figura 20. Cantidad y porcentaje de indicaciones de esquema diario farmacológico, indicación de SOS farmacológico y uso de indicaciones SOS durante internación. Río Negro, 2019 (n=45).



Fuente: Elaboración propia.

Respecto del abordaje psicoterapéutico, en apenas 5 eventos la internación tuvo participación sólo de médico de SM o psiquiatra. En este sentido, notamos que las evoluciones por parte de algún profesional de SM fueron frecuentes durante la internación, quienes registraron su intervención incluso más de una vez por día. En promedio, se dieron 0,9 evolución por día, es decir, 9 para un promedio de 10 días de internación.

Sin embargo, en 11 de los 45 eventos de internación observamos que había períodos de 4 o más días sin evolución profesional, lo que nos hizo reflexionar acerca de qué tipo de tratamiento se apoya en la ausencia de contacto entre la persona internada y un profesional de SM. Una posibilidad, apoyada en la vigencia del MMH, era que la falta de evolución profesional implicara la primacía del tratamiento farmacológico, es decir, que la persona internada no precisara nada más que cierto aislamiento, mientras pasara el tiempo suficiente para que actúe la medicación. Sin embargo, pusimos en relación el dato de la ausencia de evolución por 4 o más días con otras dos variables: (a) la presencia o no de permisos de salida y (b) la presencia o no de acompañamiento del operador, ya sea como único acompañante o en acompañamientos mixtos. Este análisis buscó vislumbrar si la falta de evolución profesional por 4 o más días podría haber sido, en realidad, el indicio de una diversificación o ampliación del tratamiento por el uso de herramientas terapéuticas no convencionales.

Encontramos que la falta de seguimiento profesional por 4 o más días de internación se presentó en el 50% de las personas que tuvieron permisos de salida, pero sólo en el 10% de las personas sin dichos permisos, tal como observamos en la Figura 21.

Figura 21. Eventos con cuatro o más días sin evolución, según presencia o no de indicación de salidas previas al alta. Río Negro, 2019 (n=45).



También observamos diferencias con respecto al tipo de acompañamiento: casi el 65% de personas con acompañamiento de operador tuvieron esas faltas de evolución profesional por 4 o más días, mientras que las mismas sólo se observaron en el 12% de quienes no tenían acompañamiento de operadores, tal como se observa en la Figura 22.

Figura 22. Eventos con cuatro o más días sin evolución, según presencia o no de acompañamiento de operador de salud mental. Río Negro, 2019 (n=45).



Fuente: Elaboración propia.

El análisis, aunque no es concluyente, nos permite vislumbrar que la ausencia de evolución profesional por 4 o más días en internación se suele vincular a la implementación de otras estrategias terapéuticas, como las salidas y/o el acompañamiento en la vida cotidiana de parte de operadores de SM.

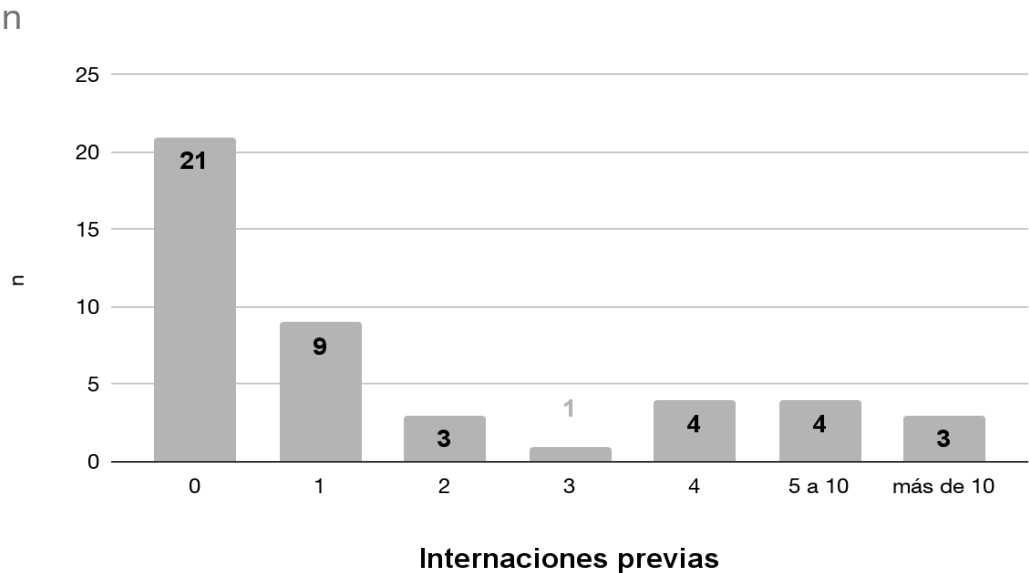
Siguiendo con el análisis de este eje, *Inclusión Social como finalidad de las prácticas*, exploramos la presencia de dos tipos de articulaciones: (a) con otras instituciones de la red sanitaria y (b) articulaciones intersectoriales. Al respecto, notamos que en solo uno de los eventos de internación se mencionó una articulación con la red sanitaria, dado que el destino de las salidas era la participación de la persona internada en un dispositivo intermedio; mientras que la articulación intersectorial se vislumbró en 7 de los 45 eventos. En esos casos, se registró la articulación con algún organismo social o equipo técnico externo al sector salud en 3 eventos, y en otros 4 se mencionó la presencia de un agente de policía en sala, por lo que es dable suponer cierta articulación con esa institución.

Por otro lado, en algunos casos se mencionó como fundamento de salidas temporales de internación la realización de “trámites para la pensión”, con acompañamiento de un efector de SM, y también la participación de la persona en espacios grupales por fuera de la red sanitaria, por lo que podemos considerar que en estos casos hubo una articulación intersectorial, aunque no se hayan registrado como tales. De todos modos, la mayoría de los eventos de internación carecieron de este tipo de articulaciones durante el período de crisis que requirió de internación.

Por último, para analizar este eje de *Inclusión Social como finalidad de las prácticas*, buscamos si el evento de internación era parte o no de una red de dispositivos territoriales de cuidado, con o sin articulación.

Encontramos que en 21 de los 45 eventos analizados, el evento estudiado era la primera internación por razones de SM de la persona (que podía tener o no contactos previos de manera ambulatoria). Sin embargo, la mayoría de las personas (n=24) habían estado internadas con anterioridad, al menos una vez. De ellas, la mitad (12 personas) habían tenido tres o más internaciones previas al evento de internación analizado, tal como se observa en la Figura 23.

Figura 23. Cantidad de internaciones previas al evento de internación estudiado. Río Negro, 2019 (n=45).



Fuente: Elaboración propia.

La existencia de internaciones previas en la vida de la persona implica algún tipo de conocimiento previo con el equipo tratante, pero no podemos interpretar este dato correctamente sin considerar el tiempo transcurrido entre cada evento de internación (por ejemplo, una persona con 3 internaciones previas puede haber tenido una internación cada 5 años durante los últimos 15 años). Por eso, decidimos observar particularmente la cantidad de internaciones sólo para el año de la muestra, es decir, 2019.

Observamos que para 24 personas (el 54%) el evento estudiado fue su única internación en ese año, mientras que otras 21 personas tuvieron entre 1 y 6 nuevas internaciones durante dicho período.

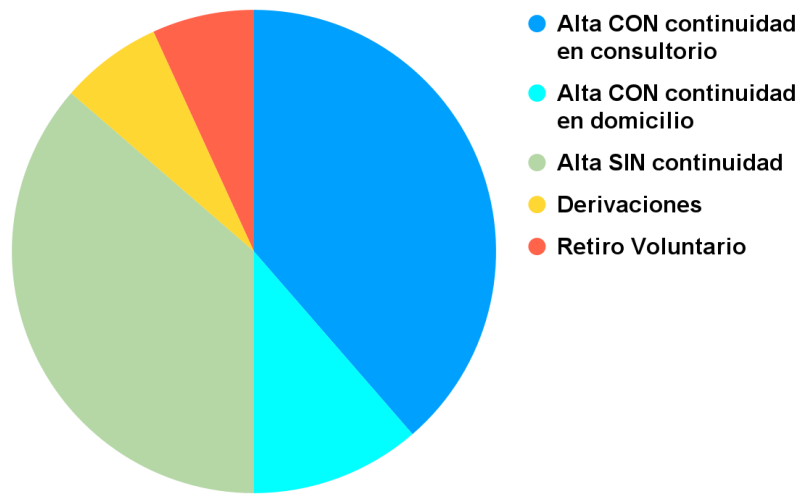
Este dato parece incrementar el riesgo de *puerta giratoria* como problema de las internaciones en hospitales generales, problemática que está descripta para cuando la internación se realiza sin una adecuada continuidad en los cuidados ambulatorios. En relación a esta posibilidad, analizamos si al momento del alta se indicaba o no una estrategia de continuidad de cuidados. Recordemos que diversos autores plantean que las personas con trastornos mentales severos requieren de atención prolongada, incluso de por vida en la mayoría de los casos, con diversos grados de intervención de los servicios de SM (Basauri, 1993).

Observamos que de las 45 internaciones, 3 personas se retiraron con *alta voluntaria* y otras 3 personas fueron derivadas. Ello no sorprende dado que la muestra buscó activamente estos casos por definirlos como atípicos y resultar de interés cualitativo. Así que, tal como era de esperarse, en ese conjunto de seis casos no hay registro de continuidad de cuidados.

De las 39 internaciones, 15 personas tuvieron el alta médica sin que se registre algún mecanismo de citación. Vale aclarar que en algunos de estos casos se observó, como parte de la última evolución o en la indicación y firma del alta, alguna referencia que podrían ser indicios de continuidad del tratamiento, por ejemplo: “se le indica que saque turno” o bien “se entrega medicación”; pero al no tener un turno programado, se consideró que la continuidad de cuidados no estaba planteada ni mucho menos garantizada.

Por el contrario, en 24 eventos con alta médica sí se registró que la persona se retiraba de la internación con un turno programado y/o una estrategia terapéutica. De ellas, la mayoría correspondía únicamente a citas por consultorio externo (n=19). En apenas 5 historias clínicas se registró, como parte de la continuidad de cuidados, la estrategia de *visita domiciliaria* de un operador o profesional. En ningún caso se registró que la continuidad de cuidados se realizaría con inclusión de la persona en dispositivo intermedio (Figura 24)

Figura 24. Registro en historias clínicas del tipo de egreso y continuidad de cuidados. Río Negro, 2019 (n=45).



Fuente: Elaboración propia.

3.3.6. Indicios de la desmanicomialización en las HC.

En SM, el registro en las HC se vincula al nacimiento mismo del saber psiquiátrico. Desde el primer alienismo, la descripción detallada de signos y síntomas estuvo vinculada al esfuerzo por conseguir un estatus de enfermedad para la locura (Huertas García, 2001). Así, registrar en HC se vincula a un marco epistemológico médico y a la validación de un tipo de saber científico, básicamente clasificatorio.

Este origen histórico enfatiza la dimensión tradicional del registro en HC, al cuál se le sumaron primero la dimensión estadística y los fines de docencia e investigación, y posteriormente cuestiones administrativas y legales, al permitir conservar pruebas de las interacciones médico-paciente y de la reacciones del paciente al tratamiento (Marquevich, 2012). Es históricamente más reciente que se vincule el registro en la HC con los derechos de las personas a la información y a la promoción de autonomía, cuestión que aún confronta ciertos obstáculos, en particular -aunque no exclusivamente- en el campo de la SM.

Ello se debe, en parte, a la consideración acerca del estigma que el diagnóstico en SM conlleva (Goffman, 1963; Rosenhan, 1982). En este campo, los propios pacientes están preocupados de que otros profesionales accedan a información sobre su psicopatología, incluso algunos piden que no se anote o que se borre cierta información de sus HC (Ramos Pozón, 2015). Según Marquevich (2012), considerar el respeto a la intimidad del paciente

influye en la decisión de los profesionales acerca de qué tipo de información registrar o no en la HC.

Por todo ello, debemos considerar que lo registrado en las HC no refleja de manera transparente ni lo evaluado ni lo actuado en el abordaje terapéutico de SM, aportando apenas indicios que intentamos valorar adecuadamente en relación al contexto de su producción.

Planteamos que existe una brecha entre lo que se hace y lo que se registra en SM, particularmente en procesos de reforma, dado que el registro escrito queda asociado al modelo médico tradicional que se quiere transformar, sin que quede claro su valor como herramienta para promover autonomía. Será necesario reflexionar acerca del uso posible de la HC como herramienta de desmanicomialización para que no siga siendo sólo una herramienta médica, con escasa utilidad terapéutico-promocional. En este sentido, se podrían ensayar otros usos de la HC, ya sea como medio para la promoción de autonomía y/o como espacio concreto donde dirimir el poder (por ejemplo, en mi práctica pude vislumbrar que escribir junto con el paciente su HC tenía efectos clínicos promocionales que ameritan un estudio sistemático al respecto).

El análisis de 45 eventos de internación a partir de la lectura de HC nos permitió vislumbrar la presencia de un enfoque comunitario, contrario al enfoque individualista típico del MMH (Menéndez, 1990). Vimos que en algunos casos hay indicadores de que el abordaje no se reduce a considerar la dimensión biológica, sino que se aborda a la persona en una trama de vínculos sociales que se traducen en entrevistas familiares, en salidas durante la internación con fines de inclusión social y, en menor medida, en articulaciones intersectoriales durante la internación. Pusimos en relación la orientación promocional con la continuidad de cuidados, viendo que el proceso de externación no se corresponde con el alta del tratamiento, sino con uno de los dispositivos de la estrategia terapéutica más amplia que lo excede.

Todo ello parece indicar la vigencia del modelo promocional como alternativo al MMH. Sin embargo, sabemos que este tiene una tendencia expansionista, es decir, que genera la exclusión ideológica y jurídica de otras formas de atención, pero no necesariamente desde la oposición directa, sino que mayormente se expande mediante procesos de *apropiación y transformación* de otros saberes y prácticas. Ejemplo de ello podría ser el paso del acompañamiento familiar de derecho a obligación, reduciéndose así su potencial valor alternativo al manicomial, para quedar subordinado al mismo. Retomaremos este punto del análisis durante la interpretación cualitativa de las entrevistas a personas trabajadoras y usuarias.

3.4. VALORACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS ACERCA DE LA INTERNACIÓN EN SALA COMÚN DE HOSPITALES GENERALES.

Ellos hacen lo que pueden con lo que tienen. Todos sabemos cómo está la salud pública ahora y todo [...] Entonces, yo pienso en esa noche en la que yo vine [...] quizá no era la forma de tratar a un paciente de salud mental, pero “este que viene así enloquecido, dopalo, sino como hago para atender a este otro que está quebrado”. Entonces pienso que, bueno, será por eso que pasa así (Entrevista 18, PU).

En este capítulo presentaremos los resultados del análisis de las entrevistas realizadas a veintidós personas usuarias de internación. Tal como describimos en la metodología, se trató de personas que estuvieron al menos una vez internadas en uno de los seis hospitales que formaron parte de la muestra. La mayoría de las personas estuvo más de una vez internada, y algunas incluso lo estuvieron *muchas*¹⁸ veces.

Siguiendo el orden de los objetivos específicos, este capítulo se organiza en apartados, a saber:

- 1) La trayectoria del paciente en internación y la continuidad de cuidados.
- 2) Prácticas de atención y cuidado: profesionales, operadores y familia.
- 3) Toma de decisiones: autonomía y consentimiento informado.
- 4) Experiencias: tensiones entre el buen y el mal trato en el HG.

3.4.1. Trayectoria del paciente y continuidad de cuidados.

La trayectoria en internación refiere a momentos clave del proceso, como son el ingreso, la permanencia y el egreso. Este trayecto no puede plantearse de manera aislada a la existencia o no de un tratamiento previo, lo cual nos acerca al concepto de internación como *último recurso terapéutico* (URT) según la valoración del paciente.

De igual modo, el egreso o proceso de externación se puso en relación con la continuidad de cuidados, aspecto fundamental para aproximarnos al fenómeno descrito en la literatura como *puerta giratoria* (Salvador-Carulla y otros, 1998). Veremos que ello se contrapone con la valoración positiva de las reinternaciones breves cuando son necesarias, constituyendo una estrategia alternativa a la internación prolongada manicomial.

El tiempo de permanencia en internación se aborda en relación a las condiciones de la sala y a las actividades dentro de la institución, dado que el tema de las salidas y del acompañamiento será trabajado más adelante. Surge, como problemática del estar internado, el deambular y el aburrimiento que nos remiten a la persistencia de aspectos

¹⁸ Utilizaron la categoría de muchas cuando no las podían contar con exactitud, por tratarse de más de 3 internaciones.

manicomiales en el HG.

3.4.1.1. Tratamiento previo: internación como URT.

Todas las personas entrevistadas dijeron que tenían tratamiento por SM antes de requerir la internación. La mayoría estaba en tratamiento en el mismo HG donde luego se internó, pero algunos tenían tratamiento en privado o de manera mixta.

Entre quienes dijeron que estaban en tratamiento previo en el hospital público, algunas dijeron que recibían atención de psiquiatra, mientras que la mayoría tenía un abordaje interdisciplinario “Tenía mi psicólogo, mi psiquiatra y mi acompañante. Sí. Entre los tres me iban acompañando” (E19, PU).

Notamos que el conocimiento y vínculo previo con la institución y el equipo de SM facilitó el ingreso de algunas personas, porque decidieron concurrir por guardia o pudieron, a partir de ese vínculo y tratamiento previo, llamar a la ambulancia cuando se sintieron en crisis: “*me sentía mal y con mucha crisis de nervios, y llamé a la ambulancia*” (E8, PU). Otras relataron que en el marco de una *visita domiciliaria*, dentro del tratamiento previo, se les indicó la internación. En un caso la visita la realizó una profesional psicóloga (E11, PU) y en otro caso, la realizaron operadores en SM (en E3, PU), que luego acompañaron a la persona hasta el hospital en ambulancia. Además, otras personas relataron que fue al concurrir a un turno programado cuando se les planteó la internación:

Quando tuve cita acá con –nombre de la psiquiatra– me dijo que ya estaba, que era hora de estar internado porque ya no daba para más. (E13, PU).

Una vez, por ejemplo, me vio la psicóloga. Me vio la psicóloga y me vio muy mal. Yo tiemblo y vomito cuando estoy muy ansiosa. Y me dijo: no -nombre de la persona-, necesitamos internación. Y ella misma me llevó a la guardia. Fue a que me atendieran enseguida y ahí me recostaron en una cama, me dieron un inyectable y esperaron a que se hiciera el pedido de cama en el servicio de clínica. (E16, PU).

Entre quienes tenían tratamiento previo en un ámbito privado, notamos dos opciones: que ya habían optado por recurrir al hospital, porque vieron que esa asistencia era insuficiente o bien que sostenían el tratamiento en privado y recién llegaron al hospital público en el contexto de la urgencia que motivaba la internación.

Yo me atendía por privado antes. Y vi que no me funcionaba, entonces...Decidí ir al hospital. (E21, PU).

Antes había hecho terapia en privado, iba y venía. (E18, PU).

Y venía con un tratamiento de un psiquiatra aparte [particular]. No estaba teniendo atención psicológica. Y ahí, cuando caigo en la internación, después todo el mambo, y ahí caigo en el hospital. (E1, PU).

En uno de los casos, la persona incluso estuvo internada en una institución privada de la localidad tras un intento de suicidio, oportunidad en la que recibió asistencia médica por las complicaciones clínicas vinculadas al episodio (hipotermia), pero no recibió atención a su SM. Recién en un episodio posterior, por tratarse de un intento reiterado, los profesionales de la institución privada decidieron no recibirla por falta de personal de SM y solicitaron su traslado para atención en el hospital (E12, PU). Por su parte, una de las personas entrevistadas dijo que la profesional de privado que la atendía continuó la asistencia e iba a verla con una frecuencia diaria durante la internación en el hospital público (E14, PU).

En estos diversos casos, se evidenció el incumplimiento de la LNSM por parte de las instituciones de salud del subsector privado y de obras sociales, que como desarrollamos en un apartado anterior, es un problema que vulnera los derechos de las personas con sufrimiento mental y, además, recarga el sistema de salud público, dado que resulta el único que brinda este tipo de atención.

La existencia de un tratamiento previo parece abonar la idea de la internación como URT. En el mismo sentido, para describir el motivo de internación o relatar su ingreso, las personas usuarias coincidieron en reconocer que se encontraban en una crisis, donde sentían que su vida estaba en riesgo. Esto fue vivenciado de manera singular en cada caso, pero con cierta recurrencia en cuanto se trataba de una vivencia de límite, de no dar más, frente a la cual la internación se presentaba como el último recurso o la última oportunidad para mejorar.

Porque estaba en riesgo mi vida, por así decir. Yo sufro de autolesiones, entonces, llegaba con mucha abstinencia, o ya con cortes muy profundos. Entonces, ya la internación era necesaria, obligatoria, sí. (E16, PU).

No me di cuenta que necesitaba ayuda hasta que exploté [...] Tuve cuatro intentos de suicidio y en el último me interné (E 12, PU).

Me ahorqué. Eh nada, si no llegaba mi mamá la quedaba [...] Es que necesitaba una internación, eso la verdad que me hizo bien, sí. (E 13, PU).

Yo tenía depresión, me quise suicidar varias veces [...] Así que yo veo las internaciones como eso, como que te protegen no sólo de las cosas externas sino de vos mismo alguna vez (E 21, PU)

3.4.1.2. Egreso: puerta giratoria o continuidad de cuidados.

Todas las personas entrevistadas dijeron que al momento del alta tuvieron algún tipo de seguimiento o continuidad de cuidados. Eso era esperable, dado que precisamente desde la muestra cualitativa sólo tuvimos acceso a personas usuarias de internación con quienes el equipo de SM siguiera, de algún modo, en contacto. Lo que sí resultó interesante

fue conocer el tipo de propuesta de continuidad de cuidados que se planteó al momento del alta.

Durante el análisis cuantitativo planteamos que, a partir de la lectura de HC, algunos eventos de internación terminaron con la indicación “debe solicitar turno”. En estos casos, consideramos que no se promovía la continuidad de cuidados, quedando ello supeditado a la búsqueda activa de atención por parte de la persona usuaria o familiar.

En este sentido, una de las personas entrevistadas dijo que tenía un sistema de seguimiento mixto, donde la psicóloga le daba turnos programados, pero para la psiquiatra debía gestionar el turno, cada vez, vía la secretaría del servicio (E1, PU). Otra persona con sistema mixto, explicó que el tratamiento luego de la internación incluía su asistencia a un dispositivo, pero que la atención profesional era vía gestión del turno (no programado). En este caso, la persona usuaria reflexionó acerca de su dificultad personal en el manejo de los tiempos y pudimos vislumbrar que ello pudo funcionar como barrera en el acceso al tratamiento (E2, PU).

Mi psicóloga, que es -nombre-, me da los turnos ella y sino, para la psiquiatra, que ahora cambié hace poco de psiquiatra, lo saco con -nombre-, que es la secretaria es la que da los turnos, y ahí me da turno. Porque suele pasar así, hay psicólogos acá o psiquiatras que atienden con agenda. O sea, ya te dan el turno. Y hay otros que trabajan con el sistema más general del hospital y hay que ir a sacar el turno y ahí te lo dan para cuando tengas que ir. (E1, PU)

Sin embargo, en la mayoría de los casos la continuidad de cuidados se realizó, por un lado, con turnos programados en consultorio externo, ya sea del HG u otra institución de la red de atención en salud (por ejemplo, un centro de salud), mientras que por otro, también con la inclusión de la persona en dispositivos intermedios, como casas de medio camino, emprendimiento socio-laboral u otro taller o actividad grupal (E 21 y 3, PU).

Ah, eso sí, siempre, siempre, salís con algún turno para ver a tu psicólogo en la semana o la otra semana, sí. (E 7, PU)

En consultorio externo, con turno programado o espontáneo [...] después tenía que volver a venir cuando necesitaba pastillas o cuando quería hablar. [...] a veces tenía horario y a veces no. (E 15, PU)

Por ejemplo -nombre de psicóloga - me decía “bueno vas a venir tal y tal día, en tal horario”. En ese tiempo no era como ahora, que hacemos por whatsapp. Entonces me decía “bueno yo el martes te espero a tal hora, que sé yo no te pierdas. Si no, vení a la guardia. y si no venís a ...” Me daban todas las posibilidades para que no deje el tratamiento. (E 18, PU)

En otros casos, además, se mencionaron dispositivos de continuidad de cuidados que incluyeron visitas domiciliarias, gestión y entrega de la medicación. Para las personas

entrevistadas, ello sería un indicio de interés y protección del equipo de salud para su cuidado y recuperación.

A mí la medicación me la preparan en SM. Me la compro yo, pero me la preparan porque como yo la dejé, ellos me cuidan que no la vuelva a dejar. Entonces, me preparan y se aseguran de que la tome. (E 4, PU).

Todos los días tenía que venir a tomar medicación, y para verme ¿no? O sea, era la medicación, pero era para verme a mí, cómo estaba. (E 5, PU)

Sí, la medicación me la traían todos los días los de la salita en una camioneta de salud [...] Ahora como voy al - nombre del dispositivo intermedio - me entregan la medicación ahí ellos (E 9, PU)

Cuando estaba de alta también. Hubo un tiempo en el que ella me llevaba la medicación todos los días a casa y ahí charlábamos (E 16, PU)

Lo presentado en este punto nos permite vislumbrar una multiplicidad de dispositivos mediante los cuales se promueve la continuidad de cuidados. Ello no implica que la persona no vuelva a requerir de internación, sino al contrario: tener un vínculo de cercanía y confianza con el equipo de SM facilita el acceso a internación. Por lo mismo, debemos considerar que las re-internaciones pueden no ser un indicador negativo, en términos de puerta giratoria, sino que pueden indicar el cambio de modelo: desde una única internación prolongada en monovalente, a breves internaciones en HG dando respuesta a las necesidades de la persona con sufrimiento mental.

En el mismo sentido, cuando las personas usuarias relataron su ingreso a internación, notamos que en varias entrevistas se mencionó una referencia temporal, enfatizando la brevedad, lo acotado y lo puntual de la indicación de internarse. El quedarse en el hospital se entiende, siempre, como algo provisorio. Vemos en ello un factor que favorece el acceso y la permanencia en el HG.

Seguro que me hablaban bien ellos, cuando me sacaron. No me sacaron atado, nada [...] Y le dije “yo estoy bien” le dije. Y me dice “pero no, no, quedate unos días, hasta que estés mejor, que comas bien” (E3, PU).

Me dijo “bueno, ahora vamos a pasar un ratito, un tiempo acá en el hospital, para hacer algunas cosas”... no me acuerdo cómo me dijo, no me dijo para bajar los decibeles, pero yo estaba eufórico en ese momento. (E4, PU).

Sí, porque tenía las voces, todavía no se me iban las voces, sabían lo que me había pasado, que me quise matar. Entonces, por eso [le propusieron la internación]. Si, me dijeron “durante un tiempo. Durante un tiempo”. (E6, PU).

Pero, por ejemplo, esta última [internación] ya estaba pactada el alta, yo sabía que el jueves me iba. Así que eso también estuvo bueno. (E16, PU).

3.4.1.3. Estadía en Sala: aspectos generales.

Varias personas usuarias dijeron que la ubicación de las camas por motivos de SM era compartida con otras dolencias, aclarando que las divisiones eran entre hombres y mujeres: *“Hombres por un lado y mujeres por otro. No hay hombres y mujeres internadas en la misma habitación”* (E21, PU). Sin embargo, otras personas reconocieron la división entre camas o habitaciones de SM y las asignadas a otras clínicas. *“Salud mental está al fondo, y después adelante tenés 8 o 10 camas que son de pacientes que están por otros motivos”*. (E12, PU).

En dichos relatos podemos ver que se reproduce una perspectiva binaria en la división de las habitaciones según el sexo biológico y, además, que la ausencia de una sala especializada de SM no evita que en la práctica, y desde la percepción de personas usuarias, exista la división de habitaciones según motivo de internación.

Por su parte, en una de las entrevistas se hizo mención a la separación o compartimiento de las internaciones por motivos de SM: *“por lo que yo sé, creo que dos pacientes de salud mental no pueden estar juntos”* (E 16, PU).

Por otro lado, resulta llamativo que pocas personas se quejaron respecto de las condiciones habitacionales, camas, baños y mobiliario. Por el contrario, varias personas destacaron su satisfacción respecto de las salas, mencionando que las habitaciones eran amplias y tenían acceso a televisión. Otras refirieron que la habitación era linda, espectacular, destacando el servicio de limpieza y la comida “abundante y rica” (E 3, 14,15, 19, 22).

No, (las habitaciones) son re lindas. Sí, son re lindas. Tienen un televisor, te lo prenden cuando vos querés [...] Sí, hay dos camas. Y a veces estoy sola y a veces estoy con alguna otra compañera. (E 19, PU)

La habitación que me tocó es grande. Tenía televisor, había aire acondicionado [tono entusiasmada] (E 22, PU)

Yo, mirá, yo, de mi parte, no me puedo quejar, de nada (E 3, PU)

No, pero es algo que si uno quiere puede tener televisión, esas cosas, no hay restricciones [...] La atención de todos. Desde enfermeros, el servicio de limpieza, los profesionales, absolutamente todo. Todo maravilloso. (E14, PU).

Además, en varias entrevistas las personas mencionaron hacer uso de la ducha como condición material de la internación y como una actividad diaria y rutinaria (E 4, 7 y 8, PU). Una persona refirió que se bañaba primero y luego desayunaba (E7, PU); otras lo mencionaron como parte de las comodidades de internación, cuando la habitación contaba con baño privado *“Te bañas, todo ahí”* (E 8, PU).

No, estaba en mi habitación, tomaba las cosas, comía las cosas, esperaba cuando venían a limpiar, esperaba que terminen de limpiar [...] El almuerzo a horario, el desayuno a horario a las ocho, a las doce el almuerzo, a las tres la merienda, a las ocho la cena, era muy ordenado (E9, PU).

En dichas entrevistas se infiere la normalización de las conductas de higiene, alimentación y sueño, y la organización de la rutina como una parte fundamental de las prácticas en hospitales generales.

Entre las personas usuarias que sí pudieron transmitir su insatisfacción por las condiciones materiales de internación, algunas mencionaron fallas respecto de la privacidad en algunas habitaciones por tener puertas vidriadas (E16, PU), y otro porque la habitación se encontraba separada por zócalos (E17, PU).

Lo único así medio feo, pero creo que lo hicieron por la pandemia, es que la puerta tiene un vidrio, la puerta de entrada, tiene como algo así y no todas están tapadas. Te ven de afuera. Pero vos le podés poner una camperita o le podés poner algo (E16, PU).

En este punto se evidencia el incumplimiento parcial a la LNSM, en donde se indica el resguardo por la intimidad y la privacidad. En otras entrevistas se reflejó que no se tuvieron en cuenta ciertas necesidades que eran percibidas por la persona usuaria como fundamentales para el bienestar, tales como ver televisión, escuchar la radio o tomar mate.

La sala es re fea jaja. No, mentira. No es fea, pero es triste [tono serio] Muy triste. (E16, PU)

No había tele. No había radio, no había nada [...] la tele o una radio es la base fundamental para una persona cuando [...] cuando piensa, cuando dice... qué sé yo. A esta hora podría estar mirando tal programa y me llevaría un tiempito para no pensar. (E10, PU).

Tema mate: En teoría no se puede por... Por un tema de higiene. Porque la yerba es, bueno, muy sucia. Chorra la bolsa después. Entonces para los de limpieza han implementado eso de que no se puede tomar mate. Pero la gente toma igual. (E21, PU)

Algunas personas usuarias pudieron plantear quejas respecto de la comida, mencionando que “hay que tener estómago para estar 10 días comiendo fideos” (E 22, PU), como así también dos personas refirieron que sus familiares les llevaron comida por dichos motivos (E 4, PU) “Venía mi hermana a traerme comida, porque era poca” (E 22, PU). Otra persona hizo referencia a una vianda general y poco personalizada, planificada priorizando las necesidades de otros problemas de salud y no las de SM.

Yo la veo buena la comida. Lo que pasa es que... Por ahí uno no está acostumbrado a comer sin sal y esas cosas. Que lo hacen porque hay gente Hipertensa, hay gente... Entonces... es buena, pero un poco desabrida. (E21, PU).

3.4.1.4. *Deambular y aburrimiento.*

Durante el análisis de historias clínicas, destacamos que el registro de enfermería muchas veces informaba como conducta de la persona internada el *deambular*. Notamos que esa forma descriptiva remite a una connotación negativa, puesto que asocia el movimiento con la sinrazón del ir hacia ningún lugar.

En esta línea, nos interesa cómo describieron el tiempo de internación las personas usuarias ¿qué experiencias fueron las que aportan sentido al estar internado?

Muchos de los relatos coincidieron en que la permanencia en el hospital no incluyó propuestas de actividades. Según esta visión, lo terapéutico se adjudicó al hecho de poder descansar y no asumir trabajos o responsabilidades de la vida cotidiana.

Me dan comida. Eso es lo que está buenísimo, que tengo que estar en la habitación nomás y me traen la comida. Y me dan la medicación. Entonces duermo más. Me recupero del sueño, hasta cuando me dan el alta. (E20, PU).

Sin embargo, la falta de propuestas generó, mayormente, un tipo de sufrimiento ligado al aburrimiento. Algunas personas plantearon ello francamente como queja, por la falta de espacios de estar por fuera de la habitación y de propuestas de actividades que permitan cierto bienestar. Las personas usuarias describieron el estar internado como *un “embole”*, dijeron sentirlo como un espacio triste, en soledad o directamente como estar muy aburrido/a. Notamos que, en estos casos, también hay una referencia temporal. Pero aquí el tiempo deja de ser nombrado como breve, factor que anteriormente identificamos como facilitador del acceso a la internación para ser nombrado como *un tiempo eterno*, con horas largas que no pasan más.

No hay actividades que podamos hacer, por ejemplo. Tampoco hay lugar, no hay espacio para el área de salud mental... y eso es lo que por ahí es raro, porque de última si tuviésemos un espacio, por ejemplo, decir, bueno los pacientes de salud mental o cualquier paciente que se pueda mover tenga ganas de ir a escribir, de ir a escuchar una canción, de no sé de crear algo, sería otra cosa. [...] Y se te hace muy eterno. (E16, PU)

Y bueno, sí, me despertaba muy temprano cuando venía el servicio de limpieza. Después, bueno, era el desayuno. Después, bueno, nada. Eran los momentos así, los cuatro momentos marcados de las comidas. Después el horario de visita, que era, uno era a la siesta y otro a la tardecita [...] Y el querer que las horas pasen, ¿no? Y se me hacía larga (E14, PU)

Por lo general, te despiertas temprano, porque ya empieza a haber movimiento. Primero me bañaba, después desayunaba. Después, nada, más que nada estar en el patio fumando , porque tenés un embole acá adentro. Y más cuando te toca los fines de semana, que no hay ningún tipo de movimiento en el hospi y se hace como... más largo el día (E7, PU)

Y extrañaba el televisor, o una radio aunque sea. Y no, no se me pasaban las horas y era horrible ponele [...] sentir que estás ahí adentro sola... es

feo. No tenía actividades (E10, PU)

Había días que me pasaba eso, que estaba muy aburrido. Los fines de semana, los domingos. Me acuerdo que pasé un cumpleaños una vez internado. [¿Y cómo fue eso?] Y... re triste. (21)

Aunque sin reconocer un sufrimiento mental vinculado a la soledad, una de las personas entrevistadas logró transmitir de manera contundente la sensación de soledad que suele acompañar al paciente internado:

Lo que pasa es que yo estoy preparado, porque yo trabajé en la esquila en un lugar que vos te vas a alquilar y estás lejos de tu familia [...] y ahora estoy solo, así que para mí la internación era como estar en mi casa. [...] Pero ya le digo, no me afectaba en nada porque sé lo que es estar solo, y solo, solo, solo, nada más que con los perros. (E3, PU).

La ausencia o escasez de propuestas de actividades se contrarresta con algunas rutinas que incluyen como aspectos destacados el uso del patio para salir a fumar y tomar mate. Algunas veces ello no implica interacciones sino simplemente el “aire libre” para interrumpir el estar dentro de la habitación, que remite al encierro. En otros casos, el “salir al patio” implica compartir charlas, mates o música con otras personas, cuestión que podemos suponer genera cierto bienestar.

Hay un patio ahí donde están los ascensores, donde ahí hacen todos dibujos en las paredes... Por eso yo les decía que pinten las paredes, que hagan arreglos [...] Yo iba a cada rato, a tomar mate y fumar, tomar mate y fumar. [...] Cuando me iba al patio a escuchar música, venían todos, seguían, venían (E 2, PU).

[en otro HG] tienen un patio grande, entonces, yo estaba todo el día en el patio, hacía ejercicio, qué sé yo. [...] Yo me levantaba, el que no tenía nada físico mal, digamos, podía estar afuera, me tomaba unos mates. (E 18, PU).

En las observaciones notamos la diversidad de condiciones hospitalarias en cuanto a la disposición o no de un espacio verde, patio o área de recreación. Vimos que algunas instituciones tenían amplios y bellos espacios verdes, bien cuidados y con asientos para sentarse a conversar, tomar mate o comer algo. En otras, los patios eran pequeños, o predominaba el cemento y/o no tenían bancos, por lo que sólo se podía estar un tiempo acotado de pie. Finalmente, algunas instituciones no presentaron ningún tipo de área al aire libre, por lo que el único espacio para estar del paciente internado era su propia habitación. Esta diversidad de condiciones hospitalarias es uno de los factores (condicionantes) que influyen en el tipo de prácticas del modelo de atención. En especial por las necesidades de las personas con sufrimiento mental, que muchas veces se vincula a la necesidad de movimiento y actividad.

Igual siempre me recomiendan salir a caminar por la ansiedad, entonces voy y vengo, voy y vengo en el patio [...] Así que salimos, eso fue como medio obligatorio, salir a caminar. Salimos ... varias cuadras. Salimos, y caminamos un poco. (E 16, PU)

A su vez, algunas personas usuarias se quejaron respecto de la poca libertad con la que contaban en la internación, haciendo mención a las restricciones para moverse o salir a fumar al patio.

Me cagaban a pedos, pero bueno [...] Porque no se puede fumar [...] Yo salí al patio y arranque el cartel de "no fumar" (tono chistoso) (E5, PU).

Sí, daba vueltas [por el pasillo] hasta la esquinita, a la otra esquinita y me volvía a mi cama. No se permitía, pero... (E15, PU).

Estas prácticas restrictivas muestran que aún existen modalidades de internación en donde la quietud y el descanso son consideradas como parte de los abordajes de tratamiento.

Por otro lado, algunas otras personas internadas sostenían actividades individuales incluso en su habitación, por iniciativa propia o a propuesta del equipo de SM, como escribir, pintar o leer.

Yo por lo general es como que ya la tengo un poco clara, le pido que me lleven para pintar, a mí me gusta escribir, de que me lleven mi cuaderno, después tengo un diario [...] si es con acompañante [le pido que traiga] cartas para jugar (E 16, PU)

Me llevé la guitarra para compañía, leía. (E13, PU)

A mí antes no me gustaba leer y empecé a leer [en internación] y me encantó (E11, PU)

Por último, otro grupo de personas entrevistadas dijeron que si habían tenido propuestas de actividades, que se realizaban en otros dispositivos de la red asistencial. En estos casos, las personas fueron trasladadas con una movilidad de salud, o bien acompañadas por un operador de SM o un familiar. Como veremos más adelante en este mismo capítulo, la presencia de operadores resultó favorecedora de salidas previas al alta, incluyendo visitas a espacios públicos o al domicilio de la persona internada.

Cuando estás internado te pasas a buscar una combi por ahí, por el hospital. En el transporte [...] vos haces tu actividad y volvé al hospital. (E 21, PU)

Me había hecho una rutina, a la mañana iba a kinesiología, después a la tarde iba a - dispositivo intermedio -. Era como que se me había hecho una rutina con -nombre de operadora - (E 11, PU)

Iba a las actividades de -nombre del dispositivo intermedio-. Iba a la mañana y volvía [al hospital] a la tarde. (E 1, PU)

3. 4. 2. Prácticas de atención y cuidado: profesionales, operadores y familia.

Las prácticas de atención en internación conllevan la participación de actores profesionales y no profesionales en el equipo interdisciplinario de salud en general y de SM en particular, como así también de la propia familia como cuidadora no institucional durante el tiempo de internación. A continuación presentaremos algunas características de cada tipo de cuidado desde la valoración de personas usuarias.

3. 4. 2. 1. Atención y cuidado de trabajadores: profesionales y operadores.

Entre los profesionales, se mencionó de manera destacada a enfermería, quienes fueron identificados por las personas usuarias como los trabajadores *que están siempre*. Además, en las entrevistas, mencionaron a psicólogas/os y médicas/os de SM o médica/o psiquiatra, quienes fueron claramente identificados como los responsables de la internación. En menor medida, personal médico con o sin especialidad y trabajadores sociales fueron mencionados por su participación en el proceso de atención. Finalmente, pero sólo de manera ocasional, fueron mencionados profesionales de otras disciplinas, como kinesiólogos y odontólogos.

A partir de las observaciones y de las entrevistas a personas usuarias y trabajadores, identificamos varios tipos de organización del equipo de SM para asistir en internación, que implican distintas configuraciones posibles de atención en sala según diversas variables a considerar, como la cantidad de profesionales que intervienen, la modalidad de continuidad o rotación durante el tiempo de internación y la consideración o no de un vínculo previo con la persona usuaria. Se resume en el Cuadro 8:

Cuadro 8: Aspectos a considerar en la organización de la atención por SM durante la internación. Río Negro, 2024.

Cantidad de profesionales intervinientes	Modalidad durante la internación	Equipo específico de internación	Equipo tratante* y de referencia**
Uno	Continuidad	Si	Mismo
Dupla	Rotación	No***	Diferente
Pequeño equipo			

Fuente: elaboración propia.

*Tratante: profesional o equipo que realiza las intervenciones durante la internación.

**De referencia: profesional o equipo que realiza tratamiento ambulatorio, antes o después de la internación.

***Cuando el equipo no es específico de internación, los profesionales tratantes realizan otras actividades en el hospital o en la red de servicios.

En cuanto al primer eje, la mayoría de las personas entrevistadas dijeron haber sido atendidas por una dupla o un pequeño equipo de SM. Hallamos coincidencia en la noción de *equipo* y no sólo menciones de profesionales aislados. Las personas entrevistadas destacaron la comunicación entre los profesionales, refiriendo que “se comentan” entre ellos acerca del tratamiento. También notamos que el tipo de atención predominante fue con la modalidad de entrevista, que algunos usuarios entendieron como una charla o conversación, mientras que otros la describieron como un interrogatorio.

Me preguntaban cómo estaba, si había dormido, si había escuchado voces, si me llevaba bien con mis papás. Entonces yo les contaba todo en una charla ahí breve en la sala. En la habitación [...] el equipo mío que daba las órdenes para dar esas pastillas. - nombre de psicóloga- también. Pero ellos se comentan entre ellos igual (E6, PU).

A la sala, sí, donde yo estaba internada, sí, todos los días. Mañana y tarde. O sea, entre ellas se ve que se comentaban, creo, en el caso mío, el caso de -nombre de la entrevistada - jaja , así que venían a la mañana y a la tarde. [...] Yo lo tomaba bien, me decían - nombre de psicóloga- no viene porque trabaja de mañana y nosotras estamos de tarde. Bueno, está todo bien. (E10, PU)

Sí, también, porque por ahí, ponele estaba - nombre de psicóloga- que es mi psicóloga, pero por ahí estaba otra, entonces, como yo más o menos los conozco a todos, como que no tenía problema. Pero, sí, - nombre de psicóloga- es mi psicóloga, pero por ahí pasaban otras a preguntarme cómo estaba. (E11, PU).

Aparece así la noción de equipos rotativos. Sin embargo, en algunas entrevistas se plantea como una dificultad la poca comunicación entre profesionales, lo cual se ve reflejado en tener que contar varias veces lo mismo, o bien la idea de un referente principal y otro que va “rotando”, lo que se asocia a una menor participación e implicancia en el tratamiento.

Pero sí me venían a ver las psicólogas, la que estaba de guardia, una cada día, y que en realidad no me gustaba mucho eso... porque medio que no se acordaban de nada. O sea, por ahí, lo que les dije en el día uno, que mi hermana estaba enojada conmigo, por ahí después a los dos meses me seguían preguntando: ¿Tu hermana sigue enojada con vos? Y yo como “ya te dije que no” jaja. (E1, PU)

Venía la psiquiatra con la psicóloga a charlarme un rato [...] Iban rotando las psicólogas me parece, la psiquiatra sí era la misma, porque había una sola [...] pero la psicóloga me parece que iba rotando (E4, PU).

Si bien la mayoría de las personas entrevistadas dijeron entender la rotación de profesionales como aspecto organizativo del equipo y/o la cantidad de profesionales, en uno de los casos también se expresó que dicha rotación generó incertidumbre, preguntándose la persona usuaria si sería porque ella era “un caso raro” o si presentaba alguna dificultad especial.

Y todos me iban a ver, en un momento era como que todos los días aparecía una psicóloga diferente, iba - nombre de pila - iba - nombre de pila-, iban todas. En un momento todos los días iban todas [...] bueno las psiquiatras también. [...] Yo pensaba, en un momento pensaba “estarán viendo algo raro, porque si todos los días viene alguien distinto a verme será para confirmar algo”. Pero nunca les pregunté (E 18, PU).

En cuanto a la frecuencia de la atención profesional, en la mayoría de las entrevistas apareció mencionada la evaluación diaria e incluso de más de una vez al día. Algunas personas usuarias dijeron que la frecuencia dependía de la singularidad del caso y del momento que se transitaba (“depende de cómo te vean”).

Todos los días. Te visitaban por lo general a la mañana o al mediodía. Es una charla para ver qué querés hacer [...] y cómo estás (E7, PU).

Sí, todos los días. Y a veces doble, por ejemplo: el que estaba de guardia tipo 11 hs vienen, ¿viste? Y hacen la sala. Y después - nombre de profesional -, que siempre venía. (E 5, PU).

Todos los días tenía una psicóloga. Si no estaba el psicólogo, estaba la psiquiatra, pero todos los días tenía atención (E 12, PU).

Eso lo van evaluando según cómo estás vos. Si te ven bien, por ahí le dan uno o dos días espaciados. Pero si te ven mal, todos los días. (E21, PU).

Sin embargo, varias personas entrevistadas dijeron que se trataba de visitas demasiado cortas y que sería necesario una duración más prolongada.

En menos de 15 minutos. Sí, una visita, sí, para ver qué onda (E1, PU).

Las visitas de los psicólogos y los psiquiatras, deberían haber más, más psicólogos y más psiquiatras en el hospital porque son pocos. Son pocos y es visita de médico, un ratito (E22, PU).

Entonces yo les contaba todo en una charla ahí breve en la sala. (E6, PU).

Un aspecto que fue valorado positivamente durante las entrevistas, fue referido a la disposición de los profesionales: las personas sabían que en caso de necesitarlo, podían solicitar la atención en otro horario, y/o recurrir a la atención de la guardia pasiva o activa de SM.

Y si yo estaba internada me veía ella todos los días, en la mañana, durante la mañana. Y si necesitaba, que la necesitaba de nuevo, la podía llamar antes de las 2. Y después está.. la guardia. (E16, PU).

[si estás mal] Los enfermeros llaman a salud mental y te...viene un psicólogo que esté de guardia. (E21, PU).

Venían, si necesitaba un pedacito de Clonazepan me lo daban y re estaban conmigo. Suponete que me agarraba a la noche, bueno, venían a la noche. [...] Entonces, una vez tuvo que venir de – nombre de otra localidad – a las 9 de la noche o a las 10. Pobre! Así que sí, venían. (E11, PU).

A pesar de ello, aparecieron relatos de experiencias de resistencia por parte de enfermería a llamar a la guardia de SM y situaciones en donde las personas usuarias dijeron no recibir la atención que habían requerido o necesitaban.

Una vez le pedí llamar a la guardia de salud mental. Dijeron, “ya llamamos”. Y no la llamaban [...] No, no llamó. Se ve que para no molestar al psicólogo o al psiquiatra. Pero bueno, si están para eso los de guardia... (E5, PU).

Pero yo llamaba y no venía nadie [...] me decían que estaban ocupados en otra sala (E17, PU).

En otra de las entrevistas se mencionó que durante la internación la persona recibía atención por parte de una psicóloga particular. Ello pone en evidencia, una vez más, la falta de espacios de internación en instituciones privadas, por lo que personas que se atienden con obra social o bien de manera particular, al requerir internación, la misma se realiza en instituciones públicas.

La psiquiatra. Sí. Con la psiquiatra era con la que yo... Y bueno, después los psicólogos también. Lo que pasa que las psicólogas todos los días venían a verme, pero también tenía ingreso mi psicóloga particular. (E14, PU).

Por otro lado, las personas usuarias nombraron a las y los trabajadores de SM por su nombre de pila y, eventualmente, también con apellido. Por el contrario, cuando mencionaron a otros médicos (no de SM), al personal de enfermería o a otros profesionales, lo hicieron por su función y no de manera personal. Ello nos remite a la diferencia en el vínculo entre personas usuarias y personas del equipo de SM, que algunas veces preexiste a la internación o bien se genera durante; pero no así con otros trabajadores, incluso cuando su presencia sea más frecuente, como enfermería.

Así que no me puedo quejar, - nombre de pila - la psicóloga y - nombre de pila - la psiquiatra, muy, muy buenas personas conmigo, hablábamos, hacíamos chistes, nos reíamos y bueno, y así (E10, PU).

Por su parte, los y las operadores/as de SM no sólo eran nombrados con su nombre de pila, sino incluso muchas veces con un hipocorístico¹⁹, apodo o *diminutivo* del nombre, que denota mayor confianza y cercanía. Notamos que al describir la presencia de operadores, las personas usuarias destacaron el buen trato y la contención que recibieron, y pusieron de relieve la dimensión afectiva, de cariño y ternura.

Todos los de acá me estiman mucho. (E3, PU).

Igual que acá [nombre de pila de operadoras] ellas son un amor (E6, PU).

¹⁹ Dicho de un nombre: que, en forma diminutiva, abreviada o infantil, se usa como designación cariñosa, familiar o eufemística; por ejemplo, *Pepe*, *Charo*. (RAE, 2024) - Otros ejemplos serían Santi (Santiago) Fede (Federico) Vane (Vanesa), etc.

[nombre de pila del operador] es un ángel. Él me contiene muchísimo (E 19, PU)

Me acompañaban todos ellos (E 22, PU)

Se evidenció, además, el reconocimiento y gratitud de las personas usuarias por la presencia de operadores en momentos difíciles, incluyendo su contribución para sostener actividades de soporte vital o para garantizar la satisfacción de necesidades básicas.

Una vez no podía dormir y se quedó hasta las siete de la mañana. De cuatro a siete, me hizo la re gamba. [nombre de pila del operador]- mi operador a veces se quedaba todo el tiempo (E5, PU).

Sí, hasta me dieron de comer, [nombre de pila de operadora] me dio de comer en la boca. (E22, PU).

Me llevaban cosas, me llevaban... porque yo fui con ropa de abrigo y resulta que hacía un calor bárbaro. Me llevó pantalón corto, remera, todo. (E3, PU).

Entre las actividades de acompañamiento y cuidado que mencionaron las personas usuarias entrevistadas, se encuentran actividades recreativas. Ponemos en valor este tipo de actividades, en relación al sufrimiento expresado como *aburrimiento* que describimos en la sección anterior al abordar la permanencia en internación. Así, el acompañamiento de operadores se vinculó a la realización de actividades divertidas y lúdicas, como lo muestran los siguientes fragmentos de entrevista:

Sí, y después [nombre de pila de operadora] me enseñó a hacer una muñequita y me enseñó a bordar [tono entusiasmado y risueño] (E22 PU)

[nombre de pila de operadora] que es la operadora y con ella jugábamos a las cartas [...] esa era mi rutina. Yo me quedaba con ella, íbamos a caminar un poquito [...] nos sentábamos acá en la placita del frente (E11, PU)

Otra serie de relatos pusieron de relieve que el acompañamiento de operadores fue positivo como espacio proveedor de herramientas cognitivas y terapéuticas.

Me ayudó más que nada porque me dieron tips, para la ansiedad, para... porque mi operadora de salud mental que es actualmente mi operadora de salud mental personal, me dio herramientas y por eso la elegí como operadora. (E 13, PU)

Venía de lunes a lunes. Pero aprendí mucho, viste, después no me internaron más (E5, PU)

Algunos usuarios expresaron que tuvieron la posibilidad de elegir con qué operador se sentían más cómodos y con quien deseaban continuar el vínculo al momento del alta. Cuando ello es así, es valorado positivamente, mostrando que la confianza y vínculo logrado durante la internación luego aporta continuidad al cuidado ambulatorio.

Y yo no trataba mucho con ellos, hasta el día que me quise ahorcar. Recién ahí tuve operadores de salud mental para mí. (E12, PU)

Él me contiene muchísimo. Cuando yo me siento un poquito mal, vengo y hablo con él. (E19, PU)

Mi operadora de salud mental que es actualmente mi operadora de salud mental personal, me dio herramientas y por eso la elegí como operadora. Es la que más bola me dio. En realidad me dieron todos bola, pero [...] con una era como que no me caía tan bien. (E13, PU)

Para finalizar, destacamos que durante las entrevistas se puso en valor el rol del operador como un relevo de la familia, ya sea para que ésta pueda descansar o como sustituta cuando la familia tiene dificultades para acompañar.

Era para darle tiempo a mi hermana que descansara algo, comiera algo y me viniera a acompañar. Después ya estaba así, con el acompañamiento de los operadores, y venía mi hermana a dejarme la comida. (E22, PU).

Claro, una operadora. Yo me quedaba con ella [...] no tanto, pero mi mamá ya se iba a ponerle, no sé, a mi casa, a tomar unos mates. Al principio no, pero después sí. (E 11, PU).

Mi mamá y mi hermano me iban a ver poco en el hospital, pero como yo vivía con crisis, no fueron más. [...] Le dije a mi mamá, me siento como un perro abandonado. Siento que me dejaron acá. Pero porque ellos tampoco tienen las herramientas para ayudarme. (E 12, PU).

3. 4. 2. 2. Cuidado familiar ¿derecho u obligación?

Ahora nos detendremos en describir la participación de la familia durante la internación. Encontramos que la mayoría de personas usuarias entrevistadas contaron con algún tipo de acompañamiento familiar que les ayudó a mermar sentimientos de soledad o aislamiento. Al relatar las vivencias de internación, dijeron que el acompañamiento familiar fue algo que les ayudó a la recuperación de su SM, destacando que en internación tuvieron la oportunidad de recibir el apoyo que necesitaban.

Claro, si, mi mamá se quedaba conmigo. Dormía conmigo, estaba todo el día conmigo. De noche también, si. (E11, PU).

Mi familia, que son los que están siempre. (E21, PU).

Mis hijos podían venir. Si no era el horario de visita, igual. Igual. Los dejaban entrar. Sí. Porque yo necesitaba mucha contención. (E19, PU).

Todos los días, no. A veces venía uno, a veces venía otro, a veces venía mi papá. Creo que vino dos veces a esa internación. (E5, PU).

Me iban a ver, y a mí me gusta eso. Me llevaba de comer. Es muy dulce, a mí me parece. Me llevaba alfajores, bombones, más cosas. Me llevaba masitas, gaseosas, yogures. Ahí venían -nombre de su pareja- y mi familia.

A veces mi cuñada venía a verme y las nenas de -nombre de su pareja- (E6, PU).

Me sentí acompañada, sentí lo que necesitaba en ese momento. Sí, totalmente. (E14, PU).

En general, entonces, observamos una valoración positiva de las visitas y del acompañamiento no obligatorio de la familia, que fue percibida como contención y afecto; sin embargo, ese beneficio se desdibuja cuando el acompañamiento fue indicado como cuidado obligatorio, permanente y/o exclusivo de internaciones por SM. En este sentido, algunos usuarios notaron que otras personas internadas no siempre se encontraban acompañadas, observando que cuando el motivo de internación parecía ser clínico podían permanecer solas, no así cuando el motivo se vinculaba a SM.

Porque no me dejaban quedarme sola [...] capaz que era por salud mental, porque después había personas que estaban internadas, por ejemplo, por una descompostura. Y ahí estaban solos. Así que yo calculo que era porque yo estaba internada por salud mental. (E11, PU).

En relación a esta distinción entre los usuarios de SM y las personas internadas por clínica médica, algunas personas lo entendieron como un requerimiento institucional. En estos casos, cuando el acompañamiento era diferencial u obligatorio para internaciones por razones de SM, observamos que deja de percibirse como un derecho de la persona internada y mayormente se destacan las dificultades, el esfuerzo y desgaste que conlleva. En lugar de poner de relieve sus beneficios, los relatos evidenciaron el cansancio y el sacrificio que realiza la familia para poder sostenerlo.

Yo siempre tenía que estar acompañado, porque esa fue una de las condiciones, yo tenía que tener acompañamiento permanente (E14, PU)

Y con acompañamiento las 24 horas. O sea, que tenía que estar un familiar yendo y viniendo todo el tiempo, o turnándose, durmiendo en el piso, de día y de noche. Sí, mi mamá se quedaba a la noche. Y mi cuñado se quedaba durante el día, iba como a las 8 de la mañana y estaba hasta las 3 de la tarde, me parece, algo así. Y mamá venía desde las 3 hasta las 6 hasta las 8 de la mañana, algo así. (E9, PU)

Yo me acuerdo en una internación que habíamos llevado reposeras en ese tiempo, creo que te dejaban llevar reposera [...] Y mi abuela estaba operada de la columna tres veces, y ella dormía en la reposera, noche por medio... Uno ve el amor que tienen, el aguante y la predisposición también ... pero era mucho. (E16, PU)

Las dificultades que mencionaron las personas entrevistadas fueron adjudicadas a diferentes razones. Algunas destacaron el impacto económico que significa el acompañamiento, considerando las distancias y lo costoso de la movilidad, además de la

interrupción de actividades laborales o dificultad para sostener actividades escolares y de cuidado de otros integrantes de la familia.

Es complicado, el tema de lo complicado que es cuando un familiar tiene que ir a quedarse las 24 horas... es desgastante [...] En ese caso, tengo que pedir a alguna prima, porque tiene que ser mujer. Como es de noche, tiene que ser mujer. Mi mamá, mayormente se queda mi mamá, alguna amiga [...] Y duermen en el piso directamente.[...] Conozco a un chico de salud mental que estuvo internado muchas veces y la única persona que lo acompañaba era la hermana [...] Y la hermana salía, venía el acompañante terapéutico, se iba a bañar, volvía y gastaba un montón en taxi para venir y volver. (E16, PU).

Siempre lo meten a mi papá [...] en todo. Le hacen que me dé la medicación [...] Y mi papá, como tiene mucho trabajo no puede... él se cansó de todo eso. Es que la familia se cansa. (E2, PU).

Mi mamá se quedaba a partir de las 8 de la noche, porque hasta las 8 de la noche cubría, pasa que mi mamá tiene a mi hermanito y no lo podía dejar solo. (E13, PU).

Además, identificamos un efecto de infantilización percibido por la persona usuaria, cuando cree que la obligatoriedad del cuidado de la familia implicaría una tutela de un otro *adulto responsable* por su seguridad y su tratamiento. Percibimos en ello un efecto paradójico, contrario a la promoción de autonomía que se busca con el cambio de modelo que sostiene las internaciones en el HG.

Siempre tenía que haber alguien como a cargo mío, entonces en algunas ocasiones era mi amiga, después volvía mi pareja entonces era mi pareja [...] por más que alguien, siempre otro adulto, digamos, responsable estuviera, yo en general estaba sola el tiempo en que no estaba internada, no estaba con compañía, entonces bueno, sí, me servía. Me sentía contenida, porque no sabía que iba a hacer yo sola en mi casa. (E18, PU).

Notamos que el esfuerzo que realiza la familia por acompañar puede ser valorado positivamente como aporte a la recuperación de la persona usuaria, pero en ocasiones también se genera un efecto contraproducente, generando malestar y sufrimiento.

[acompañamiento de su hermana en internación] Y, a mí me pegó mucho eso, porque mi hermana también está en la universidad y todo y fueron como bastantes días que tuvo que dejar la universidad, todo, dormir en el piso, todo por... [titubea] por mi culpa. (E1, PU).

Por ahí uno quiere estar un poco solo a veces. Y eso no es malo. Yo siento que por ahí no lo tendrían... O sea, que te acompañen, sí. Pero no siempre... no tan invasivamente. (E21, PU).

Esa percepción de cuidado tutelar que se puso en evidencia en algunos relatos, se contrapone con la percepción de ejercicio de autonomía y participación en la toma de decisiones que surge en otras entrevistas. En estos casos, las personas usuarias dijeron

que habían sido respetadas en cuanto a sus necesidades y pedidos. Desde esta perspectiva, se evidencia el ejercicio del derecho al acompañamiento, que debe contemplar, también, el derecho a rechazarlo.

Hubo internaciones en que me acompañó mi familia, hubo internaciones en que yo no quería que vaya mi familia. Se me respetó eso. (E 21, PU).

Primero que yo dije que por favor no le avisaran a mi familia, así que no le avisaron a nadie de mi familia. (E7, PU).

Esa vez fue sola [sin acompañamiento permanente], que también estuvo bueno porque yo era como que no quería ver a nadie, y si hubiese estado, por ejemplo, mi mamá o mi papá, me las hubiese agarrado con ellos. Así que también estuvo buena esa parte. (E16, PU).

En el mismo sentido, notamos que a veces se presentaron variaciones en la frecuencia de los acompañamientos, en función de los recursos disponibles o al tiempo de evolución. Además, algunos usuarios resaltaron que no es solo la familia quien realiza el acompañamiento, sino que un recurso valioso son los amigos y amigas.

Tengo dos amigos de fierro, que son xxx y xxxx - nombres de pila - . Y ellos sí. Siempre me iban a ver. [...] Con ellos me sentí acompañada. (E12, PU).

Sin embargo, en relación al sentido de la inclusión de la familia en la estrategia terapéutica, algunos relatos dan cuenta de la poca articulación y comunicación existente entre las familias y los equipos tratantes:

No es que venían [...] no teníamos charlas con mi mamá y los psicólogos, por ejemplo. No. Era más o estaba mi mamá acompañándome o estaban los psicólogos. (E20, PU).

3. 4. 3. Toma de decisiones: promoción de autonomía.

En este apartado describimos la valoración de las personas usuarias acerca de su participación en momentos clave del trayecto, como son el ingreso y el egreso. También describimos el proceso y firma del consentimiento informado, como herramienta de promoción de autonomía, o bien como acto burocrático de suscribir a un formulario. Por último, abordaremos la participación de la persona usuaria en distintas decisiones durante la internación, como por ejemplo acerca de la recepción de visitas o realización de actividades. En conjunto, la posibilidad de participación de la persona usuaria nos permite vislumbrar el respeto por su saber en la construcción de la estrategia terapéutica singular y el ejercicio de su derecho a la autonomía.

3. 4. 3. 1. Ingreso y egreso.

Identificamos tres tipos de situaciones según el grado de participación del usuario en la toma de decisión respecto del ingreso:

(a) *A demanda de la persona usuaria*: en un grupo de relatos se evidencia que fue la propia persona quien demandó su internación al equipo de salud. En estos casos, la persona notó que se encontraba en crisis y optó por la internación como recurso de cuidado para preservar su vida y/o para el alivio de los síntomas (angustia, ideación suicida, conducta autolesiva, alucinaciones auditivas). En este tipo de situación, las personas pudieron reconocer su malestar y se acercaron al hospital por sus medios o bien llamaron ellas mismas a la ambulancia. En algunos casos, fueron personas que, estando en tratamiento previo por SM, utilizaron el encuentro ambulatorio como instancia para demandar su internación (por ejemplo al ser visitadas por un operador en su domicilio o al concurrir a un turno programado por consultorio externo).

Yo le pedí que me internara porque había cosas en mí que no estaban bien, que yo no me sentía bien (E4, PU).

La verdad que yo a veces me quise internar voluntariamente, porque me sentía muy mal (E 6, PU).

Le dije a mi pareja de ese momento “mirá vos quedate acá con los chicos, yo me voy a la guardia”. Esa situación fue así, que me preguntaron “que necesitas”. Yo le dije “no que, tengo ganas de suicidarme” (E 18, PU).

A veces me internaba solo, cuando ya confiaba más en la gente y en los psicólogos (E 20, PU).

(b) *Indicada por SM y aceptada por la persona usuaria*: un segundo grupo de relatos nos muestra que, para otras personas, el ingreso a internación se produjo tras la propuesta o indicación de un profesional de SM de guardia o profesional tratante. En estos casos, vemos que la persona estaba en situación de crisis y fue acompañada o trasladada al hospital por parte de un tercero (amigo, familia, policía), es decir, que no llegó de forma autónoma ni demandó la internación por sí misma, pero luego de recibir atención de urgencia, al ser indicada la internación, la persona usuaria aceptó permanecer internada. En estos casos, vemos que el ingreso a internación aparece como una opción ofrecida al usuario y se lo involucra en la toma de decisiones, provocando que se sienta de algún modo partícipe al requerir su aceptación.

Y... pero también fui yo [a internación] porque yo quise, porque si yo no quería no iba [...] Con los operadores que me fueron a buscar - nombre de dos operadoras. (E3, PU).

La última vez, - nombre de psiquiatra - La psiquiatra. Yo aceptaba la ayuda. Me sentía protegida ¿viste? No me podía matar si estaba adentro. (E5, PU).

Sí, no, no, es que se dieron cuenta de que yo no estaba reaccionando bien, me ponía muy nerviosa, había cosas que me venían de la mente. Pensaba y decía "esto no puede ser". Y bueno, y acá estoy. Estaba en el hospital y bueno, me internaron (E10, PU).

Sí, porque marqué al 107 y llamaron a la ambulancia. Dije que me sentía angustiada, mal, con crisis de nervios, que me querían matar, todo eso. Y ahí vino la ambulancia y me llevó [...] Pero yo no quería [acepté porque] estaba entregada, sí. Estaba colapsada. No tenía fuerza para negarme (E12, PU).

Yo acepté (la indicación de la psiquiatra) Es que necesitaba una internación, eso la verdad que me hizo bien, sí sí (E13, PU).

Mi hija me dijo, mamá, vamos a ir al hospital y te voy a internar. Sí, estaba de acuerdo (E19, PU).

(c) *Ingreso decidido por SM - Involuntario*: en un tercer tipo de situación, la persona usuaria fue acompañada o trasladada al hospital, y fue internada por encontrarse en situación de riesgo cierto e inminente, sin la posibilidad de prestar su consentimiento.

Yo no quería saber nada. Yo le decía, no [...] no me lleve, no sé qué. Entonces, me tuvieron que poner una inyección para dormirme. (E11, PU).

Bueno, la decisión no fue mía. No fue por mi decisión, sino por lo que hice. (E14, PU).

Bueno, me tuvieron que internar y fue como a la fuerza... Igual cuando decimos a la fuerza no es que vinieron enfermeros y me ataron y esas cosas. Sino que vinieron, me hablaron, -nombre de la psicóloga- me habló, que lo mejor era quedarme sola. (E16, PU).

Y me agarró la policía [...] me trajeron en ambulancia, de ahí me durmieron y no sé nada, me desperté [...] Porque yo no me acuerdo de eso, no tengo registro. (E22, PU).

Respecto de la toma de decisión al momento del egreso - alta de internación - encontramos coincidencias en algunos aspectos, y también encontramos divergencias que nos permitieron vislumbrar diversas modalidades según la participación del usuario.

Como coincidencia, encontramos que desde la visión del usuario la decisión del alta es mayormente una cuestión profesional. Entienden que el alta se define desde SM y no desde otro servicio médico o desde alguna otra institución, como podría ser una instancia judicial. Notamos que se menciona más a médicos/as de SM o psiquiatras, y en menor medida a psicólogos/as. Para algunos, incluso, la decisión del alta es la confirmación de que "están bien", y por eso esperan recibirla de su equipo tratante.

Dijo la médica que ya tenía el alta porque ya estaba full. Muy bien (E10, PU).

Cuando ya estaba un poco mejor [...] Ellos veían que yo estuviera bien. Esperaban a que esté bien (E 19, PU).

Por otro lado, las personas usuarias relataron que habían participado en mayor o menor medida de esa decisión, lo que nos permite vislumbrar diversas modalidades. Incluso reconocieron que el proceso de alta no se da siempre de la misma manera. Ello se puso en evidencia en el relato de personas entrevistadas que estuvieron más de una vez internadas y explicaron que en cada ocasión el proceso de alta fue diferente. Así identificamos al menos dos posibilidades:

Una, como un *proceso de negociación*: varios usuarios valoraron la externación como un momento planificado en el marco de una estrategia terapéutica. El carácter negociado se vincula al dialógico, y en ocasiones involucra no sólo a la persona usuaria sino a familiares.

Bueno, lo fuimos charlando, en realidad, con mi familia, conmigo, con la psiquiatra, con la psicóloga, y era todo, bueno nada, el día a día, el momento a momento, porque todo dependía de mí, en realidad. Y que esas cuestiones que se iban acordando se fueran cumpliendo de mi parte, porque era así; los demás me daban herramientas y dependía de cómo yo las tomara y utilizar esas herramientas, ¿no? Pero se fue charlando respecto a eso. Bien. Se fue anticipando. Se fue anticipando (E14, PU).

Hay una conversación previa. Hay veces que negociábamos (E 7, PU).

Pero, por ejemplo, esta última que tuve yo le dije, porque yo no quería estar internada jaja (risas), y -nombre de persona- me dice, bueno el jueves, que venga - nombre de persona-, vemos si mejora la medicación o algo y ahí te vas de alta. Ya estaba pactada el alta, yo sabía que el jueves me iba. Así que eso también estuvo bueno (E 16, PU).

Otra, con *prioridad de decisión del usuario*: porque demandaron explícitamente el irse o bien porque solicitaron permanecer internados.

Y yo me enojé. Había unos papeles encima del office e hice así (gesto de tirar) y me fui. En realidad [...] vino - nombre de profesional - y me dijo, ¿te querés ir? Sí. Bueno, te firmo el alta. Listo. Fue así. Y me fui. Sí (E7, PU).

También notamos que en algunas oportunidades el alta se postergó o se dio de manera prematura, a demanda del usuario, pero por razones no terapéuticas. Entre las razones que postergan el alta, encontramos cuestiones vinculares (una persona usuaria no quería volver a convivir con parte de su familia) o habitacionales. En un caso, la persona pudo decidir el momento de la externación, teniendo en cuenta una necesidad de vivienda, lo que a su vez significó extender unos días la internación.

Después cuando me dieron el alta unos días más tuvimos que esperar porque nos estábamos mudando, entonces ellos esperaron uno va a ponerle una semanita más de lo que tendría que haber estado para que yo vaya directamente a mi nueva casa y no capaz que a la vieja que tenía como más más malos recuerdos o cosas así (E11, PU)

Una de las razones que, según identificamos, aceleró el alta sin enmarcarse en una mejoría terapéutica, fue la obligatoriedad del acompañamiento familiar durante la internación. Una de las personas entrevistadas, incluso, reconoció haber fingido bienestar para poder irse anticipadamente del hospital a causa de la angustia que le generaba el desgaste de su familia durante el proceso de acompañamiento en sala de internación.

Mi abuela estaba operada de la columna tres veces, y ella dormía en la reposera [...] fingía estar bien para decir: bueno, denme el alta, con tal de que no me vengan a cuidar más (E16 ,PU).

3.4.3.2. Consentimiento Informado: proceso dialógico y formulario.

Cuando presentamos el análisis a partir de la lectura de historias clínicas, planteamos que la firma o no del formulario escrito de un consentimiento informado no nos permitía afirmar la presencia o ausencia del proceso dialógico de consentimiento respecto de la internación. Retomando este tema desde la perspectiva de personas usuarias, en las entrevistas notamos que muy pocas vincularon, de manera general, el acto de firmar el “papel” del consentimiento con el ejercicio de un derecho a decidir y aceptar el tratamiento en internación.

No, no firmé nada. Ah, sí, firmé. [...] Para quedarme internada. [Era para expresar] Porque quería. Que yo quería quedarme internada. (E 8, PU).

Capaz que me internaban en la noche y al otro día ya venían con el papel [...] dice que sí, que acepto la internación y que estoy de acuerdo con los, como los cambios que hagan los doctores o algo así (E 16, PU).

Por el contrario, en la mayoría de las entrevistas, si bien recordaban haber firmado un formulario o papel, no podían dar cuenta del por qué o para qué. Observamos en ello que los usuarios consideraron el acto de la firma como algo meramente administrativo.

Me dijeron “el consentimiento” esa palabra, con el mismo título [...] claro, me dijeron eso, pero después de que yo ya había estado [internado]. Cuando te dan el alta ya está, rajás! No, pero “hacelo tranquilo” me dijeron (E2, PU).

A veces me los han hecho firmar y otras veces no. En la última [tono pensativo] creo que sí, creo que me hicieron firmar (E7, PU).

Sí, sí. Pero no lo leí. No me dijeron “leelo -nombre de la PU-” (E10, PU).

Me parece que sí, me parece que me hicieron firmar un papel. (E11, PU).

Sí. No, pero era una internación voluntaria supuestamente. Porque me hicieron firmar. Pero yo no quería (E 12, PU).

Sí, sí, me parece que sí, firmé. Pero no, no sé para qué. (E 15, PU).

Por otro lado, otras personas entrevistadas manifestaron confusión al respecto, ya sea porque no recordaban la firma del consentimiento (E14 y E19, PU) o porque recordaban o creían que podría haber sido firmado por un familiar (E17, E18, E22, PU).

Eso la verdad que no me acuerdo. No lo recuerdo eso (E14, PU).

No me acuerdo, capaz que sí firmé, o capaz que había alguien que lo hacía por mí. No lo sé. (E18, PU).

Después... allá sí le hicieron firmar a mi papá, la psiquiatra (E17, PU).

No, estaban mi mamá y mi hermana, me parece que firmaron ellas (E 22, PU).

A pesar de ello, en las entrevistas vimos que las personas usuarias reconocieron la diferencia entre internaciones voluntarias e involuntarias. Lo explicaron en términos de haber tomado la decisión de internarse o haber aceptado quedarse (por ejemplo en E3, E5, E6 y E8) o, por el contrario, estar “a la fuerza” u obligados a quedarse en internación.

Yo me interné por mi propia voluntad. [...] fue decisión mía. Y ellos no me obligaron. (E3, PU)

Nunca tuve una involuntaria. Una sola vez, casi más en una involuntaria, pero como que lo dejaron pasar, como que me internaron involuntariamente, pero al final, digamos, a nivel papeles, no lo hicieron. (E7, PU)

En relación a las personas usuarias que tuvieron la experiencia de internaciones involuntarias, varias mencionaron la visita de un defensor oficial. En ellas, vemos que la visita se comprendió como una instancia de defensa a los derechos de los usuarios y no a un rol de control, excepto en la entrevista 11, en la cual la persona usuaria relató la visita del defensor con cierta incertidumbre.

Yo me quería ir en la primera [internación involuntaria] En esa llegó un punto que me quería ir. Y hubo un juez de por medio o como un abogado [un defensor] vino y, y como yo estaba en contra de mi voluntad, él hizo su función de decir “bueno, sáquenlo, porque está fuera de su voluntad y está consciente” (E4, PU).

Sí, fue y me dijo que si precisaba alguna cosa, que la llame. Me dio su nombre y su número de teléfono, así que yo cualquier cosa la tenía ya presente.[...] Que yo tenía derecho a comunicarme y a expresar lo que me pasaba y tenía derecho a tener un abogado. Eso me dijo. Para resguardarme y eso... Pienso que fue para eso. (E9, PU)

Yo no entendí muy bien para qué vino... pero vino para saber si yo estaba internada... no sé cómo explicarlo. Me preguntó si yo estaba internada por mi cuenta sí o si me ... [obligaban] (E11, PU).

Una de las personas entrevistadas confundió internación involuntaria con “judicializada”, dado que se asoció la notificación e intervención de un defensor oficial con una obligatoriedad de tipo legal para cumplir con el tratamiento.

[tenía una defensora porque] fue una internación, digamos... Involuntaria. [...] Lo que pasa es que en las internaciones voluntarias, como no estás obligado a quedarte ahí, yo agarraba y me iba. [¿Y podías hacer eso?] Sí, porque, digamos, porque no está judicializado. Por lo general, cuando estás judicializado, te va a buscar la policía con tus médicos. [...] Las primeras internaciones eran, digamos “bueno, dale -nombre del paciente- ¿te querés internar?” “Sí” yo me internaba y después me iba. Entonces, después ya era judicializada, porque sino no llegaba a hacer el tratamiento bien. (E21, PU).

Si bien esto podría entenderse desde el paradigma tutelar, notamos que desde el lenguaje coloquial las personas suelen calificar toda participación de la justicia como algo judicial.

3.4.3.3. Participación en la estrategia terapéutica: visitas, salidas previas al alta y realización de actividades.

La participación de la persona usuaria se pone en evidencia no solamente respecto del ingreso o egreso de la internación, sino en distintos aspectos que hacen a la permanencia en internación, y por ello pueden vincularse con su participación en la estrategia terapéutica.

Un ejemplo de ello es la decisión de las personas usuarias sobre las visitas que pueden o no recibir durante su estadía. En este sentido, ya describimos que la mayoría de las instituciones tiene horarios a tal fin y que la valoración de usuarios es positiva respecto a las visitas y/o acompañamiento familiar no obligatorio durante la internación. Notamos que cuando la persona usuaria puede participar de la decisión de recibir o no una visita, ello es puesto en valor como una expresión de respeto del equipo tratante hacia sus necesidades; mientras que cuando no es así, se genera una tensión que pone en jaque el vínculo terapéutico y la posibilidad de continuidad de cuidado.

Por ejemplo, en un caso, una persona dijo que se había respetado su decisión de no informar a su familia que estaba internada, pero que, sin embargo, le prohibieron el ingreso a su ex pareja y, a partir de ese evento, se enojó y decidió terminar la internación.

Mi familia, primero que yo dije que por favor no le avisaran a mi familia, así que no le avisaron a nadie de mi familia [...] pero le prohibieron la entrada a - nombre de expareja -.yo me re enoje (E7, PU).

En otra entrevista, una persona dijo que cuando iban sus amigas a visitarla el personal de enfermería las echaba.

A mí me decían que podían visitarme en cualquier momento, pero siempre había uno que los echaba. Más que nada los enfermeros, no sé por qué. Tengo órdenes, decían. (E5, PU).

En este caso, resulta importante el hecho de que aunque la persona usuaria conocía sus derechos (Art. 7° - LNSM), cuando los quiso ejercer su decisión no fue tomada en cuenta, vulnerando su derecho a participar de su tratamiento y ser acompañada por personas de su elección.

Otro espacio en que se vislumbra la mayor o menor participación de la persona usuaria es en la toma de decisiones respecto a las salidas previas al alta, es decir, durante la internación. La mayoría de las personas dijo que realizó ese tipo de salidas con la compañía de un familiar y/o operador en SM.

Solamente tenía permiso si me iban a buscar mi mamá o mi hermano [...] Algunos eran para irme a dormir a mi casa y otros eran permisos por horas, para salir a caminar, para ir a mi casa a lavar ropa y volver (E12, PU).

Durante el análisis de las historias clínicas planteamos que, cuando las salidas no se realizan de manera protocolizada, podemos suponer que la indicación se realizó teniendo en cuenta la singularidad de la persona internada y del momento que transita. En algunas entrevistas se observó que la persona usuaria entendió esa *singularidad*, dado que explicaron que hay decisiones variantes, que “dependen” de cada persona y de cada internación.

A veces sí y a veces no. Y todo dependía de la internación. A veces sí y a veces no tenía salidas. También me dejaban salir con acompañante por ahí un rato. Entonces, llegar antes de las 8, antes de la comida. Esas cosas también me han facilitado, poder salir un rato con alguien a dar una vuelta, sí. (E7, PU).

Respecto del lugar de las salidas, la mayoría de las personas entrevistadas dijeron haber realizado salidas previas al alta principalmente a su casa. Relataron como objetivo de la salida: el visitar a una persona de su familia, compartir alguna comida con otros o lavar su ropa, entre otras. Varias personas comentaron que eran permisos de salidas que se ampliaron gradualmente. En ocasiones, las nombraron como “salidas transitorias”, lo que remite a un lenguaje y modelo carcelario.

Algunas veces te dan salidas transitorias. O sea, vas una tarde a tu casa o te quedas a dormir en tu casa. Eso lo van probando, digamos, para ver cómo respondes vos al tratamiento [...] Salía siempre acompañado. Por un familiar o por quien sea. (E21, PU).

Además de poner en evidencia la singularidad de las salidas, los relatos mostraron la participación activa de las personas internadas, incluyendo a veces una demanda explícita de la persona o de algún familiar para realizar este tipo de actividad.

Lo había pedido y un día hablé con -nombre de pila de la psiquiatra- y le expliqué [le pedí] si podía ir a casa y volver. Sí, sí, sí, me dieron permiso. Fui a casa y después volví, con mi hija. [Luego] me quedaba en casa un fin de semana y un lunes volvía al hospital. Hasta que después, bueno, ya me daban de alta y bueno, ya estaba afuera [tono de alegría] (E10, PU).

Porque después tenía periodos en los que me dejaban salir, con un permiso. Justo, por ejemplo, que fue mi cumpleaños [...] Y mi hijo mayor pidió un permiso para sacarme a ver un recital que había, como para festejar mi cumpleaños. Entonces ahí salía, le daban permisos, ahí como que él fue mi cuidador, digamos, ese día, esa noche, esas horitas. (E18, PU).

El objetivo de las salidas también mostró diversidad: desde realizar una actividad recreativa a participar de un taller o espacio grupal en instituciones intermedias o hacer deportes (E16, PU). En muchos casos las salidas fueron para pasear (caminar, realizar compras, ir a una plaza).

Por último, resulta interesante la valoración de una de las personas usuarias que relató que, si bien tuvo salidas previas al alta, “al estar tanto tiempo internado perdés mucha conexión con los compañeros de la escuela, materias y todo eso” (E 1, PU). La persona relató que estando internada le mandaban las tareas, pero explicó que “como en el hospital no hay señal, no las podía completar”. Vemos que, aunque no haya medidas restrictivas de la comunicación (prohibición del uso del celular), al no garantizar el acceso a internet, se vulnera el derecho de la persona usuaria a la comunicación y vínculo con el medio social. Además, este usuario expresó que le hubiera gustado continuar yendo a la escuela, pero esta alternativa no fue considerada como parte de la estrategia terapéutica y del plan de externación, en el marco de una internación prolongada. Así, notamos que la existencia de salidas previas al alta no es suficiente para evitar que se genere un aislamiento social.

En el mismo sentido, otras personas relataron que, aunque tenían permiso para tener el celular, no pudieron utilizarlo por falta de acceso a internet o falta de crédito. En contrapartida, algunas personas que no tenían celular dijeron que personal de turno en enfermería les facilitaba la comunicación con sus familiares.

No, tengo un teléfono viejo. Lo puede tener pero no tenía crédito, así que no podía comunicar con mi hermano (E3, PU).

Sí, nunca me lo sacaron. Jamás, jamás. Pero no hay internet acá. (E5, PU).

Yo no tengo celular [...] le pedía a la enfermera que llamaran a mi hija. [Ella] me la llamaba y hablaba yo. (E 19, PU).

3.4.3.4. Participación en la estrategia terapéutica: medicación.

Al tratarse de un momento de crisis, la internación suele conllevar el uso de psicofármacos. Las personas usuarias reconocen efectos positivos y negativos vinculados a este tipo de tratamiento. Resulta interesante que ello no es alternativo, es decir, que muchas veces la misma persona identifica tanto beneficios como perjuicios vinculados a la toma de medicación. Entre los primeros, mencionaron el hecho de conseguir dormir, descansar y bajar la ansiedad o el miedo. También dijeron que les ayudó a “*aquietar la mente*”, aliviar o disminuir pensamientos negativos o síntomas sensoperceptivos²⁰.

Dormir, que era lo que necesitaba (E14, PU).

Me ayudó la medicación, a bajarme todo lo que estaba pasando por mi cabeza (E4, PU).

Me sentía muy mal antes, pero gracias a Dios con las pastillas que estoy tomando estoy mejor. Me ayudaron a sacar las voces que tenía yo [...] Antes tomaba otra que no me hacía nada. Las de ahora me hicieron bien. (E6, PU).

Sí, yo estaba de acuerdo, porque me hacía bien la medicación. Allá en el hospital sí dormía bien (E8, PU).

Me calmaba los pensamientos. (E20, PU).

Y fui mal, un poco alterada y allá me empezaron a medicar y fui cambiando, pude dormir mejor. A la tarde estaba nerviosa, pude estar más tranquila con esas dosis. (E 9, PU).

En algunas entrevistas, el beneficio de la terapia farmacológica se vinculó también a la posibilidad de expresar sentimientos que se habilitan cuando disminuye el dolor subjetivo.

Cuando me medicaban me sentía mejor, entonces charlaba sobre lo que me pasaba. Y no había ningún problema. (E19, PU).

Los efectos negativos que reconocen tienen que ver con malestar físico y mental, somnolencia que identifican con estar “dopado” y/o olvido de vivencias y, además, otros efectos perjudiciales como subir de peso.

Yo no podía hacer nada así. Si estaba... parecía un zombi [tono molesto] Me hizo bolsa. (E5, PU).

Pero esas pastillas me hacían re mal, no podía hacer nada (E8, PU).

Sí, pero me hacía mal la medicación. Porque me mareaba mucho. (E12, PU).

²⁰ Dentro de los síntomas sensoperceptivos encontramos las alucinaciones auditivas, que son referidas como “escuchar voces” por parte de algunas de las personas entrevistadas.

Porque yo estaba así como... bueno no me podía mover, estaba como endurecida, quedaba como en esa posición [mueca rígida] Salía y mis hijos me decían "a ver robotita, metele" (risas). (E18, PU).

No hay un día en que no deje de pensar cómo no tengo registro de todo eso... cómo estaría de dopada que no tengo registro de eso, de un montón de cosas (E22, PU).

En cuanto a la toma de decisiones acerca del uso de psicofármacos en internación, la mayoría de las personas usuarias dijo que se trataba de una indicación profesional de la que no pudieron participar en el momento de la crisis.

Y en la primera [internación] no tengo noción porque a mí me durmieron. En la primera me durmieron total, como uno o dos días dormido (E4, PU).

Entonces, me tuvieron que poner una inyección para dormirme (E11, PU).

Pero seguía así, con esa sensación de enojo, de todo. Pero bueno, ahí yo siempre le digo "me doparon" jaja (risas). (E16, PU).

Esto implicaría contar con un vínculo previo de confianza con ese profesional o alguien del equipo de SM, nombrado desde el afecto o cariño, o bien, en algunos casos, se apela a la confianza en el criterio profesional como algo general, sin que ello dependa del conocimiento o vínculo previo con la persona. Notamos también que la aceptación del tratamiento fue percibido como obediencia, mientras que la negación apareció vinculada a cierta rebeldía. Podemos identificar en ello huellas del tratamiento moral, que desde la visión de la persona usuaria se reproduce como estigma de enfermedad mental.

Es que yo siempre hice caso, me decían toma esto, lo tomaban, me decían levántate a hacer esto y lo hacía. Nunca me puse en modo rebelde o algo como otras compañeras que por ahí no tomaban la medicación. Sí, calculaba que como me decían todos que era para mi bien, entonces me decían y hacía caso. (E12, PU).

A mí me dieron pastillas, pero yo soy muy terco y dije no, yo no quiero más pastillas [...] porque si dejo una adicción no voy a volverme adicto a la pastilla. Y listo, no voy a tomar más. (E3, PU).

Yo soy muy mala para la medicación. (E7, PU).

Yo era muy retobado. Al tratamiento, a tomar medicación, a todo eso (E22, PU).

Lo que pasa es que yo entiendo que no le pueden andar explicando a cada paciente, digamos, vos tomás esto por esto, vos tomás esto por lo otro. Yo creo que el médico está ahí para... porque es el médico, digamos, uno tiene que respetarlo, las decisiones que toma (E21, PU).

La falta de confianza en el vínculo y/o en el criterio profesional, también es asumida como un rasgo negativo de la enfermedad mental, no se la reconoce como producto de interacciones previas con el equipo de salud o vinculada a cuestiones institucionales que

puedan afectar esa confianza. La persona usuaria asume que no poder confiar sería un defecto de su carácter, tal como se evidencia en el siguiente fragmento de entrevista.

Y yo estaba... medio negado a la medicación. Por ahí desde un punto de vista de aceptación de la medicación o de somatizar que me iba a hacer mal. La rechazaba, pero la tomaba igual. Entonces yo estaba pensando que me iba a hacer mal [...] ¿Viste que hay un efecto placebo? Entonces yo pensaba que me iba a hacer mal y me hacía mal [...] Me hacía mal al estado físico. [...] Siempre tuve una desconfianza con la medicación. Y la sentí como medio impuesta. Como que me la impusieron, entonces ese fue el efecto placebo negativo. (E 20, PU).

En algunas entrevistas se señaló cierta temporalidad, marcando la diferencia entre un primer momento, identificado como el ingreso o momento de crisis, en que la participación era ínfima o nula, y un momento posterior en donde se habilitó el diálogo y cierta posibilidad de influencia del usuario en la toma de decisiones. De todos modos, la decisión siempre permaneció en el plano profesional.

Antes no [tomar decisiones en la internación] Antes sentía que era como así, digitado. Yo sentía que estaba como dopada. Y yo no quería eso, yo no quería venir a que me dopen, quería saber, a ver, qué tengo [...] Luego cambió bastante la cuestión de la medicación y de la decisión, es una cosa que luego yo pude charlar con ella [médica de SM]. (E18, PU)

Lo bueno que tengo, la relación que tengo con - nombre de psiquiatra - está buena porque yo no soy muy amiga de las medicaciones ¿entendes? entonces, como que siempre lo hablamos [...] por lo general me explican y yo le pregunto. No me podía dormir, porque eran las 4 o 5 de la mañana y yo estaba así [gesto de mirar el techo] Entonces hable con - nombre de psiquiatra - y me dijo "bueno, te vamos a dar el zolpidem". Y le digo, ¿qué es eso? "Es un inductor del sueño y bla bla bla". Y ya estábamos peleando hasta cuándo. jaja (risas). Y ¿hasta cuándo me lo vas a dar? "Bueno, esperá, yo quiero que estés estable y que estés en tu casa" me dice "pero para eso falta" jaja (risas) Así que bueno, pero sí, como que siempre lo hablamos. (E7, PU).

Y entonces ellos me preguntaban siempre si estaba de acuerdo. Si me iba bien, si podía dormir, cómo estaba (E9, PU).

Empecé a decir que me bajen la medicación, que yo ya me sentía mejor (E12, PU).

Por último, destacamos que desde el punto de vista de la persona usuaria se evidenció una valoración positiva del tratamiento cuando se usó poca medicación o cuando se logró bajar la cantidad de psicofármacos.

La adoro [respecto de la médica psiquiatra]. Me sacó casi toda la medicación. Tomaba mucha, mucha, mucha, mucha, mucha, mucha medicación. (E5, PU).

3.4.4. Experiencias: tensiones entre el buen y el mal trato.

En este apartado desarrollaremos cuatro ejes:

- Experiencias en el HG: contención, estigma y maltrato
- Integralidad: médicos y enfermería.
- Experiencias con otras personas internadas.
- Sugerencias de las personas usuarias para mejorar la experiencia de internación en el HG

3.4.4.1. Experiencias en el HG: contención, estigma y maltrato.

Durante las entrevistas, las personas usuarias relataron que, al momento de ingresar al HG, muchas veces ya lo conocían, hecho que facilitó para ellas el quedarse internadas. De manera similar, el hecho de tratarse de una institución de salud *común* y no específica de SM, fue valorado como algo positivo, dado que para ellas habría sido menor el estigma que si se internaran en el *lugar de los locos*.

Les digo la verdad, yo prefiero el hospital [...] ahí tuve a mi nena igual, que pesó tres kilos doscientos cincuenta, por parto normal. En ese mismo hospital, todo público. (E6, PU).

Después en cuanto al lugar, al espacio físico yo no lo sentí como algo que ... nada, era un lugar como cualquier otro, ¿no? que eso me parece que está bueno, porque si no sería como una estigmatización el lugar de los locos, el lugar de no sé qué, el lugar de no sé cuánto [...] Un hospital común donde sí, las habitaciones y sí, tienen que tener algo como las rejas como todas esas cosas que uno sabe que justamente es necesario por ahí para que la persona no se mande alguna macana o lo que fuere, pero después en el resto yo creo que debe ser así. (E14, PU).

A pesar de ello, algunas de las personas usuarias entrevistadas relataron episodios que pueden entenderse como reproducción del estigma hacia las personas con sufrimiento mental durante su internación en el HG. En algunos casos, ello es reconocido como un episodio aislado, y no la costumbre cotidiana. También resulta llamativo que en esos casos hubo una posterior intervención de personal de SM tendiente a desacreditar el discurso estigmatizante, o incluso para habilitar un “*pedido de disculpas*” a la persona usuaria, que implicaría la apertura a la construcción de nuevos sentidos.

Una vez un camillero me quiso sacar la silla de ruedas. Yo me había caído y estaba quebrado. Y me dijo que si no le daba la silla iba a llamar a la policía. Pero fue un caso muy aislado. Y aparte, fue muy gracioso porque...Dijo que iba a llamar a la policía y vino una psicóloga (risas) me dijo que no le diera bola. (E21, PU).

Vino la enfermera y me dice “No sé qué te haces, yo tengo problemas peores que vos y no ando haciendo esas cosas” [tono imitativo y de enojo]. Yo me quedé [cara de sorpresa] Y después, todos me interrogaban a ver quién me lo había dicho, viste. Y yo no conocía el nombre de las enfermeras, bah, sabía cuál había sido pero no la quería botonear. Pero bueno... Los cagaron a pedo todos, en general. Y -nombre del profesional de SM- hizo que me pidieran disculpas (E5, PU).

Algunas personas entrevistadas relataron haber estado previamente internadas en otra provincia o en otra institución, pública o privada. A esos eventos los valoran como peores en comparación con las experiencias de internación en el HG del lugar donde posteriormente vivían. Dijeron que resultaron menos beneficiosos e inclusive perjudiciales para su SM. En un caso, la persona recordó que estando de viaje en otra provincia la internaron en un HG, pero se aplicaron medidas restrictivas y que sufrió maltrato verbal de parte de personal de SM.

[en un HG de otra provincia] decían que me tenían miedo, porque tomaba mucha medicación y ellos no tenían mi diagnóstico. Y me trataban como si fuera peligrosa. No me dejaban salir, nada. Ni al patio me dejaban salir. [...]. Ahí me dijeron manipuladora. “¿Para qué me llamabas? Tuviste tres días en terapia intensiva muriéndote y venís a romperme las bolas ahora”. No, acá nunca me dijeron algo así. (E5, PU).

[La trasladaron a una institución monovalente en SM] y yo cuando me vi ahí adentro con personas que andaban desnudas, los hombres con los pantalones bajados, con todo afuera... Me di cuenta de que había gente que no sabía qué era lo que estaba haciendo... había mujeres que se rascaban la cabeza, no sé si porque tenían piojos o porque estaban adictas a eso [...]. Me sentía muy, muy mal. Lloraba mucho, extrañaba mucho. Me sentía muy sola, rodeada de gente que no sabía cómo eran. Había una que me quería pegar, y yo que no sabía qué hacer [...]. Es horrible. Es horrible. Horrible. Atienden muy mal a los pacientes. (E10, PU)

Durante las entrevistas, la mayoría de las personas usuarias dijeron que la internación en el HG les había servido para recuperarse, y la identificaron como un momento necesario y transitorio de su tratamiento. Varias pusieron en valor el buen trato recibido por parte del personal de salud durante la internación en el HG, que identificaron como de contención y cuidado. Ello se vinculó al haber reforzado sentimientos de seguridad y de protección, que generaron bienestar.

Me sentí cuidada. Acá me siento protegida (E5, PU)

Me sentía contenida [...] Yo siento que me re... yo sino... creo que no estaría viva si no fuese porque me hubiesen internado (E11, PU)

Yo en el caso, en los dos casos de los cuales tengo experiencia, o sea, las experiencias han sido buenas [...] a mí me sirvió y fue muy bueno. Me sentí contenida, me sentí con lo que yo necesitaba en ese momento. (E14, PU)

A mí me sirvió. No conozco otro tipo de internaciones, tampoco, como para comparar, digamos. Pero sí a mí me sirvió porque me contuvo [...] Porque es tan amable el lugar, es tan agradable todo, que bueno [...] a mí me sirvió mucho, mucho. (E 18, PU).

Porque yo me sentía muy contenida. Me sentía bien. Estaba como si fuera en mi casa [...] Todas mis internaciones fueron buenas. No fueron traumáticas. (E 19, PU).

Sí, me ayudó, me ayudó en el sentido de que me cuidaron cuando estaba mal. Estaba en un momento vulnerable. (E 21, PU).

Algunas personas mencionaron, además, que lograron un aprendizaje acerca de su propio sufrimiento psíquico, e incorporaron recursos que nombraron como herramientas. Para otras, el beneficio se asoció al haber entablado nuevos vínculos personales.

Porque aprendí. Porque aprendí mucho. - nombre de operadora - me dio muchas herramientas. - nombre de profesional - me dio muchas herramientas. (E 5, PU).

Me ayudó porque eh pude conocer personas ... que son diferentes pero a la vez son iguales, y eso está muy bueno. Pude conocer operadores que te dan una mano y te hacen saber que no estás solo, y además me ayudó porque me di cuenta que con todas las visitas que tuve, me di cuenta que tampoco estaba solo (E13, PU).

Además, identificaron el beneficio de tener un tiempo de calma como instancia que se hizo posible al estar en el ámbito de internación. En este caso, se puso en evidencia que el beneficio percibido por la persona usuaria estaría supeditado a una estancia breve, porque cuando la internación se prolonga en el tiempo, ello mismo se vuelve una desventaja.

La primera [internación] sí, porque estaba en un momento medio choto, ¿Viste? Entonces fue como un momento para calmar. La segunda, eh, bueno, también. La última [internación] no sé si me ayudó tanto. Siento que más fue como medio choto, porque al estar tanto tiempo internado perdés mucha conexión con los compañeros de la escuela, materias y todo eso. (E1, PU).

Por último, vimos que sólo dos personas usuarias mencionaron como principal beneficio de la internación el aporte de la medicación. Notamos que en ambos casos se trató de internaciones sin acompañamiento de parte de operadores de SM y con acompañamiento familiar de tipo obligatorio. En uno de los casos, tampoco se incluyeron salidas previas al alta durante la internación. De todos modos, vimos que los psicofármacos se identificaron como uno entre otros elementos y no como único aporte.

Me ayudó la medicación, a bajarme todo lo que estaba pasando por mi cabeza, y me ayudó también el ámbito... la gente, la gente que había, que sea algo bien tratado, mi familia, eso me ayudó (E4, PU).

Sí, me sirvió. Me sirvió. Me dieron justo lo que necesitaba. Me dieron los medicamentos y me sirvió estar (E9, PU).

En un caso, además, la persona usuaria al momento de sintetizar los beneficios de la internación relativizó el aporte de la medicación, reflexionando acerca de que los psicofármacos no tienen *un efecto mágico*. Vislumbramos en ello indicios de una concepción de estrategia terapéutica con múltiples recursos, no centrados únicamente en el aspecto biológico de la enfermedad mental.

La medicación no es mágica, las internaciones no son mágicas. Tampoco son perfectas, porque no somos perfectos. (E21, PU).

La presencia de personal de policía en sala es una herramienta que tiende a preservar la seguridad de la propia persona internada, de otros pacientes y del personal de salud. En hospitales de puertas abiertas, puede ser la diferencia entre contener y cuidar o ser incapaces de hacerlo, descuido que resulta en mayor sufrimiento para la persona usuaria y potencialmente para otros. Este tema será desarrollado en la presentación de resultados de entrevistas a trabajadores. Destacamos aquí que, desde la visión de personas usuarias, con frecuencia la mera presencia de personal policial genera malestar subjetivo, incomodidad y nerviosismo que resultan contrarios a lo que se busca en un proceso terapéutico. *“Ah, un día me trajeron en la policía [...] Me puse re nervioso por eso.” (E2, PU).*

Ello no puede comprenderse por fuera de la mirada histórica, que en nuestro país vincula la presencia de fuerzas de seguridad con hechos de terrorismo de Estado, como la desaparición y muerte de personas a quienes se les negó el ejercicio de la ciudadanía y el acceso a la justicia.

Algunas instituciones tienen personal de seguridad contratado, pero muchas otras no cuentan con ese recurso y recurren al apoyo de personal de la policía local (este tema se retoma durante el análisis de entrevistas a personas trabajadoras de salud).

Las dificultades para contener dentro del ámbito de internación en instituciones de puertas abiertas se puso en evidencia desde el relato de personas usuarias, que recordaron haberse “escapado” o salir sin previo acuerdo con el equipo tratante durante el tiempo en que estuvieron internadas.

Pero me escapé varias veces (risas). Sí, me escapé, antes. Cuando estaba más mal. Eso me acuerdo, que me escapé... [...] Por la puerta. Pasaba y... pasaba en camión. [¿Alguien se daba cuenta?] No... porque era la hora de la recorrida del que cuida. El de seguridad capaz estaba en el otro piso y yo bajaba. Me escapaba en camión. Me gustaba ir al centro. A la confitería (E 19, PU).

Pero igual no había mucha vigilancia, porque yo un día me escapé a ver a mi papá al cementerio. Me cambié, salí y volví, y nadie supo nada (E22, PU) Porque me escapaba, me iba del hospital. Me encontraron en la sierra en un momento. (E4, PU)

Otras dificultades para garantizar el cuidado de las personas internadas en los HG que se pusieron en evidencia durante las entrevistas se vinculan con evitar las conductas auto o hetero agresivas.

Me costó mucho la internación en el hospital. Tuve otro intento de suicidio estando en el hospital, me quise ahorcar con el cable del cargador. (E12, PU).

Esta chica [otra paciente internada por SM] salió y nos empezó a pegar. [...] Y le empezó a pegar a - nombre de expareja - y yo para oponerme, le digo "pará, no, nada que ver, pará" y nos terminó pegando a las dos. (E7, PU).

Yo no me acuerdo, pero me contaron que yo lastimé personas y no es mi intención lastimar a nadie. Insulté a la gente también [...] y eso me pone mal [tono de angustia]. Porque le dije "negro de mierda". Pero sí fue así, voy y les pido disculpas. Eché a una doctora de la habitación también. Sí, le abrí la puerta y le dije que se vaya. (E22, PU).

3.4.4.2. Integralidad: médicos y enfermería.

Varias de las personas usuarias entrevistadas dijeron haber sido asistidas durante la internación por parte de un/a médico/a u otros profesionales de servicios hospitalarios, además de SM. Ello coincide con lo esperado en términos de abordaje integral durante la internación en HG. Algunos relataron que esa evaluación se dio al momento del ingreso por guardia (Es 7 y 8), pero la mayoría relató que el abordaje fue durante la internación, como atención en sala por algún emergente.

En un caso, la persona dijo que sufrió una gastroenteritis y cuando un familiar avisó a enfermería, recibió la atención de un médico que según recuerda indicó que le pusieran un suero. En otro caso, se refirió la atención de una médica especialista (neuróloga) que la asistía previamente. Algunas personas dijeron que fueron revisadas y atendidas, que les solicitaron estudios complementarios (sacaron sangre) o que fueron evaluadas por una nutricionista.

Una vez me agarró gastroenteritis. Y me metí ahí en el baño del hospital y estaba para atrás, me pusieron suero. (E1, PU).

A mí me pasó a ver la neuróloga. Porque estaba tomando la medicación de la epilepsia y la neuróloga vino y me controló la medicación y se fijó si lo que estaba tomando estaba bien, y estaba bien (E4, PU).

Yo digo de que sí, que fue una internación completa, el clínico y la psiquiatra y la psicóloga. (E10, PU).

Era de salud mental con los médicos, con el médico clínico, tenía la nutricionista. Todos juntos. Era todo en equipo. (E11, PU).

El año pasado me atendió un médico y el nutricionista [...] te hacen como un

chequeo si no tienen tu historial. Pero como había un nutricionista nuevo, él me fue y me preguntó todo de nuevo y ahí empecé el tratamiento con él [...] te sacaban sangre, era como un requisito para la internación. Te sacaban sangre y te ponían creo que suero. (E16, PU).

Por otro lado, una persona que estuvo internada por SM durante la pandemia por COVID -19 recordó que recibió atención médica ante síntomas de fiebre. Relató que tenía miedo a contagiarse con el virus y que por eso demandó al médico que analizara esa posibilidad. Si bien esta investigación no se centra en estudiar el impacto de la pandemia en las internaciones por SM, resulta interesante el relato de la persona usuaria que expresa, por un lado, el temor al contagio, pero también dos datos relevantes: que pudo usar una cama en el HG ante su sufrimiento psíquico, incluso en plena pandemia; y que su demanda de “hisoparse” fue tenida en cuenta, lo que nos permite vislumbrar la no discriminación de la persona usuaria.

El médico sí me vió, porque yo lo hice que me hisopara tres veces, porque tenía una línea de fiebre. Entonces le dije “hisopame porque tengo COVID” le decía ¡le tenía tanto miedo! Fue al doctor -nombre de pila- que le hice que me hisopara tres veces, iba y se ponía toda la escafandra²¹ y todo eso (E22, PU).

Aunque se mencionaron experiencias de atención por parte de médicos/as, la cotidianeidad del espacio de internación en sala común ubica al personal de enfermería en un lugar destacado, por su presencia las 24 hs, por la cercanía física y la frecuencia de interacciones con las personas usuarias.

Las personas entrevistadas reconocieron haber tenido buenas y malas experiencias durante su internación con el personal de enfermería, y adjudicaron el tipo de trato que recibieron a las características de cada persona, no al rol de enfermería como algo general. Por ejemplo, una misma persona destacó que con quienes más podía charlar era con las enfermeras y enfermeros, pero luego dijo que algunos no eran amigables y que mantenían hacia ella una distancia que percibía como autoritarismo u hostilidad.

En otros lados tengo amigos y acá me cuesta, me cuesta. Me siento, me sienten rechazo, no me llaman ni por mi nombre, me llaman por mi apellido [...] Es como que se quedaron en el tiempo, o sea. No es por bardear ni nada, pero es como que quedaron en el tiempo, en el sentido de los militares, son todos muy militares. (E2, PU)

²¹ En referencia al equipo de protección personal que utilizaron médicos, enfermeros y otros trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19. Según recomendaciones generales incluía barbijo quirúrgico, camisolín, guantes y protección ocular (MSN, 2020).

De modo similar, en otras entrevistas se planteó que durante una misma internación, o en distintos eventos de internación, se tuvieron mayormente buenos vínculos, pero también algunas malas experiencias. Estas últimas fueron consideradas como algo ocasional o ligadas a algunas personas, y no como una generalidad.

Había veces que los enfermeros me hacían compañía, charlabamos. Pero ese día no había caso. Por favor. Lloraba y lloraba. (E5, PU).

De por sí, la mayoría me conocen. Ya “ hola, -nombre de la persona-, ¿Cómo estás?” O ya me hacen chistes. Me llevo bien [...] Hay una enfermera que no nos llevamos bien y me trata súper mal siempre y cada vez que me toca es como no sé qué tiene [...] Y me dice: bueno, bueno, no sé, no sé, no sé qué. Y a mí me agarró como una angustia (E16, PU).

Sí, enfermeros, enfermeros sobre todo, sí. Ehh habían buenos, habían malos, pero bueno, la mayoría buenos. La mayoría bien, con respeto. (E1, PU).

Bien, bien. Algunos son piolas y otros no [...] por ahí hay algunos que son bastante agresivos. (E17, PU).

Entre quienes relataron experiencias de buen trato, notamos que se destacaron el respeto hacia su persona y sus necesidades, la confianza en la comunicación y el trato amigable. También subrayaron lo que identificaron como *palabras de aliento* o motivación hacia la recuperación por parte del personal de enfermería. Podemos poner en relación este aspecto a una de las condiciones del recovery, dado que expresar expectativas y creencia en la recuperación de las personas con sufrimiento mental es una de las características de este enfoque, por sus efectos positivos para disminuir el padecimiento ligado a la enfermedad mental.

Por ahí yo decía “voy a caminar un rato”. “Andá” me decían, “no te vayas muy lejos” [tono divertido] Sí, sí, la comida me la traía a hora, después venían a buscar las cosas sucias [...] ahí estaba rodeado de gente, pegaba un grito y alguien me atendía, sí, sí. (E3, PU).

[enfermería] *Me trataban bien. Me ayudaban [...] Sí, me decían que me iba a mejorar. Y eso me ayudó, sí (E8, PU).*

Me sentía contenida [...] Porque hasta por ahí cuando yo me largaba a llorar, por ahí hasta venían las enfermeras y me abrazaban. Todas las enfermeras. Ninguna me trató mal ¡Y eran un montón! Me trataban re bien. (E11, PU).

No, porque yo pegué onda con las enfermeras y me caían re bien y yo les caía re bien [...] incluso cuando me fui me dijeron “cuando quieras podés venir a visitarnos” (E13, PU).

[el trato de enfermería] *Es buenísimo. Respetuoso, así. Yo he tenido la suerte que me he encontrado con personas maravillosas. (E19, PU).*

Me conocían de tantas veces que fui internado, que me trataban como a alguien más, como a un conocido. Como a alguien de la familia (E20, PU).

Otros relatos pusieron en valor el acompañamiento de enfermería y la atención en cuanto a los cuidados corporales, el control de signos vitales y la asistencia farmacológica, cuando ello iba acompañado de un trato amable.

Ellos siempre me venían a traer la inyección de la insulina para ponerme, las pastillas para tomar. Siempre me medían al mediodía, a la mañana, al mediodía y a la tarde. Y siempre fue muy buena [la relación con enfermería]. Cuando no podía dormir, me ponían la inyección a la noche, en caso que no pudiera dormir bien. (E9, PU).

No, no estaba sola. Estaban las enfermeras de guardia que van, vienen, están ahí. Hay una sala que es para ellas y está en la sala para darte la medicación, para tomarte la presión, la fiebre [...] Acá está enfermería, todo bien. Te digo que son muy buenas las enfermeras. Muy conscientes de lo que te ocurre. Bien, bien, buenísima. (E10, PU).

Entre los que dijeron haber tenido alguna mala experiencia en el trato con enfermería, aparecieron episodios de enojo por distintas razones que podemos vincular al quehacer específico de enfermería. En uno de ellos, la persona usuaria consideró que enfermería no tuvo cuidado hacia sus necesidades de descanso, poniendo el cumplimiento de la rutina de control de signos vitales por sobre esas necesidades.

Había una enfermera que se encoló [...] yo estaba dormido y mi hermana se enojó con ella, y ella se enojó con mi hermana, no me acuerdo bien por qué... me parece que era una cuestión de que agarraba y prendía todas las luces [...] Claro, sí, sí, más allá de que a las 12 tenga que hacer control, a las 7 tenga que hacer control... Hacen control cada 5 horas más o menos. Como que, por lo menos, tenés que tener cuidado si tenés un paciente que no está durmiendo bien, si tenés la luz de lectura (E1, PU).

En otras entrevistas surgió como cuestión conflictiva la ausencia de llamado a la guardia pasiva de SM frente a un episodio de crisis. En estos casos, las personas usuarias consideraron que el personal de enfermería no creyó o no comprendió la gravedad de sus síntomas de sufrimiento mental.

[Acerca del trato de enfermería durante la internación] Muy mal al principio... Una vez le pedí llamar a la guardia de salud mental. Dijeron, "ya llamamos". Y no la llamaban. El teléfono lo tenía acá [señala su bolsillo] Y no la llamaban, y no la llamaban... Agarre una venda y me ahorque.. (E5, PU).

A veces una chica me trató mal, una enfermera, porque le dije que tenía voces. Me dijo, ¿qué voces? ¿Qué voces? "Te voy a inyectar, te voy a inyectar" me dijo. Y me inyectó con todo. Me acuerdo, X se llamaba. No me creía de las voces. (E6, PU).

Por último, en otra entrevista se relató un tipo de maltrato o violencia que podemos identificar como ligada a la atención en internación de carácter involuntario.

Por ahí hay algunos que son bastante agresivos. [...] A mí, por ejemplo, una vuelta me ataron. Me ataron muy fuerte y no me circulaba la sangre [...] Sí,

la pasé muy mal. Eso fue la otra vuelta cuando recién me internaron. La primera vez me rompieron una... me había comprado una chomba bonita y me la rompieron toda [...] Abusan de la autoridad, algunos... fueron algunos enfermeros. Que me rompieron la chomba, se quedaron con mi cinto y me rompieron la chomba. [...] Ahora ya los conocía yo, llegaban a hacer algo mal y ... me quejo. (E17, PU).

Una de las personas usuarias entrevistadas nos compartió sus reflexiones acerca de la atención por parte de algunas enfermeras, poniendo de relieve la falta de capacitación específica en SM.

Creo que porque no están capacitados o no están informados de cómo tratar a una persona de salud mental. Ellos se encargan, por ejemplo, de una persona que tiene quebrada la pierna, pero no de una persona que capaz que tiene quebrada la mente, ponele (E16, PU).

Para finalizar este apartado, queremos retomar la reflexión de una de las personas usuarias que refleja algunas de las tensiones que encontramos en el HG, institución que da soporte a la atención de urgencias e internaciones por SM con escasos recursos.

Ellos hacen lo que pueden con lo que tienen. Todos sabemos cómo está la salud pública ahora y todo. Para recibir un paciente que convulsiona, otro que está haciendo tal cosa, otro que otra cosa... son como muchas cosas juntas, en distintas disciplinas juntas que tenés que meter a internar. Entonces, yo pienso en esa noche en la que yo vine ... ¿Habría otra persona quebrada? ¿Habría otro que no sé cuánto? entonces pienso que quizás era ... no sé si justificando o no, pero... quizá no era la forma de tratar a un paciente de salud mental, pero "este que viene así enloquecido, dopalo, sino como hago para atender a este otro que está quebrado". Entonces digo yo... pienso que bueno, será por eso que pasa así. (E19, PU).

Notamos que está presente la idea de *saturación* del hospital público, suponiendo que la institución no daría abasto para resolver las necesidades de salud de la población. Además, se puso en cuestión la jerarquía entre distintos tipos de sufrimiento, en donde una *fractura* sería más importante y recibiría pronta atención médica, mientras que la crisis mental es relegada a segundo plano. Este relato ofrece una síntesis desde la valoración de una persona usuaria, mostrando que en el HG el modelo hegemónico sigue siendo biomédico y que SM no adquiere, aún, el mismo estatus que otras problemáticas de salud.

3.4.4.3. Experiencias con otras personas internadas.

Observamos cuatro situaciones en cuanto al uso de habitaciones en sala común en los hospitales provinciales. Ello nos permite identificar alternativas alternativas (1) que las personas internadas por razones de SM se internen preferentemente solas (2) que se internen preferentemente con otra persona internada por razones de SM (3) que se interne

con otra persona internada en otro servicio, con explícita evitación de juntar a pacientes internados por SM entre sí (4) y que dependa de la disponibilidad de camas y/o de la singularidad del caso.

Las personas entrevistadas relataron experiencias en relación a esas cuatro situaciones. Por un lado, destacaron aspectos positivos, de ayuda mutua e incluso de creación de vínculos de amistad; por otro lado, también relataron experiencias de conflicto y otras que calificaron como traumáticas por estar asociadas a la muerte o a episodios de violencia explícita.

Un grupo de personas (en las entrevistas 2, 4, 10, 11, 13, 14, 15, 22) dijeron que no habían compartido habitación. En estos casos, la mayoría lo adjudicó a la suerte y/o a la disponibilidad de camas del momento de su internación (“no me tocó compartir con nadie”). En un caso, la persona aclaró que explícitamente solicitó no compartir con nadie la habitación, mientras que en otro caso, la persona comentó que “*por suerte*” no tuvo que compartir, porque eso no le hubiera gustado.

No, no me hubiese gustado. Encima, a lo último pusieron otra cama y yo pensé que iba a venir una persona y yo pensé “no, no quiero compartir con otra persona”. Pero no, no vino nadie, por suerte. (E13, PU).

Algunas de las buenas experiencias y de los vínculos de amistad relatados ocurrieron al compartir momentos en el patio, pasillos o en alguna actividad propuesta por SM, pero no necesariamente al compartir la habitación. Así lo destacaba esa misma persona usuaria, quien estuvo sola en la habitación:

[...] pude conocer personas [...] que son diferentes pero a la vez son iguales, y eso está muy bueno. (E13, PU).

Algunos dijeron que charlaban en el *balconcito* donde salían a fumar (E 14) y destacaron las charlas amigables con pacientes internados por “otras razones”.

[estuvo solo en habitación] Pero sí, conocés gente en el patio cuando salen a fumar, conocés uno de cirugía, conocés otro de... Aparte, yo soy sociable, me gusta hablar con la gente, entonces. (E16, PU).

Ah, sí, después hubo una chica que estaba internada y con esa sí charlabamos. Eh, por ahí venía o quería tomar mate. Yo no tomo mate pero ella quería tomar mate, con ella sí. (E11, PU).

Quienes sí compartieron habitación con otra persona internada por razones de SM destacaron la ayuda mutua y valores como empatía, respeto y el buen trato entre ellas. Una de las personas explicó que una manera de respetar el espacio de la otra persona internada era salir de la habitación cuando venía la psicóloga o alguien de defensoría, para dar privacidad a la otra persona internada, o bien darle tiempo y dejarla llorar tranquila cuando tuviera una crisis.

Les levantaba el ánimo. Siempre fui muy empática. Siempre intentaba ayudar a los demás. A veces me tocaban de salud mental y se iban antes que yo. Estaban muy mal y se iban antes que yo. (E5, PU).

Y después con una chica que tenía un problema mental también. Sí, sí, todos muy amables, muy buenos, me tocó así. Me trataban muy bien, entendían, comprendían. Cuando venía la psicóloga a hablar, se iban. Eh... Cuando... Sí venía alguien de la Defensoría, ellos se iban también. Nos respetábamos cada uno nuestros espacios. Una vez la chica cayó en crisis y se puso a llorar, y nosotros nos fuimos caminando para el pasillo. (E9, PU).

A veces me tocaba compartir con alguien parecido de lo que me había pasado a mí Entonces era como que había más compañerismo. Que nos charlabamos. (E20, PU).

Mucho compañerismo porque estás en un momento difícil y se entiende por las dos partes. (E21, PU).

Otros entrevistados relataron la mayor cercanía entre personas internadas por razones de SM, por ser agrupadas en habitaciones o en un sector de camas destinados a tal fin. En estos casos vemos una valoración mayormente positiva dado que se destacaron las charlas o actividades compartidas, incluso indicando que se generaron vínculos de amistad.

A veces nos reíamos porque claro, salud mental está al fondo, y después adelante tenés 8 o 10 camas que son de pacientes que están por otros motivos. Entonces nosotras nos poníamos a jugar a las cartas y se escuchaba que decían “apuesto, apuesto” y nosotros les decíamos “vengan, vengan a la parte de los locos” y también decíamos “no estamos locos, estamos tristes”. Y tratábamos de acompañarnos lo más que podíamos. [...] Sí, ella entró un viernes y yo un lunes. Y nos hicimos amigas [...] Y siempre te ponés a charlar con el resto, buena onda en general. (E12, PU).

Y hubo un tiempo que había varios chicos de salud mental, y era como que se había formado un grupito de adolescentes y, bueno, quedó ahí toda esa amistad, quedó todavía [tono alegre]. (E16, PU).

Después con los pacientes hubo una vez por ejemplo, que conocí una señora, que estaba al lado mío, de las últimas habitaciones, que son las nuestras, digamos, las de psiquiatra, que nos pueden encontrar ahí. Hubo una señora, que era de –nombre localidad- nos pusimos a charlar, fue un buen encuentro ahí con otro paciente. (E18, PU).

De manera similar, cuando la habitación se compartió con personas internadas por otras razones, también se relataron experiencias de apoyo, destacando que mayormente fueron las personas internadas por SM las que tuvieron actitudes y conductas de colaboración hacia personas internadas por otras causas.

En las internaciones, trato de ayudar al otro paciente, por lo general. Me ha tocado gente grande, entonces trato de ayudar, sí (E7, PU).

Estuve con otro viejito, que era un viejo divino, era muy piola, era ciego. Y también estaba medio para atrás, no se podía parar, qué sé yo. Y hubo una situación muy graciosa... porque lo habían operado de la pierna, viste, porque tenía diabetes, no me acuerdo qué cosa, estaba ciego, tenía diabetes y lo habían operado de la pierna. En un momento él tenía hambre, mucha hambre, y no venían los enfermeros para decirle que podía comer, viste, porque como había tenido la operación y todo, supuestamente no podía comer. Y andaba con el suero. [...] El viejo, ciego y con la pierna recién operada, agarra, se levanta y intenta caminar, se le sale el suero, o sea, se le sale la cosita del suero así, porque se la arranca, y empieza a sangrar como loco. Y claro, el viejo no se da cuenta, porque como era ciego, no veía que le estaba cayendo una exorbitante cantidad de sangre, entonces fue como “no, no, no, señor, siéntese, no, no, espere, espere, ahí va mi hermana a buscar a los enfermeros”. Y fue mi hermana a buscar a los enfermeros, vino y yo ahí como intentando sostenerle el brazo al viejo porque se desangraba. (E1, PU).

Otras experiencias positivas en cuanto a la interacción con personas internadas por otras razones (no SM) destacaron el conversar y compartir momentos distendidos o divertidos.

Cuando me iba al patio a escuchar música, venían todos (E2, PU).

Me internaron con una vieja de 92 años que contaba chistes verdes (jaja) y se los acordaba perfecto, nos hacía reír. Una señora muy inteligente. Había estudiado hasta cuarto año de medicina y el marido le sacó las ganas de estudiar. Bah, las ganas no, pero no la dejaba estudiar. (E5, PU).

Compartía con gente, compartí con una chica, una señora que tenía las piernas hinchadas, pobres, tomaba muchos medicamentos esa señora. Muy buenas personas. (E 9, PU).

La gente del patio me escuchaba y me decía, ¿eh vos es el que estabas cantando? Sí “cantás re bien” me decían (E 13, PU).

Las personas usuarias entrevistadas también relataron experiencias negativas en relación a interacciones con otras personas internadas.

En algunos casos ello se vinculó a necesidades contrapuestas entre personas internadas por razones de SM que compartían habitación, dado que algunas presentaban inquietud, excitación psicomotriz y/o dificultades del sueño, ante lo que podemos suponer cierta necesidad de movimiento opuesto a las necesidades de descanso y tranquilidad de las personas internadas que fueron entrevistadas.

Ella tenía problemas de sueño y tenía... ponía el tele alto, qué sé yo, como a la una de la mañana. Pero eso a mí no me molestaba, nadie le decía nada, ¿Viste? (E1, PU).

Me pusieron con otra persona, que también es de salud mental, yo no la conocía. Que tuvimos un percance [...] Primero, que no paraba de moverse. Es hiperquinética, no sé qué. Y no dejaba de hablar, de hablar, de hablar. Sí. Y yo dije... nada... “creo que necesito cambiar de habitación” (E7, PU).

En otros casos, se evidenciaron sentimientos de tristeza o de temor vinculado a la locura, incluso cuando no compartían habitación sino producto de la convivencia en sala general. Es probable que, si bien esos sentimientos pre-existían, se vieran reforzados por la modalidad de las prácticas de atención que se generaron en el marco institucional del HG. En estos casos, parece ser que la institución fue reproductora del estigma sobre la enfermedad mental.

A mí me pone triste, porque yo veía gente a la que no la va a visitar nadie, que capaz que está una semana ahí y está solo o está con los acompañantes del hospi [...] por lo que yo sé, creo que dos pacientes de salud mental no pueden estar juntos. (E16, PU).

Pero después una vez que vine, que yo estaba como muy alterada también, me dicen que “bueno, te va a tocar allá” y me dicen que “hay una chica acá, vos no le abras mucho la puerta” entonces yo me quedé como alterada, no quería que viniera la chica. Porque pensé “qué me va a hacer”, no sé quién es, así que bueno. Por ahí entró, yo tenía unas galletitas y le dije “tenés hambre” y que se yo... Pero bueno, yo estaba como asustada. Entonces bueno, ella agarró unas cositas, yo le dije “bueno llévatelas”. Se fue y después yo salí les dije “no, cambienme de habitación, porque si no me voy a mi casa, yo no me voy a quedar, no me quiero quedar”. Sí, porque como me habían advertido tanto “no le des bolilla, no le abras la puerta” y encima yo la vi, capaz que yo también estaba en ese estado, pero la vi y dije “esta chica no está bien” porque estaba inflamada, bueno, no estaba bien. Y como insistí tanto y me puse como muy mal, me cambiaron a la habitación como más acá, más cercana a la puerta, acá de salida. Entonces ya por lo menos era una distancia que ella no iba. (E18, PU).

Las personas entrevistadas también relataron experiencias negativas de convivencia en la misma habitación, pero con personas internadas por otras causas (no SM). En estos casos, se destaca que la cercanía con el dolor y la muerte de otras personas generó incomodidad, intranquilidad y temor en las personas internadas por SM. Algunas incluso dijeron que ello les hizo mal, incrementando la ansiedad y produciendo nuevas crisis de sufrimiento mental.

Me tocó estar con un viejito que después se murió jaja. Por suerte no estaba cuando se murió, pero estaba en las últimas el viejito, por ahí gritaba a la noche [tono serio, gesto de angustia]. (E1, PU).

A mí me pasó de tener que ver fallecer a tres señoras estando al lado [...] Y yo con el tema de la muerte y accidentes y todo, tengo un trauma tremendo. Entonces a mí me generaban crisis esas cosas [...] no sé si son cuidadosos con quien te ponen (E16, PU).

Otras veces era un paciente que estaba muy enfermo, o por ahí con alguien que se había quebrado, o un viejito, me acuerdo, que estaba perdido, que ya no tenía conciencia. Ya estaba mal, entonces yo me sentía medio incómodo. [...] A veces había conexión por esa charla, así, social. Conexión social. Y a veces yo me sentía [...] mal. Mal... peor me sentía. Por ejemplo, ese señor.. me asustaba más. Estaba más tenso. (E20, PU).

Por último, observamos que algunas experiencias negativas se relacionan con dificultades en la convivencia con personas internadas por otras causas (no SM). Una de las personas entrevistadas relató situaciones en las que fue víctima de conductas irrespetuosas por parte de sus compañeros de habitación, que incluso “teniendo todas sus facultades”, no tenían una conducta amable o respetuosa. En estas situaciones, cabe preguntarnos si esas conductas representan gestos de discriminación, es decir, que si se dieron precisamente porque la persona en la habitación era usuaria de SM; o bien fueron conductas groseras habituales de algunas personas internadas. Además, notamos que cuando la persona usuaria enfatizó la supuesta capacidad mental de las personas internadas por otras causas, puso en evidencia la división habitual del sentido común entre capacidad-salud mental y “buenas conductas” por un lado, e incapacidad-enfermedad mental y “malas conductas” por otro. La persona usuaria puso en evidencia desde su experiencia una crítica a esa asociación del sentido común.

Me tocó estar con un viejo que era asqueroso, no por nada, pero es que no podía ir al baño [...] Y estábamos comiendo y me dice “me van a tener que disculpar, pero tengo que ir al baño” y se pone a mear ahí al lado jajaja (risas) [...] Con el que estuve que nos generó más problemas, es un pendejito que se había quebrado la pierna andando en moto. Y era re tarado. O sea, en un momento, porque se ponía a mandar audios a todo volumen, teniendo todas sus facultades, no siendo un viejo, nada, era un pendejo común y corriente, se ponía a mandar audios como a la una de la mañana a sus amigos a todo volumen. (E1, PU).

3. 4. 4. 4. Sugerencias de las personas usuarias para mejorar la experiencia de internación en el HG.

Cuando se les pidió a las personas usuarias que hagan sugerencias para mejorar la experiencia de internación en el HG, surgieron aportes valiosos que a la vez mostraron puntos débiles del abordaje en equipo en el HG. Varias personas usuarias plantearon que el tiempo de trabajo de los profesionales con los pacientes era escaso, una visita que calificaron como “visita médica”, connotando la brevedad de la misma. Además dijeron que cuando el abordaje es en dupla de un/a médico/a de SM o psiquiatra y un/a psicóloga/o, el abordaje era breve y guiado por la evaluación médica. El tiempo más extenso de una entrevista psicológica, que aparece en las entrevistas como la posibilidad de “charlar”, nos remite a otro tipo de interacciones donde el énfasis sea el escuchar al paciente, como ellos mismos lo reclaman.

Charlar un poco más íntimamente, digamos. Me parece que eso faltaría. Buscar a alguien que sea afín al paciente y que profundice en algo que le guste al paciente. O para salir más motivado. (E 20, PU).

Que se trabaje más en conjunto entre las psicólogas que vienen constantemente. O que sea una sola psicóloga y sea hasta un poco más prolongada la visita, porque sino como que no hay una continuidad, ¿Viste? Entonces, por ahí viene la que le toca de guardia. Hay muy buenos profesionales acá en el hospi, pero otras no tanto. Hay de todo. Pero, sí hubiese estado bueno que charle. Más allá de que la cosa sea privada, preguntarle al paciente tipo “puedo charlar esto con las otras psicólogas”. Así más o menos todas están enteradas de lo que va pasando. Porque sino viene una psicóloga un día, otra otro, otra otro, otra otro, y al final terminás repitiendo lo mismo como cinco veces y después, capaz que no se acuerdan después. (E1, PU).

A mí me visitaban, me acuerdo, me visitaban todos los días. Pero por ahí tener una... que la psicóloga tenga una charla con vos. Una charla donde pueda consultarte, preguntarte, que sea más extensa la charla con vos no diez minutitos, todo según lo que pregunta la psiquiatra y listo. No, que la psicóloga haga su trabajo de explorar un poco al paciente. (E4, PU).

Las visitas de los psicólogos y los psiquiatras, deberían haber más, más psicólogos y más psiquiatras en el hospital porque son pocos. Son pocos y es visita de médico, un ratito... Y sin ellos no salís adelante. (E22, PU).

Que escuchen más al paciente [tono enfático con convicción] Que no sea todo... Bueno, me dijeron esto, hago esto... Que escuchen más lo que el paciente tiene para decir, para pedir (E21, PU).

Algunas personas usuarias notaron la escasez de recursos humanos y vieron en ello un aspecto a reforzar, para que la experiencia de internación en el HG sea más beneficiosa para las personas con sufrimiento mental. Otras hicieron énfasis en las condiciones materiales de las habitaciones y los recursos materiales para cubrir necesidades básicas, como la comida.

Y por ahí sería la cuestión del recurso humano, porque eso sí se ve... que los profesionales están sobrepasados de la cantidad que hay (E14, PU).

Que cambien a la nutricionista porque no tienen ni idea. Una persona no puede estar diez días comiendo fideos. Poder, se puede, pero no se debe. Porque debe ser una dieta equilibrada y balanceada. No nos daban fruta tampoco. (E22, PU).

Mejorar la comida. (E2, PU).

Si vos vas, por ejemplo, a la habitación y le ponés un poquito de música, ya cambia el humor (E16, PU).

Aunque sea tener tele en la habitación. (E10, PU).

En otro conjunto de sugerencias se focalizó en enfermería. En estos casos, se puso de relieve la necesidad de mayor reconocimiento a su trabajo, pero también pedidos concretos como una presencia con una calidad diferente, “que estén más atentos” cuando se les llama y que respeten los derechos de las personas con sufrimiento mental enmarcados en la LNSM.

Yo creo que deberían mejorar la condición de los enfermeros, porque se les da poco, poco mérito. Y trabajan muy bien. Si vos te das el tiempo de conocerlos, es como que te das cuenta que su trabajo es súper importante porque sin ellos no... ellos te preparan la medicación, te la dan a horario, ellos... a veces te sacan una sonrisa, son re importantes. (E13, PU)

Que los enfermeros sean más empáticos [...] Son jodidos. Ahora cambiaron todo. Y ahora, como son todos nuevos, más jodidos todavía. A volver a volver a empezar. Porque a mí ya me dicen - nombre de persona usuaria - otra vez internada. En cambio, viste, ahora son todos nuevos y son muy agresivos. Nunca me hicieron nada a mí... pero me pasó de venir a visitar a una persona y que me echaran... y yo salí con la ley. No, no me respetó la ley. No para mí, sino para una amiga. (E5, PU).

Y los enfermeros que tienen que estar más activos. Tienen que estar más atentos a ver si alguien les llama. Sí. Que no descuelguen el teléfono, por supuesto. (E2, PU).

Por último, algunas sugerencias apuntaron al tipo de actividades y uso del tiempo en internación. Se subraya nuevamente el sufrimiento ligado al aburrimiento, al “estar en cama” y nada más, como gesto que expulsa en lugar de contener. Por ello las personas usuarias sugirieron tener sí o sí alguna propuesta de actividad. Ello se vincula, además, con la necesidad de acompañamiento. Al respecto, se planteó como pedido el “resolver” el problema de obligatoriedad del acompañamiento familiar, que podríamos poner en relación a la necesidad de implementar más acompañamiento institucional.

Pero me parece que acá no, acá es como que te expulsan más, porque es una cosa de estar en cama y nada más, y es como más difícil. Me pareciera como las internaciones de las películas, así, igual que andan ahí todos caminaaaaaando [estira la letra aaa] y bueno, era medio así, andaba caminando a la noche, me iba a fumar un puchito, así, medio escondida. (E 18, PU).

Se te hace muy eterno. Y sí o sí tiene que haber alguna actividad. Y resolver la necesidad de acompañamiento familiar (E 16, PU).

Recordemos que muchas de las personas entrevistadas dijeron que el acompañamiento familiar durante la internación era un requisito obligatorio por parte de la institución. Algunas refirieron una exigencia de 24 hs de acompañamiento y muchas comentaron la carga que representó para su familia el hecho de tener que turnarse para ejercerlo. Esto se constituyó en la principal queja respecto de indicador la sobrecarga que representa para la familia en términos de calidad de vida (dormir en una silla o en el piso, preocupación por el cuidado de otros familiares) y de pérdida de oportunidad (faltar al trabajo, a la facultad). Muchos usuarios refieren malestar (culpa, preocupación) por el hecho de que sus familiares estén obligados a cumplir turnos para el cuidado.

3. 5. VALORACIÓN DE TRABAJADORES ACERCA DE LA INTERNACIÓN EN SALA COMÚN DE HOSPITALES GENERALES

En este capítulo presentaremos el resultado del análisis de las entrevistas realizadas a veinticinco trabajadores/as del ámbito de internación. Tal como describimos en la metodología, se incluyeron efectores profesionales de tres servicios: Salud Mental, Clínica Médica y Trabajo Social, además de operadores (no profesionales) de los servicios de SM. Siguiendo el orden de los objetivos específicos, este capítulo se organiza en apartados, a saber:

- 1) Condicionantes de la atención.
- 2) Toma de decisiones: lo voluntario e involuntario.
- 3) Prácticas de atención y cuidado.
- 4) Experiencias: trabajar en internación por SM en el HG.

3.5.1. Condicionantes de atención.

3.5.1.1. Tipo de sala, de habitación y asignación de cama.

El hospital general impone condiciones a las prácticas de atención en SM, facilitando algunas o limitando otras. Sus condicionantes operan de múltiples maneras, entre ellas, mediante las características edilicias del hospital y de la sala donde se realizan esas internaciones. La cantidad de camas por habitación, el acceso o no a un patio, el contar o no con una sala de usos múltiples, son ejemplos de esas características que resultan significativas a la hora de comprender el modelo y las prácticas de atención.

Partimos de considerar que en Río Negro no hay hospitales que tengan sala especializada en SM, sino que las internaciones se realizan siempre en sala común. Sin embargo, observamos que algunas instituciones asignaban, de manera explícita o bien por usos y costumbres, determinadas habitaciones a SM, mientras en otras instituciones se usaban habitaciones comunes.

Cuando el hospital contaba con habitaciones reconocidas como *habitaciones de SM*, los trabajadores explicaron que ello se debía a que la habitación estaba acondicionada con ciertas adaptaciones de seguridad, como por ejemplo: rejas en las ventanas, cerramiento de policarbonato en lugar de vidrios, ausencia de espejos y picaportes en las puertas, entre otras. Salvo esas diferencias, las habitaciones no difieren del resto, contando con similar mobiliario y características de tamaño y comodidades.

En general, la internación es un lugar feo, con falta de vida. Pero es así para todos [...] con recursos muy limitados. Recordemos que estamos hablando de un hospital del Estado ¡ubiquémonos! (SM, Operador/a 4).

Si las características habitacionales fueran peores para las internaciones por SM que para el resto de las internaciones, ello mostraría una clara discriminación. Sin embargo, hubo consenso general entre trabajadores que dijeron que esto no era así, a excepción de una de las instituciones, en donde las habitaciones adjudicadas a SM se distinguían, además, por no tener televisión.

Encontramos que la asignación de camas siempre estaba a cargo de personal de enfermería, que eran quienes evaluaban y definían en qué cama se iba a concretar la internación. Esta decisión se realizaba con más o menos participación de profesionales médicos y/o del servicio de SM con quienes articulaban para identificar las necesidades del caso. Identificamos cinco opciones, según la manera de asignar cama a personas que ingresaban por razones de SM. Esas opciones se resumen en el Cuadro 9.

Cuadro 9. Asignación de cama a personas que ingresar a internación por SM.

Opción
1- Cama en una habitación a solas.
2- Cama en habitación compartida con otra persona internada por SM.
3- Cama en habitación compartida con persona internada por otra causa (no SM).
4- Cama en habitación compartida con persona (SM o no SM).
5 -Cama en pabellón compartido.

Fuente: elaboración propia

Notamos que, cuando la institución contaba con *habitaciones de SM*, la asignación de cama se realizaba de la persona a solas (opción 1) o bien se compartía, pero únicamente con otra persona internada por SM (opción 2). No solían realizarse internaciones de personas por otras causas en este tipo de habitaciones.

Generalmente tratamos de dejarlo solo. Generalmente se usa una habitación particular, porque viste que no tiene vidrios, tiene rejas [...] No tiene tele, no tiene cable, no tiene picaporte. Es una habitación que no tiene nada con lo que la persona se pueda lesionar. (Médico/a 1).

La internación se hace en sala general, pero en habitaciones que son las más aptas para SM [...] Tenemos dos habitaciones reservadas para los pacientes de salud mental, no comparten habitación con el resto de los pacientes. Entonces eso ya, viste, es como un factor de protección (Médico/a 3).

A veces se requiere que esa persona que vamos a internar ocupe una habitación para ella sola [...] A veces si hay alguien de SM y da para que se interne otra de salud mental, se interna al lado, siempre y cuando no sea contraproducente. (SM, TS).

Cuando el hospital no contaba con *habitaciones de SM*, se habilitaban las demás opciones. Sin embargo, vimos que mayormente también se favorecía que la persona esté preferentemente sola (opción 1), al menos en el momento agudo de la crisis.

Cuando nos avisan que va a haber un ingreso, nosotros ya vamos viendo qué cama está disponible [...] Si hay alguna habitación que está libre, tratamos que quede ahí hasta que se apacigüe la crisis, después vamos haciendo los intercambios (Enfermera 2).

Enfermería intenta ponerlos solos en las habitaciones, no comparten. Porque saben que, por lo general, cuando se interna uno de los nuestros va a ser inquieto, va a deambular, va a demandar. Entonces, en general, suelen tener una habitación aparte para nosotras (SM, Psicólogo/a 1).

Acá son todas habitaciones con dos camas, pero no se puede... porque si está muy sintomático no se puede compartir. Hay que disponer la sala para que él ocupe una sola habitación (Médico/a 2).

Depende de cuál sea el motivo de la internación. La costumbre, por lo general están solos (SM, Operador/a 2).

Que la persona en crisis sea internada sola en una habitación, se fundamentó desde dos tipos de argumentos no excluyentes entre sí. Por un lado, algunos entrevistados consideraron que era lo mejor para la propia persona internada, que precisaba un entorno tranquilo o con menos estímulos, o bien para el resguardo de su privacidad. Por otro lado, consideraron que era lo mejor para evitar molestias a los demás y para el resguardo de las otras personas internadas. Aunque ambas consideraciones fueron mencionadas, se vislumbra que se priorizaron las necesidades de las personas internadas por otras causas.

Tratamos de no internar en la misma habitación a pacientes de SM y pacientes que están por otras causas. Primero, para cuidar la privacidad del paciente. Segundo, porque muchos pacientes vienen agresivos y el otro paciente que viene con una dolencia se siente mal o duerme con miedo al lado de esos pacientes. [...] [En caso de ser necesario] tratamos de ver el paciente que vamos a poner al lado del otro paciente que está cursando una patología de clínica médica. Por ejemplo, tratamos de ver el que más estable esté, el que menos agresivo esté o esté menos complicado (Enfermera 4).

Por otro lado, diversos entrevistados dijeron que la asignación de cama en su institución se definía únicamente en función de la disponibilidad de lugar (opción 4) y mencionaron que ello implicaba la no discriminación por motivos de SM.

Son habitaciones de a dos. Hay veces que hay dos pacientes de salud mental internados en la misma habitación, hay veces que no. Hay veces que toca alguien que está por traumatología y uno de salud mental o por clínica, por una cuestión cardiológica y uno de salud mental (SM, Psiquiatra 3).

[la sala] no tiene un sector para salud mental. Es un paciente más como cualquier otro (SM, Operador/a 1).

Las observaciones realizadas por nuestro equipo de investigación también nos permitieron registrar que se internaban personas por razones de SM, incluso con un diagnóstico similar, en habitaciones separadas y cada una compartiendo con personas internadas por otras causas. Según la explicación de enfermería, eso se debía a la disponibilidad de camas al momento del ingreso. Ponemos en relación esto con las experiencias negativas que relataron algunos usuarios de SM, que dijeron haber vivido como algo *traumático* compartir habitación con pacientes internados por un servicio médico que presentaban dolor o que estaban al borde de la muerte, además de otras situaciones que fueron perturbadoras para ellos, sin sentir que sus necesidades de soledad o tranquilidad eran tenidas en consideración.

Respecto de la opción 3, es decir, cuando se privilegia la internación compartida con persona internada por otra causa evitando explícitamente que se comparta habitación entre dos personas internadas por SM, observamos que se fundamentó en el supuesto de que la influencia entre usuarios de SM sería negativa, es decir, que un paciente internado por SM sería perjudicial para otra persona internada por SM.

Por último, la opción 5 se corresponde con un tipo de sala organizada en pabellones, dado que algunos hospitales directamente no cuentan con habitaciones. Observamos que, en estos casos, era habitual que un sector o grupo de camas del pabellón fuera el más utilizado para internar a personas con sufrimiento mental²².

3.5.1.2. Cantidad de camas disponibles.

Al utilizar la sala común y no contar con una sala específica para SM, es dable esperar que la lucha por el recurso cama (siempre escaso) afecte la posibilidad de ingreso o permanencia de este tipo de usuarios, subordinado a los requerimientos de otras especialidades de mayor relevancia desde el modelo médico hegemónico. En otras palabras, reconocemos que la disponibilidad de camas en el hospital general es otro condicionante para las internaciones por SM. Esto se puso en evidencia en algunas entrevistas con trabajadores de enfermería y de clínica médica, como se muestra a

²² Según algunas personas usuarias, las camas *del fondo* del pabellón eran consideradas por usos y costumbres las de SM.

continuación:

Nosotros obviamente como que dirigimos un poco la batuta en cuanto a la disponibilidad de camas, porque por ahí tenemos tres pacientes graves internados en la guardia y nos vienen a pedir una cama y entonces tal vez no es tan urgente la atención de salud mental y vamos seleccionando, vamos haciendo una especie de triage (Médico/a 2).

La disponibilidad o no de camas es tan relevante, que suele utilizarse como fundamento para solicitar una sala exclusiva para SM, pues ello permitiría que su uso no merme la disponibilidad de camas para otras especialidades. Una de las enfermeras entrevistadas recordaba que, otrora, fue un planteo que realizaron en su hospital:

Hubo un momento que hablamos con la directora [planteamos] que por qué no ponían un ala exclusiva de salud mental. “¿Por qué?” Porque no tenemos camas. Por la disponibilidad de habitaciones y de camas. Como ahora, nos pasó que ya teníamos cuatro habitaciones ocupadas con pacientes de salud mental, y el resto estaba todo lleno y te llegan urgencias, cirugía y eso, y no tenés lugar. Para que hagan un lugar exclusivo para ellos (Enfermera 3).

Desde la visión de trabajadores de SM, se puso en evidencia que *antes* ello podía ser decisivo, pero que en la actualidad la toma de decisiones sobre el ingreso o el alta se sostenía del criterio profesional, siendo menos permeable a esas influencias. Así, diversos trabajadores reconocieron la autonomía de SM para decidir el uso de camas en sala común según criterios propios.

Yo siento que últimamente no hay tanta discusión. Cuando nosotros llamamos decimos “tengo que internar” eso se considera así, con ese nivel de necesidad (SM, Psicólogo/a 3).

Por más que te digan “¿cuánto falta? ¿cuánto le queda? ¿cuánto?” Bueno, estará lo que tenga que estar. Y si corresponde 5, 7 o 10 días, corresponderá eso (SM, Psiquiatra 3).

Si bien no tenemos una precisión temporal acerca de a qué tiempo se refiere el término *últimamente*, entendemos estas afirmaciones en relación a dos cuestiones. Por un lado, consideramos que debe comprenderse en contraste con lo ocurrido durante los años 2020 y 2021, dado que la pandemia por COVID-19 afectó el movimiento de ingreso y egresos al ámbito de internación, pero desde 2022 en adelante pareciera que ello encuentra una dinámica similar a la pre-pandemia, al menos para SM. Por otro lado, desde una perspectiva histórica, la referencia a que actualmente se discute menos acerca de la internación por SM puede ser un indicador del cambio de modelo.

Sin embargo, para otros trabajadores se trataría de un debate vigente. En línea con lo anterior, reconocieron que el debate por el recurso cama en realidad refleja el debate por el reconocimiento o no de SM como entidad de salud. Una de las personas entrevistadas lo

dijo con claridad, al plantear que la persona con patología de SM aún era considerada, por muchos trabajadores, como ilegítima usuaria de internación en HG.

Muchas veces los especialistas que no hacen salud mental los ven como un paciente que ocupa una cama innecesariamente, porque no tiene fiebre, no tiene neumonía, no necesita oxígeno. Entonces, muchas veces creo que es eso, por ahí tenemos pacientes en los que la patología es más evidente, que necesitan alguna resolución quirúrgica, alguna cama para observarse o alguna intervención y demás, y a veces no tenemos cama. Entonces, ahí se genera este enfrentamiento, o este reclamo de decir "las camas". Yo creo que tiene que ver con esto, que muchas veces es un paciente que no se identifica o no se reconoce como un paciente con una patología que justifique la internación en el servicio (Médico/a 3).

3.5.1.3. El patio como territorio de SM: fumar, charlar y ¿caminar o deambular?

Al interior del espacio hospitalario, pero con cierta exterioridad a la sala de internación, encontramos que casi todas las instituciones tenían algún tipo de *patio* (a veces como parque verde o bien como sector al aire libre, como describimos con anterioridad), y que ese espacio era con frecuencia el más utilizado por las personas internadas por SM. Ello es reconocido por los trabajadores, quienes identificaron que el patio era un lugar habitado por usuarios, donde salían principalmente a fumar, pero también a tomar mate, socializar y conversar con otras personas.

Salen al patio, muchos de ellos son consumidores de cigarrillo. Salen, se fuman algo, vuelven. En eso no tenemos una restricción de decir "no, no podés salir de la habitación" (Enfermera 1).

Salen al patio [...] pueden estar ahí afuera, fuman, charlan con el resto de los pacientes (Enfermera 3).

Porque, además, por ejemplo, tienen permiso de salir a fumar y están en un lugar que es acá en el hospital, el patio (TS).

Sí, porque nuestros pacientes por lo general fuman. La gran mayoría, son pocos los que no fuman. Entonces, salen al patio y se encuentran con los otros pacientes y toman un mate (SM, Operador/a 3).

De hecho en ese patio interno se juntan y socializan un montón, ya sea con otras personas que están circulando por el hospital y muchísimo entre ellos, desde las dos salas. Y ahí se conocen, se hacen amigos. Vienen los ex internados jaja(risas) a ese patiecito (SM, Psicólogo/a 2).

En las entrevistas también se puso en valor que las normas institucionales no imponían restricciones para el uso de ese espacio, pero, cuando el nosocomio no tenía patio, plantearon como problemática que los usuarios fumaban en la habitación.

Otra cuestión mencionada en las entrevistas de trabajadores como problemática, fue la ausencia de espacios de estar, como salón de usos múltiples o similares. Ello fue mencionado por los y las trabajadores/as como una falencia, dado que su ausencia

dificultaba la recreación y la socialización de las personas usuarias. El patio, entonces, más que un espacio elegido era el único espacio posible por fuera de la habitación.

Ponemos en relación la falta de espacios *más allá de la cama*, con la necesidad de movimiento y de no-reposo de las personas internadas por SM, reconocida por varios trabajadores como característica de las personas usuarias de este servicio. “*De hecho el paciente circula, no aguanta todo el día ahí acostado en la cama. Tiene ganas de salir, de caminar*” (SM, Psicólogo/a 2).

Sin embargo, el uso de la palabra *deambular* en vez de *caminar*, conlleva una connotación negativa: como movimiento sin rumbo y de transgresión a las normas institucionales acerca de “no pasar” a determinados lugares. Al respecto, surgen al menos dos sentidos: uno, *la molestia* que ello ocasiona para otras personas internadas y para enfermería u operadores, quienes dijeron que debían intensificar la vigilancia o el acompañamiento para limitar esas conductas de libre circulación.

En general a la enfermería le molestan los pacientes de salud mental. A algunos, depende del enfermero, por supuesto. [...] porque nuestros pacientes no están sentados, deambulan y molesta el paciente que deambula. Porque, bueno, no sé, los tienen que estar mirando, los tienen que estar controlando más que a otros (SM, Psicólogo/a 4).

Deambulan por todo el hospital, van, vienen...[...] el acompañamiento es para que se quede en la habitación, para que no ande circulando por todas las habitaciones o en los servicios. (Enfermera 2)

En segundo lugar, el *riesgo* que ello implicaría para la propia persona usuaria de SM, dado que la expone al contagio de enfermedades.

Los chicos deambulan y a veces se meten en otras habitaciones. Entonces las enfermeras van cuidando que no deambulen tanto, que no se metan. También eso, como el cuidado del paciente que está internado, de los dos: del que deambula, para que no se contagie de alguna enfermedad transmisible que haya en el piso, y del que está por ahí más convaleciente en su salud, con un cuadro clínico, digamos. (SM, Psicólogo/a 1)

3.5.1.4. Salud pública en RN: desmanicomializar sin magia.

Si no vamos a ser manicomiales, necesitamos gente, porque ¿yo cómo hago si no? O sea, magia no hago [...] O sea, si no es manicomial, necesito medicación y gente ¡Es lo mínimo! (SM, Psiquiatra 2).

El hecho de que los hospitales generales sean hospitales *de puertas abiertas* nos remite, sin duda, a la necesidad de evitar el encierro manicomial. Sin embargo, ello también condiciona las prácticas de atención, especialmente en momentos de crisis y cuando las internaciones tienen carácter involuntario por la presencia de un riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros.

A veces los pacientes salen solos y vos no te enteraste, porque es una... hay una decisión voluntaria. Es un hospital abierto. Es lo que tiene el hospital. [...] a veces es estar para acompañar al paciente, para que no se vaya, no como carcelero, pero bueno, resguardando la integridad de la persona. Porque se necesita que ese paciente se compense, porque hay un riesgo (SM, TS).

Algunas enfermeras recordaron internaciones en donde las puertas abiertas del hospital pusieron al paciente en peligro e incluso generaron un daño: como el caso de una chica que se fracturó por tirarse de una ventana sin rejas.

Era una chiquita que había ingresado porque tenía muchos problemas familiares, parecía que iba tranquilo todo, y en un descuido del acompañante se tiró por la ventana. Y bueno, tuvo varias fracturas, todo, pero por suerte, bueno, más de la fractura no pasó (Enfermera²³).

El año pasado uno de los pacientes se subió al techo y se quiso tirar. Tuvo que subir una enfermera, hablar con el paciente [...] O sea, es un riesgo para el paciente y también para el enfermero, para el personal (Enfermera).

En el mismo sentido, otras personas trabajadoras dijeron que, para poder realizar las internaciones sin encierro, se necesitaban recursos de diverso tipo para garantizar el cuidado de las personas usuarias, como por ejemplo: operadores de SM, personas que realicen acompañamiento, cantidad suficiente de enfermeros y/o medicación, entre otros. Cuando faltaban esos recursos, el cuidado no se podría garantizar, dejando al paciente en riesgo y al trabajador con preocupación y malestar por esa inseguridad.

Realmente internar acá es un riesgo pero no hay otra cosa. [...] No, era una paciente de mucho riesgo, y la verdad que no hay recursos. Acá es un hospital abierto, no digo que tenga que ser con rejas pero por ahí debería estar estructurado de alguna manera que fuera más seguro. Fue terrible esa internación (SM, Psiquiatra 1).

Los pacientes que ingresan por intento de suicidio, autolítico, que a veces escapan, viste, como también eso. Y es como ¿Qué estamos haciendo? O sea, ¿los estamos cuidando? Eso también me genera ruido [...] me preocupa ese paciente que, como que no sé si lo estamos cuidando bien (Médico/a 4).

Así, el realizar internaciones por SM en hospitales de puertas abiertas, sin recursos de acompañamiento y contención, afecta la toma de decisiones terapéuticas y las prácticas de atención. Según las personas entrevistadas, en casos extremos tuvieron que recurrir al uso de la medicación como resguardo para que el paciente no se lastimara, o no se vaya de la institución en momentos de riesgo cierto e inminente.

En este sentido, notamos que los trabajadores quedaban en una situación dilemática,

²³ Dado que se trata de episodios muy particulares e identificables, no se referencia a la enfermera para evitar que se identifiquen sus opiniones en relación al resto de los temas.

obligados tanto a resguardar a la persona en crisis como a respetar sus derechos para hacerlo de la manera que menos restrinja sus libertades. Sin embargo, cumplir a la vez esas exigencias sin los recursos adecuados muchas veces se tornó una misión imposible.

Terminamos usando más medicación o contención física, como manera de compensar la falta de seguridad edilicia [...] Por no tener los recursos humanos o edilicios para brindar seguridad, se terminan usando medidas más restrictivas o incluso hasta más violentas, como la contención física (SM, Psiquiatra 1).

Y eso muchas veces implica usar más medicación de la que deberíamos usar para los fines estrictamente terapéuticos, usamos también un poco más para frenar el movimiento de la persona, o sea, que no se mueva, que no se quiera ir [...] Entonces, esto, todo este, digamos, qué medicación, cuánta, cada cuánto, depende mucho de esto, de qué apoyo haya, qué tan difícil sea la situación que se está viviendo, qué tanta resistencia [institucional] se produce [...] Las personas están atentas y la persona está medicada, pero hay personas que son muy fuertes, viste, no, y yo no puedo medicar tanto, o sea, tampoco puedo poner en riesgo la vida de la persona (SM, Psiquiatra 2).

Además del uso de la medicación y de la sujeción mecánica (contención física) como recursos, encontramos la gestión para la presencia de personal policial como custodia del paciente internado, particularmente en internaciones involuntarias. Desarrollaremos este tema más adelante en este apartado.

“Acá es tristísimo como está la salud pública de RN” (SM, Psiquiatra 1). Algunos trabajadores identificaron la relación entre la falta de recursos humanos y materiales con respecto al tipo de prácticas de atención que podía brindarse en SM. Dijeron que cuando los trabajadores, en especial médicos y enfermeros de guardia o internación, se encontraban con malos salarios y recargados de horas extras para tener un mejor ingreso económico, era irreal esperar que además asumieran tareas que no percibidas como esenciales, como sería el caso de SM. Así, en esa condición de precariedad, los trabajadores se limitarían a hacer “lo justo y necesario”, dejando por fuera prácticas de atención innovadoras o integrales.

O sea, estamos hablando de que en la sala hay dos enfermeros haciendo todo. Pretender que nos puedan dar una atención especial a nosotros es irreal (SM, Psiquiatra 2).

Hoy el sistema de salud público está pasando por una situación tremenda en todo sentido, desabastecimiento, personal sobrecargado, malos salarios, falta de recursos de todo tipo, como te decía recién, sobrecarga de horario por falta de personal y, además, porque es lo que te permite ganar un mango. Entonces, es un sistema frágil que la verdad es que tiende a ser o puede estar resolviendo lo justo y necesario. [...] Y me parece que el paciente de salud mental muchas veces termina siendo víctima de este sistema. (Médico/a 3).

En el mismo sentido, otros trabajadores destacaron la falta de recursos materiales, como camas de internación con recursos de seguridad e insumos considerados básicos en SM, como es la medicación.

Se necesitan más recursos, sin duda, sí. Eso seguro. Pero en todos los sentidos: de medicación, camas con barandas, que a veces no tenemos. Entonces... el paciente se te tira de cabeza al piso y no tenés una cama adecuada. A veces las camas no funcionan, entonces no le podés levantar la cabecera a un paciente que está totalmente dormido. Esas cosas, viste... Son insumos básicos, y eso a veces no lo tenés. (Médico/a 4)

3.5.1.5. La internación como último recurso terapéutico (URT) y las reinternaciones frecuentes ¿Éxito o fracaso del modelo comunitario?

Si no sabemos internar y no sabemos compensar no vamos a poder sostener una desmanicomialización [...] Es el momento más crítico, porque la internación es de máxima (SM, Psiquiatra 2).

La concepción de internación como *último recurso terapéutico* es central en el texto de la Ley provincial N° 2440 y se considera uno de los ejes del modelo de desmanicomialización rionegrina. Destacamos que el propio modelo desmanicomializador se configura como uno de los condicionantes de las prácticas de atención en internación. Nótese que no podemos considerarlo un determinante, sino que lo identificamos uno entre otros aspectos influyentes, tal vez el más importante, pero sin el poder para determinar por sí solo las prácticas del día a día.

Yo ya entré con esta era, claro. No sé cómo habrá sido antes. Capaz que los más viejos tienen otro pensamiento, más de esa manera. Pero nosotros ya entramos con toda la era nueva. La ley de Descom... no me va a salir. Desmacom... Desmanicom. (Médico/a 1)

Muchos de los trabajadores entrevistados hicieron referencia a internaciones que fueron previamente coordinadas o programadas, como así también a que existía un tratamiento previo en SM al momento del ingreso. En ambas situaciones se puso en evidencia que el vínculo previo con el equipo de SM aportaba accesibilidad a la internación en el HG. Además, podemos vincularlo a la continuidad de cuidados y a la implementación de internaciones como último recurso terapéutico.

Los mismos agentes de salud mental, cuando lo ven en la casa, porque hacen mucho seguimiento en territorio, y cuando los ven mal los traen a la guardia e ingresan por ahí (Enfermera 1).

Muchas veces ya le están haciendo el seguimiento domiciliario y ven que están en crisis [...] vieron que ya no es factible que se pueda hacer el tratamiento en su domicilio, entonces se plantea la internación. Creo que el equipo trabaja lo mejor posible afuera para que no ingresen, pero bueno siempre algo se puede escapar (Enfermera 2).

Avisás que hiciste una evaluación y que tu paciente está requiriendo una internación a quien está de guardia. (SM, Psicólogo/a 4)

Los compañeros ven que su paciente está descompensado, dicen “che, hoy tengo que internar a este paciente”. Y lo van a buscar. Y eso es más fácil. Sí, está programado. (SM, Psicólogo/a 5).

Respecto de la continuidad de cuidados, notamos que las personas entrevistadas mencionaron como dispositivos que se usaban frecuentemente las visitas o la atención domiciliaria²⁴. Ello fue reconocido tanto por trabajadores de SM como por trabajadores de otros servicios, como se evidencia en los fragmentos de entrevistas recién presentados.

Que la internación sea una situación *de máxima* refleja la concepción de URT. Ello implicaría el fracaso de estrategias previas, acompañada a veces de cierta frustración en el equipo. Esto se puso en evidencia particularmente respecto de las reinternaciones que serían algo negativo, pues suelen generar la sospecha de falta de tratamiento fuera del ámbito de internación. Esa *sospecha* fue mencionada en algunas entrevistas desde la mirada médica:

Lo que no sé es si el dispositivo afuera está bien armado... Eso sí me parece como que... hay algo ahí, o en la prevención [...] lo tratamos acá y después afuera es como que queda medio en la nada, me parece (Médico/a 4).

Pero ya son pacientes, tengo dos o tres apellidos que te podría decir, así que uno los ve... que reingresan, ¿viste? Entonces, sí, hay reingresos frecuentes, sí. [...] que el seguimiento, sé que tienen los consultorios tanto en el hospital y también los centros de salud, donde va personal, van psicólogos y demás y hacen el seguimiento de los pacientes (Médico/a 3).

Contrario a la sospecha de falta de seguimiento ambulatorio en casos de reinternaciones, observamos que la mayoría de las personas entrevistadas puso énfasis en la continuidad de cuidados. Ello se percibe no sólo en relación a la existencia de tratamiento previo a la internación (que como dijimos incluye con frecuencia las visitas domiciliarias), sino también en la estrategia de egreso al momento del alta, en donde se vuelven a mencionar el seguimiento en domicilio y se plantea la necesidad de que la persona se vaya con una estrategia. Algunos operadores enfatizaron que la estrategia de egreso incluía pero excedía al mero hecho de tener un turno programado, lo que debe comprenderse en relación a la posible inclusión en dispositivos intermedios.

²⁴ Las visitas domiciliarias no equivalen a atención domiciliaria, sino que poseen una especificidad metodológica descrita por Schiappa Pietra (2003) Sin embargo, aquí se mencionan como generalidad para referir el abordaje de un trabajador de SM en el ámbito extrahospitalario donde las personas viven.

Entonces la idea es esa. Que la internación no solo sea el último recurso, sino que sea breve. Y que se vaya a su domicilio [...] Se va con una estrategia de trabajo, que incluye turno programado y muchas veces un acompañamiento en domicilio para la toma de medicación. [...]¿Y qué pasa si no va a ese turno programado? Se va a la casa y se hace una visita (SM, Operador/a 1).

Sí, se va con una estrategia pensada, que es la idea. Cada internación finaliza con una estrategia acordada con el paciente que ha sido partícipe de la conformación de la estrategia, y la familia o bueno los referentes que tenga en la comunidad y los referentes de salud mental (SM, Psicólogo/a 4).

Pero bueno, la idea es que [se] vaya con eso armado, incluso a dónde va, a dónde va a continuar el tratamiento, quiénes van a seguirlo. Por lo general nuestra articulación siempre es con los centros de salud que están en el territorio (TS).

Durante las observaciones del equipo de investigación, en varios hospitales personas referentes de los equipos de SM (entrevistados u otros) hicieron explícita la indicación de que el equipo debía conocer los dispositivos intermedios, porque *no se podía comprender la internación sino en relación a estos*. En este sentido, pusieron en valor la existencia de otros dispositivos de la red asistencial como aportes a la posibilidad de una vida comunitaria, evitando o reduciendo la cantidad de internaciones.

En el marco de la continuidad de cuidados, la existencia de reinternaciones frecuentes adquiere un valor diferente al que tiene en ausencia de la misma. Mientras que en algunos casos puede indicar que la internación es el único recurso, produciéndose el fenómeno de *puerta giratoria*, en el contexto de una continuidad de cuidados las reinternaciones pueden valorarse como alternativas positivas. Sin embargo, no encontramos que las personas entrevistadas vislumbren la ventaja de reinternaciones breves en HG frente a una única internación prolongada en servicio monovalente.

Por el contrario, en el relato de los trabajadores persiste la idea de que la instancia de internación implicaría *un fracaso* y no un éxito del modelo comunitario.

No, a mí la internación no me gusta [...] Es lo peor que me puede pasar. Porque no es el mejor momento de nuestros pacientes. Y cuando llegamos acá tiene que ver con algo. Tiene que ver con algo que no pudimos ver a tiempo o no pudimos hacer a tiempo. Pero tiene que ver con algo. No solo con el paciente. Tiene que ver con nosotros. Entonces ahí uno se tiene que replantear la cantidad de pacientes que tiene internados y por qué los tiene internados (SM, Operador/a 1).

O sea, viene descompensado, lo internas, lo compensas y vuelve al mismo lugar y, es difícil que se pueda modificar algo. [...] pueden tener varias internaciones o alguna crisis que está 24, 48 hs que después ceden y vuelven. Pero no, la mayoría de los pacientes que hemos internado no reingresan asiduamente, porque está todo este seguimiento y control de los operadores y en distintos dispositivos (SM, Psiquiatra 3).

Este tema será retomado en el último apartado de este capítulo, dado que se vincula a la valoración y frustración de trabajar en internación.

Por último, un grupo de trabajadores mencionó que a veces las personas que se internaban tenían un tratamiento previo, pero no con el equipo del hospital sino procedente del ámbito privado. Así, surgió el tema de la falta de adecuación de obras sociales y del subsector privado de salud a los lineamientos de la LNSM, tema que fue desarrollado en apartados anteriores de este capítulo. Nos interesa aquí destacar que las personas trabajadoras reconocen esta problemática como una falencia que les afecta directamente, tal como lo reflejan los siguientes fragmentos de entrevistas:

Todo lo que es salud mental viene a parar al hospital. El privado no tiene un sostén de internación (Médico/a 1).

Y con salud mental lo que pasa es que no hay cobertura en el privado de patologías psiquiátricas, entonces es todo acá, es todo acá. [...] El problema es que el paciente que tiene obra social o que tiene una prepaga [igual] se internan acá (Médico/a 2).

Incluso hay muchos pacientes que justamente tienen todo su tratamiento en el privado. Entonces, durante la internación de ese paciente se organiza un equipo [hospitalario] que lo sigue mientras dure la internación (SM, Psicólogo/a 4)

3.5.1.6. Guardia externa y guardia de SM: componentes centrales de la red asistencial.

La posibilidad de utilizar la guardia general con personal activo o pasivo de SM es otro de los recursos de la red que permite un abordaje comunitario, y que asume una función esencial para el acceso y permanencia en internación en el HG.

Así, la mayoría de las personas trabajadoras entrevistadas dijeron que los ingresos por SM a internación se producían desde la guardia general (guardia externa). Si bien reconocieron que, en algunas ocasiones, la evaluación de SM se realizaba en domicilio o en consultorio, de todos modos la persona usuaria ingresaba a internación *pasando* por la guardia general. Identificamos en ello dos tipos de fundamentos. En primer lugar, algunos entrevistados lo explicaron desde una concepción de integralidad del proceso de salud-enfermedad y resaltaron la importancia de que la persona sea evaluada por un profesional médico, como se pone en evidencia en los siguientes fragmentos de entrevistas.

Mayormente [ingresan] por la guardia. A veces por consultorio externo o domicilio, pero siempre pasando por la guardia. Porque además necesitan ser evaluados por algún médico generalista y recién ahí se ingresa. [Los médicos] están re acostumbrados, porque siempre funcionó de esa manera (SM, Psicólogo/a 2).

Piden que pase por guardia, se le haga el chequeo general, si necesita suero se le coloque suero. Sí o sí pasan por la guardia. Siempre [...] sí o sí lo tiene que ver el enfermero y el médico (SM, Psiquiatra 1).

*En general, las internaciones terminan siendo por guardia. Porque en general son situaciones donde necesitas una contención mayor y se ve por guardia. Alguna persona que viene con riesgo, digamos, para sí o para terceros, con alguna descompensación (SM, Psicólogo/a 1).
[en el ingreso] está la firma del médico generalista que lo atendió y, aparte, del equipo de salud mental que hace la entrevista y decide si lo interna o no (Enfermera 1).*

En segundo lugar, se fundamentó en relación a la existencia de un protocolo o procedimiento estándar, desprovisto de aporte específico. Así, el ingreso por la guardia externa sería parte de la burocracia hospitalaria y no necesariamente un indicador de un abordaje integral.

[Reciben a] El paciente que ingresa por guardia y el paciente que viene por consultorio, que se evalúa y si no está en condiciones de estar en su casa, lo suben a la sala. Generalmente, igual se le pide que pase por guardia para que quede asentado que el paciente ingresa al hospital (Enfermera 4).

En el mismo sentido, en algunos casos las entrevistas mostraron una valoración positiva del ingreso *directo* a la sala, como si de ese modo se pudiera evitar un trámite y facilitar el acceso. En estos casos también vimos que el pasar por la guardia general se concebía como burocracia y no como garantía de un abordaje integral.

Porque por ahí yo estoy viendo a alguien en el consultorio y me parece que tiene criterio de internación. Le propongo, me dice que sí. Internación. Eso es lo óptimo. Sino, la guardia (SM, Psiquiatra 2).

Se articula con equipos de compañeros que estén trabajando en los dispositivos y que en su seguimiento, vieron que no hay otra alternativa que la internación y entonces ahí articulan con nosotros. Y eso por ahí puede que no pase por la guardia (SM, Psicólogo/a 3).

Además de ser una instancia de acceso a internación, la guardia externa o guardia general brinda soporte durante la internación, por ser el recurso que asiste en los momentos de crisis fuera del horario laboral habitual hospitalario. Con algunas diferencias entre instituciones respecto del procedimiento, pero en líneas generales, es enfermería quien llama al personal médico a cargo de la guardia externa, quienes a su vez asisten lo urgente y convocan a la guardia pasiva de SM. Para el médico/a de guardia externa, que está atareado con consultas varias, asistir la crisis en sala de internación implicaría una sobrecarga, y según algunas personas entrevistadas, eso conlleva que no realicen una intervención en SM de manera adecuada.

Los médicos de guardia atienden las urgencias de internación, hasta que llega el especialista [de salud mental] El médico de guardia dice "esto no me corresponde" pero también lo entiendo, porque un tipo está hace 24 horas viendo pacientes que patean la puerta, viendo quemados, viendo accidentados, viendo apuñalados (Médico/a 3).

Como soporte de la internación, resulta fundamental no sólo la guardia externa, sino también la guardia de SM, ya sea activa o pasiva. Las personas entrevistadas de servicios de enfermería y de clínica médica coincidieron en que se trataba de una herramienta a la que acudían ante las necesidades de las personas internadas y ante conflictos o dudas sobre la conducta a seguir. Se evidenció que era un recurso que utilizaban con asiduidad y con el cual se sentían apoyados.

Incluso tenemos siempre el teléfono del que está de pasiva y cualquier cosa uno llama y vienen enseguida (Enfermera 1).

Y si tenemos alguna urgencia, llamamos o a la psicóloga que está de guardia pasiva o al psiquiatra, a la psiquiatra, cualquiera (Enfermera 3).

Sí, no hay problema. Sí, sí, en eso la verdad que trabajamos acá así, ¿viste? La pasiva se llama y asiste (Médico/a 4).

Por su parte, integrantes de los equipos de SM entrevistados mencionaron que brindar ese sostén implicaba responder a amplias demandas, así como el requerimiento de un alto nivel de respuesta por parte de cada uno de los profesionales y operadores, que a veces percibían como excesivo.

Hay alguno que otro [enfermero] que te demanda constantemente. Que, no sé, que ven que miró para allá y ya te llaman "No el paciente está mirando raro" y otros que realmente se dan cuenta que es una situación que no es necesario que te estén llamando cada cinco minutos (SM, Psicólogo/a 5).

Así que por ahí suele ser que te llamen "che, vení que está inquieto". Y el paciente no está inquieto, está aburrido (SM, Psicólogo/a 4).

Por último, algunas personas entrevistadas hicieron énfasis en la posibilidad de prevenir internaciones hospitalarias reforzando la atención desde la guardia de SM, ya sea con más cantidad de trabajadores como con dispositivos derivados, como podía ser la atención domiciliaria desde la guardia. En este sentido, notamos que los cuidados se apoyaban en la existencia de familiares, quienes asumieron un rol protagónico como cuidadores ante la crisis. Retomaremos este tema más adelante en este mismo apartado.

Si hay una familia continente y no hay un riesgo cierto inminente (que sí o sí lo tenés que internar) y puede estar en la casa, entonces, se trabaja con la familia, le hacemos seguimientos telefónicos o vamos al domicilio, habló con la familia, vemos cómo está, a veces vamos la psicóloga y yo [...] O sea, hacemos otro tipo de intervención desde la estrategia que se establece en la guardia y el paciente no llega a la internación (SM, TS).

3.5.1.7. Organización del equipo de SM: recursos asignados a internación.

La atención de las personas internadas se considera una prioridad en el modelo comunitario, lo cual supone una forma de organización que permita atender la complejidad de la tarea de manera adecuada. Desde el relato de trabajadores entrevistados, se puso evidencia que la frecuencia de la asistencia a la persona internada era diaria, incluyendo fines de semana. Sin embargo, no hicieron referencia a una cantidad de tiempo mínima ni una unidad de tiempo estándar asignada a este tipo de atención. Ello cobra relevancia en relación a los dichos de las personas usuarias, que reclamaron el escaso tiempo dedicado a las entrevistas por parte de lxs profesionales de SM.

La psiquiatra y la psicóloga vienen todos los días. Ellas vienen durante la mañana, salvo que por ahí vengan a la mañana y el paciente esté dormido o no lo pudieron ver, [entonces] se dan una vueltita a la tarde (Enfermera 3).

Las indicaciones son diarias, la evaluación es diaria, la persona se la ve diariamente, sábados y domingos también (SM, Psiquiatra 2).

Vas a tener un referente, va a venir a verte alguien, y ese va a venir a verte todos los días (SM, Operador/a 1).

A partir de las observaciones y de las entrevistas a personas usuarias y trabajadores, identificamos varios tipos de organización del equipo de SM para asistir en internación, que implicaron distintas configuraciones posibles de atención en sala según algunas variables a considerar, como la cantidad de profesionales intervinientes, la modalidad de continuidad o rotación durante el tiempo de internación y la consideración o no de un vínculo previo con la persona usuaria. Ello se resumió en el Cuadro 8.

Respecto de la *cantidad de trabajadores intervinientes*, vimos que mayormente se mencionaba el abordaje a la persona internada desde una dupla profesional (psicólogo/a y médico/a de SM o psiquiatra) y, eventualmente, un pequeño equipo, cuando a la dupla profesional se sumaban operadores. Cuando había asignado un *equipo específico de internación*, ello tenía implicancias en cuanto al tiempo dedicado a este tipo de actividades. En este caso observamos una división de tareas, donde la internación con todas las actividades que conlleva sería asumida por un subequipo.

Por el contrario, en otro grupo de hospitales los trabajadores plantearon que no tenían un equipo específico para internación, sino que todos participaban tanto de la guardia como de internación. En estos casos, además, se presentaron dos posibilidades: Una, que el equipo conformado fuera el mismo que el de guardia. Otra posibilidad era que el equipo no fuera el mismo que el de guardia, sino que se conformase a partir de otro criterio, como

por ejemplo el vínculo previo con la persona usuaria, la disponibilidad de tiempo del trabajador o la referencia territorial del lugar donde la persona vivía. En esta segunda opción, se presentaba el desafío de organizar un horario específico para el trabajo en sala, además de las otras tareas asignadas a cada trabajador/a.

Siempre organizamos un equipo durante la internación por lo menos, con psicólogo y psiquiatra. También se pueden sumar operadores [...] Por supuesto que hay pacientes que ya tienen asignados referentes y entonces los referentes también vienen a evaluarlos. Pero suele suceder que a la mañana evalúan los referentes y después a la tarde quien está de guardia pasa también a controlar la sala [...] Entre todos pensamos la estrategia, sugerimos, opinamos, aunque no sea tu paciente (SM, Psicólogo/a 4).

Todos trabajamos, no tenemos un grupo específico de internación [...] O sea, yo me guardo un turno por día [...] lo tengo bloqueado en mi agenda porque entendí que no. O sea, son los más importantes, porque están en una situación de crisis. Y verlos en entre-turnos, que es lo que hacía antes, nos saca mucha energía y baja la calidad. Así que, bueno, les reservo ese tiempo (SM, Psiquiatra 2).

Por otro lado, identificamos como variable la continuidad o rotación del equipo interviniente. Cuando había continuidad, la evolución diaria durante la internación era asumida por la misma dupla que hizo el ingreso. Como se vislumbra en el siguiente fragmento de entrevista, en esta opción no siempre se lograba la constancia que se proponía, produciéndose eventualmente una rotación de profesionales:

Al paciente internado lo sigue el equipo que lo ingresó desde la guardia, hasta el alta. [...] Van, pero a veces, o sea, depende también de, porque todo esto lo tenés que incorporar a la tarea que tenemos cotidianamente. Entonces, a veces, si justo el psicólogo que lo internó está en un barrio, entonces, bueno, o va el psicólogo que hace la interconsulta y ve cómo va la evolución, o va la psiquiatra [...] y todo lo demás, sigue el equipo de guardia (SM, TS).

Cuando había rotación del equipo interviniente, la evolución era asumida por el o los profesionales que cada día estaban de guardia, es decir, sin continuidad para el paciente internado, que sufría de una constante alternancia de profesionales. Esta forma de organización se fundamentó desde dos argumentos: uno, que la persona era usuaria del servicio y por tanto la responsabilidad de su atención era de un equipo y no de un profesional de manera aislada. Otro argumento fue la necesidad de disponer de tiempo para las tareas de atención en crisis y no sobrecargarse, como trabajadores, de diversas tareas en una misma jornada. Así, el o los profesionales de guardia reservaban ese día sin asumir otras responsabilidades, lo que se esperaba genere una mejor calidad de atención.

Sin embargo, una de las trabajadoras entrevistadas realizó una crítica a esta forma de organización. Dijo que, aunque podía ser funcional al reparto de tareas en el equipo, no era la mejor manera de trabajar para la persona usuaria.

La sala depende de la que está de guardia, en realidad. Entonces, la que está de guardia es la que va a hacer el pase de sala, va a ir a ver cómo están los pacientes y va a hacer el pase a la compañera al día siguiente. Por más que el paciente sea alguien que lo haya venido viendo otra profesional todo este tiempo, no va a ser su psicóloga la que va a ir a ver [...] Es verdad que a nosotras nos ordena la tarea, pero es verdad que por ahí la que viene llevando al paciente sería, desde mi perspectiva, más útil, porque desde ahí trabajarías mejor la estrategia (SM, Psicólogo/a 1).

Todo ello nos permite afirmar que el propio equipo debe ser entendido como dispositivo de atención en salud mental.

3.5.2. Toma de decisiones. Lo voluntario e involuntario en internación.

3.5.2.1. El consentimiento como diálogo.

En apartados anteriores, planteamos que el consentimiento como proceso dialógico no se reducía a la firma del formulario *consentimiento informado* como documento estándar. Durante las entrevistas, al respecto, se expresaron sentidos complementarios y otros contrapuestos. Algunos trabajadores de internación resaltaron la perspectiva de derechos del paciente, mientras que otros hicieron referencia a la firma como un acto mayormente burocrático o administrativo. Incluso algunos reconocieron que tenían un manejo flexible del *momento* y lugar de la firma del consentimiento, amparados en que el carácter voluntario habilitaba menor apuro por el cumplimiento de plazos. Recordemos que algunas personas usuarias dijeron que la firma se les solicitaba recién al momento del alta.

A veces sí, a veces en el momento y a veces cuando nos damos cuenta que no lo hicimos [...] No, en las internaciones voluntarias reconocemos que nos colgamos a veces... cuando son voluntarias como mucho más, pero no, o sea, siempre forma parte de la historia clínica, digamos, queda en parte del papeleo ese consentimiento (SM, Psicólogo/a 1).

Respecto del tiempo, si bien no encontramos protocolos que indiquen el momento exacto en que debe ser requerida la firma del paciente, podemos suponer que es deseable contar con el consentimiento como *condición previa a su ingreso*. Sin embargo, notamos que cuando los trabajadores sostenían la firma del consentimiento de manera previa al ingreso, es decir, en el ámbito de la guardia, ello era una instancia más rápida y menos dialogada que cuando la misma se realizaba posteriormente en la sala de internación.

Nos costó incorporarlo, porque cuesta incorporar el consentimiento [...] Pero, generalmente en la guardia nosotros tenemos una carpeta y ahí están los consentimientos y los traemos y se los hacemos firmar (SM, TS).

Porque tenés que hacer el ingreso, después hacer firmar el consentimiento [...] Todo, ingresarlo en la historia clínica, bueno. Y esto es un trámite que te lleva a toda una situación de estrés importante (SM, Psicólogo/a 5).

Ello puede entenderse en relación a los condicionantes del espacio institucional, que impone un manejo del tiempo distinto en la guardia que en la sala. Si bien ambos son espacios *comunes* a diversas especialidades, la guardia externa es un espacio regido por la lógica del apuro de las emergencias médicas, como lo dijeron algunos trabajadores de SM que subrayaron lo incómodo que era para ellos trabajar en ese espacio:

Quieren que te vayas rápido porque viene, no sé, un accidente o lo que sea. Pero también mi paciente es de guardia, o sea, como que la guardia a veces es un territorio que no es... no te pertenece por más que vos estés de guardia igual que ellos. Tenés que ir viendo dónde voy, que no moleste [...] hemos tenido desbordes así terribles, post pandemia, que era terrible la cantidad de gente en la guardia y yo estar en el consultorio y el médico entrar con otro paciente y como que no le importaba que vos estés atendiendo ahí y maltratándote diciéndote "te falta mucho" o no sé qué, con el paciente ahí y él con otro paciente. Cero respeto al paciente, a los dos pacientes, y a mí, ni hablar. (SM, Psicólogo/a 5)

Por el contrario, cuando la persona ya se encuentra en la sala de internación, se daría la posibilidad de que la firma del *consentimiento* sea precedida por el aporte de información y preguntas, en un proceso dialógico. Vimos que en la mayoría de las instituciones preferían ese espacio como ámbito para la firma del consentimiento.

Si es voluntaria, se le hace firmar a esa persona el consentimiento informado [...] Es una planilla que tiene que tener firma de la persona que se interna y del profesional que está internando [...] En general, se firma en la sala. Vamos a suponer que es una persona que ingresa por guardia, con una situación de angustia, con ideas de autolesión. Se le propone la internación. Se lo acompaña hasta la sala. Previo se solicita la cama, eso es un trámite burocrático administrativo un poco engorroso. Y ya en la sala se le solicita que firme el consentimiento, explicándole las condiciones (SM, Psicólogo/a 3).

Entonces ahí en la guardia la persona acepta la internación. Entonces pasa a sala y una vez en la sala firma el consentimiento [...] Bueno, nosotros lo entendemos así, como, bueno, como lo dice la ley, sí? Eso es un paciente mayor de edad, lúcido, que no haya alteración del juicio. Entonces, cuando no hay alteración del juicio, uno puede decir, bueno, esta persona comprende el riesgo y tiene conciencia de lo que le sucede, de su situación, de su enfermedad (SM, Psicólogo/a 4).

Algunas personas entrevistadas mostraron claridad respecto del carácter procesual, dialógico y cambiante del consentimiento, como se refleja en el siguiente fragmento de entrevista:

Cuando es voluntaria, el paciente firma un consentimiento de que está de acuerdo con la internación. Generalmente se hace en la sala, el primer día de internación [...] Cuando sí está la estancia del consentimiento, luego puede ser cuestionado, puede negarse, o sea, aunque haya aceptado la internación después puede negarse a otras cuestiones porque empieza a cuestionar, y bueno (SM, Psiquiatra 1).

De manera similar, para algunas personas entrevistadas la base del consentimiento era una previa relación de confianza entre el paciente y el equipo de SM, y pusieron en valor la palabra oral versus lo escrito del formulario.

Generalmente lo firman, confían en la palabra, a veces ni siquiera lo leen. Si le explica uno la modalidad de la internación. Y generalmente dicen, “bueno, ¿dónde pongo el nombre y la firma?” No lo suelen leer como detenidamente, como que confían en la situación de internación (SM, Psicólogo/a 2).

Respecto de quienes firman el consentimiento, además de uno o más profesionales de SM, dijeron que era indispensable la firma de la propia persona usuaria que accede a la internación y no de sus familiares. Sin embargo, algunos trabajadores mencionaron la posibilidad de que el consentimiento fuera firmado por un familiar, mostrando confusión respecto del carácter voluntario.

Y bueno y se hace la firma de consentimiento [...] si se puede en el momento sí o bien algún familiar (SM, Psicólogo/a 5).

[si la persona está] Más o menos lúcida, y puede entender que va a tener la internación y lo que conlleva una internación, se le explica y se le hace firmar el consentimiento a la persona. Y si no, a algún familiar (SM, operador 2).

Una enfermera también confundió las implicancias del carácter voluntario, desconociendo el derecho de la persona a retirarse de la internación cuando así lo prefiera, puesto que dijo que en ese caso había que hacer la denuncia.

En algunos casos firman el consentimiento. Firman la internación voluntaria, sí, sí. [...] Porque muchas veces si se quiere ir, nos ha pasado que se han ido. Bueno, se hace la denuncia correspondiente a nivel legal... [...] Eso se informa, se hace la denuncia y bueno, se le va a dar la intervención nuevamente al domicilio o ubicarlo donde está (Enfermera 2).

También identificamos diversos sentidos respecto de *lo voluntario* de la internación, dado que para algunas personas entrevistadas, ello sería legítimo sólo cuando existía un deseo, decisión o demanda del usuario de internarse.

Sí, la internación voluntaria es como la suave, la linda, la tranquila, donde se llega a un acuerdo con la paciente, dice, “mira, me pasa esto, esto y esto”. “Bueno, vení, quedate” (SM, Operador/a 4).

Por el contrario, cuando la persona aceptaba quedarse internada estando lúcida, pero condicionada por diversas variables del contexto, consideraron que ello no podía entenderse como *voluntad plena* de la persona. En estos casos, las nombraron como internaciones cuasi voluntarias (con voluntad *dibujada, limitada*).

Hay veces que es como medio dibujado, porque saben que no les queda otra, que ya se agotaron las instancias, entonces como que se quedan, pero no quieren quedarse. Pero lo aceptan, pero sabes que en el fondo no quieren. Entonces lo firman, pero medio en disconformidad, pero lo firman igual (SM, Psicólogo/a 1).

Y hay voluntarias que no sé si son tan voluntarias, como que la familia es la que los trae. Vamos a hacerlo y es voluntario, pero hasta ahí ¿viste? (Enfermera 1).

Así, quedaría asociado el carácter voluntario con una internación más fácil y tranquila, donde la persona sería menos demandante y más respetuosa de las normas institucionales, *versus* lo involuntario que quedaría asociado al rechazo a la atención del personal de salud y a la posible agresividad o violencia de la persona internada. Ello se confirma en varios fragmentos de entrevistas:

Normalmente cuando son involuntarias, en los primeros días no te hablan, se niegan a todo. Por ahí no se deja controlar o no toma la medicación. Piden más por la psicóloga. Si vemos que está muy agresivo, vamos de a dos. En cambio, cuando es voluntaria no, colaboran en todo, no tienen problema, no están tanto pendientes de que vengan. (Enfermera 3).

Ese paciente va a demandar muchísimo [...] estos tipos de pacientes que son a veces difíciles porque para entender, para mantenerse en el lugar, hay muchos pacientes que deambulan todo el tiempo [...] entonces tenés que estar como muy pendiente de ese paciente. (Enfermera 2).

La persona que está voluntariamente no se resiste a tomar la medicación, no se resiste a hacer controles, no se resiste a un acompañamiento, sabe que las salidas van a ser con acompañamiento, entonces hay apertura de la persona. La involuntaria es como que todo el tiempo está negada a la medicación, al acompañamiento, a estar acá en el lugar, sobre todo eso (SM, Operador/a 2).

Por otro lado, algunos trabajadores de SM explicaron la diferencia entre el carácter voluntario e involuntario en relación a los conceptos de capacidad y lucidez.

Son dos concepciones distintas. Una, por más que la palabra involuntaria suene a atrapado, preso, no es esa la condición de una internación involuntaria. La condición de una internación involuntaria es que la persona no tiene capacidad para entender por qué tiene que estar internado (SM, Operador/a 1).

Si la persona delira o no está consciente de su situación, bueno, se tiene que hacer una internación involuntaria, porque no entiende, no puede dar cuenta de lo que está pasando, entonces termina internado (SM, Psiquiatra 3).

Además, varias personas entrevistadas hicieron referencia al concepto de *riesgo* de vida - cierto e inminente - como decisivo para la internación involuntaria. Se destaca esto por tratarse de un concepto clave indicador del cambio de paradigma en SM.

La internación involuntaria la pide la psicóloga, la psiquiatra con el juez cuando está en peligro su vida. Generalmente es por riesgo de vida, viste. Y ahí están hasta que resuelve, viene un fiscal, le pregunta, dialogan ahí con las profesionales y con la paciente (Enfermera 4)

Si la persona está en riesgo y no es consciente de ese riesgo, vos tenés que traerlo igual, vos tenes que ejercer fuerza y utilizar la fuerza pública por el bienestar de esa persona. Y creo que es fundamental entender ese punto de vista nuestro, porque uno es el Estado y uno es responsable de cuidar y proteger a esa persona, aunque sea de sí misma. (SM, Psicólogo/a 4)

En el caso de internaciones de carácter involuntario, el tiempo es un factor fundamental. Los plazos establecidos por la LNSM (antes de las 10 hs debe notificarse al Juzgado y antes de las 48 hs elaborar un informe completo justificando la internación) fueron percibidos como escasos y demasiado exigentes por parte de los trabajadores entrevistados. Dijeron que ello debe comprenderse en el contexto de las múltiples tareas que implica la atención en crisis cuando se presenta riesgo cierto e inminente y la persona no acepta la internación. Notamos que, incluso el tiempo limitado fue considerado como una presión de carácter administrativo, sin percibirse que suma beneficios para los pacientes.

Porque tenés que hacer el ingreso, después hacer firmar el consentimiento si es voluntario, o si es involuntario tenés que hacer el informe, mandarlo al juzgado o a donde tengas que mandarlo. Hacer todo lo legal, todo. Todo, ingresarlo en la historia clínica, bueno. Y esto es un trámite que te lleva a toda una situación de estrés importante (SM, Psicólogo/a 5).

Y cuando es involuntaria, bueno, tenemos que enviar todo al juzgado. Ahí lo firma un familiar, por pedido del juzgado. Hay que avisar, luego enviar un informe. Enviar documentación y un informe social. Hay ítems que pide sí o sí el juzgado (SM, Psiquiatra 1)

Nosotros tenemos responsabilidades, por ejemplo, el informe a justicia que particularmente a mí me significa un peso, por ahí voy y vuelvo de la sala de noche, y sé que no me puedo olvidar de informar a la jueza que alguien está internado [...] Si es involuntaria, se hace un informe interdisciplinario. Y eso, tenemos diez horas para enviar el informe de internación involuntaria al juzgado (SM, Psicólogo/a 3).

3.5.2.2. Defensor oficial como aliado: “ya son amigos de la casa” (SM, Operador 4).

En relación a las internaciones involuntarias, las personas entrevistadas mencionaron la figura del *defensor oficial*, que podemos identificar como un nuevo actor en SM, al menos dentro del ámbito de internación en el HG. La mayoría coincidió en que su presencia era pronta y frecuente. Además, destacaron la doble comunicación, tanto con la persona internada como con el equipo efector.

Sí, sí, sí, viene un defensor. Y ahí ven en qué condiciones se encuentra la chica o la persona y sigue la internación involuntaria o no. Todo depende de lo que ella charle con su defensor (Enfermera 4).

Sí, los defensores vienen en general al día siguiente. Y también se toman el tiempo para charlar con nosotros, en general nos buscan para preguntarnos. Y buscan en la sala a los usuarios y los entrevistan (SM, Psicólogo/a 3).

Vienen al otro día. A lo máximo uno o dos días [...] Hay buena relación, hablan con el equipo y con el paciente (SM, Psiquiatra 1).

Se da de las dos maneras, trabaja con nosotros, se acercan, nos consultan, nos preguntan para interiorizarse de la situación y luego hablan con el paciente y les explican cuál es su condición y demás. Pero sí, se trabaja en conjunto [...] Siempre preservando la salud y los derechos (SM, Psiquiatra 3).

Al contrario de la connotación negativa que notamos respecto de las notificaciones, informes escritos y hojas de consentimiento, las cuales se entendían más como burocracias que como aportes al tratamiento, la visita y presencia del defensor oficial en la sala de internación fue valorada positivamente. Su función se identificó como esencial para visibilizar y garantizar los derechos de las personas internadas. Se mencionó como *amigo de la casa* o incluso como aliado para el trabajo con el paciente, reconociendo que su función era la de supervisar y controlar el trabajo en SM.

Y se notifica a la justicia, se notifica a la Defensoría para que venga a corroborar que está bien hecha la internación y que es su abogada la que está ahí velando por él, por su derecho (SM, Psiquiatra 3).

Cuando la internación es involuntaria, acompañar a la defensora y explicarle a la familia y al paciente cuál es el rol de la defensora en la internación [...] Y la defensora explica que ella no está para controlar al paciente, sino para controlar la internación. ¿Qué significa esto? Significa que nosotros hagamos bien nuestro trabajo (SM, Operador/a1).

En el mismo sentido, la ausencia de visitas del defensor al paciente con internación involuntaria fue mencionada como problemática. De este modo se enfatizó la percepción de la utilidad y conveniencia de su presencia como aporte al resguardo de los derechos de las personas internadas.

Nosotros los convocamos, yo quiero que vengan. A mí me gusta que la persona tenga... O sea, más allá de si me gusta o no, es un derecho de la persona. Pero no sucede siempre y eso me parece que es una pena. (SM, Psiquiatra 2)

3.5.2.3. La policía en internación.

Por último, en este apartado presentamos el aporte que representa para los trabajadores el hecho de que el personal de policía participe de diversos modos durante las internaciones involuntarias.

Previamente, dijimos que algunos trabajadores entrevistados mencionaron que la presencia de policías se vinculaba al carácter de puertas abiertas del hospital general, para asegurar que el paciente no se vaya cuando una internación involuntaria era requerida. Otros, mencionaron que era un aporte estratégico para poder intervenir en favor del tratamiento, por ejemplo para aplicar medicación cuando la persona en crisis se negaba a recibirla.

Además, vimos que en varias entrevistas los trabajadores mencionaron el aporte que representa la presencia policial para su propia seguridad, frente a la eventual agresividad, violencia o maltrato de personas en crisis por SM.

Aprendí a trabajar mucho con la policía, nosotros en la guardia tenemos mucha relación con la policía y en salud mental también, porque muchas veces necesitamos ayuda. Yo prefiero que estén igual, aunque no la necesitemos, porque nos resguarda a los profesionales y a las personas que están operando ahí en esa situación. Y está como reinstalado esto. Si pedimos ayuda para hacer una involuntaria, la policía está. (SM, Psiquiatra 2).

Identificamos dos modalidades de la presencia policial. Una de ellas es la puntual, cuando se convoca a la policía en el momento de una crisis con agresividad y/o para garantizar el tratamiento requerido cuando el paciente no lo acepta. En estos casos la presencia de la policía sería eventual, sólo cuando efectivamente surge alguna dificultad.

Vos llamás por el paciente, decís "se puso agresivo, no se deja colocar la medicación, quieres acercarte y te golpea". Llamás a la policía y ellos te mandan [un agente] y ahí ellos lo contienen. Vos ahí colocas la medicación que indica la médica y en la cama se hace la contención física (Enfermera 4).

A veces es real que la contención puede ser un poco brusca [...] pero es menos riesgoso que le quede una marca por sujetarlo, claro, para poner una medicación, a que lo dejes que se vaya. (SM, Psicólogo/a 1).

Una segunda modalidad sería la permanencia de la policía durante un determinado tiempo en la internación. En este segundo sentido, la presencia fue nombrada por los trabajadores como custodia o acompañamiento policial. Dijeron que era mejor que estén todo el tiempo, aunque no se los necesite puntualmente. Ello fue valorado, además, como un logro de la gestión local en SM, dado que no en todos los hospitales se conseguía.

En situaciones de violencia extrema, con pacientes que pueden dañar a terceros, descompensados estamos hablando, logramos tener un acercamiento a la policía y que cuando lo necesitamos ellos estén presentes. Y también, el menor tiempo posible. (SM, Operador/a 1).

Cuando ya es algo más grosso, queda una custodia policial. Se queda la custodia todo el tiempo (Enfermera 3).

Por último, mencionamos que en ninguna de las entrevistas fue problematizada o discutida la presencia policial. No se mencionaron perjuicios de su participación en la sala ni para la persona usuaria. Incluso, en algunos casos, el uso de la palabra *acompañamiento* policial nos remite a cierta contención o apoyo que habría sido positivo, en ausencia de operadores o familiares.

Cuando son involuntarias, tenemos la custodia policial y como no llegamos a cubrir todo el día de acompañamiento, a veces el paciente queda solo con el policía (SM, Psicólogo/a 1).

3.5.2.4. Singularidad de la estrategia: actividades, comunicación y salidas.

Al protocolo, se lo lleva el viento. Son como las palabras. Todo lo que vos te salió bien con uno, te va a salir mal con otro (SM, Operador/a 1).

En instituciones con predominio de una lógica manicomial, la estrategia terapéutica puede estar definida previamente y generalizarse para diversos pacientes en función del diagnóstico. Por el contrario, como hemos presentado en apartados anteriores, para la desmanicomialización resulta esencial la construcción de una estrategia terapéutica singular que considere las particularidades de cada persona, pero también que se nutra de su saber. La promoción de autonomía sería, en este sentido, un componente básico de lo terapéutico, y *la estrategia* esos componentes que le dan forma específica en cada caso.

Durante las entrevistas a personas trabajadoras, especialmente cuando se trataba de efectores de los servicios de SM, notamos que una palabra se repetía con frecuencia: *depende*. *Depende* del caso, *depende* del momento, *depende* de los recursos, etc.

Vemos en ello una expresión de esa singularidad, que implicó hasta cierta dificultad para responder a algunas preguntas sobre procedimientos y obligó a reconocer la falta de un proceso estándar o a plantear más de una alternativa para cada situación. Por ejemplo, al conversar acerca de los permisos de salida durante la internación, acerca de cómo se manejaban con las visitas o respecto del acompañamiento en sala. Incluso cuando había cierta rutina instalada por acuerdos previos, las personas entrevistadas insistían en la

necesidad de considerar la singularidad de la persona, de su situación y del momento de la internación. También mencionaron, repetidamente, la existencia de excepciones. Así lo explicaban algunos de los operadores:

Respetando, digamos, la singularidad de cada uno. Porque esto, o sea, dentro de un hospital general, cada internación es diferente. Y se toman como otras medidas, se pueden hacer diferentes acompañamientos. O sea, no es lo mismo que algo cerrado (SM, Operador/a 2).

Si vos estás para acompañar ese momento. No con algo estructurado: voy a hacer tal, voy a hacer tal otra cosa. No, no. Dejé que las cosas se vayan dando y vas viendo qué pasa. [...] Pero siempre escuchando, escuchando, porque a los pacientes de salud mental no se los escucha. Porque vos creés que sabés lo que él tiene que hacer o lo que él tiene que recibir, o ella (SM, Operador/a 3).

En general, hubo el consenso respecto de que ninguna estrategia podía contener medidas que restrinjan la libertad de manera injustificada. Los trabajadores dijeron que, habitualmente, las visitas y el uso del celular eran aceptados dentro de la internación. Sólo de manera muy excepcional y transitoria se podrían limitar esas libertades, consideradas básicas en cuanto a los derechos de las personas a comunicarse y no sufrir aislamiento.

A modo de discriminación positiva encontramos que, incluso cuando la institución hospitalaria tenía horarios de visita estipulados a tal fin, los trabajadores dijeron que con frecuencia ese encuadre se flexibilizaba para permitir visitas a usuarios de SM con horarios ampliados.

Sí, tienen los mismos horarios de visita que tienen los pacientes. Igual ellos, como son de salud mental, por ahí le traen en distintos horarios o piden ellos ver a alguien, entonces se avisa y no hay problema (Enfermera 3).

Los horarios, que suele ser bastante flexible con nuestros pacientes, no es que tienen una hora al día, como que vienen en otros momentos y se les habilita (SM, Psicólogo/a 1).

En línea con lo anterior, los trabajadores dijeron que el uso de celular sólo se restringía en momentos muy particulares y con una fundamentación contextualizada en las características de la crisis de la persona internada.

En general, el uso de celulares se restringe exclusivamente en algunos casos que nosotros consideramos que no está bueno, que no es adecuado. Por ejemplo, una crisis maniaca y bueno. Pero en todos los demás no se ponen limitaciones, lo pueden usar (SM, Psicólogo/a 3).

Las salidas previas al alta, ya sea al domicilio o para realizar alguna actividad, son otro de los componentes de la estrategia singular. Respecto de estas, encontramos una gran

diversidad de situaciones mencionadas por trabajadores de diversos hospitales: desde no realizarlas nunca hasta realizarlas como algo casi rutinario en cada internación.

Trabajadores de una de las instituciones dijeron que no se implementaban salidas, y ello se fundamentó en la brevedad del tiempo de internación o bien en la falta de uso de estas actividades como parte de la estrategia. “¿Salidas? ¿A qué te referís? No, hemos hecho muy poco, digamos, esa estrategia. Por lo menos que yo me acuerde” (SM, Psiquiatra 1).

Sin embargo, la mayoría de las personas entrevistadas dijeron que sí se realizan salidas durante la internación en sus hospitales, y que las mismas eran consideradas beneficiosas porque evitarían el aislamiento de la persona internada.

Encontramos una diferencia en el uso de salidas como parte de la estrategia terapéutica durante internaciones voluntarias o involuntarias: en las primeras se darían con mayor frecuencia, con diversos tipos de acompañamiento y variados objetivos específicos, como describiremos enseguida. Por el contrario, en internaciones involuntarias, las salidas dependían de *permisos* y solían implementarse con algunas restricciones, casi siempre en momentos avanzados del tratamiento y como instancia de prueba cuando ya se estaba considerando el alta.

En una internación voluntaria la persona puede salir cuando quiera. Lo que se va conversando con el paciente es en la medida que eso sea para su bienestar [...] Se organiza con el paciente. Él participa de su estrategia, entonces va definiendo también junto con los referentes y la familia, bueno, en qué horarios, ¿no? Y en las involuntarias, ahí se llama permiso de salida [...] Sí, los permisos de salida por lo general se dan en el marco de ver cómo se maneja el paciente fuera del hospital (SM, Psicólogo/a 4).

Tanto en internaciones voluntarias como en las involuntarias, lo más frecuente fue que las salidas previas al alta se indicaran con acompañamiento de alguien del grupo familiar o amigo de la persona internada, y escasa o excepcionalmente había permiso para que la persona saliera sola.

Generalmente [salen] acompañados con algún familiar, no con alguien del hospital, generalmente es con alguien responsable de esa salida también. No suelen haber permisos solos. Uno lo evalúa ahí, también se le da las pautas, a veces tienen que llevar medicaciones (SM, Psicólogo/a 2).

Se hacen salidas programadas con la familia. O por ahí si tiene que hacer algún trámite lo acompaña el operador o lo acompaña la familia pero programado, se programa (SM, TS).

Casi con igual frecuencia, encontramos que las salidas eran realizadas con acompañamiento de operadores de SM. Sin embargo, resulta llamativo que no se mencionaron la realización de salidas con acompañamiento de enfermería ni de profesionales del equipo de SM (psicólogos/as, psiquiatras o TS).

Con menor frecuencia se mencionó la posibilidad de que la persona internada realizara alguna salida sola, sin acompañamiento de ningún tipo, durante la internación. Estos casos mayormente eran para participar de actividades en dispositivos intermedios, es decir, donde compartían la actividad con otros referentes de SM.

En general con un familiar, no tanto con un operador, salvo que sea para hacer un trámite o una compra [...] A veces salen solos, algunos que tienen permiso, para ir a alguna actividad en uno de los dispositivos (SM, Psicólogo/a 3).

Las salidas previas al alta se incorporaban a la estrategia en distintos momentos de la internación, de manera no estandarizada. Vimos que, en general, la temporalidad estaba signada por un primer momento de la crisis aguda, en donde los trabajadores dijeron que no solían realizarse salidas, y un segundo momento en donde la persona empezaba a mejorar, disminuían los síntomas agudos y/o se compensaba el cuadro. Algunas personas entrevistadas dijeron que ello no era un protocolo, pero identificaron cierta regularidad en esos momentos más lógicos que cronológicos.

Pueden empezar a salir primero cuando está estabilizado el cuadro. Pero no es un protocolo. Esto es como algo sabido, digamos, implícito: cuando está estabilizado el cuadro puede salir (SM, Psicólogo/a 4).

En plena crisis, en general, no hay, no damos permisos a esas personas que están en crisis porque están ahí con alto apoyo [...] Los permisos en general se implementan cuando los usuarios van mejorando (SM, Psicólogo/a 3).

[las salidas comienzan] cuando la persona está mejor y estamos como ya empezando el tránsito del alta (SM, Psiquiatra 2).

Frente a esas regularidades, algunas personas entrevistadas plantearon la existencia de casos en donde las salidas previas al alta fueron autorizadas desde el comienzo mismo de la internación. Vemos en ello, nuevamente, un reconocimiento a la singularidad en las necesidades terapéuticas, e incluso la posibilidad de que la persona participe de la toma de decisiones.

En reglas generales como una estrategia de egreso [...] Después hay pacientes que tienen permisos ya casi desde el inicio, porque tienen hijos chiquitos y acá en la sala no da que los vean y uno evalúa que favorece, que este ese contacto [...] Sí, capaz tienen permiso de salida extensos, tal vez con algún familiar, eso sí no es un problema. A veces van dos días y vuelven. Porque hay permisos más prolongados, con pernocte (SM, Psicólogo/a 2).

Otros trabajadores también dijeron que, para incorporar salidas a la estrategia terapéutica, se tenía en cuenta la demanda de la propia persona internada, lo que resulta interesante en cuanto a las formas de participación del usuario en este tipo de decisiones. Una evaluación singular permitiría, incluso, postergar las salidas como parte de la estrategia.

En todos los casos se puso en evidencia que la decisión se mantenía como parte de la responsabilidad profesional, pero considerando lo que necesitaba y/o requería la propia persona usuaria y su familia.

Sí, vos vas viendo cómo va evolucionando, si están más tranquilos, si se le pueden permitir las salidas, cómo está la relación con su familia y demás, si es apropiado que salga, si es apropiado que vaya a la casa o que mejor vaya a dar una vuelta al parque o a tomar algo en un bar. Pero bueno, como que se va regulando de a poco también y viendo cómo se va sintiendo el [paciente]. Porque hay personas que quieren y hay personas a las que le da miedo salir (SM, Psicólogo/a 3).

[...] cuando son internaciones que llevan un tiempo ya. Cuando es cortito el asunto, por ahí no, pero si no sí, porque la persona empieza a demandarlo y entendemos que es necesario también (SM, Psicólogo/a 1).

Las salidas previas al alta permiten evitar el aislamiento durante la internación. Durante las entrevistas se plantearon, además, diversos objetivos específicos de esas salidas. Entre ellos, se mencionó el realizar trámites o gestiones (de pensión, de vivienda u otro) que serían a la vez condiciones para el alta y también la realización de actividades deportivas o recreativas como paseos a plazas, ferias o eventos.

Si tienen cuestiones de trámites que hacer, la idea es que la internación no le detenga, no termine siendo un freno. Tal vez justamente eso es lo que habilita que se externe más rápido ¿no? Como poder ir avanzando en la medida de las posibilidades del paciente (SM, Psicólogo/a 2).

El equipo de SM evalúa las salidas, que forman parte de la estrategia terapéutica, están pautadas y se registran en HC. Habitualmente salen a distintos dispositivos sociolaborales y culturales, actividades deportivas, entre otras (Enfermera).

[salen de internación] para ir a la feria los domingos, a comprar, o a pasear a la plaza (Enfermera).

Además, las salidas previas al alta permiten poner de relieve que el proceso de externación es el eje central y meta de toda internación. En este sentido, las personas entrevistadas dijeron que los permisos eran aportes concretos para trabajar la externación o de transitar el proceso hacia el alta.

Los permisos de salida tienen un propósito final que es la externación [...] Y los permisos en general se implementan cuando los usuarios van mejorando y vemos que necesitamos revincular. (SM, Psicólogo/a 3).

Notamos así que el carácter transitorio de la internación en el HG se destaca a partir de la implementación de estas salidas.

Llega un momento de la internación, que ya se está trabajando un poco más la externación, donde pide permiso o “te vas hoy, venís a la tarde”. Depende del cuadro, depende del contexto, depende de un montón de cosas [...] hay algunos que se van de alta directamente (SM, Operador/a 4).

Cuando la persona está mejor y estamos ya empezando el tránsito del alta, empezamos con salidas. El operador se lleva a la persona a hacer algo que la persona tiene que hacer, a buscar cosas en su casa (SM, Psiquiatra 2).

Por lo mismo, los espacios que resultaron privilegiados como destino de las salidas fueron los dispositivos intermedios, con los cuales las personas entrevistadas dijeron que se iba realizando una articulación. Eso nos remite a una concepción del alta como un proceso que debe contemplar la continuidad de cuidados.

Algunas destacaron que no se buscaba el entretenimiento del usuario, sino justamente aportar a esa continuidad del tratamiento luego del alta. En este sentido, concurrir a estos dispositivos ya desde la internación sería algo favorecedor.

Y se realizan muchos talleres terapéuticos y lo que nosotros hemos logrado es que el usuario, mientras está internado, participe de todos los talleres [...] eso se fue trabajando y se fue limando y, a esta altura, ni siquiera enfermería te lo cuestiona (SM, Psicólogo/a 3).

No, no que haga una actividad o una salida para que esté entretenido. Esos lugares no son para estar entretenidos. Lo que nosotros hacemos es pensar en la externación (SM, Operador/a 1).

Cuando vos empezás a trabajar con el paciente en sala, de ahí podés lograr que pueda ir a - nombre del dispositivo - aunque sean unas horas (SM, Operador/a 3)

La posibilidad de salidas debe valorarse en relación al contraste que se genera con la vida cotidiana dentro de la sala de internación, signada por rutinas sanitarias y con una fuerte carga de aburrimiento para la persona internada, según dijeron las personas usuarias que fueron entrevistadas. Al respecto, notamos que la mayoría de los trabajadores tenía registro de ese aburrimiento y lo consideraban como una característica típica del espacio hospitalario.

No tienen nada para hacer [...] No tienen tele, no tienen nada que hacer. Entonces duermen todo el día (Enfermera 4).

Así que por ahí suele ser que te llamen “che, vení que está inquieto”. Y el paciente no está inquieto, está aburrido. (SM, Psicólogo/a 4).

El paciente queda congelado el tiempo que está internado. No tenés ni siquiera un café, como para decir, bueno, vamos a tal lugar (SM, Operador/a3).

Ello se contrapuso con la idea de otros trabajadores, que dijeron que la internación habría implicado un espacio con actividades, donde podían socializar con otras personas

internadas, tomar mate o usar computadora con internet. Incluso una persona destacó que se realizaban propuestas de actividades de acuerdo a los intereses y gustos de cada paciente internado. En este caso, sin embargo, se puso en evidencia que algunas de las actividades tendían a la infantilización de la persona usuaria o al mero entretenimiento.

Por lo general, siempre preguntamos qué es lo que le gusta hacer, como que está dentro de nuestras posibilidades, para que haga una actividad que quiera, desee y le sea gratificante. Proponemos actividades en la internación. Esto, no sé. Salir a caminar o hacer alguna manualidad. De pintura, de, no sé, pintar mándalas, hacer alguna pulsera, algunas flores de papel, cosas que sean fáciles de poder hacer en cualquier lugar (SM, Operador/a 2).

3.5.3. Prácticas de atención.

Reconocemos que el concepto de cuidado no es sinónimo de atención (Michalewicz, Pierri & Ardila-Gómez, 2014). Sin embargo, lo utilizaremos aquí como equivalentes a fin de describir la complejidad que el proceso de atención conllevan en internaciones por SM. Como hemos planteado anteriormente, las prácticas de atención en internación implican la participación de actores profesionales y no profesionales en el equipo interdisciplinario de salud en general y de SM en particular, como así también de la propia familia como cuidadora no institucional durante el tiempo de internación.

A continuación presentaremos algunas de sus características destacadas desde la valoración de personas trabajadoras de internación.

3.5.3.1. Atención en SM: profesionales y operadores.

Durante las entrevistas, algunos enfermeros y médicos destacaron que la atención por SM implicaba, principalmente, el uso de medicación.

Generalmente los tienen muy dormidos hasta que, bueno, pasan su proceso y después cuando empiezan a decir, digamos, cuando le empiezan a bajar la dosis, viste, a veces se excitan (Médico/a 1).

Los primeros días están como para tranquilizarlos, para bajarlos un poco [...] Al principio es más con una sedación y después ya empiezan a tener interacción con la sociedad (Enfermera 1).

Los trabajadores de SM, por el contrario, pusieron de relieve que la internación implicaba un abordaje interdisciplinario. La medicación tendría un aporte, pero no sería el único ni el más importante.

Cuando el paciente tiene criterio de internación, vos pensás qué ofrecerle al paciente, porque vos lo internás pero, ¿para qué? Para lograr una compensación, para que vuelva a conectarse con la realidad. Y ese conectarse con la realidad no es sólo que tomen la medicación y puedan llegar, digamos, a compensarse. Pasa por otros lugares también, pasa por el vínculo, pasa por poder hablar (SM, Operador/a 3).

Dijeron, además, que la internación implicaría contar con espacios de contención y acompañamiento, donde las personas usuarias pudieran encontrar nuevos sentidos y organizar de otro modo su vida cotidiana. En línea con eso, en algunas entrevistas nombraron la finalidad de la internación como *corte o reseteo*, incluso como una *parada transitoria* para, enseguida, retomar la vida en comunidad.

Es como una forma de acotar algún síntoma o eso que les pasa, de acompañarlo o de reformular la medicación, o reformular los espacios a los que va, y como oportunidades de vuelta, como resetear al paciente y vuelven a la calle, a la vida, dentro de todo, ¿no? (SM, Psicólogo/a 5).

Para mí la internación tiene que ver como, bueno, o esto de compensar el cuadro que viene haciendo crisis, digamos, o un corte de algo que ya no viene funcionando. Son como parates, para mí, son como parates para empezar de nuevo o continuar desde otro lugar (SM, Psicólogo/a 1).

En coherencia con esas ideas, algunas personas entrevistadas describieron como parte de la atención profesional la realización de actividades de promoción, incluyendo la articulación intersectorial para un abordaje comunitario. “Y eso a veces te lleva a hablar con familiares, a hablar con otras instituciones. Y eso también, sí, no la hacés en la sala, pero te lleva tiempo como parte del trabajo de internación” (SM, Psicólogo/a 1).

El operador representa una figura emblemática de la desmanicomialización rionegrina, pero no por ello exenta de controversias. Particularmente en el ámbito de internación, se ha discutido si efectivamente su presencia sería deseable.

Durante las entrevistas y observaciones, encontramos una diversidad de situaciones en los hospitales que formaron parte de la muestra cualitativa. Primero, cabe recordar que, como se describió en el capítulo de metodología, no todos los equipos de SM contaban

entre sus integrantes con este tipo de trabajadores. En segundo lugar, cuando sí se contaba con ellos, vimos que la asignación o no al espacio de internación era heterogénea y no respondía únicamente a un criterio de cantidad o disponibilidad.

En algunos hospitales lo habitual era que los operadores hicieran acompañamiento en sala con bastante frecuencia, bien cuando no había acompañamiento familiar o bien como relevo del acompañamiento familiar existente. A su vez, en estos casos, el acompañamiento de operadores podía ser permanente (24 horas) o no, con asignación a alguna tarea o actividad concreta dentro o fuera de la sala.

Es muy raro que entre [a internación] un paciente sin acompañamiento de la familia o de operador (Médico/a 2).

Cuando tiene que haber un operador, están ellos. Y bueno, en otro caso donde el psicólogo evalúa que puede ser la familia, está la familia (TS).

Durante la internación es evaluada la posibilidad de sostener acompañamiento familiar para el usuario y, en caso de no contar familiares o no ser conveniente su presencia se asigna el acompañamiento de Operadores en salud mental (Enfermera 2).

Hay veces que también que el paciente no tiene familiar a cargo, entonces se tiene que incorporar algún operador de salud mental para acompañar en la estrategia (SM, Psiquiatra 3).

Por el contrario, en otros hospitales lo habitual era que los operadores no hicieran acompañamiento en sala, y que se sumaran sólo ocasionalmente. Incluso observamos que había personas usuarias con acompañamiento domiciliario de un operador, que no continuaban recibiendo ese acompañamiento durante una internación.

[El acompañamiento de operadores] No está organizado, se organiza sobre la marcha. No siempre, porque los pacientes son todos del servicio. Vos les hacés seguimiento y sos referente, pero el paciente es del servicio. Es de todos [...] Aunque vos estés al tanto de la situación, aunque vos conozcas a la familia, aunque vos viste... el paciente es del servicio (SM, Operador/a 3).

Así, ante la ausencia de acompañamiento programado de operadores en la sala, encontramos que había algunas situaciones en las que, excepcionalmente, se podía dar su incorporación al equipo tratante. Por un lado, esto se daba ante la condición de *involuntariedad* de la internación. En estos casos, vimos que el rol del operador se articulaba a tareas de vigilancia y cuidado para que la internación fuera posible, sin ponerse en evidencia aportes más específicos del rol a esa estrategia terapéutica.

Se trabaja con salud mental y se pide un operador. Si bien la enfermería cumple mucho el rol de acompañar a este tipo de pacientes, por suerte tenemos un equipo que es muy consciente en eso [...] Cuando son pacientes que vienen con agresividad o que son peligrosos, vienen con

custodia o con acompañamiento del operador de salud mental (Enfermera 1).

Por otro lado, en algunas internaciones voluntarias podía darse su incorporación excepcional o puntual, cuando se planificaba una salida previa al alta, ya sea al domicilio o bien para realizar alguna actividad. Otras personas entrevistadas dijeron que sólo sumaban operadores para realizar actividades dentro de la sala de internación.

Un poco se estila acá que el usuario no sea acompañado en sala [...] más que nada eran por ahí, estos usuarios que estaban como... con un poquito más de tiempo de internación y para que puedan empezar a salir, a estar con alguien y poder hacer algo distinto (SM, Psicólogo/a 1).

Desde el punto de vista de los trabajadores, el acompañamiento de operadores siempre sería algo beneficioso, tanto para el paciente como para su familia y, además, para el propio equipo de salud. Durante las entrevistas no se mencionaron aspectos negativos de su presencia en sala, aunque sí dijeron que existía cierta tensión con el personal de enfermería. En estos casos, los operadores percibían que enfermería delegaba en ellos tareas que eran de su competencia, o bien les reclamaban presencia incluso cuando la persona usuaria no la precisaba según la evaluación del equipo tratante.

El enfermero de sala no tiene la misma experiencia que ellos que ya conocen los pacientes, saben más o menos... Enfermería pide que haya operadores, en especial los primeros 2 o 3 días (Enfermera 2).

Por ahí siempre es como, por más que la persona ya no esté en crisis, que pueda hacer como algunas cosas sola, es como que la enfermería siempre pide que haya alguien acompañando (SM, Operador/a 2).

Al respecto, identificamos que esas tensiones o dificultades con enfermería fueron más frecuentes en instituciones donde la presencia del operador en sala era eventual, mientras que en aquellos hospitales donde la presencia del operador estaba programada y era lo habitual se facilitaban relaciones de mutua colaboración:

La medicación la administra la enfermería. Y el operador colabora ahí, sí. Obviamente, por ahí un paciente que no quiere tomar la medicación colabora el operador. O no sé, si quiere ir el paciente afuera a fumar, o a hacer una compra... es el operador (quien lo acompaña) no es que va al enfermero. Como que, en eso está bien distribuido (SM, Psicólogo/a 2).

Cuando la presencia del operador era eventual, es decir, si sólo acompañaba en algunas internaciones o por poco tiempo, se mencionaron conflictos ligados a múltiples demandas de enfermería.

¿Cuál es el rol del operador? Hubo que volver a explicarlo. ¿Por qué los operadores no siempre vienen a hacer acompañamiento? ¿Por qué los operadores no están solo para hacer acompañamiento? Bueno, todo eso

hubo que explicarlo (SM, Operador/a 1).

Los operadores generalmente, es muy poco lo que intervienen en la guardia o en el acompañamiento. Son cuestiones muy puntuales en los cuales hacen acompañamiento [...] algunos enfermeros enseguida te dicen "traigan al operador" y pretenden que el operador cubra, que esté siempre y que supla las funciones de enfermería (SM, TS).

Acerca del acompañamiento de operadores en sala, ya sea permanente o eventual, los trabajadores entrevistados coincidieron en que representaba un aporte en términos de cuidado y resolución de las necesidades de la persona usuaria. Además, dijeron que facilitaba su recuperación e inclusión social, al permitir la realización de actividades que consideraron terapéuticas, como por ejemplo las salidas.

Porque nuestros pacientes, a diferencia del paciente de cirugía, de clínica médica, son pacientes que en general están activos y que necesitan, por ahí, salir, ir a cobrar su pensión, ir a hacer una compra, irse a poner una vacuna, no sé. Entonces, para todo eso nos ayuda un montón que haya operadores que los puedan acompañar en esas funciones (SM, Psicólogo/a 3).

El operador está incluido en la estrategia y trabaja como haciendo el tránsito, este nexo, como de a poquito ir volviendo a la comunidad (SM, Psiquiatra 2).

¿Para qué estoy ahí? [...] El "para qué" es ese, porque estás cuidando la salud. Entonces: no es divertido, no es copado, no es lo que elijo, pero sí sé que es necesario [...] Y cuando hay internaciones muy prolongadas y por ahí el deterioro fue muy grande, el proceso de la externación, es mucho mejor cuando vos empezás a trabajar con el paciente en sala (SM, Operador/a 3).

En este sentido, algunas personas entrevistadas destacaron la necesidad de contar con más cantidad de operadores a fin de garantizar su aporte durante las internaciones realizadas, en especial por reconocer que se trataba de una tarea exigente y que genera un desgaste particular cuando se sostenía en los momentos de crisis aguda.

Para mí es como una figura re necesaria. De hecho, debería haber más operadores, hay pocos [...] O sea, los operadores generan un vínculo al estar más tiempo, que creo que el profesional muchas veces no lo genera (TS).

Lo que decidimos los operadores es hacer acompañamiento de dos horas, porque es muy desgastante el acompañamiento, cuando una persona está en crisis (SM, Operador/a 2).

3.5.3.2. Acompañamiento familiar: derecho del usuario y ventaja institucional.

Desde el punto de vista de trabajadores, identificamos tres situaciones respecto a la familia de la persona internada durante la internación: (a) ausencia de familiares, (b) acompañamiento parcial o flexible y (c) acompañamiento familiar permanente (AFP).

La ausencia de familiares fue mencionada como una situación con relativa frecuencia durante las internaciones por SM. Esto se explicó en relación a que no todos los pacientes tenían familia: algunas personas no pertenecían a la comunidad, eran viajeros que estaban *de paso* o inmigrantes recientes sin vínculos familiares o sociales, es decir, sin una red socio-afectiva a la que se pudiera convocar. En otros casos ocurría que, aún existiendo familia, los vínculos se habían deteriorado tanto que no se podía contar con ellos.

Y bueno, y ahí ya la mayoría de los pacientes de salud mental vienen acompañados. Salvo que, bueno, que sea alguien que está de paso (Enfermera 3).

A veces hay gente que está acá y que es sola. O sea que no tiene red, o tiene una red que no la puede acompañar. Por cuestiones laborales, por cuestiones equis (SM, TS 1).

Mirá las familias a veces son... como que depositan al paciente y no como que [dicen] “no puedo más, hagan ustedes, nosotros no podemos más, no podemos más”. Y después, como que ven que el paciente va bajando y aparecen y podés contar con ellos (SM, Psicólogo/a 5).

Hemos tenido casos en los que tuvimos que ver personal de salud para poder acompañar porque no se presenta la familia, o la familia te dice “no, me hace mal verlo así” y no quiere acompañar. Por lo general, tratamos de que sí, de que sea la familia. Pero bueno, no en todos los casos es (SM, Operador/a 2).

Hay muchas familias que en cuestión de salud mental también están agotadas porque no tienen recursos, no saben qué hacer ni cómo hacer. Ya lo que a ellos más a menos les pareció ya lo hicieron mil veces y no mejora (SM, Operador/a 4).

Como podemos observar en los fragmentos de entrevistas, la ausencia de familiares en internación fue entendida como parte de la problemática de SM y nombrada como *desgaste* o *agotamiento familiar*. En algunos casos ello fue considerado como algo transitorio: en estos casos la internación podría ser un recurso desde el cual se habilita otro tipo de experiencias entre la familia y la persona usuaria. Cuando “ven que el paciente va bajando” o disminuyen los síntomas asociados a la crisis, podía pasar que la familia retomara el contacto con la persona usuaria. Durante las entrevistas, sin embargo, los trabajadores no mencionaron que para ello se requiriera de un trabajo específico en el abordaje terapéutico, sino que sería producto de la mejoría de la persona usuaria.

En segundo lugar, identificamos situaciones de acompañamiento familiar parcial o eventual. En estos casos, las visitas se prolongaban por fuera del horario establecido a tal fin, y ello generaba espacios de acompañamiento acorde a las posibilidades de cada familia y del momento del paciente. En el siguiente fragmento de entrevista se pone en evidencia cierta temporalidad: primero el acompañamiento fue indicado como obligatorio, pero luego la experiencia de que eso *no funcionaba* hizo que el equipo se diera cuenta de que habilitar la

colaboración de “lo que puedan” les resultaba mejor. En estos casos, vemos que las necesidades particulares de cada paciente eran tenidas en cuenta como parte de un abordaje terapéutico singular. Esto se calificó como *flexibilidad* en el tratamiento, contrapuesto a la rigidez de las reglas institucionales hospitalarias.

Pero si pueden, bien. Si no pueden, no pueden. Nos dimos cuenta que por obligación no funciona [...] Hay muchos que no tienen familia y otros que sí, que vienen, colaboran desde donde pueden (SM, Operador/a 4).

En algunos que sí se pide que la familia esté y está. En otros, con el psicólogo se evalúa que no es aconsejable que esté, y bueno, no están. Es muy flexible, no hay una regla (TS).

No, el acompañamiento no es obligatorio, es en función de cada caso. Hay pacientes a los que les restringimos las visitas familiares, porque justamente la conflictiva familiar lo que ha hecho una conducta riesgosa reactiva a la conflictiva familiar, a la relación conflictiva con la madre. Entonces se busca que venga la prima, la hermana, o sea, otro referente. Referentes familiares siempre se intenta que haya (SM, Psicólogo/a 4).

En el mismo sentido, dijeron que algunos acompañamientos se realizaban con una modalidad *híbrida* combinando la presencia de la familia con la presencia de operadores de SM cuando ello era posible y necesario. La inclusión de operadores, en este sentido, puede ser comprendida como una manera de apoyar a las familias en la tarea de cuidado que le es asignada.

O hacer algo tipo híbrido, un poco la familia y un poco los operadores. Tal vez en algún momento durante la noche para que la familia pueda ir a dormir, descansar un poco o darse un baño está el operador y en el transcurso de los horarios de comida está la familia. (SM, Psiquiatra 3)

Acá fomentamos el acompañamiento familiar en primera instancia pero, por ejemplo, si un paciente tiene que estar acompañado sí o sí 24 horas y la familia no puede en algún momento, y el equipo tratante considera que hay que hacer un acompañamiento de operadores, [...] ahí se organiza un acompañamiento en los horarios que la familia no pueda (SM, Operador/a 1)

En tercer lugar, observamos que en varias instituciones se indicaba el acompañamiento familiar permanente (AFP), aunque su cumplimiento podía ser más o menos estricto. En este tipo de indicación notamos que se pierde la singularidad de la situación, para priorizar el protocolo institucional que indicaba que la persona internada estuviera siempre acompañada. En estos casos, los trabajadores de SM dijeron que ello era parte de una normativa institucional del hospital general y no una indicación terapéutica o propia del equipo SM.

Lo que hay es una norma hospitalaria, de que toda persona que ingresa a la internación tiene que estar acompañada las 24 horas, esa es norma institucional. Sí, es lo que se le pide a la familia, sobre todo en aquellas

situaciones más complejas (SM, TS 1).

Y generalmente necesitamos siempre que haya un familiar. Únicamente que, obviamente, si es una situación de mucho riesgo y no hay nadie, se interna igual [...] En general, como regla hospitalaria, para todos los pacientes (SM, Psiquiatra 1).

En general está como instalado que el paciente de salud mental, el usuario que está internado, tiene que tener acompañamiento familiar [...] siempre solicitamos que esté acompañado, que haya alguien (SM, Psicólogo/a 1).

Sin embargo, vimos que esa normativa institucional que exigía acompañamiento no sería igualitaria sino diferencial, más estricta hacia personas internadas por razones de SM. Al respecto, varios entrevistados justificaron la indicación de AFP en los riesgos y conductas que serían propias de las crisis por SM, y no serían habituales en internaciones por otras causas.

Estos pacientes siempre ingresan en compañía de familiar. Sí, es regla. Si no no ingresa, no se queda en lo posible, porque imaginate que es imposible tener un enfermero especial para el paciente ese. [...] Si se auto lesiona, si se corta, si se va, si se fuga. Muchos pacientes se fugan cuando vos estás haciendo otro procedimiento [...] Los otros pacientes sí, se pueden quedar solos. Pero estos pacientes no (Enfermera 4).

Otras argumentos pusieron en evidencia el temor a la locura y la persistencia de prejuicios sobre su carácter *imprevisible y una dificultad inherente al tipo de enfermedad*.

Generalmente siempre hay un acompañante [...] ahí la que más presión mete es la enfermería. Porque el paciente de salud mental... nadie confía en el paciente de salud mental, viste. Si está tranquilo estamos todos ahí a ver en qué momento explota [...] (Médico/a 1)

La indicación de AFP, aunque suponga buscar una ventaja para la persona internada (el derecho a estar acompañada) pone de relieve una *ventaja* institucional, al sumar a personas del entorno socio-familiar como cuidadores informales.

Si la persona ya está estable, está más tranquila y demás, bueno, el familiar puede ir y venir, rotarse con otro familiar y acompañar al menos en las horas de desayuno, almuerzo y cena (SM, Psiquiatra 3)

Y es un laburito de hormiga, entonces para eso necesita que esté la familia, que la familia apoye y que lo cuide también. (SM Psicólogo/a 4)

Hasta aquí, como hemos visto, la familia aparece mencionada en su rol como posible apoyo de la persona con sufrimiento mental. En este sentido los trabajadores reconocieron su ausencia como problemática para la recuperación del paciente. Además, mencionaron el desgaste que el cuidado de un familiar con sufrimiento mental implica, tanto en lo ambulatorio como en internación.

Es muy desgastante tener a una persona internada, no tenés ni donde sentarte, o sea, para la persona que acompaña, es difícil, con el tiempo, ¿no? [...] probablemente hicimos una reunión familiar. O sea, si hay con quién, hicimos una reunión familiar y están todos sabiéndolo. Y convocamos a todos. Como que hay una co - responsabilidad, si es óptimo. [...] A la familia [se les pide] muchas veces el tema de traerles elementos de higiene, su celular, su cargador, la ropa, los días de visita, los horarios (SM, Psiquiatra 2).

Sin embargo, no se evidencia desde los dichos de los trabajadores que la familia sea considerada como parte del objeto de abordaje. Es decir, como beneficiaria de la atención en SM.

3.5.3.3. Enfermería: deseo y reconocimiento ¿van de la mano?

Porque el paciente de salud mental es de salud mental. Es del operador, es de la psicóloga que lo ha internado y de la Psiquiatra que lo medica [...]

Yo entiendo que a vos no te guste el paciente en salud mental, pero estamos todos trabajando y bueno, es lo que toca (SM, Operador/a 3)

No contar con sala especializada en SM implica, entre otras cuestiones, que los trabajadores de enfermería que realizan tareas en internación tienen una formación general y que habitualmente atienden, en simultáneo, a personas internadas por otras causas.

En las entrevistas, los trabajadores pusieron de relieve la dificultad que implicaba la escasa cantidad de trabajadores (ya mencionado en puntos anteriores), como así también el hecho de que realizaban, en simultáneo, cuidados de diversa naturaleza. En este sentido, algunos trabajadores explicaron el exceso de trabajo que les representaba atender a usuarios internados por SM, porque se sumaban a la par de otras tareas habituales de enfermería. Dijeron que era un trabajo difícil y agotador.

Es difícil trabajar con estos pacientes. Es muy... no solamente difícil, es agotador para los enfermeros también. Porque vos estás atendiendo a un paciente que está con una neumonía, con COVID y a la par estás con un paciente de salud mental. El enfermero de piso termina mucho más estresado también. Porque vos salís de atender a un paciente con COVID y en dos segundos te fuiste a atender paciente que te está escupiendo, que te está agrediendo, que está atado y aún así te escupe o te tira a morder, que no te podés acercar. Es muy difícil (Enfermera 4).

Por su parte, los trabajadores de SM dijeron que la predisposición y capacidad de enfermería para asistir a personas internadas por causas de sufrimiento mental no podía generalizarse. Reconocieron que muchos enfermeros y enfermeras tenían una buena actitud y predisposición, que nombraron como de *colaboración*, mientras que otros mostraban rechazo hacia este tipo de pacientes.

Claro y ahí contamos nosotros si recibió bien la medicación, si la escupió.

Cómo está en general, si está higienizada, si no está higienizada. Todo lo contamos al equipo de salud mental y entonces ellos van evaluando si seguimos con tal medicación o no. También nos piden la opinión "chicos, ¿cómo la ven? ¿La vieron muy dormida? ¿Si toma esto cuánto? ¿A qué hora?" Como que está en conjunto la internación. Y se escucha mucho a la enfermería. (Enfermera 1).

Enfermería colabora mucho. Lo que pasa es que también enfermería... No todas, pero hay algunas que no les interesa trabajar con usuarios de salud mental. El usuario de salud mental es muy molesto (SM, Operador/a 4).

En general a la enfermería le molestan los pacientes de salud mental. A algunos, depende del enfermero, por supuesto. Hay enfermeros a los que los pacientes les importan más y hay otros a los que les molestan, porque nuestros pacientes no están sentados, deambulan y molesta el paciente que deambula (SM, Psicólogo/a 4).

Como se observa en los fragmentos de entrevistas, trabajadores del servicio de SM perciben que, en algunos casos, la actitud de enfermería sería de colaboración y otras veces de *rechazo*. Esta última se explicó en relación a la *falta de interés* en SM y a *las molestias* que causarían los usuarios. En el mismo sentido, algunos entrevistados dijeron que parte del personal de enfermería elegiría no trabajar en este campo y que sólo lo hacían porque no tendrían opción.

Se nota que hay enfermeros que optarían por trabajar en otra sala, con otro paciente. El usuario de salud mental le incomoda, le molesta y hay otros enfermeros que sí, que comprenden la problemática, entonces su abordaje como enfermero es diferente (SM, Psicólogo/a 3).

El rechazo de enfermería también fue considerado en relación a la persistencia de prejuicios sobre la enfermedad mental y temor a la locura. Diversos trabajadores dijeron que enfermería convocaba frecuentemente a médicos/as de guardia externa y/o a trabajadores de SM al sentirse excedidos por las tareas de cuidado a personas internadas por SM, pero que ello sería muchas veces producto de su propio temor o ansiedad.

Enfermería se desborda un montón y te llama todo el tiempo. [...] Ahí hay como un manejo difícil, pero más que nada como que todo el personal se altera un poco. Veo la ansiedad en todo el personal (Médico/a 4).

Ven que miró para allá y ya te llaman "No el paciente está mirando raro" [...] Es según quien te toque, porque realmente hay enfermeros que les tienen miedo, que no saben cómo tratar a los pacientes de salud mental y te llama cada dos segundos y por ahí no le pasa nada al paciente (SM, Psicólogo/a 5).

En otras entrevistas, el temor y resistencias por parte de algunos enfermeros y enfermeras se puso en relación a la falta de experiencia en el campo. En este sentido, dijeron que en los últimos años se produjo un recambio demasiado veloz del personal de enfermería (consecuente a la pandemia por COVID-19), y que ello implicó un "volver a

empezar” en trabajo de capacitación y de articulación entre enfermería y SM. Así, la necesidad de formación de los enfermeros en servicio por parte de otros profesionales más habituados al trabajo en SM sería clave para evitar el temor hacia la locura.

Durante toda nuestra vida hospitalaria, los recambios fueron graduales. Entonces vos, que tenías 20 años trabajando en la sala, cuando recibías a un pibe nuevo para trabajar en la sala, vos le enseñabas a él [acerca de] qué era un paciente de salud mental, gradualmente. Al haber ese cambio abrupto, nos encontramos con que los enfermeros nuevos les tenían miedo a nuestros pacientes. [...] Era un camino andado que hubo que volver a transitarlo de nuevo (SM, Operador/a 1).

Hubo recambio también de profesionales, de enfermeros. Y los enfermeros de antes tenían otro manejo, otra experiencia y ya conocían la situación. Los más nuevos, que es entendible también, tal vez falta cierto recorrido como para estar tranquilos y poder decir, bueno, es un paciente igual que cualquier otro, con sus cuestiones de salud mental (SM, Psiquiatra 3).

En coincidencia, una de las enfermeras relataba su propia trayectoria trabajando en SM: desde un primer momento marcado por el temor a la incertidumbre, que manejaba desde un trato distante y con cierta firmeza, hasta llegar a un momento donde la costumbre y experiencia le permitió incorporar otras formas de interacción más amorosas y generar confianza.

Como que te da miedo al principio ¿viste? porque vos decís “¿con qué me voy a encontrar?” Después, yo dije “no, más que yo no van a poder, ellos son los pacientes y yo soy la enfermera” entonces, como que los tenía medio [gesto de firmeza con la mano derecha]. Y después ya te vas acostumbrando, ya te das cuenta de que como vos los lleves es como ellos se van a comportar. Entonces uno siempre va, les habla bien, les dice algo, los carga²⁵ y ahí es donde ellos empiezan a hablar, entran en confianza (Enfermera 3).

Además de considerarse la experiencia práctica en el campo, en otras entrevistas se puso de relieve la necesidad de una formación específica en SM. Algunas entrevistadas dijeron que enfermería no tenía la capacitación en SM que sería necesaria. Desde esta mirada, la práctica en el campo de SM no sería suficiente, sino que se puso de relieve la necesidad de una formación específica.

Muchos no saben, no tienen formación [...] no están formados para acompañar pacientes con problemas de salud mental. Si con alguna discapacidad o algo, pero no esto. Entonces les cuesta (SM, Psicólogo/a 5).

Las dificultades siempre tienen que ver con las personas. Volver a capacitar a enfermería (SM, Operador/a 1).

Yo creo que se resuelve más con la formación en enfermería. Creo que tenemos que formar nosotros también a enfermeros (SM, Psicólogo/a 4).

²⁵ “Los carga” en referencia a bromear con la otra persona, usar el humor en la comunicación.

Por último, destacamos que en la provincia de Río Negro el personal de enfermería no accede al beneficio de la *licencia especial por alto riesgo*, al que sí acceden todos los miembros de los equipos de SM (profesionales y operadores)²⁶. Durante las entrevistas a enfermeros y enfermeras, esta situación fue mencionada como *falta de reconocimiento* a su trabajo en esta temática.

Como que tienen una licencia o algunos días especiales por tratar con pacientes [usuarios de SM] y nosotros, que los tenemos todos los días acá y que, bueno, no sé [tono incómodo] choca esa partecita, como que nosotros estamos frente al paciente también y no se nos reconoce (Enfermera 1).

Esta problemática sólo fue reconocida por trabajadores de enfermería, es decir, que no fue mencionada por trabajadores de otros servicios. En estos casos, cuando mencionaron las dificultades de enfermería para trabajar con personas internadas por SM las explicaron como *desinterés* o como *falta de formación*, sin identificar características institucionales que pudieran condicionarlas.

3.5.3.4. Integralidad sin equipo: etiquetación e interconsultas.

¿Es posible un abordaje integral, sin equipo? Tradicionalmente, en SM el saber psiquiátrico opera a partir de una clasificación diagnóstica, es decir, centrado en la patología. Ello implica el proceso descrito como etiquetación, que reduce la complejidad de la persona focalizando sólo en el diagnóstico. Se separa, además, la salud (general) de la SM. Por el contrario, en el modelo rionegrino se plantea que es necesario abordar la singularidad de la persona considerando sus múltiples dimensiones. El correlato de esa singularidad es el abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial.

Durante las entrevistas, encontramos diversas concepciones entre trabajadores de internación. Mayormente, vemos que persiste la consideración de la SM como problemática diferencial y de menor jerarquía que la salud biológica o somática. Ello se expresó, entre otras cuestiones, como desinterés del equipo de salud hacia las personas internadas por razones de SM, asociado a falta de formación y de compromiso en el tema.

No les interesa la patología de SM. Por ahí mencionan "pobre, que vida de mierda" pero nada más. A muchos [médicos] ni les interesa [...] Y aparte nosotros, clínica médica, tampoco es que manejamos ¡ow! la medicación. Entonces necesitamos que un psiquiatra más o menos nos diga (Médico/a 1).

²⁶ La falta de acceso a la licencia especial por Alto Riesgo fue valorada como obstáculo al trabajo de enfermería en SM en Río Negro desde la visión de enfermería de diversos ámbitos (internación, guardia y centros de salud). La percepción de haber sido *excluidos* del beneficio de esa licencia diferencial que contempla 7 días anuales, fue identificada como un obstáculo al trabajo interdisciplinario en SM (Baffo et al, 2019).

No estamos familiarizados con estas patologías y estas urgencias y no nos gustan, no nos formamos para esto. Y no, no manejamos la medicación, como lo hacemos fluidamente ante un shock séptico, entonces no, es algo, una patología que no nos gusta, para la que no nos hemos formado, pero con la que convivimos. (Médico/a 2)

Puede inferirse que algunos entrevistados consideraron que no poseían las herramientas teórico - prácticas para intervenir con personas en crisis durante la internación por SM. Sin embargo, mencionaron que con ella se *convive*, lo que nos remite a la política pública que así lo define. En ese sentido, la falta de interés no debe confundirse con rechazo o desatención a la persona internada por SM²⁷. Ello implica que, aunque muchos médicos y médicas no se involucran con las temáticas de SM, igual realizan la asistencia médica cuando le es requerida una interconsulta, garantizando el derecho de la persona internada a un abordaje integral.

Eso hace que sea un paciente que se maneja por el servicio como uno más, bah, bien. Inclusive hasta nosotros lo naturalizamos y prácticamente no le prestamos mucha atención, salvo que se descompense con algo. [...] Generalmente en el contexto de algún intento de autolesión, de suicidio y demás. Ese paciente lo abordamos de clínica para ver si la conducta que había tomado, es decir, si la situación generaba algún riesgo orgánico, descartando, qué sé yo, alguna afección del sistema nervioso central, alguna intoxicación y demás (Médico/a 3).

Hay situaciones en donde pacientes [internados por SM] se transformaron en la urgencia de la sala, en la urgencia de la guardia de ese día. ¡Que nos queríamos morir! Porque por ahí había un paciente que llevaba un mes acá y no es que no estuvo supervisado [...] pero pasan cosas, pasan cosas. Por ejemplo a un paciente que estaba internado por SM lo tuvimos que entubar (Médico/a 2).

La paciente etilista que vimos ayer ingresó por clínica médica. Y clínica médica aborda todo lo que es, lo que les compete a ellos. Una vez que eso está tratado, se hace la interconsulta con salud mental [...] En el caso de él [otro paciente internado con etilismo] el que más pidió la ayuda fue salud mental. Y por ende, se hizo la red esta. Así que con ellos trabajan los tres servicios (Enfermera 1).

La asistencia integral se daría, entonces, forzada por el marco político e institucional, sin llegar a modificar la concepción respecto de que SM es un problema aparte y de menor jerarquía que otros problemas de salud. Como mencionó una trabajadora de SM, otros

²⁷ Problemática que debería estudiarse respecto de la atención en guardia, ya que en ese ámbito se daría, según algunas personas entrevistadas, más experiencias de rechazo a la persona con sufrimiento mental. Según una de las personas trabajadoras de SM, en contexto de la guardia externa: “Lo que a veces sucede es que, bueno, ‘es de SM, entonces llaman directamente y tal vez necesitan una evaluación, por ejemplo, de un clínico.[...] Sobre todo, las adicciones son como las que más se repite esa modalidad y sí, al ser de SM directamente, capaz que viene con un dolor de panza y directamente nos llaman a nosotras. Eso suele suceder. Lo entrevistamos y tenemos que decir “bueno, no, pero este paciente viene porque le duele la panza” (SM, Psicólogo/a 2)

servicios lo ven como un trabajo que se les adiciona al tradicional que ellos consideran les corresponde:

Y me costó un montón que el médico fuera a ver al paciente de salud mental, cuesta, cuesta que te den una mano [...] es un paciente de salud mental y es como que es tuyo, hacete cargo vos. No sé si es una resistencia sólo por eso, sino es como que algo más que se les agrega a ellos de laburo y no quieren. (SM, Psicólogo/a 5).

En realidad creo que es esto, cuando el paciente queda “rotulado” como de salud mental. Entonces, cuando necesitamos que lo vean otros médicos, está bien, por ahí lo hacen, pero no llegan a considerar... Muchas veces como que lo subestiman (SM, Psicólogo/a 1).

Así, se evidencia que en internación predomina una organización multidisciplinaria cuyo mecanismo privilegiado es la solicitud de interconsultas, por lo que planteamos la existencia de un abordaje integral, pero sin equipo. Como mencionó una de las enfermeras “cada uno está en lo suyo” (Enfermera 4). Así lo explicaba un operador:

Cada uno va y hace lo suyo. Hay un paciente que entró por una cuestión clínica, porque entró por un accidente, pero es usuario de salud mental y está al cuidado de salud mental, se lo atienden por la vía clínica y por la vía salud mental. Cuando se resuelve de clínica, clínica le da el alta y por ahí queda todavía internado por salud mental. O al revés (Operador 4).

Se pueden inferir dos grupos de razones o motivos que llevaban a los trabajadores de SM a interconsultar o a trabajar con otros servicios. Por un lado, por razones del proceso salud-enfermedad, al considerar que la internación de personas por SM es también una oportunidad en salud general.

Se pide una interconsulta si es necesario con clínica médica, con cirugía, o hasta puede ser que al otro día pidamos una interconsulta con odontología o con oftalmología. Todas esas especialidades están acá. En general ellos van a la sala, excepto odonto por la aparatología necesaria (SM, Psicólogo/a 3).

Por otro lado, cuando faltaba personal médico en el equipo de SM, se solicitaba la firma de recetas o indicaciones. “Después de la tarde, solemos tener intervenciones, muchas veces nos piden favor de transcribir medicación o de recetar” (Médico/a 2) Pareciera que SM se adaptó al proceso tradicional de comunicación con especialistas vía el pedido de interconsultas. Así, no sólo se solicitan desde SM hacia otros servicios sino que también a la inversa. Ello nos permite observar otras ventajas de la presencia de SM en el HG para personas internadas por otras causas que tendrían, de este modo, un abordaje de mayor complejidad.

La multidisciplinaria, si bien es un paso superador del abordaje monodisciplinar, implica una fragmentación en el abordaje y poca comunicación entre profesionales. Por eso se

corresponde con la ausencia de un pase de sala compartido, como ocurre en la mayoría de las instituciones que formaron parte de la muestra. Por otro lado, notamos que la lógica de pedido de interconsultas se comienza a cuestionar en aquellos hospitales en donde se implementan espacios interdisciplinarios a partir de un *pase de sala* conjunto entre clínica médica, otras especialidades y SM.

[pase conjunto] lo que sí te puedo decir es que este último año se está haciendo y que es muy positivo. Yo creo que es positivo que ellos escuchen a la sala, desde ahí surgen interacciones, desde ahí hay veces directamente de ellos sale hacer un seguimiento (Médico/a 2).

3.5.3.5. Herramientas de comunicación: del pase de sala y las historias clínicas al uso del WhatsApp.

Las personas entrevistadas coincidieron en que la actividad de *pase de sala* o pase de guardia (en adelante, *el pase*) como encuentro comunicativo referido al tratamiento y evolución de las personas internadas, se realizaba en todos los servicios. Sin embargo, dicho *pase* adoptó distintas modalidades, frecuencia, duración y alcance en las diversas instituciones.

Las personas entrevistadas dijeron que *el pase* lo realizaba cada servicio de manera diferenciada, es decir, por un lado clínica médica y por otro lado SM. Incluso enfermería tendría su propio pase en algunas instituciones.

Los trabajadores médicos que no pertenecían al servicio de SM reconocieron que en el pase de clínica médica se mencionaba, pero sin abordar a las internaciones por SM.

Todos los servicios supongo que hacen un pase de sala, nosotros hacemos un pase. Pero los pacientes de salud mental no es que se pasan, ¿viste? Como que se dice "bueno, este paciente está internado por salud mental por deshabitación" y se habla de eso y nada más. Es lo único que se dice, ¿viste? Nada. (Médico/a 4)

Si bien el espacio de pase de sala tiene un lugar central, no es la única instancia para la comunicación entre servicios. Desde enfermería dijeron que el diálogo con SM era frecuente y fluido porque se producía cada vez que los profesionales iban a la sala, aunque no disponían para ello de un encuadre definido (del tipo pase).

No, pase conjunto no... Solo cuando vienen a hacer la entrevista o cuando vienen a hacer la evolución ellos o evaluación del paciente, ahí nos dicen, mira, como lo viste, nos preguntan (Enfermera 1).

Nosotros todos los días le comunicamos con ellas [trabajadoras de SM] con el paciente y todo, pero cuando ellas vienen a ver al paciente (Enfermera 3).

Por otro lado, trabajadores de los servicios de SM dijeron que el *pase* se realizaba

con frecuencia diaria, como parte de la reunión de equipo o bien en un espacio diferenciado. Otros, expresaron que el pase era semanal, y en esos casos la comunicación entre quienes trabajan en internación se apoyaba en conversaciones presenciales o virtuales por fuera de ese encuadre de reunión.

Quien está de guardia es el encargado de pasar por la sala, llenar las historias clínicas. Y al día siguiente en el pase dar su opinión de su evaluación [...] Todos los días (SM, Psicólogo/a 4)

Se charla en la mañana y después si es mucho, lo que siempre hacemos es que se habla en mini equipos. Entonces después nosotros nos juntamos y charlamos (SM, Psiquiatra 2).

Según pudimos observar, el pase de SM incluía comunicación sobre ingresos, permisos, altas, pedidos de interconsultas y otros eventos significativos. Además, se planteaban aspectos de la evaluación del caso y del armado de la estrategia terapéutica, como también lo comentaron algunas personas trabajadoras durante las entrevistas.

Sí, se habla de pacientes internados, de los pacientes más complejos [...] De cómo va el tratamiento, si está bien el tratamiento, si no está bien el tratamiento, si hay que modificar alguna medicación, o si hay que trabajar en algunas cuestiones más psicoterapéuticas (SM, Psiquiatra 3).

La idea es que el operador participe del pase de sala entonces ya todos sabemos todo. En línea general. Y aparte no solo eso, sino también cuestionar cómo se sigue, qué se hace, qué no se hace (SM, Operador/a 4).

Tanto entre integrantes de los servicios de SM como entre otros trabajadores de salud, se consideró que el uso de WhatsApp mejoró la comunicación y podía ser una herramienta de sostén de la internación en hospital General. Mencionaron que mejoró la calidad de las personas internadas por SM al facilitar preguntas y respuestas, acuerdos y el registro de las novedades.

Entre nosotras nos manejamos con un grupo de WhatsApp de guardia, además del [grupo de WPP] del servicio. Entonces, en el de guardia vamos poniendo lo que una fue viendo en el día y haciéndole el pase a la otra a la mañana. Si hay alguien para ver... Si se atendió a alguien que va a volver, digamos, al otro día, o si se vio a alguien, si intervino también, como para ir dejando constancia (SM, Psicólogo/a 1).

A mí me pareció una herramienta interesante de incorporar. Como que ya nos estábamos comunicando mucho por WhatsApp, pero que me parece que mejoró la calidad de los internados sobre todo (SM, Psiquiatra 2).

Sí, hay un grupo de guardia e internación. Se comunican las novedades y nos va quedando como registro. (SM, TS).

Por el contrario, el registro en HC, si bien tendría una finalidad comunicativa, durante las entrevistas se puso de relieve que predominaba su uso como resguardo legal de los

propios trabajadores, es decir, como instancia de comunicación intersectorial - con Justicia - más que como comunicación interdisciplinaria. En algunas entrevistas, surgió la diferencia entre internaciones voluntarias e involuntarias en cuanto al registro en HC.

Escribimos mucho porque en este caso interviene la justicia. Siempre, en las involuntarias. Entonces ahí como que nos explayamos más [...] nos explayamos un poquito más porque estamos poniendo el gancho y en cualquier momento puede ser usada esa historia (Enfermera 1).

[Escribir en HC] Generalmente se debe hacer, para que quede notificado que vino. Uno escribe también cuando vino la familia o tuvo visita y demás. (SM, Psiquiatra 3).

3.5.4. Experiencias: trabajar en internación por SM en el HG.

3.5.4.1. ¿Violencia o estigma?

La vivencia de episodios de violencia o disruptivos reproducen el estigma hacia la locura. Encontramos que quienes no trabajaban en SM mostraron opiniones contrapuestas. Para algunas personas entrevistadas, serían habituales las conductas agresivas de usuarios de SM hacia el personal de salud; incluso relataron situaciones de violencia física.

Paciente que te está escupiendo, que te está agrediendo, que está atado y aún así te escupe o te tira a morder, que no te podés acercar [...] Nunca me voy a olvidar, una de las pacientes agarró a... [nombra a psicólogas] la agarró en el pasillo y les pegó una revolcada, a las dos juntas (Enfermera 4).

Por el contrario, otras personas entrevistadas dijeron que ello no era frecuente, e incluso que en caso de darse, eran conductas transitorias. Una de las enfermeras mencionó que la persona usuaria pedía disculpas luego de haber tenido una conducta inadecuada.

Para nada. Ni que hayan sido violentos, ni que hayan entrado, ni que haya faltado nada, no (Enfermera 3).

Es muy raro que algún paciente de salud mental se nos enoje y agrede o puede haber alguno pero muy de vez en cuando y es hasta que cae un poco y ya después hasta te pide disculpas si se portó mal (Enfermera 1).

A pesar de ello, las personas entrevistadas coincidieron en que, en el ámbito hospitalario, persistían la desconfianza y temor hacia las personas con sufrimiento mental. Médicos/as, psicólogos/as, psiquiatras y operadores/as recordaron episodios en donde se puso por delante el prejuicio, y cómo ello afecta la conducta del personal de salud. En un caso, se recuerda que ante un episodio delictivo, todos los trabajadores sospecharon que

había sido el usuario de SM internado por consumo problemático de sustancias, hasta que las cámaras mostraron que había sido el familiar de una paciente internada por clínica médica. En otro caso, sin más indicios que la vestimenta de moda de un usuario joven, se sospechaba que podía ser un agresor sexual. En otros dos relatos, se pusieron en evidencia expectativas permanentes de que la persona con sufrimiento mental sea violenta o agresiva.

Pero fijate lo que es la estigmatización, ¿no? El otro día estaba internado un chico adicto, muy adicto en situación de calle [...] el chico estaba solo en la habitación en ese momento. Y le robaron la cartera a la enfermera, la cartera con el celular, la llave del auto, con todo. Y entonces la enfermera lo primero que pensó fue que había sido este chico [...] Y el chico se preocupó por la enfermera y le dijo “dígame cuál es su auto que lo voy a vigilar”. La enfermera le dijo, y el flaco estuvo ahí vigilando el auto para que no viniera nadie y se lo lleve. Después vieron por las cámaras que había sido el novio de una paciente que estaba internada para insulinización, nada que ver [...] y el chico internado por SM nunca dejó de vigilar el auto. Pero todos pensamos lo mismo, ¿eh? “uno le da todo y fijate” te viene una bronca y después el pibe re bien, nos tapó la boca a todos (Médico/a 1).

No sé, hay como un estigma me parece. Como “el paciente de salud mental tiene los pantalones abajo” y en realidad es un pibe de 20 años, con una onda de que usan así los pantalones caídos. Y yo le dije “es una moda, yo no le puedo decir al pibe, che, cómo te va a vestir así” [...] Después, que “estaba fumando porro” pero no estaba fumando marihuana, estaba fumando un cigarrillo. Bueno, mucho estigma. Así, no sé, como discriminación a los pacientes de salud mental (SM, Psicólogo/a 4).

Entonces, por ahí, se generan ciertos miedos, diría yo [...] No quiere decir que un paciente que esté internado por salud mental va a ser agresivo o va a lastimar a alguien. O sea, sacar por ahí cuestiones mitológicas que dan vuelta (SM, Psiquiatra 3).

El miedo a la locura “a ver si me pega”. Y esta discusión yo la tuve muchas veces con las enfermeras “no, por qué a ver si me pega. ¿Por qué? ¿Porque es paciente de salud mental?. Y sí, si es un loco. ¿Un paciente de traumatología no te puede pegar? ¿Un anciano no te puede pegar? ¿Una persona que esté enojada sin tener un diagnóstico de salud mental no te puede pegar?” “Sí, bueno, pero los locos son distintos” “¿Por qué son distintos?” Entonces, está siempre como esa puja ahí (SM, Operador/a 3).

Una de las maneras en que se presenta el estigma, y que se vincula al debate acerca de si las internaciones por SM deben continuar realizándose en sala común o bien requieren de una sala especializada, es la preocupación ante la posibilidad de que el loco agrede a pacientes internados por otras causas.

Hace poquito le sacamos un cuchillo a un paciente que se había querido lastimar con un cuchillo y no sé cómo hizo para conseguir un cuchillo, y ese paciente ya estaba en una situación de estabilidad y estaba compartiendo la habitación con otra persona más (Médico/a 2).

Durante las entrevistas, los trabajadores de enfermería y de clínica médica no mencionaron vivencias donde las personas con sufrimiento mental hayan efectivamente

agredido a pacientes internados por otras causas. Sin embargo, relataron episodios donde la conducta y/o los síntomas propios de la crisis por SM resultaron molestos, atemorizantes o perjudiciales para el descanso o la recuperación de personas internadas por otras causas. Notamos que las experiencias mencionadas no se refirieron solamente a la convivencia en la misma habitación, sino que plantearon la dificultad de compartir la sala común.

Pero nos olvidamos por ahí que ese paciente no puede dormir y no deja dormir al resto. Y el que está por allá con una enfermedad terminal, tenemos pacientes que por ahí están lúcidos, están bien, están por una fractura, puede estar esperando por una prótesis, pero están escuchando todo lo que sucede con el otro paciente. Y muchas veces no son gratas las internaciones de estos pacientes y tampoco son amenas para el resto (Enfermera 2).

Muchos pacientes vienen agresivos y el otro paciente que viene con una dolencia se sienten mal o duerme con miedo al lado de esos pacientes. [...] Después está con terror, no quiere salir a buscar el agua, tiene miedo, no se quiere quedar sola. Ese paciente resulta molesto porque, aparte, grita, grita, grita. Gritan toda la noche y esos pacientes... No descansa toda la sala. Entonces, ese paciente termina perjudicando toda la sala. (Enfermera 4).

En el mismo sentido, algunos trabajadores de SM también reconocieron que la convivencia en sala común implicaba dificultades, y que las características de la crisis y/o algunas de las necesidades de las personas con sufrimiento mental resultaban molestas para otras personas, dado que entraban en contradicción con las propias necesidades.

Cuando una persona está teniendo ese dolor de estómago y otro que está ahí inquieto con sus particularidades yendo-viniendo, capaz que [...] Entonces, eso genera... si tenés un paciente al lado que está queriendo descansar y el otro le abre la puerta porque se metió, no está bueno (SM, Psiquiatra 1).

Para los otros es incómodo, genera malestar, no terminan de entender. Entonces, por ahí el trato no es como un paciente que está por cirugía o por traumato y demás. Digo, en esto de no entenderlo, el [paciente] de al lado que está internado por otra situación también se molesta (SM, Psiquiatra 3).

En cambio, otros trabajadores de SM entrevistados dijeron que desde la convivencia entre personas internadas por SM y por otras causas se generaron experiencias de apoyo y cuidado.

Pasó un par de veces, pero también muchas más veces ha pasado que el familiar que está acompañando a la persona de al lado dice "mirá, yo le traje manzanas, porque" o "le traje agua". Sí, en mi experiencia me ha tocado más eso que el rechazo (SM, Operador/a 3).

3.5.4.2. ¿Sala común o especializada en SM?

Durante las entrevistas, surgieron reflexiones sobre la conveniencia de continuar realizando la internación por SM en sala común, como hasta ahora, o bien si sería mejor contar con una sala especializada. Los trabajadores consideraron pros y contras, destacando que la desmanicomialización no es el lugar sino las prácticas.

Para organizar las reflexiones de trabajadores sobre este tema, consideramos dos grandes grupos: un primer conjunto de relatos, puso énfasis en lo que consideraba mejor para pacientes internados por otras causas, concluyendo que serían los principales beneficiados si se lograba implementar una sala especializada en SM. Un segundo conjunto de relatos reflexionó sobre el tema considerando lo que creían mejor para los usuarios de SM. En este segundo conjunto encontramos, a la vez, diversas posturas que serán presentadas enseguida.

Para los otros pacientes: varios entrevistados opinaron que, con base a su experiencia, lo mejor sería contar con una sala diferenciada o espacio propio para SM. Entrevistas a integrantes de servicios enfermería pusieron el foco en el posible beneficio para los pacientes internados por otras causas y en resolver algunas de las problemáticas que la convivencia que la sala común conlleva. Es decir, no se consideraron las consecuencias para los usuarios de SM.

En mi opinión personal no deberíamos tener estos pacientes en los hospitales, porque son peligrosos para otros pacientes también. [...] No deberíamos tenerlo todo junto. Hay pacientes a los cuales sí, porque son tranquilos, se dejan medicar, que aceptan el tratamiento. Pero hay pacientes que no [...] Y deberían tener un hospital aparte o algo aparte. O una internación fuera del hospital, o mínimamente deberían tener una sala solamente de salud mental (Enfermera 4).

Lo ideal sería otro tipo de espacio. Muchas veces no son gratas las internaciones de estos pacientes y tampoco son amenas para el resto (Enfermera 2)

En el mismo sentido, trabajadores de SM subrayaron el beneficio que implicaría una sala especializada para pacientes internados por otras causas y, aunque agregaron que sería beneficioso para ambos tipos de pacientes, no explicaron por qué lo sería para SM.

Ojalá pudiera haber un lugar que sea solo de salud mental, eso sería lo ideal. Porque no estaría con usuarios que son de traumatología, o con usuarios que necesitan descansar, que vienen recién operados. Por nosotros, porque sería neta y puramente exclusivamente nuestro. Y por los demás, porque ya te digo, porque yo tengo a mi viejo que lo opera, no tiene que estar al lado de uno que se quiere tirar por la ventana. Y no está bueno, no es cómodo, no es llevadero. No es sano (SM, Operador/a 4).

No podes tener un paciente con episodio psicótico al lado de un paciente que le acaban de hacer cirugía de corazón, que se yo. Son cuestiones muy distintas y muy riesgosas para ambos (SM, Psiquiatra 1).

Para *usuarios de Salud Mental*: la mayoría de las personas entrevistadas se centraron en reflexionar acerca de lo que consideraban, con base a la experiencia de trabajo, podría resultar beneficioso para las personas usuarias. Los argumentos fueron heterogéneos y los agrupamos en tres posiciones:

(1) Algunos trabajadores de enfermería y SM consideraron que, para los usuarios de internación por SM, lo mejor era compartir la sala común con el resto de los pacientes internados por otras causas. Vieron en ello la ventaja de “ser uno más” y de convivir con pacientes con distintas realidades y problemáticas de salud, cuestión que apunta a la no discriminación y al buen trato. También mencionaron la ventaja de no tener restricción a su libertad de movimiento y de comunicación, cuestiones que podemos vincular con el respeto por sus derechos.

No, para ellos lo favorable es que estén en una sala donde convivan con el resto de los pacientes. De clínica, de cirugía. Porque no creo que sea el mismo ambiente estar en un... Nunca vi un pabellón exclusivo de salud mental. No creo que sea el mismo ambiente. Acá ellos como que son uno más. No tenés un protocolo especial para decirles, vos caminás hasta acá y de acá... No. Acá ellos en la sala pueden andar libres, ir al patio, mientras se comporten y anden bien y no molesten al resto (Enfermera 3).

O sea, creo que el padecimiento mental se prolonga más en una internación totalmente cerrada y que no pueda compartir con otras personas, no sé, salir a fumar un pucho y ver a uno que tiene el pie quebrado y que hablan de otra cosa que no sea algo mental, a ellos les ayuda un montón en sus internaciones. Y también hace que el otro entienda qué le está pasando a esta persona también y esa interacción que se da es maravillosa cuando la ves, lo que se da, digamos, entre pasillos ¿no? en el patio del hospital, que en una institución cerrada no se va a dar eso, o sea, no lo vas a poder ver (SM, Operador/a 2).

(2) Un segundo conjunto de entrevistados, por el contrario, dijeron considerar que lo mejor para las personas usuarias sería contar con una sala especializada. En este caso, lo fundamentaron en relación a que ello permitiría tener trabajadores de salud con más capacitación, con vocación y con el deseo de trabajar en SM, en referencia a médicos y enfermería. Este tipo de reflexiones resultó mayoritaria, tanto entre trabajadores de los servicios de SM como en entrevistados de otros servicios.

El paciente de salud mental... capaz que soy un arcaico, eh, un troglodita con lo que digo. Pero, creo que necesita un espacio con gente preparada para esto, gente con formación para esto, que muchas veces la formación en una patología en común o en algunas características del paciente en común, también tienen algo de vocación, que a mí me parece que es importante para poder atender a los pacientes con patologías crónicas [...] yo creo que, puntualmente el paciente con patología de salud mental, sí necesita un abordaje y una contención distinta al resto. Ellos necesitan un lugar con gente preparada, capacitada y con ganas de hacer eso (Médico/a 3).

Sería mejor que tuvieran otra sala, ahora ellos comparten la sala general, entonces eso genera mucho conflicto con los otros usuarios, además, es poco el espacio físico que tienen[...] pienso en esto de las particularidades, está bueno pensar que el usuario de salud mental o la problemática es igual a cualquier otra, pero en esto de la generalidad no se ve la particularidad (TS).

Por su parte, los trabajadores de SM destacaron la importancia de contar con un espacio adecuado a las necesidades de las personas internadas, con patio al aire libre y espacios para compartir con otros y realizar actividades. Además, destacaron que sería esencial contar con personal de enfermería con el deseo de trabajar en SM. Notamos que al plantearse la especialización de enfermería se puso de relieve la cuestión actitudinal - que se nombra como el deseo, vocación, o simplemente como querer trabajar con usuarios de SM - más que la cuestión técnica de la capacitación.

Creo que hemos avanzado un montón desde que empezamos con la desmanicomialización, creo que avanzamos muchísimo. Me gustaría probar con una sala solo de salud mental, no en sala general y me gustaría que nos demos la oportunidad de tener una sala con enfermeros especializados en salud mental que deseen estar ahí. Y tener una sala, desde el punto de vista arquitectónico, distinta, que tenga pensado que el paciente toma mate todo el día, que no haya restricciones con eso, que tenga posibilidad, y un lugar para fumar, tendría que tener así al aire libre (SM, Psicólogo/a 3).

Hay días que digo, ay, si hubiera un ala de salud mental uno no tendría que estar lidiando y habría enfermeros que quieren trabajar con pacientes de salud mental en un ala de salud mental y ya está. Y a veces pienso así, pero otras veces digo, y no, porque al final uno termina como, sería un parche. No sería una verdadera solución a la discriminación [...] La verdad que creo que la Desmanicomialización está en la práctica, no sé si está en el edificio. Si se organiza un edificio con un ala de salud mental puede ser manicomializante o no. Así que... estaría bueno tal vez para hospitales grandes, a modo de organización interna, puede ser. No me parece que en sí mismo eso signifique discriminar a los pacientes de salud mental. Porque también puede ser un ala de salud mental muy respetuosa. (SM, Psicólogo/a 4).

(3) Identificamos una tercera posición en aquellos trabajadores que reconocieron la situación actual como problemática, pero dijeron no saber qué sería lo mejor para el paciente con sufrimiento mental. En el siguiente fragmento de entrevista, la persona

reflexiona acerca de que contar con un “pabellón especial” implicaría cierto aislamiento que no sería beneficioso para el usuario, sin embargo, cuestiona la situación actual en la que se termina generando similar aislamiento, dado que la ausencia de una sala especializada se resuelve asignando a la persona un espacio de internación a solas.

Pero bueno, lo ponemos acá, lejos de todo el resto, entonces, ¿estamos en la misma que si estuviesen en un pabellón aparte? No sé. No sé si también aislarlos en una habitación solos es lo recomendable. Como que también es como que están aislados. Entonces, no sé si está bueno. Me genera controversia, no sé cómo resolverlo (Médica 4).

De manera similar, algunas personas entrevistadas hicieron énfasis en que la actual internación en sala común se sostenía a condición de implementar estrategias de aislamiento, vigilancia y control, particularmente durante las internaciones de carácter involuntario. Algunos recordaron que la presencia de policías era condición habitual “*Las internaciones involuntarias se sostienen con la presencia de policías*” (SM, Operador/a 1) o bien que se utilizaba a operadores de SM como recurso para limitar la circulación del paciente, para que se quede en su habitación. “*La única manera que puedan estar [en sala común] es acompañados. El acompañamiento es para que se quede en la habitación, para que no ande circulando por todas las habitaciones o en los servicios*” (Enfermera 2).

Además, otras destacaron las dificultades para internar en las condiciones actuales de la sala común. En estos casos, se mencionó incluso cierta militancia o acuerdo con la desmanicomialización, pero el cuestionamiento surgió del reconocimiento de la falta de recursos. Las ventajas de la internación en sala común para los usuarios, entonces, estarían limitadas para alcanzar su verdadero potencial. Se necesitan más personas y recursos sociales.

Tenemos un sistema de desmanicomialización, un programa, que está bueno, obviamente yo milito por eso. Pero, a la vez, internar es re difícil en este punto porque no tenemos las condiciones edilicias o quizás la cantidad de personas necesarias para esto [...] a veces me hace pensar cómo se podrá mejorar este punto. Quizás con más recursos, más personas necesitamos. Necesitamos más gente. Más todo. Más personas pudiendo sostener una internación (SM, Psiquiatra 2).

[la internación en HG] cumple con las cuestiones de la ley, si. Pero si falta, para mí, más operadores en las salas. Que haya otra dinámica, que haya talleres, faltan cuestiones que no sean solamente la entrevista psicológica y psiquiátrica. Y faltaría también para mí, recursos sociales para las internaciones (SM, Psicólogo/a 2).

3.5.4.3. Desgaste y valoración.

En este último apartado retomaremos aquellos aspectos en los que, al abordar los distintos tópicos, los trabajadores dijeron que les habían generado mayor desgaste y sufrimiento, y aquellos otros que reconocieron como lo placentero de trabajar en internación, desde una valoración positiva.

Por un lado, persiste la idea de que la internación implicaría *un fracaso* del trabajo en SM comunitaria y no un éxito del modelo. Eso conlleva que muchas veces sea entendido como *lo peor que me puede pasar*. Notamos que, en esta concepción, se presenta un *versus* entre el ámbito hospitalario y el comunitario, que reproduce la dicotomía entre ambos y que ha representado una demora en el avance del modelo comunitario y de los procesos de desmanicomialización al interior del hospital general.

No, a mí la internación no me gusta [...] Es lo peor que me puede pasar. Porque no es el mejor momento de nuestros pacientes. Y cuando llegamos acá tiene que ver con algo. Tiene que ver con algo que o no pudimos ver a tiempo o no pudimos hacer a tiempo. Pero tiene que ver con algo. No solo con el paciente. Tiene que ver con nosotros (SM, Operador/a 1).

En segundo lugar, identificamos la frustración que implica trabajar sin los recursos necesarios y encontrarse frente al dilema de cuidar sin encerrar, pero muchas veces sin alternativas de acción. La desmanicomialización no es mágica, y asumir la responsabilidad por los cuidados de una persona en crisis tensiona el compromiso ético de los trabajadores, entre el respeto y el cuidado: *“Realmente internar acá es un riesgo, pero no hay otra cosa [...] Fue terrible esa internación”* (SM, Psiquiatra 1). En este mismo sentido, vislumbramos el dolor de ver *fallar* un modelo que los trabajadores tienen idealizado y que militan desde la convicción de que es lo mejor para las personas usuarias, pero que muchas veces no les permite resolver satisfactoriamente sus necesidades en la práctica cotidiana. *“Hay un muy buen modelo que nosotros tenemos idealizado y tenemos como referencia, pero después, en el terreno, viste, hay puntos flacos, estamos viendo los puntos flacos”* (SM, Psiquiatra 2).

En tercer lugar, nombramos la frustración que para enfermería significa trabajar en SM sin el reconocimiento de la licencia especial denominada de Alto Riesgo, situación que genera la sensación de quedar excluidos injustamente de un beneficio que les corresponde.

Por último, mencionamos las dificultades que representan para los trabajadores de SM el trabajo con otros profesionales al articular y garantizar el derecho de la persona a un abordaje integral.

Tenés que hacer un laburo terrible en el ingreso a pacientes con tus compañeros médicos de guardia, con los enfermeros, con clínica, digamos, con la parte de clínica de internación [...] Y me costó un montón que el médico fuera a ver al paciente de salud mental ... cuesta, cuesta que te den una mano (SM, psicólogo/a 4)

En contrapartida, muchos de los trabajadores entrevistados encuentran valoración en relación a entender el sentido de la tarea como algo que aporta a la salud y bienestar de las personas, pero que también es parte de una lucha más grande, por el cambio de paradigma y respeto por los derechos de las personas con sufrimiento mental.

Me gusta la parte de defender sus derechos, de potenciar lo que más se pueda la autonomía del paciente, su participación de la estrategia y creo que eso me sale bien, por ahí muy poco humilde de mi parte [risas] pero, esa parte me sale, y eso me hace bien, me hace sentir bien (SM, Psicólogo/a 4).

Y nosotros tratando de contagiar el espíritu también, de que esto lo hacemos porque si no esta persona estaría en un manicomio, o sea, hacer una referencia a lo que sería (SM, Psiquiatra 2).

Yo lo entendí cuando tuve que tratar a una paciente [...] Cuando entramos, la chica estaba, pero, no sé cómo explicarte... desorbitada tenía la cara y decía "no, no, no, no me toques, no me hagas esto, que no me agarre, que no me agarre, que no me agarre". Claro, tenía alucinaciones. Y ella estaba creída que veía al diablo. Pero si vos le llegabas a ver la cara, yo digo, pobrecita, lo está viendo. A mí me dio tanta tristeza, porque yo digo, realmente ella lo ve y te dabas cuenta que ella sentía que le estaba haciendo daño. [...] Y ahí yo digo, no, hay que estar. Hay que entenderlo, porque hay que estar en el lugar de ellos, que todo el tiempo algo te hable, o verlo ... Es difícil. Y ahí está bueno el trato que le damos nosotros (Enfermera 3).

4. DISCUSIÓN.

En el capítulo anterior presentamos de manera detallada los resultados de nuestra investigación. Entendemos que dicha presentación nunca es meramente descriptiva, sino que refleja la toma de posición por parte del investigador, que acompaña todo el proceso investigativo. Por eso, en varios apartados planteamos algunas líneas de discusión cuando ello nos pareció oportuno.

En este capítulo, pondremos foco en comparar nuestros resultados con los de otras investigaciones que forman parte de nuestro estado del arte. Para ello, organizamos la presentación a partir de los *beneficios esperados* de las internaciones por SM en HG en función del proceso de reforma, resumiendo nuestros resultados de manera comparativa.

Recordemos que la reestructuración de la atención en SM se fundamenta primariamente en razones de tipo éticas, para garantizar el respeto a las personas con sufrimiento mental desde una perspectiva de derechos humanos. Pero, también, en razones de tipo técnicas, pues se afirma que las internaciones en hospital general facilitan la recuperación en términos de inclusión social, evitando el aislamiento y la estigmatización que se enlazan con ingresos en instituciones monovalentes (OPS, 2011).

Organizamos este capítulo en seis apartados: los primeros cinco proponen ejes de reflexión a la luz de los beneficios esperados y lo encontrado en nuestra investigación, que a veces coincide y otras se contraponen con diversas investigaciones latinoamericanas de los últimos 14 años. Debe entenderse que estos ejes no son mutuamente excluyentes, sino que se articulan y retroalimentan, por lo que describir uno nos lleva muchas veces a mencionar otros.

Estos son:

1. Derecho a la salud: más accesibilidad y menor estigma.
2. Integralidad del abordaje en el HG. Menor centralidad del saber psiquiátrico e interdisciplina.
3. Menor tiempo de internación, menor exclusión y aislamiento.
4. Menos maltrato, discriminación y violación de DDHH.
5. Menor despersonalización. Mayor respeto a la dignidad y la autonomía.

Un sexto apartado incluye una propuesta de modelos de atención en internaciones por SM en el HG.

4.1. DERECHO A LA SALUD: ACCESIBILIDAD Y MENOR ESTIGMA.

4.1.1. Camas disponibles y criterios propios al momento de decidir. Las condiciones edilicias como barrera.

Según los lineamientos de la LNSM, la disminución de camas en instituciones de SM monovalentes debe ser acompañada por la apertura de camas en hospitales polivalentes y en otros dispositivos alternativos con base en la comunidad del sector público en Argentina. Ello sería, por lo tanto, tanto un objetivo como un indicador del cambio de modelo de atención en SM (Di Nella et al., 2011; Ardila-Gómez et. al, 2021). De no contar con camas disponibles, estaría en jaque la posibilidad de acceder a este tipo de atención y al espacio de *contención* que implica la internación (Schiappa Pietra, 2006). Por eso, el recurso cama disponible es uno de los elementos que aportan a la accesibilidad al tratamiento, en línea con el derecho a la atención.

En Río Negro, todas las zonas sanitarias cuentan con efectores de SM y con hospitales generales con posibilidad de internación (*CPSMyCP, 2023*). Sin embargo, entendemos que la accesibilidad *a las camas* depende de un entramado de condiciones que habilita su uso o impone diversas barreras. Frente a ello, aparece el temor a la desatención de las personas que requieran contención en momentos de crisis.

Durante nuestra investigación, el análisis cuantitativo permitió constatar que, en 2019, se realizaron internaciones en HG de todas las zonas sanitarias y en instituciones con diverso nivel de complejidad, aunque los hospitales de mayor complejidad fueron responsables por 40% de los egresos (n= 606). La mayoría de las instituciones (un 38%) tuvieron entre 13 y 36 egresos por SM, es decir, un promedio de dos a tres egresos mensuales.

Analizando la distribución de egresos según zona sanitaria, resultó llamativo el contraste entre las zonas Alto Valle Este y Oeste, con 1,94 y 0,68 egresos cada 1000 habitantes respectivamente. Dado que son sectores colindantes geográficamente y que presentan similitudes en cuanto a sus características poblacionales y culturales, la diferencia de egresos por habitantes podría deberse a variables institucionales, indicando una menor accesibilidad a internación para los habitantes del Alto Valle Oeste.

La diversidad de diagnósticos al egreso, que verificamos en el análisis de las 1488 internaciones realizadas en 2019, coinciden con los hallazgos de Horta et al. (2015), quienes observaron en el estado Rio Grande do Sul un incremento de la cantidad de internaciones pero un menor tiempo de estadía, con mayor diversidad de género y de causas de

hospitalización. De acuerdo con los autores, entendemos que ello debe interpretarse como producto de la influencia de las estrategias de la reforma psiquiátrica.

Sin embargo, durante las observaciones y entrevistas notamos diferencias entre hospitales, dependiendo de si contaban o no con habitaciones reservadas para SM, ya sea de manera explícita o por usos y costumbres, cuestión que se justificó, parcialmente, en relación a sus mayores medidas de seguridad. Esta diversidad entre instituciones nos remite a lo planteado por Díaz et. al (2018) quienes destacan que la sanción de la LNSM 26657 no estuvo acompañada de la incorporación de lineamientos o criterios comunes para la organización de los servicios, sino que cada hospital se dió una organización propia, según los recursos disponibles. Consideramos que, a nivel provincial, ello se justifica además en el respeto por la diversidad territorial.

Los trabajadores de SM entrevistados dijeron que podían decidir, desde criterios profesionales propios, si realizar o no una internación, y que no sentían que las presiones de médicos o de enfermería fueran determinantes para evitar internaciones o para acelerar el alta. La *lucha por las camas* sería una cuestión no decisiva al momento de evaluar el ingreso o egreso de una persona usuaria. Ello contrasta con la idea de que el número de camas disponibles para este tipo de internaciones sea limitado considerando la demanda (Schiavo et. al, 2017). Es decir, que si bien el uso de camas por causas mentales sigue siendo menos legítimo que cuando la causa es biomédica, ello no es percibido por las/os trabajadoras de SM como un obstáculo para realizar internaciones por SM en la actualidad.

El hecho de que los trabajadores dijeran que podían decidir con criterios propios la internación y el alta se contraponen con lo encontrado en la investigación de Arana (2020), quien estudió las admisiones a internación en un HG de la provincia de Córdoba durante el año 2018. Para dicho autor, los ingresos en el Servicios de Agudos en el Hospital “Dr. Emilio Vidal Abal” de la localidad de Oliva no dependían sólo del criterio profesional, sino que planteó la persistencia de lo que llama *ingresos judiciales*, que alcanzaron el 47,4% de las internaciones con criterios no específicos. Ello es importante dado que lo encontrado por Arana sería un indicador de la persistencia del modelo tutelar que se busca reemplazar con la LNSM. Por el contrario, en nuestra investigación, los dichos de trabajadores no pusieron de relieve este tipo de ingresos, sino que sólo refirieron admisiones voluntarias o involuntarias, ambas decididas bajo criterio profesional. Ello muestra la implementación de los lineamientos de la LNSM, otorgando al sector de la Justicia, particularmente al Defensor Oficial, el lugar de *contralor* y posible aliado en el trabajo desmanicomializador.

Sin embargo, el análisis de las estadísticas nos permitió visualizar que, en algunos hospitales, era muy bajo el porcentaje de internaciones por SM, mostrando su escasa incidencia en relación al total de internaciones por todas las causas. En el mismo sentido, Beliazán (2015) destaca que los egresos por SM representan un bajo porcentaje en relación

a los egresos totales en un mismo período, y Candiago et al. (2011) hallaron que se hacía *escaso uso* de las camas en hospitales generales, por lo que plantearon la necesidad de no solamente incrementar la cantidad de camas en HG, sino especialmente sumar capacitación adicional del personal de salud, para optimizar el uso.

Por eso, consideramos que el criterio profesional desde el cual se toma la decisión de internar o no en SM, si bien se percibe como un criterio propio, también está condicionado en mayor o menor medida por las características hospitalarias. En este sentido, encontramos que esas condiciones resultaban influyentes y algunas veces, incluso, determinantes en la toma de decisiones profesionales (por ejemplo, acortando el tiempo de internación que consideraban necesario). Destacamos que en Río Negro tanto hospitales como centros de salud de cada área programa reflejan un crisol de condiciones edilicias y una diversidad que se expresa en cuestiones más y menos formales (Pérez & Perner, 2018). Los edificios sanitarios no siempre cuentan con las medidas de seguridad indicadas a nivel nacional, como son la protección de ventanas y salidas al exterior (MSN, 2022).

En este sentido, varios estudios coinciden al señalar, como obstáculos del proceso de atención durante las internaciones por SM en HG, la falta de recursos, incluyendo la escasez de insumos materiales, deficiencias edilicias y falencias en la cantidad y calidad del recurso humano o trabajadores de la salud (Velzi Diaz et al., 2018; MPT, 2014; Heredia y Barcala, 2017; Dourado et al., 2018; Godoy et al., 2019; Souta et al., 2016; Ardila-Gómez, 2021; Bertagni, 2019).

Nuestra investigación muestra coincidencias, especialmente respecto de la falta de una infraestructura adecuada a las necesidades de las personas internadas. Observamos la ausencia de espacios comunes, como comedor o sala de usos múltiples, e incluso la ausencia de patio en algunas instituciones. Eso coincide con lo mencionado por Velzi Diaz et al. (2018), que destaca las dificultades vinculadas con la falta de recursos edilicios, y con lo planteado en el informe del MPT en 2014, que destacó como uno de los principales déficits la ausencia de lugares para la realización de actividades de recreación y rehabilitación durante las internaciones por SM. Se informó que cuando no se contaba con una unidad especializada para SM, los espacios estaban diseñados para el reposo y no se correspondían con las necesidades de las personas internadas por razones de SM.

Las falencias edilicias fueron planteadas tanto por personas trabajadoras como por algunas personas usuarias. Para estas últimas, lo relevante fue no contar con algunas comodidades, particularmente cuando percibían que otras personas internadas sí contaban con ellas, como por ejemplo tener TV en la habitación. Además, las experiencias respecto de la comida fueron desiguales, valoradas por algunos como excelentes mientras otros asumieron una postura de reclamo. La falta de un patio para salir y de espacios de estar que no fueran la habitación, así como las condiciones generales de la sala, fueron subrayadas.

Esto coincide con lo planteado por Godoy et al. (2019), quienes hallaron en Brasil que, desde el punto de vista del usuario, la peor dimensión calificada fue la vinculada a las instalaciones físicas y la comodidad de la sala.

La falta de privacidad no surgió como una problemática desde el punto de vista de las personas usuarias, salvo excepcionalmente (una persona se quejó de que enfermería pudiera ingresar a su habitación, y otra mencionó lo incómodo de que haya vidrios en la puerta de la habitación, aunque aclaró que podía taparlo con alguna tela o prenda). Durante las observaciones registramos que las condiciones de privacidad eran las mismas para personas internadas por SM que para personas internadas por otras causas, no viendo discriminación en este aspecto. Así, la mayoría de las instituciones contaba con habitaciones con baño privado con puerta, y con un mueble para guardar objetos personales. Esto no coincide con lo encontrado en otros estudios de Argentina, que plantean que, desde el punto de vista de los usuarios, el derecho a la privacidad era sólo parcialmente respetado por características de la infraestructura (Bertagni et al., 2018; Ardila-Gómez, 2021).

Respecto de las condiciones edilicias, los trabajadores fueron sumamente críticos, destacando la ausencia de medidas de seguridad, hecho que pone en jaque la toma de decisiones profesionales. Asimismo, destacaron la ausencia de espacios para realizar actividades asistenciales, recreativas y de rehabilitación. Recordemos que, en este sentido, el Órgano de Revisión Provincial ha insistido en la necesidad de revisar las condiciones de internación, tanto en instituciones públicas como privadas, para que se adecúen a lineamientos de cuidado en SM (ORSMRN, 2023). Eso coincide también con lo planteado por Dourado et al. (2018), quienes subrayaron la necesidad de realizar mejoras en los aspectos edilicios e infraestructura de los servicios como condición para que este tipo de internaciones logre los beneficios esperados.

Además, destacamos que las internaciones por SM se realizan casi exclusivamente en hospitales públicos por falta de adecuación de las instituciones privadas a las normativas de la LNSM (MSRN, 2014), situación que afecta negativamente a efectores y usuarios del sistema público que se ve desbordado, como también a las personas que, teniendo cobertura de salud, no acceden a una internación en su lugar de atención habitual. Este hecho, que surge en las entrevistas, refleja una de las fallas de articulación entre los subsistemas y muestra uno de los mecanismos por los cuales recursos públicos son derivados para financiar al sector privado y de obras sociales.

4.1.2. Menor estigma, más accesibilidad.

Sin duda, la internación en un hospital monovalente es fuente de estigmatización. Sin embargo, se espera que la internación por SM en HG logre, como uno de sus beneficios, eliminar o disminuir el estigma de la enfermedad mental. Ello se relaciona también con una mayor accesibilidad al tratamiento y a la internación cuando la misma fuera necesaria.

Pero ello no es automático, y el estigma en SM parece persistir en el HG. Otros investigadores han observado la vigencia de prejuicios e idea de peligrosidad de las personas con sufrimiento mental, tanto en las demandas de familiares (da-Silveira & Santos, 2016; Mello y Schneider, 2011), como en las conductas de otros pacientes internados (Hildebrandt & Marcolan, 2016) e incluso en las prácticas de atención del personal de salud que interviene durante el proceso de atención (Velzi Díaz et al., 2018; MPT, 2014).

En nuestra investigación, encontramos que desde la perspectiva de personas trabajadoras, la presencia de usuarios en crisis en la sala común generaba temor en pacientes internados por otras causas, como así también la preocupación y sobrecarga laboral en los propios trabajadores de la salud.

Desde la perspectiva de personas usuarias se recordaron algunas *malas* experiencias con otros pacientes. Entre ellas, describieron que habían recibido destrato y lejanía, que podrían implicar una actitud discriminatoria por parte de personas internadas por otras causas. Sin embargo, esta situación no sería algo frecuente ni generalizado. Por el contrario, la convivencia con personas internadas por otras causas fue valorada de manera mayormente positiva. Varios dijeron haber entablado vínculos de apoyo y cordialidad con personas internadas por otras causas durante su estancia en el hospital, poniendo en valor la comprensión y la ayuda mutua. Notamos que las personas usuarias no percibieron sentirse discriminadas y que muchas veces asumieron un rol activo de cuidador de personas internadas por otras causas cuando estas necesitaban alguna asistencia. Ello sería, incluso, considerado como parte de los beneficios de estar internado.

En nuestra investigación, algunos profesionales y también las personas usuarias plantearon que, cuando se presentan contradicciones entre lo que necesita una persona internada por SM o por otra causa, desde la institución tiende a darse prioridad a la persona internada por otra causa. En el mismo sentido, Velzi Díaz et al. (2018) mencionaron que al realizarse internaciones en salas compartidas, las necesidades de cuidado y tranquilidad de los pacientes con problemas generales de salud se contrapusieron con las diversas necesidades de los pacientes internados por SM. De este modo se evidencia el carácter subalterno de SM en el ámbito hospitalario, donde sigue siendo privilegiada la concepción biomédica de salud-enfermedad, y nos muestra la persistencia del estigma de la locura en trabajadores del hospital general. Lo hallado coincide también con otras investigaciones, que

destacan la persistencia del segregacionismo y estigmatización hacia las personas usuarias de SM, junto al criterio de peligrosidad (Calderón, 2023).

A partir de la lectura de HC y de las entrevistas, notamos que en el personal de enfermería se reproducen ideas de des-razón. Por ejemplo, es frecuente el uso del término “*deambula*” para describir la necesidad de movimiento de las personas internadas. Ello coincide con lo que describieron Hildebrandt & Marcolan (2016), quienes observaron actitudes discriminatorias, particularmente por parte del personal de enfermería, hacia las personas internadas por SM. Los autores explicaron esas actitudes en función de la existencia de preconceptos sobre la enfermedad mental, que la vinculan a ideas de incurabilidad, imprevisibilidad y agresividad de las personas con enfermedad mental.

Nuestros resultados coinciden con Ceriani (2014), quien concluyó que realizar internaciones por SM en HG no garantiza la ruptura de la lógica manicomial. Por el contrario, planteó que esa lógica se reproducía fácilmente en instituciones con salas de internación exclusivas en SM. Sin embargo, la autora destacó que los cambios y ruptura con la lógica manicomial pudieron observarse sólo en aquellas instituciones donde las salas eran compartidas con personas internadas por otras razones de salud. En este punto, aunque nuestra investigación no tiene un enfoque comparativo entre sala común y otra especializada, podemos notar la persistencia de ciertas lógicas de exclusión aún en la sala común, como también poner de relieve algunas dificultades de este tipo de sala, como por ejemplo la falta de personal con deseo de trabajar en SM y con el reconocimiento simbólico y salarial por realizarlo.

Consideramos que estos argumentos suman a un debate necesario y pendiente sobre la particularidad de la internación por SM y los dispositivos que resultan adecuados en términos de la LNSM (Naszewski & Sy, 2020). En este sentido, vimos que en sala común la internación de la persona en crisis se realizaba preferentemente a solas, y ello se justificaba desde perspectiva de trabajadores/as desde dos argumentos: por un lado, reconociendo los riesgos y dificultades más frecuentes en esos momentos de crisis (como por ejemplo, la excitación psicomotriz y la presencia de alucinaciones), por otro lado, se sumaban consideraciones de riesgos o dificultades potenciales, por lo que identificamos la persistencia de ideas de *peligrosidad*. Sumado a ello, notamos que las interacciones con personas internadas por otras causas que los usuarios valoraron de manera positiva no se refieren a vivencias por compartir la habitación, sino que son experiencias compartidas en otros espacios hospitalarios, como el patio y los pasillos.

4.2. INTEGRALIDAD DEL ABORDAJE EN EL HG.

4.2.1. Interdisciplina y falta de reconocimiento a enfermería.

Según la OMS (2013), las personas con trastornos mentales tienen una probabilidad de muerte prematura entre un 40% a 60% mayor que la población general. Esta diferencia se explica en parte por la falta de atención de los problemas de salud física en este grupo de personas, cuya efectivización se encuentra con múltiples barreras. Por ello, se espera que al realizar las internaciones en un hospital general, el contacto más próximo con otras clínicas y la accesibilidad a recursos de salud en general favorezcan su atención de aspectos biológicos, además de psico-sociales.

En nuestra investigación, la lectura de HC nos permitió constatar que diversas especialidades médicas y profesionales de otros servicios (como odontología y kinesiología, entre otros) participaban de la evaluación y asistencia de personas internadas por SM, desde el mecanismo privilegiado de *interconsultas*. Ello se contrapone a lo evaluado en otros estudios, donde informaron una marcada discriminación y falta de atención hacia personas internadas por SM (MPT, 2014).

Sin embargo, notamos la ausencia de espacios de encuentro e intercambio entre profesionales de diversos servicios, por lo que vislumbramos un abordaje multidisciplinario, pero no interdisciplinario (Stolkiner, 2005). El pase de sala de internación se sostiene en cada hospital desde una división tradicional, es decir, por servicios. De ese modo pierde su potencia como espacio de construcción de interdisciplina (Baffo, 2015).

Lo encontrado nos llevó a plantear la coexistencia de actitudes de rechazo, expresadas como falta de interés y/o capacitación en el tema, con prácticas de atención multidisciplinarias desde diversos servicios médicos hacia personas con sufrimiento mental. Ello coincide con lo encontrado por Hildebrandt & Marcolan (2016), quienes concluyeron que estar dentro del HG no implicaba la integración de SM con otras especialidades médicas o clínicas.

La necesidad de un abordaje integral en SM debe ser entendida como consecuencia del reconocimiento epistemológico de la complejidad de su objeto. Así, el abordaje interdisciplinario no es una mera técnica, sino producto de un cambio de paradigma en salud (Vasco Uribe, 1987; Stolkiner, 2005).

Por otro lado, diversos trabajadores identificaron que el ingreso por guardia implicaba la posibilidad de una evaluación de aspectos biomédicos, y que ante los episodios de crisis en internación, el primer abordaje era del médico de guardia, quien realizaba el llamado al trabajador de guardia pasiva de SM.

Además, vimos que en *todas* las áreas programa de la provincia se realiza atención de urgencias por SM las 24 horas, ya sea con soporte activo o desde guardia pasiva. Ello es valorado positivamente, tanto por los trabajadores de salud como por las personas usuarias, que conocían la disponibilidad para la atención de las crisis incluso fuera del horario habitual de atención. Ello coincide en parte con Velzi Diaz et al (2018), quienes encontraron desde la perspectiva de trabajadores que uno de los recursos que facilitaba los procesos de internación y externación era el Dispositivo de Soporte de Urgencias en SM.

Respecto de la atención por guardia, algunos usuarios reflexionaron acerca de la diversidad de tareas del médico, preguntándose si “*será por eso*” que no realizaban un buen abordaje a las personas que llegan en crisis por SM. En la misma línea, trabajadores médicos y de enfermería entrevistados plantearon como una dificultad y desgaste excesivo el ocuparse de diversos tipos de cuidado de manera simultánea en el ámbito de la guardia o en internación. Esto coincide con diversas investigaciones (Velzi Diaz et al., 2018; Heredia y Barcala, 2017; MPT, 2014), que identifican la escasez de recursos humanos como una de las dificultades para el funcionamiento de este tipo de internaciones.

Consideramos que el no reconocimiento del derecho de enfermería a la licencia de alto riesgo, es uno de los mayores obstáculos a este tipo de internación. El reclamo de enfermería al respecto pone en evidencia la insuficiente inversión económica en el cambio de modelo y constituye una barrera.

4.2.2. Menor centralidad del saber psiquiátrico.

En relación a la metodología del trabajo al interior de los equipos de SM, observamos la puesta en práctica del modelo rionegrino, donde se suceden momentos de aportes disciplinarios en las reuniones de equipo, y luego momentos específicos y no específicos en la práctica (Gutiérrez, 2018). En ese mismo proceso se realiza un movimiento de reflexión en equipo que puede orientar hacia una nueva ejecución en base a los resultados obtenidos. Por ello, la reunión de equipo es el dispositivo central que permite tanto ir de la reflexión a la acción como de la acción a la reflexión (Schiappa Pietra, 2012).

Tanto con profesionales como con operadores de SM se evidenció un vínculo de confianza y cariño que se vió reflejado en el uso habitual de nombres de pila. En cuanto a los operadores, vimos que continúan siendo una figura emblemática y a la vez controvertida del modelo provincial. Respecto a su presencia en internación, algunos la resisten, pues consideran que esta figura no pertenece al interior del hospital, mientras que para otros su rol es esencial para sostener internaciones en sala común. Para las personas usuarias, los operadores aportaron contención y, además, favorecieron la realización de actividades

recreativas que pusimos en valor en contrapartida al aburrimiento manicomial. De igual modo, el operador fue una figura que facilitó las salidas previas al alta y aportó acompañamiento permanente como relevo de la familia, ante el desgaste que esto genera.

Respecto al uso de medicación como parte del tratamiento, la mayoría de las personas usuarias dijo que se trataba de una indicación profesional de la que no pudieron participar en el momento de la crisis. Reconocen tanto beneficios como perjuicios vinculados al uso de psicofármacos. Cuando la persona usuaria recordaba haberse negado a recibir medicación, se criticaba a sí misma, considerando que su propia actitud era un acto de rebeldía que vinculaba a aspectos negativos de su enfermedad. De manera similar, cuando la persona usuaria recordaba haber sentido falta de confianza hacia el criterio profesional, lo vinculaba a un defecto de su carácter “desconfiado”. No se reconoció que esa negativa o desconfianza fuera producto de interacciones previas con el equipo de salud, o que pudiera estar vinculada a cuestiones institucionales. Tampoco se relacionó con su propio derecho a aceptar o rechazar la medicación. Podemos identificar en ello el estigma de la enfermedad mental vigente en la percepción de la persona sobre sí misma.

4.3. MENOR TIEMPO DE INTERNACIÓN Y MENOR EXCLUSIÓN.

4.3.1. Un tiempito en internación.

La reducción del tiempo de internación es uno de los parámetros clásicos de la reforma. Ello implica una serie de beneficios que ubican como principal beneficiaria a la persona usuaria, dado que el menor tiempo de internación implica menor aislamiento y exclusión social. En general, prolongar la internación afecta el derecho de la persona usuaria a vivir en comunidad, y un beneficio esperado de la internación en HG es preservar tal derecho (Ardila-Gómez, 2021; Ardila Gómez & Galende, 2011).

Durante el análisis cuantitativo, encontramos que el promedio provincial de estadía en internación fue de 6,72 días, lo cual baja en 6 días el valor de la media de internación evaluado en 2009 para Río Negro (IESSM, 2009) y se ubica por debajo de las medias internacionales de 12 días (Basauri, 1993, Gerlero, 2012). La mediana fue de apenas 3 días, es decir, que el 50% de las internaciones tienen una duración que no supera este período. Esto muestra gran diferencia con otros estudios en Argentina, que encontraron que el tiempo promedio de hospitalización en un HG de agudos con unidad de hospitalización por SM fue de 46 días (Schiavo et al., 2017). Aunque el promedio de días de estadía mostró diversidad entre hospitales, el rango se mantuvo entre 1 y 10,78 días.

Al analizar las estadísticas de egresos hospitalarios por SM, pudimos analizar variables esenciales, como días de estadía, diagnóstico y motivo de egreso. Sin embargo, la forma de registro no nos permitió conocer, desde la base de datos estadística, si se trataba de una internación de primera vez o de una reinternación, como así tampoco si la persona ya era usuaria del servicio de SM del hospital en donde se realizaba la internación. Ello nos permite confirmar lo planteado por el MPT (2014), quien observó que la producción de información estadística y datos en la Ciudad de Bs. As. era deficiente e insuficiente para evaluar la capacidad del sistema en la atención del campo de la SM.

Desde la valoración de personas usuarias, vimos que la dimensión temporal tenía relevancia facilitando el acceso a la internación. “*Quedarme un tiempito*” en internación, es una afirmación que pone por delante el carácter finito de la misma, cuestión que apareció como argumento explicativo privilegiado, particularmente en internaciones que pudieron concretarse con carácter voluntario. Ello debe ponerse en relación con el hecho de que, frecuentemente, la indicación de internación por SM genera angustia y ansiedad en la persona usuaria. En este sentido, algunos investigadores (Botega et al., 2017) plantearon la conveniencia de que la persona usuaria sea evaluada en su contexto social y familiar. Nuestros resultados muestran que varias veces la persona fue evaluada en su domicilio e ingresada por guardia con acompañamiento de trabajadores de SM.

Nuestro estudio se suma a esos hallazgos al poner de relieve la dimensión temporal: el planteo de una internación breve funciona como promesa de retorno al ámbito familiar comunitario, y por eso mismo facilita el acceso, mejora la aceptación y disminuye el estigma desde la visión de la propia persona usuaria. Articulando con el concepto de Recovery, lo dicho puede representar una de las maneras en que el personal de salud haga explícita la confianza o esperanza en la recuperación de la persona diagnosticada con enfermedad mental (Saxena, Funk, & Chisholm, 2013; Baccari, Onocko Campos & Stefanello, 2015).

Por parte de los trabajadores, notamos la valoración de la brevedad de la internación como cualidad positiva, junto al concepto de último recurso terapéutico (URT).

Sobre el menor tiempo de internación, algunos investigadores en Brasil concluyeron que, durante una década en estudio, no se verificó la reducción de los tiempos de hospitalización que tenían como causa el uso de sustancias psicoactivas, cuestionando a partir de ello el avance del proceso de reforma (Balbinot et al., 2016). En relación a este tema, pusimos en discusión que la duración sea la principal variable indicadora del cambio de modelo. Por el contrario, afirmamos que no hay un correlato lineal entre descenso del tiempo de internación y avance del proceso de reforma, sino que ello debe valorarse en función de variables cualitativas, por el modelo de atención durante el tiempo de internación.

4.3.2. La participación de la familia durante la internación.

Al menor aislamiento y exclusión durante la internación lo relacionamos a la posibilidad de salidas, que fueron constatadas tanto en la lectura de HC como durante las entrevistas, aunque no se realizaban en todas las instituciones. Consideramos que la indicación de salidas temporales confronta con criterios habituales y hegemónicos respecto del proceso de internación-externación, que suele vincular el ingreso al HG con la necesidad de una asistencia especializada y más o menos intensiva, y asociar al egreso con el momento en que esa asistencia puede ser ambulatoria y los cuidados pueden realizarse en domicilio.

Las salidas se garantizan toda vez que se cuenta con acompañamiento familiar y/o con operadores de SM, lo cual pareciera confirmar la prioridad que tiene en el modelo rionegrino el hecho de mantener los vínculos con el medio comunitario como base de toda estrategia terapéutica posible. Para las personas usuarias, las salidas acompañados por operadores eran tanto o más frecuentes y valoradas que las salidas con familiares.

Según la literatura relevada, encontramos que el lugar de la familia en internación es aún controversial. Por un lado, se espera que la familia contribuya a evitar el aislamiento del usuario e incluso ocupe el rol de cuidador del mismo durante la internación. Así, Mello y Schneider (2011) plantearon que las hospitalizaciones breves en hospitales generales y el enfoque comunitario permitieron que las familias tuvieran mayor participación en el tratamiento, siendo proveedoras de cuidado y apoyo. Pero, por otro lado, algunos investigadores destacaron la necesidad de incluir a la familia como parte del objeto de atención, es decir, como sujeto a ser cuidado (Duarte et al., 2018; Ardila-Gómez, 2021; Gómez, 2009).

En este sentido, nuestra investigación, mediante el análisis de las históricas clínicas, mostró que las familias que acompañan en internación no siempre tenían un espacio terapéutico con los profesionales. Mello y Schneider (2011) también plantearon que la participación de la familia durante la internación podía representar una sobrecarga si no se daban espacios de encuentro, intercambio y fortalecimiento con el equipo profesional. En este punto, las autoras afirmaron que el aislamiento de la familia respecto del equipo fue uno de los factores identificados como determinantes de la vivencia de sobrecarga.

Personas usuarias entrevistadas relataron que, muchas veces, la familia había podido acompañarlas en un primer momento de la internación, pero que luego la exigencia de acompañamiento permanente había generado un desgaste. “*La familia se cansa*” fue la expresión que surgió de las entrevistas, con lo cual debe plantearse la necesidad de cuidado del vínculo con familiares, pues aún con la intención de evitar la exclusión puede producirse un empeoramiento de los lazos familiares. Ello coincide con lo planteado por Duarte et al. (2018), quienes describieron, desde el punto de vista de familiares, las dificultades que

implicaba acompañar y cuidar a las personas con sufrimiento mental, en especial durante las internaciones. Los autores mostraron que, para los familiares, era esencial sentirse escuchados por profesionales y contar con espacios de intercambio con otros parientes o personas de su entorno cercano.

Otras personas entrevistadas también mencionaron las dificultades familiares en relación a los costos de traslado y pérdida de días laborales, en coincidencia con Sgobin, Traballi, Botega & Coelho (2015), quienes encontraron que el costo indirecto de internación para los miembros de la familia (estimado mediante capital humano perdido) era significativamente más alto que en otras patologías.

Afirmamos que el paso del acompañamiento familiar de derecho a obligación reduce su potencial valor alternativo al manicomial, para quedar subordinado al MMH, que sabemos tiene una tendencia expansionista mediante procesos de *apropiación y transformación* de otros saberes y prácticas (Menéndez, 1987; 1990). Así, desde la perspectiva de personas usuarias, identificamos que la obligatoriedad del cuidado de la familia implicaría insistir en la noción de tutela. Creer necesaria la presencia de un otro *adulto responsable* por su seguridad y su tratamiento genera un efecto de infantilización paradójal, pues es contrario a la promoción de autonomía.

Nuestras reflexiones acerca del efecto paradójal de la indicación de acompañamiento familiar permanente, discuten con la concepción dominante respecto de que se trataría de un indicador positivo del cambio de modelo en SM (Bertagni, 2019). Sin negar aquello, ponemos de relieve que la obligatoriedad conlleva una búsqueda de eficiencia hospitalaria que se impone sobre la búsqueda de eficacia (Testa, 1994; 2004).

Nuestros resultados también mostraron que el aspecto más frecuente para evitar el aislamiento era la recepción de visitas, que según las entrevistas a trabajadores se garantizaba incluso por fuera de los horarios restringidos institucionalmente para ello. Este sería el caso de una discriminación positiva, donde la diferencia en el trato tendió a compensar los efectos de la exclusión, en cumplimiento a los derechos de las personas con sufrimiento mental. Ello coincide con lo encontrado por Bertagni et al. (2018), que estudiaron la internación en HG desde la perspectiva de personas usuarias y mostraron que se respetaba y promovía el derecho a mantener vínculos comunitarios mediante la recepción de visitas y, en menor medida, respecto del uso del celular en internación. A diferencia de lo encontrado por Ceriani (2014) quien describió la presencia de obstáculos institucionales para el mantenimiento de los vínculos de las personas internadas por SM en HG de la provincia de Buenos Aires.

Por último, recordemos que, durante el análisis de HC, constatamos la posibilidad de internar en todas las instituciones sin la obligatoriedad de acompañamiento familiar. Ello nos remite a una menor sobreexigencia a las familias, ante el riesgo de sobrecarga que implica

el cuidado de un familiar en crisis (Mello & Schneider, 2011; Duarte, 2018), y por tanto sería un indicador de menor desgaste del lazo vincular. Desde esta perspectiva, se evidenció, además, el ejercicio del derecho al acompañamiento, que debe contemplar, también, el derecho a rechazarlo. Articulamos ello, además, con una de las recomendaciones desde la perspectiva del Recovery, que destaca la necesidad de que los servicios de salud compartan con las personas usuarias la responsabilidad por el tratamiento hacia su recuperación. (Saxena, Funk, & Chisholm, 2013; Baccari, Onocko Campos & Stefanello, 2015).

4. 4. MENOS MALTRATO, DISCRIMINACIÓN Y VIOLACIÓN DE DDHH.

La presencia de actitudes de maltrato, herencia del tratamiento moral, pero además de actitudes de discriminación y violación de DDHH de personas con enfermedad mental durante la internación, sin duda reflejan la persistencia de características manicomiales en las prácticas de internación en hospitales generales (Hildebrandt & Marcolan, 2016).

Al respecto, en nuestra investigación, algunas personas usuarias dijeron haberse sentido maltratadas por ciertos trabajadores: por parte de profesionales psicólogos/as, por el escaso tiempo de atención, y por parte de enfermería, por comentarios que denotaban descrédito y/o falta de comprensión del padecimiento que implica la enfermedad mental. En este sentido, Hildebrandt & Marcolan (2016) vincularon la presencia de malos tratos con la falta de formación de enfermería, y otros investigadores también mostraron la necesidad de capacitación adicional del personal de internación para optimizar el uso de las camas de SM en hospitales generales (Candiago et al., 2011). Sin embargo, otras personas usuarias valoraron de manera positiva el vínculo con enfermería, del que destacaron la confianza y el trato amigable, incluyendo la “motivación” o aliento para que la persona se recupere, aspecto que pusimos en relación con el concepto de *Recovery*.

Por otro lado, la percepción de que las/os profesionales psicólogas/os dedican poco tiempo a las entrevistas durante la internación nos remite a dos cuestiones: por un lado, a la vigencia del MMH, dado que cuando las entrevistas se realizan en dupla médica/o y psicóloga/o, pareciera que es la profesión médica la que impone sus criterios y tiempos. En segundo lugar, nos remite a la vigencia de actitudes de maltrato profesional en ámbitos de internación, tal como lo señalaba Rosenhan (1982), quien describió que en internaciones monovalentes, los profesionales suelen pasar poco tiempo con los pacientes producto de actitudes segregacionistas. En la clásica investigación de los años 70, observaron que, incluso, quienes tenían más poder, como los profesionales, estaban proporcionalmente menos tiempo en contacto con los pacientes que quienes ocupaban roles de menor poder, como enfermería (Rosenhan, 1982). Señalamos la similitud con nuestras observaciones y lo

dicho por usuarios acerca de la presencia de profesionales de SM versus la presencia de enfermería y operadores de SM en sala de internación.

Si reflexionamos sobre la persistencia de maltrato, no podemos dejar de lado la forma máxima de violencia institucional, que en el manicomio representa la muerte de la persona internada. En nuestra investigación, vimos que durante el año 2019 el tipo de egresos por *defunción* representó el 1% del total (n=10). Un análisis más detallado, observamos que la duración de esos eventos no excedieron los 21 días. Ello nos permite asegurar que, durante el período estudiado, no se registraron muertes de personas con internaciones prolongadas por SM. Ello contrasta con la frecuencia de muerte en los manicomios, si consideramos que históricamente ese era el destino habitual de las personas que allí se internaban (Basaglia, 2008; Pierri, 2016).

Durante los resultados también describimos un tipo de problemática que articula el *deambular* por el inadecuado espacio hospitalario con un tipo de sufrimiento subjetivo que mencionamos como *aburrimiento manicomial*, dado que nos remiten a la persistencia de aspectos manicomiales en el HG. Las personas usuarias describieron el estar internado como un “*embole*”; dijeron sentirlo como un espacio triste, en soledad o directamente como estar muy aburrido/a. Notamos que, en estos casos, también hay una referencia temporal, donde el tiempo deja de ser nombrado como breve, factor que anteriormente identificamos como facilitador del acceso a la internación para ser nombrado como *un tiempo eterno*, con horas largas que no pasan más.

A veces, el único espacio para estar del paciente internado es su propia habitación. Ello muestra que aún existen modalidades de internación en donde la quietud y el descanso son considerados como eje central del tratamiento. Ello se contrapone con lo esperado en términos Recovery, que indica como recomendación a los servicios de salud la necesidad de que se ofrezcan opciones de tratamiento a la persona con sufrimiento mental (Saxena, Funk, & Chisholm, 2013). En este sentido, la presencia de operadores resultó favorecedora de salidas previas al alta, incluyendo visitas a espacios públicos o al domicilio de la persona internada, por lo que debe valorarse como aporte para resolver o minimizar las falencias de recursos edilicios adecuados en cuanto a espacios recreativos.

4. 5. MENOR DESPERSONALIZACIÓN: RESPETO A LA DIGNIDAD.

La despersonalización, práctica típica del hospital monovalente, implica un modelo contrapuesto al de promoción de autonomía. No es sólo un efecto de dichas prácticas, sino una de las formas de gestión de la institución manicomial, que reduce sujetos a cuerpos y simplifica la diversidad humana a partir de una estandarización diagnóstica.

Según Testa (1994) la objetivación del paciente es un efecto de la búsqueda de eficiencia en las instituciones de salud. En contrapartida, la dignidad incluye aquello que nos hace personas. El abordaje singular de la persona con sufrimiento mental distancia las prácticas de cuidado en SM de protocolos eficientistas, y sólo se comprende como finalidad ético-política que nos obliga a priorizar la pregunta por la eficacia (Testa, 1994; Onocko Campos, 2004).

En nuestra investigación, encontramos que predominaba un abordaje singular, donde el conjunto de decisiones terapéuticas podía variar en función de la persona. Ello fue reconocido tanto por trabajadores como por personas usuarias. Las personas trabajadoras tuvieron que recurrir a la palabra “*depende*” como parte de sus respuestas y brindar ejemplos de formas de actuación alternativas, aclarando que todas ellas eran posibles, ligadas a la particularidad de la situación de la persona.

Por su parte, las personas usuarias recurrieron a frases como “*a veces sí, a veces no*”, para dar cuenta de las diferencias que notaron entre estrategias terapéuticas propias y las de otras personas, además de entre distintos momentos de su propia internación y/o entre diversas internaciones que habían vivido. Eso se puso en evidencia respecto de la posibilidad y el momento de las visitas, las salidas previas al alta y/o el uso de medicación, entre otras. Desde la perspectiva del Recovery, ello muestra que en práctica de atención durante la internación se cumple la recomendación de respetar la singularidad de la experiencia de cada persona usuaria (Saxena, Funk, & Chisholm, 2013).

Lo encontrado muestra diferencias con lo hallado por Ceriani (2014) en HG de Buenos Aires, donde la autora describió el predominio de mecanismos de homogenización institucional por sobre las consideraciones a la singularidad, dado que no se tenían en cuenta características personales. Sin embargo, al analizar las indicaciones de permisos de salidas previas al alta en los registros de HC, vimos que en algunas instituciones había una regularidad, que mostraba la dominancia de condiciones edilicias y reglas institucionales por sobre los lineamientos del modelo desmanicomializador. En este aspecto notamos coincidencia con dicha autora.

Respecto a la singularidad de la persona corriendo al diagnóstico como organizador del tratamiento, esperábamos poder contar con datos sociales de las personas internadas, como *nivel de escolaridad, situación laboral* y grupo conviviente. Sin embargo, estos fueron

datos ausentes en las HC, por tanto no pudimos incluirlos en la fase cuantitativa del análisis. Reflexionando acerca de la ausencia de estos datos, tanto en la base de datos como en las HC, surgió como hipótesis el hecho de que las características sociales, culturales, educativas y laborales sean poco valoradas durante el abordaje en SM, es decir, que sean consideradas accesorias y no parte central del abordaje terapéutico. Sin embargo, ello se contrastó durante la fase cualitativa con las observaciones realizadas en diversos ámbitos hospitalarios, donde constatamos que el equipo de SM interviniente no sólo conocía ese tipo de información respecto de cada persona internada, sino que se tenía en cuenta al momento de construir la estrategia terapéutica.

El contraste entre diversas fuentes de investigación nos permitió cuestionar el propio registro de lo actuado, vislumbrando una brecha entre lo que se hace y lo que se registra en SM. A la luz de esta observación, consideramos que lo efectivamente registrado en las HC debe comprenderse apenas como un *indicio* de lo actuado.

En ese mismo sentido, durante la presentación de resultados (cap. 3 punto 4.3), anticipamos la discusión respecto de la ausencia de formularios de consentimiento informado en las HC relevadas, que pusimos en relación con el proceso dialógico del consentimiento como herramienta de promoción de autonomía, o bien como acto burocrático de suscribir a un formulario (Huertas García, 2001; Marquevich, 2012; Ramos Pozón, 2012, 2015). No repetiremos aquí ese desarrollo, sino únicamente repasar que identificamos la coexistencia de diversas finalidades, a veces contradictorias, en un mismo proceso.

Consideramos que, para los trabajadores, la hoja pre-impresa representa, por su forma y lenguaje, a la institución Justicia y no la consideran propia del sector Salud, es decir, no se asume como propia de la desmanicomialización. Para los trabajadores de SM, la actitud de colaboración de la persona con sufrimiento mental sería un indicador de voluntariedad durante la internación. En este sentido, afirmamos también que la ausencia de esta hoja-formulario de consentimiento en las HC, si bien representa un incumplimiento a la ley, no permite asegurar que no se cumplen los derechos a la información y la participación.

Continuando con el eje de presentación de los beneficios esperados, se entiende que la internación en el HG permite una mayor respeto por la dignidad de la persona y promueve la inclusión social como finalidad de la misma. Así, se pone en cuestión la idea de cura en SM (Schiappa Pietra, 2006) y nos recuerda que las personas usuarias con sufrimiento mental suelen necesitar continuidad de cuidados. En este sentido, nos interesa la articulación o desarticulación con la red territorial, que remite a la posibilidad de contar con esa continuidad de cuidado, entramado en el cuál el dispositivo de internación en el HG adquiere sentido. Desde la perspectiva del Recovery, ello implica la obligación de los

servicios de salud de articular comunitariamente para garantizar la inclusión social. (Saxena, Funk, & Chisholm, 2013).

En nuestra investigación, encontramos que los dispositivos de atención ambulatoria estaban fuertemente articulados con el dispositivo de internación. Esto se evidenció de diversas maneras: por un lado, constatamos que al momento del ingreso muchas personas ya tenían tratamiento previo de manera ambulatoria, y ese contacto, junto a la confianza con trabajadores de SM, funcionaba facilitando el acceso. Por otro lado, vimos a partir de la lectura de historias clínicas que no siempre se dejaba registro de la continuidad de cuidados, pero durante las entrevistas tanto las personas usuarias como trabajadores de diversos servicios reconocieron que ello era parte del proceso de externación y alta. Además, algunas personas usuarias dijeron que salían durante la internación para participar de dispositivos intermedios o bien participaban previamente en ellos al momento de ingresar. Vimos que para esta articulación el rol de operadores en SM era fundamental.

Lo encontrado se contrapone con lo referido en otras investigaciones, que tomando la visión de enfermería, encontraron mayormente desarticulación y fragmentación entre internación y la continuidad de cuidados en comunidad (Botega et al, 2017).

Vale mencionar que, en nuestra investigación, algunas/os entrevistadas/os médicas/os, enfermeras/os y también personal de SM, introdujeron la sospecha de falta de continuidad de cuidados. Ello nos remite a lo encontrado en investigaciones anteriores, donde afirmamos que enfermería reconoce sólo en parte el proceso de trabajo en SM, habitualmente aquellas tareas o ámbitos en los que se desempeña y que comparte, desconociendo el resto de actividades e implicancias del proceso de trabajo en SM (Baffo et al, 2016).

Lo hallado en nuestra investigación también se contrapone a lo planteado por otros investigadores, quienes estudiaron la problemática de *puerta giratoria desde encuestas a personas internadas*. Zanardo et al. (2017) pudieron constatar que el 71,9% de los internados tenía referencia para la continuidad de cuidados al momento del alta, pero el 96% de los usuarios con reinternaciones frecuentes no hacía uso regular de los servicios ambulatorios. Nuestros hallazgos, por el contrario, parecen invertir esa relación: de la lectura de HC constatamos que una minoría tenía referencia para la continuidad de cuidados, pero luego las observaciones y entrevistas nos permitieron comprender que la mayoría de las personas internadas, incluso con reinternaciones, sí tenía un vínculo previo con el equipo de SM en el marco de un tratamiento anterior.

Por eso, afirmamos que las reinternaciones no implican puerta giratoria, sino que pueden ser un indicador del cambio de modelo: de una única internación prolongada en monovalente, a una serie de internaciones breves en el HG (Ardila-Gómez et. al, 2021) atendiendo a la necesidad de la persona usuaria.

Contrario a lo observado por el MPT (2014), que informa que en la Ciudad de Bs As no existían procedimientos sistematizados ni formalizados que permitieran verificar si el paciente concurría a la institución o dispositivo ambulatorio al cual era derivado para su seguimiento, durante las entrevistas aparece el dispositivo de visita domiciliaria como indicación cuando la persona recientemente externada no concurre al turno programado o no asiste al dispositivo intermedio, según lo que corresponda a la estrategia singular de su proceso de externación. Vale mencionar, sin embargo, que esto no fue mencionado de manera homogénea entre trabajadores de distintos hospitales, ni tampoco se pudo constatar a partir de la lectura de HC. Por eso, podemos afirmar que, en los casos en donde se implementa, la visita domiciliaria podría ser un procedimiento que facilita la continuidad de cuidados.

Identificamos que, desde la percepción de los trabajadores, el modelo comunitario implicaría la no internación de las personas con sufrimiento mental. A diferencia del lugar privilegiado y altamente valorado que tiene la internación para el modelo biomédico, desde lo comunitario conlleva una valoración negativa, puesto que implicaría el fracaso de estrategias previas, y por eso mismo se acompaña de cierta frustración en el equipo de SM. A su vez, las reinternaciones suelen generar la sospecha de falta de tratamiento fuera del ámbito de internación, es decir, sospecha de ausencia de continuidad de cuidados.

Ello se articula a lo planteado en las conclusiones de otras investigaciones (Ardila-Gómez et. al, 2021), donde se pone en debate la necesidad de equipar con más recurso humano a los servicios de internación, planteando como pregunta si la prioridad no debiera ser el reforzar con más recurso humano a los dispositivos de la red de atención no hospitalaria. En este sentido, nuestra investigación nos permite afirmar que, probablemente, reforzar la continuidad de cuidados no impacte en menor cantidad de internaciones en el HG, sino por el contrario, podría facilitar su acceso. Por lo tanto la pregunta debería ser cómo articular u organizar el recurso humano para que la internación en el HG no sea un momento apartado o excepcional dentro de la continuidad de cuidados, sino una estación dinámica del mismo proceso.

4. 6. ENTRE LO ESPERADO Y LO ENCONTRADO: TRES MODELOS EN TENSIÓN.

A lo largo de este capítulo vimos que los *beneficios esperados* de las internaciones por SM en el HG se cumplen de manera parcial y únicamente cuando se respetan ciertas condiciones. Es decir, no se producen de manera obvia y automática, sino que requieren de un trabajo explícito e incluso cuando se logran (si se logran) lo hacen siempre de manera provisoria.

En función de ello, planteamos la existencia de tres modelos que nos ayudan a entender la tensión entre lógicas de exclusión y violencia manicomiales y procesos desmanicomializantes. Destacamos que, como siempre que hablamos de modelos teóricos, ellos no tienen un correlato directo en la práctica, sino que se vislumbran como momentos o aspectos que muchas veces conviven como *tensiones* en el complejo proceso de trabajo en SM.

Proponemos denominarlos (1) modelo Neo-manicomial para referirnos a la vigencia de lógicas de exclusión (2) modelo Cuasi-desmanicomializador, en referencia a formas críticas y de ruptura del modelo manicomial, pero a medio camino, subsumidas por la lógica de eficiencia del HG y (3) modelo Desmanicomializante: nunca como algo logrado o permanente, sino siempre como un proceso contrahegemónico.

Buscamos así aportar elementos técnicos al estudio de los procesos de reforma en SM, para comprender el proceso de atención que se sostiene durante internaciones breves en hospitales generales.

A continuación en el Cuadro 10 resumimos algunos elementos que sirven para caracterizarlos de manera comparativa entre ellos.

Cuadro 10. Modelos de atención en internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales. Río Negro, 2019-2024.

	Neo-manicomial	Cuasi-desmanicomializador	Desmanicomializante
Gestión	Ineficacia e ineficiencia	Eficiencia.	Eficacia.
Tiempo de internación	Indefinido	Breve	Acotado.
Persona usuaria	Negada - despersonaliza. Objeto de intervención profesional	Reconoce singularidad. Decisiones restringidas.	Reconoce singularidad. Promoción de autonomía
Relación profesional con PU.	Distancia objetivante. Maltrato.	Respeto por DDHH. Se mantiene la asimetría saber - no saber	Trato persona-persona. Se reconoce su dignidad y autonomía.
Proceso de Consentimiento Informado	Inexistente	Formulario pre-impreso. Protege al profesional	Como diálogo. Derecho de la persona usuaria.
De la custodia al acompañamiento	De tipo custodial. Presencia permanente, rígida. No se distingue entre policía, operador o familiar.	Como parte de la estrategia de no encierro. Presencia como contención. Distingue roles, se prioriza a la familia.	Como parte de la estrategia de no encierro. Promoción de las salidas. Distingue roles, se prioriza al operador.
Familia	Negada.	Como agente de atención / cuidado. Su saber se tiene en cuenta.	Como parte del sujeto de intervención. Su saber y sus necesidades se tienen en cuenta.
Acompañamiento familiar	Restringido. Aislamiento.	Permanente, obligatorio. Prioriza la necesidad institucional.	Ocasional. Prioriza el derecho de la persona a estar o no acompañada.

Cuadro 10 (Continuación)

	Neo-manicomial	Cuasi-desmanicomializador	Desmanicomializante
Salidas	Nunca. Se niegan por normativa institucional.	Siempre. Apuntan a evitar la iatrogenia del encierro y alivio de la institución.	Ocasional Dependen de la ET singular. Se realizan con objetivos específicos.
Visitas	Restringida de manera parcial o total. Barreras institucionales más o menos explícitas.	Permitida en horario institución amplio La prioridad es el respeto a los ritmos del HG.	Permitida de manera ampliada. Discriminación positiva en SM.
Recovery	ausente	parcial	presente

Fuente: elaboración propia.

5. CONCLUSIONES

Para organizar este apartado retomamos la secuencia de objetivos específicos, sintetizando los principales hallazgos en relación a cada uno. Al finalizar el capítulo retomamos el objetivo general para presentar una propuesta de modelización en relación a las prácticas de atención en internación.

5.1. INTERNACIÓN EN LA DESMANICOMIALIZACIÓN RIONEGRINA.

5.1.1. *Algunos condicionantes.*

Desde una mirada de Salud Colectiva, planteamos que las prácticas de atención no pueden comprenderse como mero efecto de la existencia de leyes y normativas de desmanicomialización, pero tampoco como prácticas individuales donde cada actor toma las decisiones de manera independiente. Debemos reconocer que diversos lineamientos políticos, legales, institucionales y técnicos forman parte del entramado que hace posible ciertas prácticas, las promueve, limita o condiciona. Así, las prácticas de atención en internación, encarnadas por sujetos sociales, deben pensarse situacionalmente. Describimos ese *contexto condicionante* no como algo externo, sino como *texto* de nuestro objeto de estudio. Entre ellos destacamos cuatro elementos:

En primer lugar, mencionamos los *lineamientos políticos, legales y normativos*. Planteamos su configuración compleja, incluyendo el avance de procesos de reforma en el mundo y la LNSM, que reforzó e impulsó el proceso provincial. Como contrapartida, mencionamos el avance de los movimientos *conservadores* y de las políticas neoliberales en la región y en el mundo, que nos hace temer un retroceso en términos de contrarreforma en SM (Oliveira Da Costa & Ximenes Da Silva, 2024). A su vez, desde el Programa de SMCyCP de Río Negro se reconoce un marco normativo que incluye declaraciones y principios internacionales, pero que hace eje en la Ley provincial N° 2440. Allí, se explicita la concepción de la internación como último recurso terapéutico, es decir, cuando no existen alternativas de mejores tratamientos, y que el objetivo de la internación debe ser la pronta recuperación y reinserción de la persona.

En segundo lugar, describimos *la provincia de Río Negro y su sistema de salud*. La organización territorial por zonas sanitarias refleja su heterogeneidad interna, y el perfil sanitario resume comparativamente la singularidad provincial en Argentina (MSN, 2023). Notamos la importancia relativa que adquiere el subsector público, que funciona como único efector de salud en pequeñas localidades, y que las internaciones por SM se realizan casi

exclusivamente en hospitales públicos por falta de adecuación de las instituciones privadas a las normativas de la LNSM. Ello refleja un mecanismo donde los recursos públicos son derivados para financiar al sector privado y de obras sociales.

Afirmamos que los HG reflejan un crisol de condiciones edilicias y no siempre cuentan con las medidas de seguridad indicadas a nivel nacional, como son la protección de ventanas y salidas al exterior (MSN, 2022). Además, la actual crisis por falta de recursos humanos y materiales surge al considerar la visión de los trabajadores de salud, quienes relataron que, muchas veces, las condiciones edilicias de los hospitales, la escasez o falta de medicación y la escasa cantidad de trabajadores son los principales condicionantes al momento de tomar decisiones terapéuticas, incluso con más relevancia que sus propias convicciones teóricas y políticas en SM.

En tercer lugar, describimos el *Programa de SMCyCP*, focalizando en la red *asistencial* como entramado en el cuál las internaciones por SM adquieren un sentido particular. Entre los dispositivos de la red sanitaria que funcionan como condicionantes de las prácticas de internación (como las visitas domiciliarias, los Equipos Móviles multipropósitos, las actividades de acompañamiento en la vida cotidiana y el trabajo intersectorial) destacamos la relevancia del dispositivo de *atención en crisis*, como ámbito de ingreso e incluso como sostén durante la internación en el HG. Vimos que en *todas* las áreas programa de la provincia se realiza atención de urgencias por SM las 24 horas, ya sea con soporte activo o desde guardia pasiva de SM. Ello implica que la recepción del paciente en crisis la realiza siempre el médico de guardia, hecho que pusimos en relación a una concepción de la salud, que se corresponde con la necesidad de un abordaje integral. Además, mencionamos que el subsector privado y el de obras sociales desatienden sus responsabilidades en el marco de la LNSM, y que tanto las urgencias como las internaciones son atendidas sólo por el subsector público.

Continuando con la descripción de la red de servicios, cabe aclarar que la distribución de dispositivos intermedios en el territorio provincial no es homogénea ni sigue parámetros claros. El número aproximado de dispositivos intermedios a mayo 2024 es de 25 en todo el territorio provincial (Coordinación de SMCyCP, 2024).

En cuarto y último lugar, hicimos una breve descripción de los *saberes técnicos y teóricos* como determinantes de los procesos de atención en internación, particularmente del método rionegrino de Reflexión-Acción (Schiappa Pietra, 2003; Gutierrez, 2018), que nos permitió destacar la importancia de la integración de saberes disciplinares y no disciplinares, incluyendo la figura central del operador en SM. Presentamos la composición de los equipos de SM como heterogénea, siendo la más habitual la inclusión de profesionales de psicología. Vimos que la jefatura de la mayoría de los equipos la desarrollan estos profesionales, aunque también hay jefaturas de servicio o jefaturas zonales a cargo de

profesionales de trabajo social, de operadores y, en menor medida, de médicos de SM o psiquiatras.

En relación a la metodología del trabajo, observamos la puesta en práctica del modelo rionegrino, donde se suceden momentos de aportes disciplinarios en las reuniones de equipo y luego momentos específicos y no específicos en la práctica (Gutiérrez, 2018). En ese mismo proceso se realiza un movimiento de reflexión en equipo que puede orientar hacia una nueva ejecución en base a los resultados obtenidos. Por ello, la reunión de equipo es el dispositivo central que permite tanto ir de la reflexión a la acción como de la acción a la reflexión (Schiappa Pietra, 2012).

Por último, en cuanto a los operadores, vimos que continúan siendo una figura emblemática y a la vez controvertida del modelo provincial. Respecto a su presencia en internación, algunos la resisten, pues consideran que esta figura no pertenece al interior del hospital, mientras que para otros su rol es esencial para sostener internaciones en sala común.

5.1.2. Caracterización desde el análisis estadístico, 2019.

Durante el año 2019 se registraron 1488 egresos por SM en el territorio provincial. Comenzamos la caracterización según variables disponibles de las personas internadas (edad y sexo). Observamos que los egresos de mujeres fueron 734, representando el 49% del total, coherente con la simetría de la distribución por sexos en la población general de la provincia de Río Negro. En cuanto a la variable edad, encontramos que la media es de 35 años y la mediana de 33 años, es decir que la mitad de los egresos con código de SM correspondieron a personas de 33 años o menos. La frecuencia relativa acumulada nos mostró que el 82% de las internaciones por SM en 2019 correspondieron a personas con 50 años o menos al momento del egreso. También resultó llamativo que el 23% de los internados fueron menores de 20 años (niñeces, adolescentes y jóvenes adultos). Ello puede interpretarse como un indicio de accesibilidad para este grupo etario.

En segundo lugar, buscamos caracterizar los egresos según variables institucionales: tipo de hospital y zona sanitaria. Notamos que los 1488 egresos correspondían a eventos de internación en todo el territorio provincial, ocurridos en un total de 32 de los 34 HG de la provincia. Ello puede destacarse como indicador positivo de la descentralización territorial, uno de los ejes de la reforma provincial.

Mencionamos que se realizaron internaciones por SM en hospitales de diverso grado de complejidad, aunque dentro de un mismo nivel la variación en la frecuencia de egresos por SM fue amplia. Analizamos la distribución de egresos según zona sanitaria y encontramos que la más importante era la Zona Andina, seguida del Alto Valle Este.

A continuación y en tercer lugar, analizamos la distribución de egresos según su duración. El promedio provincial fue de 6,72 días. La mediana correspondió a 3 días, es decir, que el 50% de los eventos de internación tuvieron una duración de hasta 3 días. Este resultado cobra relevancia en la búsqueda de alternativas a la atención manicomial, dado que nos permite suponer que si se efectiviza la accesibilidad a internaciones en HG cuando ellas sean necesarias, las mismas resultan más cortas y eficaces. En el mismo sentido, encontramos que el 75% de las internaciones tuvo una duración de hasta 7 días y el 90% una duración de hasta 15 días. Apenas el 0,8 % superó los 60 días y apenas el 0,3% de los eventos superó los 90 días. Estos datos referidos a la duración de la internación son positivos para un modelo de reforma en SM que busca disminuir la exclusión y el estigma, y hay que interpretarlos en relación a la menor probabilidad de aislamiento social que representan las internaciones breves.

En cuarto lugar, analizamos la distribución según el tipo de egreso, buscando en ello indicios de la continuidad de cuidados. Encontramos que el 89% de los egresos se registraron como Alta médica, mientras que *Retiro voluntario* fue de apenas el 3% (n=49), hecho que resulta importante dado que podría significar, para estos egresos, un peor vínculo terapéutico y menos posibilidades de continuidad de cuidados. El tipo de egresos por *defunción* representó menos del 1% del total (n=10). Observamos que la mayoría de las personas que fallecieron durante la internación tenían más de 80 años y que la duración de la misma no excedió los 21 días. Ello nos permite asegurar que, durante el período estudiado, no se registraron muertes de personas en el marco de internaciones prolongadas por SM.

En quinto lugar, relacionamos los egresos por SM con los egresos por todas las causas, buscando vislumbrar la importancia relativa de SM como motivo de internación en el HG. Encontramos que el total de 1488 representaba el 3,25% del total de internaciones por todas las causas (n= 45.763). Esta proporción evidenció una gran variabilidad entre instituciones en el territorio provincial. No encontramos que esta distribución tenga relación directa con el nivel de complejidad hospitalaria, pero sí encontramos que una de las zonas sanitarias presentaba el valor más bajo, pues apenas el 2,12 % del total de egresos se correspondía con motivos de SM.

Continuando el análisis, en sexto lugar observamos la distribución de egresos según subcódigos diagnósticos (CIE-10). La categoría F10 a F19, que agrupa a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancia psicoactivas (incluyendo alcohol y otras sustancias) es la que tuvo un mayor peso proporcional, pues representa el 32 % de los eventos de internación por SM en el año 2019. Esto resulta importante teniendo en cuenta que las adicciones presentan un desafío para los hospitales públicos, siendo un tema de debate y fuertes resistencias su integración a la SM.

Al combinar la variable diagnóstico al egreso con la variable sexo, observamos una distribución diferencial en algunas categorías diagnósticas. Así, mientras para los varones las categorías F10-F19 significaron el 48,5% de los egresos, para las mujeres representaron sólo el 15%. Ello puede deberse al mayor impacto de las adicciones entre varones, o bien a la menor visibilidad del problema entre mujeres. Como contrapartida, para las mujeres las dos categorías diagnósticas con mayor peso fueron los trastornos neuróticos, somatomorfos y relacionados al estrés (F30 a F39) y los trastornos del humor (F40-F49). Esto nos remite a la necesidad de profundizar la perspectiva de género y no limitarnos a la variable disponible (sexo biológico) en futuras investigaciones.

A modo de conclusión, entonces, el análisis nos permitió visualizar el logro de algunos parámetros de la reforma, como son la descentralización y el menor tiempo de estadía, que se traduce en menor riesgo de exclusión. Además, los egreso por alta médica nos permite suponer la continuidad de cuidado, aunque el tipo de estudio de corte transversal no nos permitió en la fase cuantitativa descartar posibles riesgos advertidos en procesos de reforma, como por ejemplo el fenómeno de *puerta giratoria*.

Por último, respecto a la accesibilidad, si bien constatamos el uso de internación en personas con distintos sexos, grupos etarios y por diversos tipos de sufrimiento y categorías diagnósticas (incluyendo adicciones), también notamos algunos datos preocupantes. La razón entre egresos y el número de habitantes presenta fuertes diferencias entre áreas programa. De modo similar, el bajo porcentaje de egresos por SM en relación a los egresos totales, particularmente en algunas instituciones y zonas sanitarias, nos alerta sobre posibles asimetrías en el acceso al interior del territorio provincial.

5.1.3. Modelo promocional rionegrino en las historias clínicas.

En SM, el registro en las HC se vincula al nacimiento mismo del saber psiquiátrico. Este origen histórico enfatiza la dimensión tradicional del registro en HC, al que se le sumaron otros fines. Es históricamente más reciente que se vincule el registro en la HC con los derechos de las personas a la información y a la promoción de autonomía, cuestión que aún confronta ciertos obstáculos, en particular -aunque no exclusivamente- en el campo de la SM. Según Markevich (2012), considerar el respeto a la intimidad del paciente influye en la decisión de los profesionales acerca de qué tipo de información registrar o no en la HC.

Planteamos que existe una brecha entre lo que se hace y lo que se registra en SM particularmente en procesos de reforma, dado que el registro escrito queda asociado al modelo médico tradicional que se quiere transformar, sin que quede claro su valor como herramienta para promover autonomía. Por todo ello, debemos considerar que lo registrado en las HC no refleja de manera transparente ni lo evaluado ni lo actuado en el abordaje

terapéutico de SM, aportando apenas indicios que intentamos valorar adecuadamente en relación al contexto de su producción.

Repasamos a continuación los principales hallazgos en relación a las cuatro dimensiones del modelo desmanicomializador que fueron previamente desarrolladas:

En primer lugar, abordamos la dimensión *mantenimiento del vínculo con el Medio Comunitario* (Schiappa Pietra, 2006). Encontramos un escaso número de indicaciones restrictivas de manera parcial de la comunicación, lo cual pareciera confirmar la prioridad que tiene en el modelo rionegrino el hecho de mantener los vínculos con el medio comunitario como base de toda estrategia terapéutica posible.

Respecto de *las salidas previas al alta*, encontramos que se indicaron permisos de salida temporal, que se realizaron casi siempre con algún tipo de acompañamiento. Analizamos la relación entre permisos de salida y duración de internación, pero encontramos una variedad de situaciones sin patrón, vislumbrando en eso un indicador de que la singularidad del caso se tenía en cuenta para realizar o no la indicación de permisos de salida. Sin embargo, al analizar los permisos por institución, notamos que esa diversidad aparecía sólo en la mitad de hospitales, mientras que en otros había una regularidad, es decir, que los permisos de salida aparecían siempre o nunca. Esa regularidad implicaría la vigencia implícita de cierto *protocolo* o normas institucionales impuestas en la forma de actuar. Interpretamos esto con relación a las condiciones institucionales del HG, que pueden ser aún más influyentes al momento de tomar decisiones terapéuticas que el propio modelo desmanicomializador. Consideramos que la indicación de salidas temporales confronta con criterios habituales y hegemónicos respecto del proceso de internación-externación, que suele vincular el ingreso al HG con la necesidad de una asistencia especializada y más o menos intensiva, y asociar el egreso con el momento en que esa asistencia puede ser ambulatoria y los cuidados pueden realizarse en domicilio.

El último aspecto de este primer eje es el registro de la participación de la familia durante la internación. En este sentido, observamos dos situaciones no excluyentes: por un lado, notamos que se registraba la realización de entrevistas a uno o más miembros de la familia de la persona internada durante la internación; por otro, la indicación que ordenaba un acompañamiento familiar permanente durante la internación. Ambas indicaciones tampoco fueron totalmente coincidentes, es decir, que se realizaban entrevistas a familiares incluso cuando no estaban realizando un acompañamiento en sala, pero además, la indicación de acompañamiento no siempre estaba acompañada de entrevistas con alguien de la familia.

Otro tipo de acompañamiento que encontramos indicado fue el de operadores de SM, que podía coincidir o no con la indicación de acompañamiento familiar. Al respecto, vimos que no había un patrón de regularidad que deje por fuera la singularidad del caso,

sino que en todas las instituciones se producían internaciones con y sin algún tipo de acompañamiento. En todas observamos acompañamiento familiar o mixto (familiar más operador). La posibilidad de internar sin la obligatoriedad de acompañamiento familiar nos remite a una menor sobreexigencia a las familias, ante el riesgo de sobrecarga que implica el cuidado de un familiar en crisis.

En segundo lugar, abordamos la dimensión del *Trato persona a persona* (Schiappa Pietra, 2006). Vinculamos esta dimensión con formas de dirimir el saber/poder durante la internación, tomando como indicador de ello la firma del consentimiento en caso de internaciones voluntarias, y de notificación/informes al juzgado en caso de involuntarias, además del registro explícito de la voluntad del paciente respecto de la toma de algunas decisiones.

Encontramos eventos de internación en los cuales no había registro ni del consentimiento firmado ni del carácter involuntario, cuestión que resulta preocupante en términos del respeto a los derechos de las personas usuarias. Sin embargo, observamos como parte del registro de evolución expresiones que pueden ser indicios de la existencia de un proceso de consentimiento. Ello nos permitió incorporar la distinción entre el proceso de consentimiento informado, cuya única forma válida es la conversación (Ramos Pozón, 2012), y la firma del documento CI por escrito que, cuando adopta el procedimiento de la firma de un documento preimpreso, sin explicaciones orales y/o escritas, pierde tanto su valor legal como su valor potencial como herramienta para promover autonomía en la persona usuaria de SM.

Afirmamos, entonces, que la ausencia de un formulario no implica necesariamente la falta de proceso de consentimiento informado o la falta de consideración por la autonomía de la persona internada. Sí conlleva, por supuesto, una falta al requerimiento legal, dado que en internación sólo es válido el consentimiento cuando se deja constancia escrita como probatoria del mismo. Es probable que este requerimiento legal sea incumplido a veces en el quehacer desmanicomializador, por el peso relativo de la práctica por sobre la importancia que se le asigna al registro escrito de ese hacer.

La tercera dimensión que abordamos fue la *Interdisciplina*. Los datos mostraron cierta autonomía del servicio de SM para iniciar y finalizar internaciones en HG, dado que no se requiere la firma de un médico del servicio de guardia general para el ingreso ni tampoco para el alta. Ponemos en valor estos datos, en relación al carácter alternativo al mecanismos de hegemonía del modelo médico. Además, en la mayoría de los eventos observamos que durante la internación se registraba la participación de profesionales con distinta formación disciplinar. Ello podría ser un indicador de abordaje interdisciplinario en SM.

Por otro lado, observamos que la participación de otros servicios en la asistencia a personas internadas por razones de SM se realizó mayormente por pedidos de

Interconsultas al momento del ingreso o durante la evolución. Constatamos la participación de algún médico de otro servicio hospitalario (no SM) y también de profesionales en otras disciplinas, como fonoaudiología, obstetricia, trabajo social y odontología, además de enfermería. Los datos muestran que existió un abordaje multidisciplinario en la atención durante estas internaciones en hospitales generales.

La cuarta y última dimensión fue *Inclusión social* como finalidad de la internación (Schiappa Pietra, 2006) vislumbramos sus formas de promoción en actividades durante la internación, la presencia de articulaciones intersectoriales y el tipo de egreso en relación a la continuidad de cuidados. En algunos casos observamos que había períodos de cuatro o más días sin evolución profesional, lo que nos hizo cuestionar el tipo de tratamiento. Sin embargo, tras un análisis más detallado, encontramos que ese tiempo que indicaba falta de seguimiento profesional se presentó mayormente en personas que tenían acompañamiento de operadores y permisos de salida, siendo mucho menores en eventos sin acompañamiento o sin dichos permisos. Por eso, lo vinculamos con una ampliación y diversificación del tipo de tratamiento.

Además, exploramos la presencia de dos tipos de articulaciones durante la internación: (a) con otras instituciones de la red sanitaria y (b) articulaciones intersectoriales, notando que la mayoría de los eventos carecieron del registro de este tipo de articulaciones.

Por último, en relación a la continuidad de cuidados, encontramos que la mayoría de las personas habían estado internadas con anterioridad, y que muchas tuvieron al menos otro evento durante el 2019, dato que parecía confirmar el riesgo de *puerta giratoria* como problema de las internaciones en HG, descrito para cuando estas se realizan sin una adecuada continuidad en los cuidados ambulatorios. Al respecto, observamos que en la mayoría de los egresos por alta médica se registró como parte del alta un turno programado y/o algún otro indicio de estrategia terapéutica. En algunas surge la mención de *visita domiciliaria* de un operador o profesional. Sin embargo, en ningún caso se registró que la continuidad de cuidados se realizaría con inclusión de la persona en dispositivo intermedio.

Concluyendo, planteamos que el análisis de 45 eventos de internación a partir de la lectura de HC nos permitió vislumbrar la presencia de un enfoque comunitario, contrario al enfoque individualista típico del MMH (Menéndez, 1990). Vimos que en algunos casos hay indicadores de que el abordaje no se reduce a considerar la dimensión biológica, sino que se aborda a la persona en una trama de vínculos sociales que se traducen en entrevistas familiares, en salidas durante la internación con fines de inclusión social y, en menor medida, en articulaciones intersectoriales durante la internación. Pusimos en relación la orientación promocional con la continuidad de cuidados, viendo que el proceso de externación no se corresponde con el alta del tratamiento, sino con uno de los dispositivos de la estrategia terapéutica más amplia que lo excede.

Todo ello parece indicar la vigencia del modelo promocional como alternativo al MMH. Sin embargo, sabemos que este (el MMH) tiene una tendencia expansionista, es decir, que genera la exclusión ideológica y jurídica de otras formas de atención, pero no necesariamente desde la oposición directa, sino que mayormente se expande mediante procesos de *apropiación y transformación* de otros saberes y prácticas. Ejemplo de ello podría ser el paso del acompañamiento familiar de derecho a obligación, reduciéndose así su potencial valor alternativo al manicomial para quedar subordinado al mismo.

Será necesario reflexionar acerca del uso posible de la HC como herramienta de desmanicomialización para que no siga siendo sólo una herramienta médica con escasa utilidad terapéutico-promocional. En este sentido, se podrían ensayar otros usos de la HC, ya sea como medio para la promoción de autonomía y/o como espacio concreto donde dirimir el poder²⁸.

5.2. VALORACIÓN DE PERSONAS USUARIAS.

La presentación detallada de resultados del análisis cualitativo de entrevistas con personas usuarias buscó visibilizar su perspectiva y valoración respecto de este tipo de internaciones. La extensión del capítulo fue necesaria para no sintetizar la postura del paciente en función de lo que dijo la mayoría, sino reflejar la diversidad de voces y múltiples experiencias que deben considerarse para una comprensión no reduccionista del tema en estudio. Nos proponemos aquí sintetizar los principales hallazgos.

5.2.1. Trayectoria y continuidad de cuidados.

Comenzamos describiendo la *trayectoria del paciente* en internación y la continuidad de cuidados en relación al tratamiento previo y/o posterior al alta. Notamos que el conocimiento y vínculo previo de confianza con la institución pública y con parte del equipo de SM facilitó la accesibilidad. En otros casos, se evidenció el incumplimiento de la LNSM por parte de las instituciones de salud del subsector privado y de obras sociales, problema que vulnera los derechos de las personas con sufrimiento mental y, además, recarga el sistema público, dado que resulta el único que brinda este tipo de atención.

Encontramos que la concepción de internación como último recurso terapéutico no era privativa de la visión profesional, sino que las personas usuarias compartían esta

²⁸ En mi práctica pude vivenciar que escribir junto con el paciente su propia HC tenía efectos clínicos promocionales que ameritan un estudio sistemático al respecto.

concepción. Esto fue vivenciado de manera singular en cada caso, pero con cierta recurrencia en cuanto se trataba de una vivencia de límite, de “no dar más”, frente a la cual la internación se presentaba como el último recurso o la última oportunidad para mejorar.

Resultó interesante el tipo de propuesta de continuidad de cuidados que se planteó al momento del alta, que en la mayoría de los casos se realizó con turnos programados en consultorio externo del HG u otra institución de la red de atención en salud (como por ejemplo, un centro de salud), con inclusión de la persona en dispositivos intermedios, con visitas domiciliarias y mediando la gestión y entrega de la medicación. Para las personas entrevistadas, eso sería indicio de interés y protección del equipo de salud para su cuidado y recuperación.

A partir de ello, afirmamos que la continuidad de cuidados no implica que la persona no vuelva a requerir de internación, sino que incluso tiene un valor contrario: tener un vínculo de cercanía y confianza con el equipo de SM facilita el acceso a internación. Por lo mismo, debemos considerar que las re-internaciones pueden no ser un indicador negativo, en términos de puerta giratoria, sino que pueden indicar el cambio de modelo: desde una única internación prolongada en monovalente, a breves períodos en HG dando respuesta a las necesidades de la persona con sufrimiento mental.

Además, vimos que fue frecuente que se realice una referencia temporal sobre la internación, destacando su carácter breve y transitorio. El quedarse en el hospital se entendía, siempre, como algo acotado. Observamos en ello un factor que favorece el acceso y la permanencia en el HG.

En cuanto a la estadía en sala, mencionamos que las condiciones materiales como higiene, camas y alimentación fueron valoradas como mayormente adecuadas, pero resultaron insuficientes las propuestas de actividades con un sentido terapéutico durante el tiempo de internación. Las personas usuarias describieron el estar internado como *un “embole”*, dijeron sentirlo como un espacio triste, en soledad o directamente como estar muy aburrido/a. Notamos que, en estos casos, también hay una referencia temporal. Pero aquí el tiempo deja de ser nombrado como breve, factor que anteriormente identificamos como facilitador del acceso a la internación para ser nombrado como *un tiempo eterno*, con horas largas que no pasan más. Lo relacionamos con el *deambular* por el inadecuado espacio hospitalario en relación al sufrimiento por aburrimiento, que nombramos como *aburrimiento manicomial*, dado que nos remite a la persistencia de aspectos manicomiales en el HG. Así, vimos que la ausencia o escasez de propuestas de actividades se contrarresta con algunas rutinas que incluyen, como aspectos destacados, el uso del patio para salir a fumar y tomar mate. Algunas veces ello no implica interacciones sino simplemente el “aire libre” para interrumpir el estar dentro de la habitación, que remite al encierro. En otros casos, el “salir al

patio” implica compartir charlas, mates o música con otras personas, cuestión que, podemos suponer, genera cierto bienestar.

En las observaciones notamos la diversidad de condiciones hospitalarias en cuanto a la disposición o no de un espacio verde, patio o área de recreación. Esta diversidad de condiciones hospitalarias es uno de los factores (condicionantes) que influyen en el tipo de prácticas del modelo de atención. A veces, el único espacio para estar del paciente internado es su propia habitación. Ello muestra que aún existen modalidades de internación en donde la quietud y el descanso son considerados como parte de los abordajes de tratamiento. En este sentido, la presencia de operadores resultó favorecedora de salidas previas al alta, incluyendo visitas a espacios públicos o al domicilio de la persona internada, por lo que debe valorarse como aporte para resolver o minimizar las falencias de recursos edilicios adecuados en cuanto a espacios recreativos.

5.2.2. Atención y cuidado: profesionales, operadores y familia.

Las prácticas de atención en internación conllevan la participación de actores profesionales y no profesionales en el equipo interdisciplinario de salud en general y de SM en particular, como así también de la propia familia como cuidadora no institucional durante el tiempo de internación.

Respecto de la atención profesional, enfermería fue identificada como la disciplina cuyos trabajadores *están siempre*, mientras que los trabajadores de servicios de SM (psicólogas/os y médicas/os de SM o médica/o psiquiatra) fueron claramente identificados como los responsables de la internación. Reconocimos diversas configuraciones organizativas de la atención por SM, según la cantidad de profesionales asignados, la modalidad de continuidad o de rotación durante el tiempo de internación y la consideración o no de un vínculo previo con la persona usuaria.

Notamos que los usuarios plantearon la noción de equipo de SM, que fue valorado positivamente cuando existió articulación entre los diversos profesionales, aunque surgieron quejas cuando se evidenciaron fallas en la comunicación. Algunas veces, la rotación de equipos fue comprendida como cuestión institucional u organizativa, pero otras veces generó incertidumbre y preocupación para la persona internada.

Según las personas usuarias, la frecuencia del contacto con profesionales fue predominantemente diaria, aunque podría incrementarse o disminuir en algunos casos. Algunas personas reconocieron que la frecuencia dependía del momento por el que transitaban, y que a mayor sufrimiento eran más frecuentes las evaluaciones. Esto complementa lo observado durante el registro en las HC, sumando entonces la posibilidad de que la falta de registro por uno o dos días puede ser un indicador de que la persona se

encuentra con menor sufrimiento y/o menor necesidad de contacto con el equipo profesional. Sin embargo, varias personas entrevistadas dijeron que se trataba de visitas demasiado cortas y que sería necesario una duración más prolongada, además de un contacto más profundo y personalizado.

Subrayamos que las personas usuarias conocían la disponibilidad de atención las 24 horas mediante el servicio de guardia de SM, que valoraron como disponibilidad profesional, más allá de que no siempre lo utilizaron o incluso, en algunas ocasiones, dijeron que no pudieron acceder por barreras de enfermería o falta de asistencia del profesional.

Tanto con profesionales como con operadores de SM se evidenció un vínculo de confianza y cariño que se vio reflejado en el uso habitual de nombres de pila. El vínculo con los operadores, además, se destacó por la cercanía y el agradecimiento por su presencia en los momentos más difíciles, como los episodios de crisis. Para las personas usuarias, los operadores aportaron contención y, además, favorecieron la realización de actividades recreativas que pusimos en valor en contrapartida al aburrimiento manicomial. De igual modo, el operador fue una figura que facilitó las salidas previas al alta y aportó acompañamiento permanente como relevo de la familia, ante el desgaste que esto genera.

Encontramos que la mayoría de personas usuarias entrevistadas contaron con algún tipo de acompañamiento familiar. En este sentido, observamos una valoración positiva de las visitas y del acompañamiento no obligatorio de la familia, que les ayudó a mermar sentimientos de soledad o aislamiento. Sin embargo, ese beneficio se desdibujó cuando éste acompañamiento fue indicado como medida obligatoria, permanente y/o exclusiva de internaciones por SM. Cuando el acompañamiento era diferencial u obligatorio para internaciones por razones de SM, observamos que dejó de percibirse como un derecho de la persona internada y mayormente se destacaron las dificultades, el esfuerzo y desgaste asociado a él. En lugar de poner de relieve sus beneficios, los relatos evidenciaron el cansancio, el impacto económico y el sacrificio realizado por la familia para poder sostenerlo. En estos casos, además, identificamos que la persona usuaria creyó que la obligatoriedad del cuidado de la familia implicaría una tutela de un otro *adulto responsable* por su seguridad y su tratamiento, generando un efecto de infantilización que resultó paradójico, pues es contrario a la promoción de autonomía que se busca con las internaciones en el HG.

En contrapartida, en otras entrevistas se evidenció la participación del usuario en la toma de decisiones mediante el ejercicio del derecho a negarse al acompañamiento familiar. Desde esta perspectiva, se evidenció el ejercicio del derecho al acompañamiento, que debe contemplar, también, el derecho a rechazarlo. En el mismo sentido, notamos que a veces se presentaron variaciones en la frecuencia de los acompañamientos, en función de los recursos disponibles o al tiempo de evolución. Además, algunos usuarios resaltaron que no

es solo la familia quien realizó el acompañamiento, sino que un recurso valioso fueron los amigos y amigas.

5.2.3. Toma de decisiones: consentimiento y autonomía.

Respecto del ingreso a internación, identificamos tres tipos de situaciones según el grado de participación de la persona usuaria: (a) *demanda de la persona usuaria*, cuando era ella quien requería activamente su internación al equipo de salud, y (b) *indicada por SM y aceptada por la persona usuaria*. En estos casos, vemos que el ingreso a internación aparece como una opción ofrecida al usuario y se lo involucra en la toma de decisiones, provocando que se sienta de algún modo partícipe al requerir su aceptación. El tercer tipo de situación, (c) *ingreso decidido por SM - Involuntario*: la persona usuaria fue acompañada o trasladada al hospital y fue internada por encontrarse en situación de riesgo cierto e inminente de daño para sí y/o para terceros, sin la posibilidad de prestar su consentimiento.

En cuanto a la toma de decisión al momento del egreso - alta de internación - también pudimos vislumbrar al menos dos modalidades: (a) *como proceso de negociación* y/o como un momento planificado en el marco de una estrategia terapéutica, y (b) *Con prioridad de decisión del usuario*: porque solicitaron explícitamente irse o bien porque solicitaron permanecer internados, incluso por razones no terapéuticas que postergaron el alta, como cuestiones vinculares o habitacionales. Además, identificamos que la obligatoriedad del acompañamiento familiar durante la internación en ocasiones había acelerado el alta, porque la persona usuaria llegó a fingir bienestar para poder irse anticipadamente del hospital a causa de la angustia que le generaba el desgaste de su familia durante el proceso de acompañamiento en sala.

Sobre el proceso y firma del consentimiento informado, lo describimos como herramienta dialógica de promoción de autonomía, o bien como acto burocrático de suscribir a un formulario. Notamos que algunas personas vincularon el acto de firmar el consentimiento con el ejercicio de un derecho a decidir y aceptar el tratamiento en internación. Sin embargo, la mayoría recordó haber firmado un formulario o papel, pero no pudieron dar cuenta del por qué o para qué. Observamos en ello que los usuarios consideraron el acto de la firma como algo meramente administrativo. A pesar de ello, destacamos que las personas usuarias reconocieron la diferencia entre internaciones voluntarias e involuntarias en función de su aceptación, e incluso algunas mencionaron la visita de un defensor oficial, lo cual se comprendió como una instancia de defensa a sus derechos.

Por último, describimos la participación de la persona usuaria en distintas decisiones durante la internación, entre ellas la recepción de visitas. Notamos que cuando la persona

usuaria puede participar de esas decisiones, ello es puesto en valor como una expresión de respeto del equipo tratante hacia sus necesidades, mientras que cuando no es así, se genera una tensión que pone en jaque el vínculo terapéutico y la posibilidad de continuidad de cuidado.

Otro espacio para la toma de decisiones de la persona usuaria son las salidas previas al alta. La mayoría dijo que realizó ese tipo de salidas, incluyendo a veces una demanda explícita de la persona o de algún familiar para realizar estas actividades. El objetivo mostró diversidad: desde realizar una actividad recreativa a participar de un taller o espacio grupal en instituciones intermedias o hacer deportes. Sin embargo, notamos que la existencia de salidas previas al alta no fue suficiente para evitar que se genere un aislamiento social. Vimos que, en algunos casos, faltó articulación intersectorial para promover la conexión e inclusión social, incluso en actividades que resultan valiosas para la persona usuaria y para la vida comunitaria, como es estudiar.

Finalmente, respecto al uso de medicación como parte del tratamiento, la mayoría de las personas usuarias dijo que se trataba de una indicación profesional de la que no pudieron participar en el momento de la crisis. Reconocen tanto beneficios como perjuicios vinculados al uso de psicofármacos. Entre los primeros, mencionaron el hecho de conseguir dormir, descansar y bajar la ansiedad o el miedo, y como negativos el malestar físico y mental. Cuando la persona usuaria recordaba haberse negado a recibir medicación, ello era concebido como rebeldía y se criticaba a sí misma. De manera similar, la falta de confianza en el criterio profesional asumido por la persona usuaria como un defecto de su carácter. No se las reconoció como producto de interacciones previas con el equipo de salud o vinculadas a cuestiones institucionales. Podemos identificar en ello huellas del tratamiento moral, que desde la visión de la persona usuaria reproduce el estigma de enfermedad mental.

En conjunto, la posibilidad de participación de la persona usuaria nos permite vislumbrar el respeto por su saber en la construcción de la estrategia terapéutica singular y el ejercicio de su derecho a la autonomía.

5.2.4. Experiencias: tensiones entre el buen y el mal trato.

En el cuarto y último apartado, presentamos el análisis de algunas experiencias y vivencias de la cotidianeidad durante la internación en el HG. Vimos que el hecho de conocer previamente la institución por tratarse de un HG facilitó la aceptación de la persona usuaria cuando resultó necesaria una internación. Se puso en valor la contención que brinda el hospital, ligada a tareas de cuidado y buen trato, y las experiencias positivas de aprendizaje y de tranquilidad para la recuperación ante momentos de crisis en SM. Sin embargo, también aparecieron mencionadas dificultades específicas del HG por tratarse de una institución de puertas abiertas, como por ejemplo salidas sin permiso ni acompañamiento, que ponían en riesgo a la persona usuaria, y otras situaciones de auto o hetero-agresión que pueden verse como fallas o negligencias en los cuidados.

En relación al concepto de integralidad, los usuarios confirmaron experiencias de atención por parte de médicos con o sin especialidad, ante emergentes o incluso como atención programada. Sin embargo, tuvieron mayor importancia las experiencias en relación a la atención de enfermería por tratarse de los trabajadores que más tiempo compartieron con usuarios internados por SM. En este sentido, se relataron vivencias de buenos y malos tratos, algunas adjudicadas a características personales y otras vinculadas con el propio rol de enfermería, como por ejemplo la violencia que implicó una intervención de contención física durante internaciones involuntarias. La valoración positiva en el vínculo con enfermería destacó no sólo el respeto hacia las personas internadas por SM, sino en especial la confianza y el trato amigable, incluyendo la “motivación” o aliento para que la persona se recupere, aspecto que pusimos en relación con el concepto de *Recovery*.

En cuanto a las experiencias con otras personas internadas, vimos que se valoraron de manera positiva, especialmente las conversaciones, apoyo mutuo y amistad que pudieron darse no sólo por compartir la habitación sino, principalmente, al compartir espacios comunes como el patio, pasillos o en actividades recreativas como jugar a las cartas o escuchar música. Vimos que las personas usuarias no percibieron sentirse discriminadas y que muchas veces asumieron un rol activo de cuidador de personas internadas por otras causas, cuando estas necesitaban alguna asistencia. Por otro lado, la cercanía con el dolor y la muerte también generó sufrimiento en las personas usuarias, y se describieron conflictos en la convivencia tanto con otras personas internadas por SM como con personas internadas por otras causas.

Todo ello dio lugar a repasar las sugerencias concretas que, desde la valoración de personas usuarias, son necesarias para una mejor experiencia de internación en el HG. En este sentido se destaca el pedido de mayor tiempo en el contacto con profesionales. Notamos que, cuando el vínculo era de confianza y cariño, ello se apoyaba en interacciones

previas a la internación, es decir, cuando el equipo tratante era el equipo de referencia previo a la internación. Al contrario, durante el tiempo de internación, las entrevistas se describieron como breves o como simples contactos. En la misma dirección, otra sugerencia fue sumar actividades en internación para contrarrestar lo que llamamos *aburrimiento manicomial*, y que en palabras de una de las usuarias, remite a la imagen de las películas, en donde el loco sólo deambula sin rumbo por el espacio asilar.

Las personas usuarias también dijeron que era necesario mejorar la cantidad y capacitación de los trabajadores de salud, reconocer el esfuerzo y dedicación de enfermería y de operadores, mejorar las condiciones para que las habitaciones sean más confortables y que la comida sea más nutritiva. Destacamos dos sugerencias que resultaron centrales: *que se escuche más al paciente* y que se respete la LNSM.

Para finalizar, retomamos la reflexión de una de las personas usuarias que refleja algunas de las tensiones que encontramos en el HG, institución que da soporte a la atención de urgencias e internaciones por SM con escasos recursos. Notamos que está presente la idea de *saturación* del hospital público, suponiendo que la institución no daría abasto para resolver las necesidades de salud de la población. Además, se puso en cuestión la jerarquía entre distintos tipos de sufrimiento, donde la crisis mental es relegada a segundo plano, mostrando que en el HG el modelo hegemónico sigue siendo biomédico y que SM no adquiere, aún, el mismo estatus que otras problemáticas de salud.

5.3. VALORACIÓN SEGÚN LAS PERSONAS TRABAJADORAS.

La presentación detallada de resultados del análisis cualitativo de entrevistas con personas trabajadoras también buscó visibilizar la diversidad de voces y múltiples experiencias que deben considerarse para una comprensión no reduccionista del tema en estudio. Considerando que ello fue desarrollado durante la descripción de resultados, buscamos aquí sintetizar los principales hallazgos.

5.3.1. Condicionantes de la atención.

Comenzamos reconociendo que el hospital, el tipo de sala y de habitación impone condiciones que operan facilitando o limitando el tipo de prácticas. Presentamos las diversas modalidades en cuanto a la asignación de habitación y de cama, donde enfermería tiene un rol destacado. Vimos que hay diferencias cuando el hospital tiene camas reservadas para SM, pero que de todos modos, mayormente se prioriza que la persona en crisis se interne a solas. Ello se fundamentó desde dos tipos de argumentos no excluyentes entre sí: por un

lado, se consideró lo mejor para la propia persona internada, que precisa un entorno tranquilo o con menos estímulos, o bien para el resguardo de su privacidad; por otro lado, se consideró que era lo mejor para evitar molestias a los demás y para el resguardo de las otras personas internadas, a quienes se intenta minimizar las molestias que conllevan las conductas asociadas a la crisis.

Otros entrevistados dijeron que la asignación de cama en su institución se definía únicamente en función de la disponibilidad de lugar y mencionaron que ello implicaba la no discriminación por motivos de SM. Las observaciones realizadas por nuestro equipo de investigación también nos permitieron registrar que se internaban personas por razones de SM, incluso con un diagnóstico similar, en habitaciones separadas y cada una compartiendo con personas internadas por otras causas.

En cuanto a la disputa por el recurso cama, algunos trabajadores de SM plantearon la autonomía de SM para decidir el uso de camas en sala común según criterios propios, siendo menos permeable a influencias de otros servicios. Sin embargo, para otros trabajadores, la disputa por las camas es un conflicto vigente que refleja el debate por el cuestionamientos hacia SM como legítima usuaria del servicio de internación en el HG.

Luego presentamos otros condicionantes respecto al espacio hospitalario, como es la presencia o no de un patio y sus implicancias para que los usuarios puedan salir a fumar, charlar y caminar. La ausencia de espacios de estar, como salón de usos múltiples o similares, fue mencionada como problemática, considerando que dificulta la recreación y la socialización de las personas usuarias. El patio, entonces, más que un espacio elegido, era el único espacio posible por fuera de la habitación.

El hecho de que los hospitales generales sean *de puertas abiertas* nos remite, sin duda, a la necesidad de evitar el encierro manicomial. Sin embargo, ello también condiciona las prácticas de atención, especialmente en momentos de crisis y cuando las internaciones tienen carácter involuntario por la presencia de un riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros. Se necesitan recursos de diverso tipo para garantizar el cuidado de las personas usuarias, como por ejemplo: operadores de SM, personas que realicen acompañamiento, cantidad suficiente de enfermeros y/o medicación, entre otros. Cuando faltaban esos recursos, el cuidado no se podía garantizar, dejando al paciente en riesgo y al trabajador con preocupación y malestar por esa inseguridad. Esto nos llevó a presentar las consideraciones sobre desmanicomializar sin magia, y las estrategias implementadas por los trabajadores para cuidar con pocos recursos. Notamos que, a veces, los trabajadores quedaban en una situación dilemática, obligados tanto a resguardar a la persona en crisis como a respetar sus derechos para hacerlo de la manera que menos restrinja sus libertades. Sin embargo, cumplir a la vez esas exigencias sin los recursos adecuados muchas veces se tornó una misión imposible.

El propio modelo fue presentado como uno de los condicionantes que nos llevó a identificar la concepción de internación como último recurso terapéutico. Así, identificamos que desde el modelo comunitario muchas veces la internación sería algo negativo, puesto que implicaría el fracaso de estrategias previas, y por eso mismo se acompaña de cierta frustración en el equipo de SM. A su vez, las reinternaciones suelen generar la sospecha de falta de tratamiento fuera del ámbito de internación, es decir, ausencia de continuidad de cuidados. Vimos, por el contrario, que tener un vínculo previo con la persona usuaria aportaba a la accesibilidad a internación. Pero, en el relato de los trabajadores, persiste la idea de que la instancia de internación implicaría *un fracaso* y no un éxito del modelo comunitario.

Como parte de la red de atención, presentamos las características de la guardia externa, principal puerta de entrada a internación. Vimos que podía o no implicar un abordaje integral, y que para el médico/a de guardia externa, atareado con consultas varias, asistir la crisis en sala de internación implicaría una sobrecarga, que conlleva que a veces no realicen una intervención en SM de manera adecuada. Por otro lado, identificamos que la guardia activa o pasiva de SM era un soporte fundamental para la internación, ampliamente utilizado.

Siguiendo con los condicionantes, vimos que la manera de organizar los recursos existentes en el equipo de SM y cuántos de ellos se asignaban a internación, tenía repercusiones en las prácticas de atención. Vimos que podía o no haber un equipo específico, y que a veces se daba continuidad o rotación por parte del equipo tratante para un mismo usuario. Cuando había *rotación del equipo interviniente*, la evolución era asumida sin continuidad para el paciente internado, que sufría de una constante alternancia de profesionales. Algunos reflexionaron críticamente sobre esta forma de organización, entendiendo que podía ser funcional al reparto de tareas en el equipo, pero no era lo mejor para la persona usuaria. Todo ello nos permite concluir que el propio equipo debe ser entendido como un dispositivo de atención en salud mental.

5.3.2. Toma de decisiones. Lo voluntario e involuntario.

Volvimos al consentimiento como proceso dialógico, esta vez desde el punto de vista de los trabajadores. Algunos resaltaron la perspectiva de derechos del paciente, mientras que otros hicieron referencia a la firma como un acto mayormente burocrático o administrativo. Vimos que el momento y lugar de la firma podían influir en su calidad: notamos que cuando los trabajadores sostenían la firma del consentimiento de manera previa al ingreso, es decir, en el ámbito de la guardia, ello era una instancia más rápida y menos dialogada que cuando la misma se realizaba posteriormente en la sala de

internación. Ello puede entenderse en relación a los condicionantes del espacio institucional, que impone un manejo del tiempo distinto en la guardia que en la sala. Si bien ambos son espacios *comunes* a diversas especialidades, la guardia externa es un espacio regido por la lógica del apuro de las emergencias médicas, como lo dijeron algunos trabajadores de SM que subrayaron lo incómodo que era para ellos trabajar en ese espacio. En algunos trabajadores percibimos claridad respecto del carácter procesual, dialógico y cambiante del consentimiento, y destacaron que la base del consentimiento era una previa relación de confianza entre el paciente y el equipo de SM, poniendo en valor la palabra oral versus lo escrito del formulario.

Respecto del sentido de la voluntariedad, se notó que para algunos trabajadores no es clara su concepción. El concepto fue asociado el carácter voluntario con una internación más fácil y tranquila, donde la persona sería menos demandante y más respetuosa de las normas institucionales, *versus* lo involuntario que quedaría asociado al rechazo a la atención del personal de salud y a la posible agresividad o violencia de la persona internada.

Por otro lado, surgió como planteo de los trabajadores que los plazos establecidos por la LNSM para la notificación de internaciones involuntarias eran escasos e implicaban exigencias y sobrecarga de trabajo sin sumar beneficios para los usuarios. Dijeron que ello debía comprenderse en el contexto de las múltiples tareas asociadas a la atención en crisis cuando se presenta un riesgo cierto e inminente y la persona no acepta la internación.

Al contrario de esa connotación negativa de las notificaciones, informes escritos y hojas de consentimiento, las cuales se entendían más como burocracias que como aportes al tratamiento, la visita y presencia del *defensor oficial* en la sala de internación fue valorada positivamente. Su función se identificó como esencial para visibilizar y garantizar los derechos de las personas internadas. Se mencionó como *amigo de la casa* e incluso como aliado para el trabajo con el paciente, reconociendo que su función era la de supervisar y controlar el trabajo en SM. La mayoría coincidió en que su presencia era pronta y frecuente. Además, destacaron su doble comunicación, tanto con la persona internada como con el equipo efector.

Vimos que la presencia de la policía en internación era valorada positivamente. Identificamos dos modalidades de la presencia policial: una de ellas es la puntual, cuando se convoca a esa fuerza en el momento de una crisis con agresividad y/o para garantizar el tratamiento requerido cuando el paciente no lo acepta. Una segunda modalidad sería la permanencia de la policía durante un determinado tiempo en la internación, que fue nombrada por los trabajadores como custodia o acompañamiento policial, encubriendo su carácter de control. Incluso, en algunos casos, el uso de la palabra *acompañamiento* policial nos remite a cierta contención o apoyo que habría sido positivo, en ausencia de operadores o familiares.

A continuación, presentamos el punto de vista de los trabajadores acerca de la participación del usuario en la toma de decisiones durante la internación. Hubo consenso respecto de que ninguna estrategia podía contener medidas que restrinjan la libertad de manera injustificada. Las visitas y el uso del celular eran aceptados dentro de la internación, y sólo de manera muy excepcional y transitoria se podrían limitar esas libertades, consideradas básicas en cuanto a los derechos de las personas a comunicarse y no sufrir aislamiento. Como discriminación positiva encontramos que, incluso cuando la institución hospitalaria tenía horarios de visita estipulados a tal fin, con frecuencia ese encuadre se flexibilizaba para permitir visitas a usuarios de SM con horarios ampliados. Destacamos la centralidad del abordaje singular y la forma en que ello se expresaba en distintas configuraciones acerca de las actividades y permisos de salida previos al alta.

Notamos una diferencia en el uso de salidas como parte de la estrategia terapéutica durante internaciones voluntarias o involuntarias: en las primeras se darían con mayor frecuencia, con diversos tipos de acompañamiento y variados objetivos específicos. Por el contrario, en internaciones involuntarias, las salidas dependían de *permisos* y solían implementarse con algunas restricciones, casi siempre en momentos avanzados del tratamiento y como instancia de prueba cuando ya se estaba considerando el alta. La posibilidad de salidas debe valorarse en relación al contraste que se genera con la vida cotidiana dentro de la sala de internación, signada por rutinas sanitarias y con una fuerte carga de aburrimiento para la persona internada. Al respecto, notamos que la mayoría de los trabajadores tenía registro de ese aburrimiento y lo consideraban como una característica típica del espacio hospitalario.

5.3.3. Acerca de las prácticas de atención.

Mencionamos el lugar de la interdisciplina y los beneficios percibidos respecto a la inclusión de operadores, aún ante la existencia de controversias en cuanto a la modalidad de su presencia. En algunos hospitales lo habitual era que los operadores hicieran acompañamiento en sala con bastante frecuencia, bien cuando no había acompañamiento familiar o bien como relevo del mismo. Por el contrario, en otros hospitales lo habitual era que los operadores no hicieran acompañamiento en sala, y que se sumaran sólo ocasionalmente. Notamos que había mayor conflicto cuando su presencia era eventual, mientras que cuando era habitual solía darse un vínculo de mayor y mutua colaboración con enfermería. Desde el punto de vista de los trabajadores, el acompañamiento de operadores sería considerado beneficioso tanto para el paciente como para su familia y, además, para el propio equipo de salud. En este sentido, algunas personas entrevistadas destacaron la necesidad de contar con más cantidad de operadores a fin de garantizar su aporte durante

las internaciones realizadas, en especial por reconocer que se trataba de una tarea exigente que genera un desgaste particular cuando en los momentos de crisis aguda.

Luego presentamos la participación de la familia en internación, destacando que para la mirada de trabajadores era una presencia requerida con más o menos obligatoriedad. Identificamos tres situaciones respecto a la familia de la persona internada durante la internación: (a) ausencia de familiares, que fue entendida como *desgaste* o *agotamiento*, y en algunos casos fue considerado como algo transitorio; (b) acompañamiento parcial o flexible. En estos casos, vemos que las necesidades particulares de cada paciente eran tenidas en cuenta como parte de un abordaje terapéutico singular. Esto se calificó como *flexibilidad* en el tratamiento, contrapuesto a la rigidez de las reglas institucionales hospitalarias; (c) acompañamiento familiar permanente. Describimos que, aunque la indicación de AFP se sostiene desde el reconocimiento de un derecho de la persona usuaria, pone de relieve la búsqueda de un beneficio para la institución al sumar al familiar como cuidador informal.

También presentamos las prácticas de atención de enfermería, describiendo las tensiones con SM en sala común. Identificamos la dificultad de las múltiples demandas, que obligan a la persona enfermera a ejercer cuidados diversos en simultáneo, lo cual les resulta agotador. Los trabajadores de SM dijeron que la predisposición y capacidad de enfermería para asistir a personas internadas por causas de sufrimiento mental no podía generalizarse. Reconocieron que muchos enfermeros y enfermeras tenían una buena actitud y predisposición, que nombraron como de *colaboración*, mientras que otros mostraban rechazo hacia este tipo de pacientes. Dijeron que parte del personal de enfermería elegiría no trabajar en este campo y que sólo lo hacían porque no tendrían opción. Vimos que un recambio abrupto de personal de enfermería durante la pandemia tuvo impacto en la falta de experiencia de muchos trabajadores a la vez, con quienes se comenzó a andar caminos ya transitados con los más antiguos. Además de considerarse la experiencia práctica en el campo, en otras entrevistas se puso de relieve la necesidad de una formación específica en SM. Por último, destacamos que el personal de enfermería no accede al beneficio de la *licencia especial por alto riesgo*, al que sí acceden todos los miembros de los equipos de SM, lo cual fue mencionado como *falta de reconocimiento* a su trabajo en esta temática. Esta situación se constituiría en algo que perjudica abiertamente a enfermería, y por ello, en un obstáculo para su dedicación a SM.

En relación a las prácticas de atención integrales, vimos que coexistían prácticas de atención junto al desinterés en el campo y a la falta de espacios de comunicación y de encuentros, por lo que hablamos de integralidad sin equipo. Vimos que predominaba la multidisciplina, donde cada uno “está en lo suyo”. Las formas de comunicación eran mediante interconsultas, y sólo al interior de cada servicio se realizaban pases de sala con

diversa modalidad, frecuencia y duración. La asistencia integral se daría, entonces, forzada por el marco político e institucional, sin llegar a modificar la concepción respecto a que SM es un problema aparte y de menor jerarquía que otros problemas de salud. Como mencionó una trabajadora de SM, otros servicios lo ven como un trabajo que se les adiciona al tradicional que ellos consideran les corresponde.

Tanto entre integrantes de los servicios de SM como entre otros trabajadores de salud, se consideró que el uso de WhatsApp mejoró la comunicación y podía ser una herramienta de sostén de la internación en HG. Mejoró la calidad de las personas internadas por SM al facilitar preguntas y respuestas, acuerdos y el registro de las novedades. Por el contrario, para el registro en HC predomina su uso como resguardo legal de los propios trabajadores, es decir, como instancia de comunicación intersectorial - con Justicia - más que como comunicación interdisciplinaria.

5.3.4. Trabajar en internación por SM en el HG.

Describimos la presencia eventual de episodios de violencia y la fuerte persistencia del estigma en SM, que se tradujo en expectativas negativas hacia las personas internadas. Una de las maneras en que se presenta el estigma, y que se vincula al debate acerca de si las internaciones por SM deben continuar realizándose en sala común o bien requieren de una sala especializada, es la preocupación ante la posibilidad de que *el loco* agrede a pacientes internados por otras causas. Durante las entrevistas, los trabajadores de enfermería y de clínica médica no mencionaron vivencias donde las personas con sufrimiento mental hayan efectivamente agredido a pacientes internados por otras causas. Sin embargo, relataron episodios donde la conducta y/o los síntomas propios de la crisis por SM resultaron molestos, atemorizantes y/o perjudiciales para el descanso o la recuperación de personas internadas por otras causas.

Además, presentamos una serie de consideraciones acerca de los pros y contras de realizar internaciones en sala común, en relación a la sala especializada en SM desde el punto de vista de personas trabajadoras. Vimos que contar con una sala diferencial sería considerado lo mejor para evitar el malestar de otros pacientes y que tendría ciertas ventajas para los propios usuarios, como contar con mejores recursos edilicios y trabajadores de salud con deseo de trabajar en SM. Sin embargo, también se analizaron las ventajas que implica la sala común, dado que permite mayores y mejores interacciones con otras personas internadas y sus familiares.

Sin negar eso, también se vieron las limitaciones del funcionamiento actual, dado que para muchos la falta de recursos humanos lleva a medidas de aislamiento que reproducen en parte la violencia que se quiere erradicar. Hicieron énfasis en que la actual

internación en sala común se sostenía a condición de implementar estrategias de aislamiento, vigilancia y control, particularmente durante las internaciones de carácter involuntario. En estos casos, se mencionó acuerdo ideológico con la desmanicomialización, pero el cuestionamiento surgió del reconocimiento de la falta de recursos. Las ventajas de la internación en sala común para los usuarios, entonces, estarían limitadas para alcanzar su verdadero potencial: se necesita para ello más personas y recursos sociales.

El último punto lo dedicamos a repasar aspectos de la tarea generadoras de malestar y desgaste en los trabajadores y los aspectos que se viven como lo placentero y renuevan la elección y el compromiso de trabajar en internación. Entre los primeros, vimos que persiste la idea de que la internación implicaría *un fracaso* del trabajo en SM comunitaria y no un éxito del modelo. Eso conlleva que sea entendido como *lo peor que me puede pasar*. Notamos que, en esta concepción, se presenta un *versus* entre el ámbito hospitalario y el comunitario, que reproduce la dicotomía entre ambos.

En segundo lugar, identificamos la frustración que implica trabajar sin los recursos necesarios y encontrarse frente al dilema de cuidar sin encerrar, muchas veces sin alternativas de acción. En este mismo sentido, vislumbramos el dolor de ver *fallar* un modelo que los trabajadores tienen idealizado y que militan desde la convicción de que es lo mejor para las personas usuarias, pero que muchas veces no les permite resolver satisfactoriamente sus necesidades en la práctica cotidiana. La desmanicomialización no es mágica, y asumir la responsabilidad por los cuidados de una persona en crisis tensiona el compromiso ético de los trabajadores, entre el respeto y el cuidado.

En tercer lugar, nombramos la frustración que para enfermería significa trabajar en SM sin el reconocimiento de la licencia especial denominada de Alto Riesgo, situación que genera la sensación de quedar excluidos injustamente de un beneficio que les corresponde. Por último, mencionamos las dificultades que representan para los trabajadores de SM el trabajo con otros profesionales al articular y garantizar el derecho de la persona a un abordaje integral.

En contrapartida, muchos de los trabajadores entrevistados encuentran valoración en relación a entender el sentido de la tarea como algo que aporta a la salud y al bienestar de las personas, pero que también es parte de una lucha más grande, por el cambio de paradigma y el respeto por los derechos de las personas con sufrimiento mental.

5.4. RETOMANDO LA PREGUNTA INICIAL.

Al comenzar el trabajo investigativo nos preguntamos ¿Las internaciones por SM en sala común de hospitales generales favorecen los procesos de inclusión social de las personas con sufrimiento mental o reproducen lógicas de exclusión y violencia? La investigación nos permitió cuestionar el planteo mismo de una alternativa, dado que encontramos la coexistencia de prácticas en ambos sentidos, lo cual nos llevó a identificar una serie de ejes en tensión.

Para sintetizar el recorrido de la tesis respecto de esta pregunta, planteamos la existencia de tres modelos, que pueden entenderse desde un esquema como ideales (Menéndez, 1987;1990), pero que en la práctica muchas veces se presentan solapados, o bien como momentos o aspectos del complejo proceso de trabajo en SM. Propusimos denominarlos (1) modelo Neo-manicomial, para referirnos a la vigencia de lógicas de exclusión y violencia aún al interior del HG; (2) modelo Cuasi-desmanicomializador, para las formas críticas del modelo manicomial, pero que sucumben ante los mecanismos de eficiencia hospitalaria y por ello no logran un carácter de ruptura; y (3) modelo Desmanicomializante, identificado cuando se privilegia la construcción de abordajes singulares y promoción de autonomía, nunca como algo logrado o permanente, sino siempre como un proceso contrahegemónico.

En el Cuadro 10 (pág 267) presentamos los diversos ejes que, según la propuesta de la autora, sirven para caracterizar los modelos de manera comparativa. Este cuadro de doble entrada destaca una construcción conceptual propia, es decir, que va más allá de lo mencionado por los propios actores, pero a la vez resulta respetuosa de la complejidad y diversidad que encontramos en el campo.

Ilustraremos la utilidad del cuadro mediante la presentación de algunos de dichos ejes, comenzando con **El proceso de consentimiento informado**.

Sintéticamente, decimos que cuando ese consentimiento es inexistente, nos indica una violencia excluyente que entendemos como *neo-manicomial*, *dado que se estaría objetivando a la persona usuaria como mero receptor de prácticas de atención decididas de manera unilateral*. En su formato escrito, si bien cumple con los requisitos legales, el consentimiento tiende a utilizarse para proteger al profesional y no como herramienta de promoción de autonomía, y por eso propusimos que refleja un movimiento *cuasi-desmanicomializador*. Finalmente, como proceso dialógico, observamos su implementación como forma de promover el derecho a la autonomía de la persona usuaria en un modelo *desmanicomializante*.

En este sentido, también afirmamos que la ausencia de registro escrito del CI en internaciones voluntarias, aunque represente una *falta legal*, no debería entenderse como el

incumplimiento del deber de promover la autonomía de la persona usuaria. Por el contrario, ello puede entenderse mejor si consideramos que el registro escrito en la HC queda asociado al modelo médico tradicional que se quiere transformar. En la práctica, el valor del CI como herramienta para promover autonomía se apoya necesariamente en la oralidad. Es decir, que la ausencia de CI escrito no debería entenderse, necesariamente, como indicio de reproducción en el hospital general de formas de exclusión y violencia.

Otro de los ejes presentados en el Cuadro 10 ubica el valor relativo del **acompañamiento familiar**, que puede ser inexistente, obligatorio u optativo. En este eje se busca poner en evidencia la diferencia entre el derecho y la obligación del acompañamiento. Afirmamos que con la obligatoriedad se reduce su potencial valor como alternativa a lo manicomial. Así, en el modelo *desmanicomializante*, el acento está puesto en recuperar la decisión de la persona usuaria y la singularidad del caso, que se corresponde con tener la opción de decidir si ser o no acompañado. Esto nos aleja de una mirada reduccionista que identificaría aislamiento con manicomio versus acompañamiento como antimanicomial.

Insistimos: si se le impone al usuario y a su familia la obligatoriedad del acompañar en internación, ello responde primariamente a la falta de recursos y a la búsqueda de eficiencia hospitalaria. Es decir, que se pierde el potencial aporte que tiene este tipo de acompañamiento cuando se presenta con carácter opcional, con participación de la persona usuaria y de su familia en la toma de decisiones. Otro hallazgo de la investigación es que para la persona usuaria, esta obligación podría implicar, incluso, el refuerzo de ideas de peligrosidad, generando un efecto de infantilización que resultó paradójico, pues es contrario a la promoción de autonomía que se busca con las internaciones en el HG y nos aleja de prácticas de inclusión social.

En cuanto al eje **Relación del equipo profesional con la persona usuaria**, afirmamos que la distancia objetivamente se articula con formas de maltrato *neo-manicomiales*, mientras que en otras prácticas se respetan los DDHH pero manteniendo una asimetría del saber, que concebimos entonces como rasgos de un modelo *cuasi-desmanicomializador*. Por el contrario, cuando se entabla el trato persona a persona, que incluye la cercanía afectiva con el usuario, ello se corresponde con prácticas de respeto a su dignidad y promoción de la autonomía, que consideramos rasgos de un modelo *desmanicomializante*.

En este sentido, también afirmamos que el conocimiento y un vínculo previo de confianza con la institución pública y con el equipo de SM facilitó la accesibilidad a internación. Nuevamente esto nos aleja de lecturas más simplistas, desde las cuales la reinternación podría leerse como una falla en la continuidad de cuidados. Todo lo contrario: hallamos que la continuidad de cuidados promueve la accesibilidad a internación en el

hospital general, y por tanto las reinternaciones breves podrían ser un recurso alternativo a las internaciones únicas y prolongadas, e indicarnos que la internaciones por SM en sala común de hospitales generales favorecen los procesos de inclusión social de las personas con sufrimiento mental.

El eje ***Tiempo de internación***, que puede asumir el carácter de indefinido, breve o acotado según corresponde a cada modelo, también busca poner de relieve algunas de las reflexiones de la autora sobre este tema. Por un lado, destacamos que la fórmula conceptual de *internación como último recurso terapéutico* no es privativa de una visión profesional, sino que las personas usuarias la comparten, entendiendo el internarse como su última oportunidad para mejorar. Además, consideramos que la promesa del carácter *acotado temporalmente* de la internación es otro de los factores que favorece el acceso y la permanencia para las personas usuarias, y por ello lo ponemos en valor como parte de un modelo *desmanicomializante*.

Otros ejes presentados en el cuadro 10, como las Salidas y las Visitas, presentan un tratamiento similar a los anteriores en cuanto a la tensión que representan como descriptores de uno u otro modelo.

En este sentido, también notamos que el uso de recurso *Salidas* durante la internación adquiere un carácter distintivo entre las internaciones voluntarias o involuntarias: en las primeras sería parte de la diversidad de las prácticas terapéuticas, mientras que en internaciones involuntarias se utiliza como instancia de prueba pre-alta. Afirmamos que la posibilidad de salidas debe valorarse en relación al contraste que se genera con la vida cotidiana dentro de la sala de internación, signada por rutinas sanitarias con una fuerte carga de aburrimiento para la persona internada. Concebimos como *aburrimiento manicomial* ciertos fenómenos de sufrimiento durante la internación, como por ejemplo el *deambular* por el inadecuado espacio hospitalario. En este marco, las salidas son valoradas como herramientas para evitar que se reproduzcan dichas lógicas de exclusión y violencia al interior del HG.

En síntesis, consideramos que las internaciones en sala común son menos excluyentes y violentas que las propias en manicomios. Sin embargo, hallamos que cuando las condiciones edilicias del hospital general y los recursos del equipo de SM son insuficientes y/o inadecuados, no se alcanzan los beneficios esperados y aparecen formas de violencia que llamamos neo-manicomiales. Ponemos ello en relación con la falta de adecuación de las instituciones del subsector privado y de obras sociales a la LNSM, que resultan en una sobrecarga al sistema público y una de las formas en que se desfinancia y deteriora lo público a consecuencia de sostener al subsector privado. Atender esta cuestión resulta impostergable para el avance de la reforma.

Por todo ello, consideramos que el avance del proceso de reforma en SM, tanto en la provincia como en otros territorios del país, se ve supeditado a que mejoren algunas de las condiciones que, en permanente interacción, modulan sus posibilidades.

Entre ellas, mencionamos la necesidad de contar con directivas claras que, respetando las particularidades de cada institución, instrumenten los cambios de prácticas de atención aún pendientes. Pero ello requiere también de recursos en cantidad suficiente y con la formación adecuada, dado que es el propio equipo el que debe ser entendido como un dispositivo de atención en SM. Al respecto, también concluimos que el hecho de que enfermería no accede al beneficio de la *licencia especial por alto riesgo* es un obstáculo central que perjudica la asistencia de profesionales de esta disciplina a las personas internadas por SM.

Además, se deben revisar la obligatoriedad de algunas indicaciones, como por ejemplo, el acompañamiento familiar permanente a favor de un acompañamiento por parte de personal de salud con formación específica (cuidador en salud mental), y sugerimos promover el uso de la HC como herramienta de desmanicomialización, lo que podría instrumentarse a partir de sumar directivas anticipadas en SM.

Si la internación es el *último recurso terapéutico*, debe valorarse apenas como una etapa o momento en un abordaje que la excede, y nos remite indefectiblemente a prácticas asistenciales previas y posteriores a la misma. Por ello, contar en la localidad con dispositivos intermedios (casas de medio camino, entre otros) impacta en la posibilidad de favorecer desde la internación la inclusión social, dado que modifica las decisiones terapéuticas del equipo e influye no sólo abreviando la duración sino diversificando las prácticas de atención durante su desarrollo.

Allí donde domina la búsqueda de eficiencia hospitalaria por sobre la pregunta por la eficacia en SM, es necesario reorientar la estrategia de gestión, en defensa de la vida y la dignidad de las personas con sufrimiento mental (Campos, 2001). Para que ello sea posible sin vulnerar la salud y dignidad de las personas trabajadoras, se requiere de servicios de SM con recursos humanos y materiales apropiados y suficientes.