



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Gala Filippis

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Carolina Gazza

TÍTULO DEL TRABAJO:

Diseño de Dispositivo Grupal para la Rehabilitación e Inclusión Psicosocial:
Una Alternativa Posible En El Hospital General

SEDE:

Buenos Aires

DIRECTOR/A DE TIF:

Lucia Pomares

FECHA DE PRESENTACIÓN:

17/07/26

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

*“ ... Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla un poquito,
es la única manera de probar que la realidad es transformable.”*
-Galeano E.

En esta oportunidad, quiero agradecer en primer lugar a mis padres, por haber estado siempre en cada paso del camino, y por presentarme al mundo como un lugar seguro para investigar.

A las personas que me acompañan en mi día a día, que escucharon, sostuvieron y motivaron cuando más lo necesitaba.

A la Fundación H.A. Barceló y todos sus integrantes, por alojarme durante mi formación profesional, por hacer que este momento sea posible.

A Lucia Pomares, mi directora de tesis, que ha hecho que me encuentre con un campo apasionante, por ser guía en esta producción escrita como en mis últimos años de carrera; a ella y a todos los docentes, gracias, por haber aportado su granito de arena para que hoy me entusiasme ejercer esta profesión.

También quiero agradecer a Camila y Karina, por abrirme las puertas del Servicio de Salud Mental y por ser referentes al momento de pensar en que hospital queremos construir.

Pero por sobre todo, gracias a mis compañeros de cursada, que hoy tengo el honor de llamarlos amigos y colegas, por haber hecho que este proceso sea tan especial.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	9
EL ESTADO DEL ARTE.....	11
Antecedentes de la investigación.....	11
El arte como herramienta clínica.....	11
Grupalidad, inclusión y rehabilitación psicosocial.....	12
Grupalidad y Externación.....	13
Síntesis y vacíos.....	14
MARCO NORMATIVO.....	15
MARCO TEÓRICO.....	17
Modelos de atención en Salud Mental.....	17
Dimensión Clínica.....	18
Grupalidad.....	19
Estrategias y dispositivos para la promoción y prevención de la salud.....	19
Arte y salud mental.....	22
Bioética.....	23
METODOLOGÍA.....	24
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN.....	33
Relevamiento de dispositivos grupales como estrategia de rehabilitación e inclusión psicosocial.....	33
Propuesta de dispositivo grupal.....	36
Caracterización Del Dispositivo.....	38
CONCLUSIONES.....	43
ANEXOS.....	50
CONSENTIMIENTO INFORMADO:.....	50
ENTREVISTAS.....	51
GLOSARIO.....	67

Diseño de Dispositivo Grupal para la Rehabilitación e Inclusión Psicosocial:

Una Alternativa Posible En El Hospital Zonal General

RESUMEN

El presente escrito corresponde al Trabajo Integrador Final presentado en el marco de la finalización de la carrera de grado Licenciatura en Psicología del Instituto Universitario Fundación H.A. Barceló de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este trabajo tiene como objetivo la descripción del funcionamiento de la internación por Salud Mental en un Hospital Zonal General de Agudos de la Pcia de Buenos Aires, y los dispositivos presentes en la misma, para el posterior diseño de un dispositivo grupal, que incorpore el arte como recurso simbólico, que apunte a favorecer rehabilitación e inclusión psicosocial de los usuarios internados por salud mental. Proponiendo una alternativa posible a lógicas manicomiales, aun con escasez de recursos, desde un modelo de salud comunitaria que busca abogar por el posicionamiento activo de los usuarios en el proceso de salud enfermedad y sus derechos ciudadanos.

Palabras Clave: Salud Mental Comunitaria; Dispositivos Grupales; Hospital General; Rehabilitación Psicosocial; Arte

ABSTRACT

This paper is presented as part of the requirements for the Bachelor's Degree in Psychology at Fundación H.A. Barceló, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

The aim of this study is to describe how mental health hospitalization works in a General Acute Care Regional Hospital in the Provincia de Buenos Aires and to analyze the therapeutic interventions currently available in this setting. Based on this analysis, the study proposes the design of a group intervention that uses art as a symbolic resource to promote psychosocial rehabilitation and social inclusion for people hospitalized due to mental health conditions.

This proposal offers an alternative to asylum-based models of care, even in settings with limited resources. It is based on the principles of community mental health, which encourages the active participation of service users in their own health and recovery process while supporting the recognition of their rights as citizens.

Keywords: Community Mental Health; Group Interventions; General Hospital; Psychosocial Rehabilitation; Art.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada la ausencia actual de dispositivos que contemplen el abordaje integral de los usuarios internados por salud mental ¿que características debería tener un dispositivo grupal, desde el paradigma de Salud Mental Comunitaria, para favorecer la rehabilitación e inclusión psicosocial de dichos usuarios?

OBJETIVOS

Objetivo General

Fundamentar y diseñar un dispositivo grupal que promueva la rehabilitación e inclusión psicosocial, en el marco del paradigma de salud mental comunitaria, para un Hospital General de Provincia de Buenos Aires

Objetivos Específicos

1. Describir la modalidad de atención del servicio de salud mental de un Hospital General en Pcia de Buenos Aires, incluyendo la identificación de los dispositivos institucionales para la atención de los usuarios internados.
2. Releva experiencias de dispositivos grupales en Argentina que se implementen en el marco de estrategias comunitarias de rehabilitación e inclusión psicológica y social.
3. Diseñar un dispositivo grupal como estrategia de intervención en el marco de atención de pacientes que atraviesen una internación por salud mental en el Hospital General descripto.

INTRODUCCIÓN

Durante mi formación como psicóloga, he tenido la oportunidad de conocer de cerca el funcionamiento de un hospital público ubicado en la Provincia de Buenos Aires. A medida que avanzaba en la carrera, se fueron presentando diversas instancias en las que la salud mental se configuraba como una dimensión prioritaria dentro del hospital general, entendiéndola como inseparable de la salud integral y como un aspecto fundamental que debe ser considerado en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados.

Progresivamente, comencé a establecer contacto con las profesionales referentes del servicio de salud mental, aunque el mismo aún sea denominada área a nivel administrativo por no estar dentro del organigrama hospitalario, motivada por el interés de conocer no sólo los fundamentos teóricos de mi futura práctica, sino también aquello que acontece en el campo. Al principio, como mera estudiante, adopté una posición de observadora, lo que me permitió indagar acerca del funcionamiento del servicio. Allí me encontré con profesionales altamente comprometidas, que desarrollan su labor en un contexto de recursos limitados frente a la complejidad de las problemáticas que presentan los usuarios. Este interés fue incrementándose, por lo que solicité la posibilidad de realizar prácticas en el servicio, con el objetivo de contribuir desde los conocimientos con los que contaba. Me recibieron con los brazos abiertos y desde allí, comencé a participar en diversas instancias, tales como pases de sala, reuniones de equipo, así como también en tareas vinculadas al registro de internaciones por salud mental, propuestas de trabajo interdisciplinario y la incorporación de materiales destinados a los usuarios, como libros, juegos y herramientas de estimulación cognitiva, para que pudieran utilizar durante la internación.

La atención que actualmente se brinda a los usuarios internados por salud mental incluye un abordaje farmacológico, tanto en términos de estabilización como de ajustes durante la internación, así como el pase de sala diario. A partir del conocimiento de este funcionamiento, comenzaron a surgir algunos interrogantes: ¿cuán beneficioso resulta para un paciente con padecimiento mental permanecer gran parte del día en una habitación, o deambular por el hospital, comiendo en su cama y esperando los breves momentos de intercambio terapéutico durante el pase de sala? En muchos casos, estos espacios tienen lugar en habitaciones compartidas, y no todos cuentan con acompañamiento constante. Incluso cuando este

acompañamiento está presente, no necesariamente se traduce en un factor que favorezca el bienestar.

Como un primer intento de dar respuesta a estos interrogantes, comencé a colaborar con el equipo en la incorporación de materiales recreativos a los que los usuarios pudieran acceder. Sin embargo, esta iniciativa volvió a encontrarme con nuevas preguntas: ¿en qué medida estas propuestas responden a los fines terapéuticos de la internación, cuando continúan inscribiéndose en una lógica predominantemente individual? ¿De qué forma podríamos pensar el proceso de externación sin instancias que puedan preparar al paciente para su reinserción? ¿Cómo se están abordando estos padecimientos en el marco de una lógica biomédica, a pesar de los avances en materia de derechos y del reconocimiento de los determinantes sociales de la salud? Estos interrogantes son los que dan origen al presente escrito. En este marco, se identifica como problemática la ausencia de dispositivos que promuevan la rehabilitación e inclusión psicosocial incluidos en el plan de tratamiento durante la internación, lo que limita las posibilidades de abordaje integral durante dicho período.

El objetivo de este trabajo es diseñar un dispositivo grupal interdisciplinario orientado a favorecer las condiciones de atención y tratamiento de usuarios internados por motivos de salud mental, en el marco de los fines terapéuticos establecidos para la misma, para esto será necesario analizar las condiciones actuales de la internación, para así lograr proponer una alternativa que contemple las necesidades y posibilidades reales de la institución. Dicho dispositivo se concibe como un espacio promotor y de prevención para la salud, pensando al paciente internado en su integralidad; el dispositivo busca articular diferentes modalidades de trabajo, favorecer el lazo social, y proporcionar un espacio de creatividad y expresión, para favorecer la reconexión con el deseo, en trayectorias donde el mismo se encuentra detenido. En este sentido, se propone la construcción de un dispositivo que favorezca condiciones de bienestar integral y habilite procesos de rehabilitación e inclusión durante el tránsito por la internación.

JUSTIFICACIÓN

La trascendencia de este trabajo reside en el potencial de transformación de la atención brindada a los usuarios que transiten una internación por motivos de salud mental en un Hospital General de la Provincia de Buenos Aires. En un contexto en el que persisten modelos de atención biomédicos y centrados en la enfermedad, esta propuesta busca tensionar dichas lógicas y encontrar una alternativa con los recursos existentes, promoviendo una mirada que intenta alojar al sujeto en su integralidad, contemplando su subjetividad, cuidándola y fortaleciéndola. Esto no sólo habilitaría una mejora en el proceso del tratamiento, alineándose con un enfoque de derechos y un modelo integral de atención, sino que también constituye un acercamiento al abordaje que contempla la promoción y prevención de la salud como fundamentales en el cuidado y rehabilitación social.

Históricamente, la atención de la salud mental ha transitado la tensión entre el modelo biomédico, caracterizado por un enfoque asistencialista, y modelos de base comunitaria. Alicia Stolkiner (2010) señala que los modelos de atención no son neutrales, sino que reflejan una concepción de sujeto y de Estado. Actualmente, el modelo de atención en salud mental debe orientarse por la legislación vigente, planes y programas nacionales y jurisdiccionales y compromisos internacionales adoptados por el estado argentino, promoviendo dispositivos habitacionales tales como casas de medio camino, emprendimientos y estrategias socioproductivas, talleres para el encuentro con la comunidad, teniendo como horizonte evitar la institucionalización crónica.

La Ley de Salud Mental establece que las internaciones, como último recurso terapéutico, frente a urgencias de salud mental deben realizarse en hospitales generales, identificando algunos de los beneficios de las mismas como: la reducción del estigma hacia los padecimientos mentales, la priorización de que puedan encontrarse en cercanía con su comunidad, lo que habilita a la red vincular y comunitaria a poder estar presente... (OPS, 2009), pero es necesario también tener en cuenta el desafío que suponen. Cohen H. y Natella G. (2013), en virtud de la experiencia de desmanicomialización en la provincia de Río Negro en la década del 90 advierten sobre el encuadre de tratamiento para el paciente con patología orgánica y la desventaja que esto supone para los usuarios internados por salud mental. Se asume que el paciente con una patología orgánica precisa de reposo, las comidas se realizan en su cama, y la circulación está justificadamente limitada, resulta esencial pensar en cómo esto influye en los usuarios de salud

mental que estén cursando una internación, ya que este tipo de rutina se traduce en desventaja, y si se contempla esto para proponer un encuadre alternativo en dichas instituciones.

Se reafirma que el alcance propositivo del presente trabajo, incluye el diseño de un dispositivo grupal en el marco de atención de tratamiento para los usuarios internados por salud mental, entendiendo el mismo no solo como una elección clínica, sino como dispositivo que contribuye al abordaje integral que promueva la rehabilitación e inclusión psicosocial, y contemple un tratamiento que prevenga la cronicidad diagnóstica, tal como plantea la ley 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental, art. 7 inc. n), en el marco del compromiso ético asumido en el ejercicio profesional.

Dando continuidad a la justificación del dispositivo, este tipo de intervención se posiciona como una estrategia de prevención terciaria situada en un modelo comunitario de atención a la salud mental, cuya finalidad es promover que la internación contemple la recuperación de los lazos sociales, la autonomía y propia identidad, minimizando el impacto discapacitante que puede resultar el tiempo de internación, y evite el estigma de la cronicidad. Tal como plantea Buedo (2022), la salud mental requiere de la incorporación de la socialidad en los procesos terapéuticos, lo que no solo tiende a mejorar la adherencia al tratamiento, sino a mejorar el ejercicio de la autonomía, eje fundamental en la rehabilitación e inclusión psicosocial. Es una obligación pensar alternativas posibles, incluso cuando los recursos son limitados, porque siempre habrá otro camino posible al de la lógica manicomial.

La fundamentación y justificación aquí expuestas constituyen el andamiaje que da sentido y alcance a este trabajo. No solo permite comprender la relevancia y necesidad de lo aquí plasmado, sino que representa la esencia que transforma la potencia teórica en un acto clínico- institucional, lo que invita no solo a la lectura, sino a la reflexión crítica, problematización y posterior acción en búsqueda de una intervención transformadora de la realidad.

EL ESTADO DEL ARTE

Antecedentes de la investigación

Los trabajos analizados, publicados entre 2008 y 2024 por equipos de salud mental de hospitales generales y especializados de Argentina, principalmente de CABA y Provincia de Buenos Aires, ponen de relieve ejes que resultan fundamentales para conocer los antecedentes de la presente investigación: la grupalidad como dispositivo de rehabilitación e inclusión psicosocial, el arte como herramienta clínico-institucional y el involucramiento de estos dispositivos en los procesos de externación. Estos ejes aparecen articulados y configuran una modalidad de intervención propia de las prácticas socio-comunitarias en salud mental.

El arte como herramienta clínica

Tras el análisis realizado, se encuentra como punto en común el valor que dan los autores al proceso artístico como parte del tratamiento de salud mental. En este sentido, Funes (2008) sostiene que el interés terapéutico no se encuentra en el producto final, sino en el proceso creativo mismo, entendido como vía de elaboración de conflictos subjetivos, situando al arte no como un complemento accesorio, sino como una herramienta capaz de habilitar nuevas formas de simbolización y expresión.

Sin embargo, las diferencias encontradas residen en el lugar que se dará al proceso artístico en el tratamiento de salud mental. Mientras que Brain, Greggio y Sanfelippo (2018) le atribuyen un carácter central, al describir los talleres de literatura, fotografía y musicoterapia del Hospital Álvarez como componentes constitutivos de la estrategia terapéutica que aparta a los usuarios de la lógica manicomial, Muhamed et al. (2024) presentan una utilización del recurso artístico como un instrumento, que sirve de vehículo para la herramienta clínica principal, que continúa siendo la palabra y el lazo grupal.

En el relevamiento bibliográfico se encuentra que todos los artículos mencionan la dificultad de implementación de prácticas artísticas como dispositivo legitimado del hospital, advirtiendo la falta de modelos para su replicación e implementación (Ávila Valdés, 2009). En la misma línea, Funes (2008) señala que estos espacios todavía carecen de legitimidad plena dentro del ámbito sanitario y continúan disputando reconocimiento frente a enfoques más tradicionales. De este modo, ambos autores coinciden en una limitación persistente: es muy difícil encontrar

sistematizaciones de experiencias que articulen el arte y la clínica, y aún más complejo, que hayan sido aplicadas durante el tratamiento en el hospital general.

Grupalidad, inclusión y rehabilitación psicosocial

En relación con la grupalidad, los distintos autores coinciden en que el grupo posibilita la reconstrucción del lazo social y el abordaje del padecimiento psíquico allí donde la atención individual resulta insuficiente o incluso inaccesible. Desde esta perspectiva, el dispositivo grupal excede ampliamente una función de contención o mero entretenimiento produciendo condiciones subjetivas y materiales que generan un escenario que propicia la inclusión y la rehabilitación psicosocial de personas con padecimiento psíquico. Lo relevante es que estas prácticas, habitualmente pensadas como parte de estrategias a largo plazo, aparecen documentadas incluso en dispositivos breves y en contextos de internación aguda.

Resulta especialmente relevante el trabajo de Muhamed, Porco y Pacheco (2024), integrantes del Servicio de Salud Mental del H.Z.G.A. Dra. Cecilia Grierson, en su experiencia, las autoras documentan la primera experiencia de dispositivo grupal terapéutico para usuarios internados por motivos de salud mental en dicha institución. El encuadre de este dispositivo incluye reglas para la circulación de la palabra, actividades de presentación y dinámicas expresivas. Los efectos observados se registraron en distintos niveles. En el plano vincular, las autoras describen la emergencia espontánea de prácticas cooperativas. A nivel institucional, el caso de un paciente con internación prolongada por ausencia de red de apoyo mostró cómo el vínculo grupal pudo operar parcialmente como sostén sustitutivo, disminuyendo situaciones de aislamiento e irritabilidad (Muhamed et al., 2024). En relación con la inclusión psicosocial, describen cómo los pacientes que participaron del espacio lograron construir acuerdos de convivencia y sostener vínculos con pares más allá de la internación, cuando los usuarios manifestaban un rechazo a la socialización al momento del ingreso. Esta transformación puede pensarse, siguiendo a Bustos (2010), como habitar una posición de pertenencia dentro de una trama colectiva, que no solo queda en el tiempo que transcurre en la internación, sino que habilita recursos que puedan utilizarse en la externación. Esta perspectiva se complementa con la experiencia del equipo de “integración comunitaria” del Hospital Álvarez desarrollada por Brain, Greggio y Sanfelippo (2018), donde la inclusión psicosocial aparece como objetivo

clínico explícito mediante el sostenimiento de redes barriales, culturales y comunitarias tras la externación.

En conjunto, los trabajos revisados muestran que la grupalidad funciona como una herramienta para la inclusión y rehabilitación psicosocial: favorece el reconocimiento del otro, fortalece la autonomía y la autodeterminación, promueve redes de sostén y sostiene la continuidad de cuidados más allá de la internación.

Grupalidad y Externación

Respecto a los artículos que marcan un antecedente en el trabajo con grupalidades, todos postulan que la rehabilitación social evidenciada se distancia de una mera remisión sintomática, Brain, Greggio y Sanfelippo (2018) desarrollan el concepto de “externación sustentable” , definiendo el alta no solo como mejora clínica, sino como posibilidad de modificar las condiciones relacionales y sociales que llevaron a la internación, y allí es donde apunta la acción terapéutica del dispositivo. Tanto en la experiencia de Asambleas relatada por Roldan y Di Paola (2024) como los dispositivos artístico-grupales con los que trabaja Funes (2008), postulan que mediante este tipo de herramientas y encuadre, el usuario deja de ocupar un lugar pasivo en su tratamiento, evitando ser reducido exclusivamente a una enfermedad, y así construir una nueva lectura de su padecimiento,

Una estrategia innovadora mencionada por Brain, Greggio & Sanfelippo (2018) es que el equipo de la sala de internación continúe acompañando al paciente después del alta. Dado que los consultorios externos suelen estar saturados, el equipo de internación "presta equipo", sosteniendo el vínculo hasta que el nuevo espacio de tratamiento se consolide. Los artículos proponen pasar de un modelo de "alta por remisión de síntomas" a uno de "externación asistida y acompañada", donde la responsabilidad del equipo de salud no termina en la puerta del hospital, sino que se extiende hasta asegurar que el sujeto cuente con una red de sostén en la comunidad .Tanto Funes (2008) como Bustos (2010) plantean que estos dispositivos buscan, en gran medida, que el "alta" médica no sea un vacío, sino un proceso clínico, social y político complejo que requiere de una construcción activa de redes.

En el caso del Hospital General de Agudos, Alonso, Carroso & Deza (2024) proponen un dispositivo grupal un segundo momento clínico que se inicia tras la pausa mediada por el alta médica de la internación permitiendo tejer redes de apoyo territoriales que el hospital por sí solo

no podría ofrecer. En la experiencia relatada por Mohamed C. Porco K. y Pacheco S. (2024) se retoma esta línea respecto a los movimientos que generó la grupalidad en cuanto al alta y la continuidad de cuidados, destacan que fueron los propios pacientes quienes identificaron la necesidad de sostener tratamientos ambulatorios luego del alta, solicitando interconsultas con psicología, psiquiatría y trabajo social sin indicación directa del equipo.

Síntesis y vacíos

El recorrido expuesto hasta ahora permite afirmar que existe una unificación de criterios respecto de la eficacia de los dispositivos grupales y artísticos en salud mental. Las investigaciones documentan disminución de ansiedad y aburrimiento durante la internación (Muhammed et al., 2024), reducción de episodios de violencia institucional (Brain et al., 2018), mejoras en la comunicación y en la calidad de vida hospitalaria (Ávila Valdés, 2009), así como mayores niveles de cooperación entre usuarios (Alonso et al., 2024) y posibilidades de externación más sustentables (Brain et al., 2018). Desde el plano teórico, los autores coinciden en que la grupalidad permite reconstruir el lazo social y tensionar las lógicas individualistas propias del modelo biomédico tradicional (Bustos, 2010; Roldán y Di Paola, 2024). Sin embargo, es preciso mencionar el vacío que se ha encontrado en la revisión de los artículos e investigación para la producción de conocimiento: la mayoría de las producciones se basan en relatos de experiencia y descripciones clínicas cualitativas, sin seguimientos sistemáticos que permitan evaluar la permanencia de los efectos ni identificar las variables que los condicionan. Del mismo modo, se advierte una falta de directrices específicas que permitan operativizar e integrar estratégicamente las prácticas grupales en la estructura de atención en los hospitales generales.

Es en este escenario es donde se inserta el presente Trabajo Integrador Final. La intervención se desarrolla en el Servicio de Salud Mental de un Hospital General en la Provincia de Buenos Aires, institución que cuenta con una instancia previa de grupalidad que no ha sido sostenida ni replicada. En este sentido, el trabajo busca aportar conocimiento situado sobre los efectos de los dispositivos grupales con componentes artísticos, como factor innovador de la grupalidad en ese escenario, para incorporar al marco de tratamiento que se administra en una internación por crisis aguda. Más que reproducir un modelo previamente establecido, la propuesta apunta a analizar y transmitir una experiencia concreta que contribuya al fortalecimiento del modelo de salud mental comunitaria dentro del hospital general.

MARCO NORMATIVO

Esta propuesta se inscribe en políticas que han impulsado una transformación en los modos de concebir y abordar la salud, y consecuentes cambios en la forma en la que se considera la salud mental. A nivel internacional, tanto la declaración de Alma Ata (1978) como la Carta de Ottawa (1986), involucran la dimensión social de la salud, y establecen un cambio paradigmático en la forma de concebirla, poniendo de relieve la importancia de la prevención y promoción de la salud como ejes fundamentales de la atención, involucrando intervenciones que apunten al fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas, como de la participación comunitaria. Para el año 1990, en respuesta a este nuevo paradigma, pero poniendo de relieve la dimensión mental y social de la salud, se gesta la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica, que culmina en La Declaración de Caracas (1990), la cual plantea la Reestructuración De La Atención Psiquiátrica en América Latina, enfatizando que la atención en hospitales psiquiátricos no permite alcanzar los nuevos objetivos de la atención en salud mental, caracterizados por la integralidad y un fuerte componente de prevención (Rodríguez, 2009)

La Declaración de Caracas (1990) dictamina modificaciones estructurales en torno a la atención en salud mental, estableciendo como pilares fundamentales:

1. La descentralización del hospital psiquiátrico, lo que impulsó una revisión crítica sobre la efectividad de las internaciones en Hospitales monovalentes, criticando su modelo manicomial hegemónico, y reemplazandolas por internaciones en Hospitales Generales.
2. Exige que todo tratamiento salvaguarde la dignidad personal y los derechos civiles de los usuarios
3. Propone modelos de cuidado centrados en las redes sociales del sujeto, fomentando que el recurso humano se capacite para sostener la continuidad del lazo social y la permanencia del individuo en su medio habitual durante el proceso terapéutico, priorizando la base comunitaria y modelo de Atención Primaria de la Salud

En 2010 en Argentina se sanciona la Ley n° 26.657 “Ley Nacional de Salud Mental”, que encuentra su plataforma teórica en lo previamente expuesto, establece un modelo de atención basado en los derechos humanos, la interdisciplina y la atención en la comunidad, priorizando dispositivos que sustituyen el modelo asilar y promuevan abordajes integrales que contemplen la singularidad de cada sujeto. Esta sanción constituye un hito nacional al definir a la salud mental

como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, vinculado a la concreción de derechos humanos de toda persona. El artículo 7 de dicha ley establece el derecho de los usuarios a recibir una "atención sanitaria y social integral y humanizada" (inc. a), orientada a la recuperación mediante el uso de la "alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades" (inc. d).

En cuanto a las internaciones por motivos de salud mental, bajo el marco de la **Ley 26.657 (2010)**, esta intervención se configura como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y excepcional, que sólo debe implementarse cuando, tras una evaluación interdisciplinaria, se determine que dicha medida aportará mayores beneficios que el resto de las intervenciones posibles (**art. 14**), las mismas se llevarán a cabo en hospitales generales.

Respecto a este punto, diversos autores, entre ellos Gonzalez R., y Levar I. (1991), presentan una crítica al tradicional Hospital monovalente de salud mental, proponiendo cuatro ejes fundamentales para sostener la necesidad de la reforma de atención, el Clínico por la ineficiencia terapéutica y su papel como ente patogénico y cronificante de la enfermedad mental; el ético-jurídico en su violación sistemática de los derechos humanos; el institucional, que denuncia el carácter cerrado de la institución y las prácticas llevadas a cabo; el eje sanitario, que pone de manifiesto la distorsión del sistema de atención de la salud mental en relación con la asignación y distribución de recursos.

Las normativas situadas exigen la sustitución definitiva del sistema manicomial y la lógica exclusivamente biomédica, para conformar una red integrada de servicios basada en el modelo de salud mental comunitaria que garantice una atención humanizada, priorizando la autonomía de las personas y su atención en su medio habitual, protegiendo los derechos humanos de todos los usuarios.

MARCO TEÓRICO

Modelos de atención en Salud Mental

Es preciso describir el Modelo de Atención que se plantea en el presente trabajo, para poder situar el encuadre utilizado y así fijar un marco organizativo y conceptual desde donde dar respuesta al padecimiento subjetivo. Este modelo determina desde dónde se interviene, quiénes lo hacen y cuáles son los horizontes planteados.

Pensar en una intervención desde un modelo comunitario, propone integrar la asistencia clínica con la perspectiva comunitaria, priorizando sujetos activos frente a sus padecimientos y fortalecimiento de las redes vinculares y territoriales presentes. Siguiendo a Maritza Montero (2004), se considera que el sujeto no es un receptor pasivo, sino un actor social transformador. Alejándonos de un abordaje desde la clínica individualizada, con esta concepción de sujeto, se propone centrarse en la promoción de la salud y la prevención desde un enfoque de derechos y participación ciudadana (Bang, 2014).

Se define, entonces, la psicología comunitaria como aquel "campo interdisciplinar que estudia los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social" (Montero, 2004, p. 21). Desde esta perspectiva, el modelo de salud mental comunitaria se fundamenta en los postulados de la psicología comunitaria, asumiendo que la salud mental no es un constructo aislado, sino un proceso estrechamente vinculado a la agencia de los individuos para intervenir en su realidad social y generar modificaciones estructurales en su entorno. Este modelo se enraiza en el paradigma bio-psico-social, que justamente entiende al proceso de salud enfermedad no como un estadio meramente biológico, sino como un proceso complejo y dinámico que se entrelaza con factores psicológicos y sociales.

Los consensos teóricos y normativos vigentes en el campo de la Salud Mental Comunitaria definen a la rehabilitación psicosocial como un proceso complejo orientado a que las personas con padecimiento mental severo, recuperen su capacidad de funcionamiento social, autonomía y ejercicio de derechos, minimizando las consecuencias que pueda dejar una internación. La rehabilitación no debe entenderse como una "curación" en términos médicos tradicionales, sino como una re-vinculación social. Inspirada en las reformas de Basaglia (2008),

implica el acceso al trabajo, la vivienda, la recreación y el afecto. Todo movimiento o intervención realizada hacia este horizonte, buscará instaurar un proceso de ciudadanía activa, que devuelva al sujeto su lugar en la trama social y productiva.

La rehabilitación psicosocial “no es la sustitución de discapacidades con capacidades, sino un conjunto de estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos” (Sarraceno, 2017). Asimismo, la recuperación en salud mental son procesos que tienen por objetivo la restitución de los derechos de los pacientes con padecimientos mentales severos. Implica amparar la necesidad de prácticas de apoyo que aseguren posibles procesos de subjetivación para una revinculación social, teniendo en cuenta la singularidad del sujeto.

Dimensión Clínica

Emiliano Galende (2015) propone que la salud mental es una construcción social, necesariamente vinculada a las formas en las que se tramita el sufrimiento y el lugar que tiene la subjetividad. Desplazando el eje del individuo biológico portador de un mal, hacia un sujeto social, donde la salud está atravesada por la posibilidad de habitar un lazo social solidario y acceso a los derechos fundamentales. Abordar el padecimiento psíquico implica una escucha de la singularidad que no anula al sujeto bajo una etiqueta, reconociendo la multicausalidad del dolor humano.

Entiéndase por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657 (Ley 26.657 dto. 603/2013, Art. 1); ahora bien, se entiende por padecimiento psíquico a toda forma de sufrimiento subjetivo que, sin ser necesariamente asimilable a una categoría diagnóstica psiquiátrica rígida, afecta la vida cotidiana y la relación del sujeto con su entorno (Augsburger, 2022). El concepto de "padecimiento" se utiliza para marcar una distancia crítica respecto a la noción de "trastorno" o "enfermedad mental" propia del modelo biomédico. Mientras que la enfermedad busca la clasificación taxonómica, el padecimiento remite a la historia singular del sujeto y a su contexto (Galende, 2015). Abordar el padecimiento psíquico implica una escucha de la singularidad que no anula al sujeto bajo una etiqueta, reconociendo la multicausalidad del dolor humano.

Grupalidad

Tal como fundamentan las autoras Borowicz D., Garcia M. y Grad S. (2021), se considera que el humano es un ser social y el vínculo con otros resulta fundamental para su existencia. Al momento de comprender esto dentro de la lógica de tratamiento, encontrando aquello que sostiene como el grupo puede operar terapéuticamente sobre el padecimiento psíquico. Riviere (1985), fundamenta que la grupalidad habilita una transformación desde la adaptación pasiva de los sujetos que la integran, a una adaptación activa de la realidad, lo que se encuentra alineado con el lugar que pretendemos que ocupen los sujetos en su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados.

Es necesario contemplar que los armados grupales se configuran como un espacio y un tiempo en el que un sujeto cuenta con cierta contención, lo que produce un efecto terapéutico en sí mismo (Bauleo, 2002). Entendiendo así, la conformación de dinámicas grupales, como aquel lugar seguro, donde se puede poner en común aquello que genera malestar y sufrimiento.

El tratamiento de los usuarios internados, pensando el abordaje grupal como una intervención temprana, permite un restablecimiento del lazo social que puede verse resquebrajado en un proceso de hospitalización, tal como señalan Fazio y Pietramala (2005), como así también, instaurar el proceso de resocialización, entendiendo a la curación como la posibilidad de poder reestablecer vínculos. “El paciente (...) sabe tener a su lado una persona con la cual tiene un aprecio, un acercamiento, sabe establecer cortos vínculos y puede trabajar” (Bauleo, 2002, p.303) y la grupalidad cobra una relevancia indiscutible para abordar esta tarea.

Por último, tomando a Izrailit (2011), el establecimiento de la grupalidad tiene una utilidad clínica y humana insustituible por el tratamiento individual, ya que produce funciones elementales en la singularidad y subjetividad de los usuarios, tales como pertenencia, lazo social y protección. Lo expuesto habilita a pensar un abordaje del padecimiento mental que busque “restituir el carácter de ciudadano y sujeto pleno de derechos” (Yago Di Nella, 2012, p. 84)

Estrategias y dispositivos para la promoción y prevención de la salud

Gerald Caplan (1989) introduce el concepto de psiquiatría preventiva, entendida como el conjunto de conocimientos teóricos y prácticos que permiten reducir la frecuencia, duración e intensidad de los trastornos mentales. La prevención es, para Caplan, una acción integral, articulada y política, que requiere coordinación entre profesionales y comunidad. La OMS (1998) define la prevención como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la

aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también detener su avance y atenuar las posibles consecuencias “ La prevención se puede clasificar en tres niveles;

Prevención Primaria: Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978)

Prevención Secundaria: Son las acciones destinadas a la detección precoz y tratamiento adecuado de la enfermedad.

Prevención terciaria: Se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.¹²

La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en ésta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción, a la salud). La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en la Carta de Ottawa (1986) donde se la define como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla .³

Las estrategias para la promoción y prevención de la salud mental serán el conjunto de acciones integrales y espacios de intervención territoriales que buscan fortalecer la

¹ Colimón K. Niveles de Prevención. Citado 25/3/2010. Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>.

² García G, Rodríguez M, Benia W. Niveles y Estrategias de Prevención. En Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I. Montevideo, Fefmur. 2008. p. 19-26.

³ Méndez A, Ponzo J, Rodríguez M. Promoción de Salud. En Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I. 1ra. Ed. Montevideo. Oficina del Libro. Fefmur. 2008. p. 27-37. O

salud mental mediante el lazo social, la creatividad y el ejercicio de derechos, y el diagnóstico comunitario, es una de las herramientas privilegiadas para identificar dichas situaciones que se identifican como problemáticas, y poder construir una intervención anclada a la comunidad y sus capacidades.

El diagnóstico comunitario es un proceso participativo de recolección, ordenamiento y análisis de información sobre la realidad de un territorio. No busca solo identificar necesidades o déficits, sino fundamentalmente reconocer los recursos, capacidades y redes de poder que posee una comunidad para transformar su propia situación. El diagnóstico comunitario constituye la fase fundacional de cualquier intervención ética, pues garantiza que las políticas públicas se ajusten a la singularidad del tejido social y no a imposiciones tecnocráticas. El diagnóstico comunitario es una herramienta de producción de conocimiento que permite una planificación situada en acciones.

Uno de los conceptos claves para abordar metodológicamente las prácticas de prevención y promoción, es el de “dispositivo”. Esta herramienta operativa permite pasar desde la teoría hacia una práctica transformadora en el territorio. Siguiendo a la definición que aporta la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción para la Salud de CABA, “precisamos que un dispositivo constituye un arreglo organizativo para la intervención en la realidad, en tanto combina de una manera estratégica diversos elementos, con la intencionalidad de favorecer transformaciones a partir de una situación identificada como problemática” (Fernández, 1996).

Los componentes son aquellos que le brindan características particulares (RIEPS, 2013), son el andamiaje en el cual va a construirse una propuesta de intervención para dar respuesta a cierta problemática identificada. Los componentes analíticos son:

- **Objetivos:** Para qué. Indica los fines que se persiguen en la puesta en práctica del dispositivo.
- **Persona / Roles:** Quiénes. Indica la cantidad de personas intervinientes en el dispositivo y sus roles (participantes, observadores/as, coordinadores/as).
- **Tiempo:** Cuándo/Cuánto. Alude al momento en que se llevará a cabo el dispositivo, el tiempo necesario para la realización de las actividades, y la cantidad y frecuencia de los distintos encuentros.
- **Lugar:** Dónde. Hace referencia al espacio físico y sus características, tales como ubicación y tamaño.

- **Metodología:** Cómo. Hace referencia al particular despliegue o puesta en práctica, y a la combinación específica de técnicas, herramientas y recursos.
- **Recursos:** Con qué. Se refiere a los recursos materiales, físicos, discursivos, simbólicos, entre otros, necesarios para llevar a cabo el dispositivo.

Arte y salud mental

Claudia Bang (2014) conceptualiza el arte y la creatividad como herramientas potentes para la promoción de la salud mental comunitaria, ya que permiten la construcción de lazos sociales y la resignificación del sufrimiento. El arte utilizado como un dispositivo de salud que favorece la participación ciudadana y el derecho a la expresión. El arte en salud mental actúa como un puente entre la institución y la comunidad, permitiendo que el sujeto trascienda la etiqueta diagnóstica a través de la creación simbólica. Pensar el arte como una potente herramienta transformadora de lo individual, comunitario y social. Cómo el proceso de creación colectiva a través del arte, permite comenzar a re-tejer lazos y volver a formar vínculos, pensando el arte no solo en el marco de la clínica individual, sino en una intervención que apunta a lo colectivo.

Desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, el arte en la rehabilitación psicosocial opera fundamentalmente sobre tres dimensiones (Bang, 2014):

- **La dimensión subjetiva:** Permite al sujeto pasar de una posición pasiva de "objeto de asistencia" a una posición activa de ciudadanía. El sujeto se enuncia a través del proceso artístico, resignificando su propio padecimiento.
- **La dimensión vincular y comunitaria:** Dispositivos artísticos en el espacio público funcionan como puentes que desarraigan la lógica del aislamiento manicomial. Como señala Claudia Bang (2014), el arte comunitario favorece la participación y la construcción de un lazo social solidario en el territorio.
- **La dimensión ético-política:** El arte como forma de conversar con el estigma sobre los padecimientos mentales. Esto coincide con los planteos de Emiliano Galende (2015) respecto a que la verdadera rehabilitación psicosocial implica necesariamente una transformación de la mirada de la cultura sobre la locura, restituyendo la plena ciudadanía.

El arte se vuelve así un indicador de salud y un motor fundamental para la inclusión social efectiva.

Bioética

Posicionamiento ético desde el que se sitúa una investigación en ciencias de la salud, teniendo en cuenta que al abordar situaciones de salud enfermedad se interviene sobre trayectorias de vida, cuerpos, mentes, inicios o finales de la vida, manejo de información personal y/o sensible, sobre la distribución de recursos en salud, entre otras. (Buedo, 2022).

METODOLOGÍA

El presente Trabajo Integrador Final, se define como un proyecto de intervención institucional fundamentado en un estudio de caso único, inserto en un marco de investigación cualitativa, la cual se caracteriza por su carácter inductivo, flexible y circular, ya que parte de lo particular hacia lo general y permite regresar a etapas previas en función de lo que va surgiendo en el campo. El ingreso al terreno, la recolección y el análisis de los datos suelen darse de manera simultánea. (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014, p.8). El alcance seleccionado será descriptivo- propositivo, debido a que pretende especificar las propiedades y características importantes del caso en cuestión (Sampieri, 2018). Se opta por utilizar estratégicamente el estudio de caso único dado que permite comprender y posteriormente examinar las dinámicas institucionales de forma integral y situada, en un contexto real (Yin, 2008)

La delimitación institucional del caso se sitúa en un Hospital General de la Provincia de Buenos Aires, específicamente en su Servicio de Salud Mental. Los informantes clave para la fase diagnóstica estarán constituidos por los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario de dicho servicio, involucrados directamente en el proceso de atención e internación de los usuarios.

El proceso metodológico para este trabajo consta de tres momentos estratégicos que permitan cumplimentar con los objetivos propuestos; dichas fases serán:

I) Diagnóstico Situacional del Servicio de Salud Mental

Esta fase se orienta a describir y plasmar la modalidad de abordaje actual en la internación por motivos de salud mental en el Hospital General donde se desarrolla la investigación, identificando el modo de atención a los pacientes ambulatorios, como aquellos que por presentación de urgencias pasen al dispositivo de internación; reconocer y registrar la presencia de espacios de grupalidad durante la internación, como también dispositivos que favorezcan la inclusión y rehabilitación psicosocial, en la internación y como parte del proceso de externación.

Las herramientas de recolección de datos seleccionadas son:

- **Observación participante**: Realizada por la investigadora en los espacios comunes del servicio, con el fin de registrar las dinámicas cotidianas, los dispositivos institucionales vigentes y la organización del tiempo asistencial.

La observación cualitativa “no es mera contemplación (“sentarse a ver el mundo y tomar notas”); implica adentrarnos profundamente en situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones.” (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014). Respecto a esta técnica, se asume la perspectiva de Taylor y Bogdan (1987), quienes la definen como la investigación que involucra "la interacción social intensa entre el investigador y los informantes en el medio de estos últimos, durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo" (p. 31).

- **Entrevistas cualitativas**: Aplicadas a los profesionales del equipo interdisciplinario, guiadas por un eje temático flexible que permita explorar los posibles emergentes sobre la temática de interés, el estado actual de los dispositivos y la viabilidad de la inclusión de prácticas grupales.

Al respecto, las entrevistas cualitativas se caracterizan por ser "más íntimas, flexibles y abiertas que las cuantitativas" (Savin-Baden y Major, 2013, y King y Horrocks, 2010, citados en Hernández-Sampieri et al., 2014, p. 403); las mismas se definen como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)(...)”. (Janesick, 1998 en Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014, p.403).

Se opta por seleccionar a tres profesionales para realizar las entrevistas, una enfermera, y dos psicólogas, una que desempeña el rol de coordinadora del servicio. Los criterios de selección fueron debido a su antigüedad en el servicio del hospital, y la base interdisciplinaria para garantizar una mirada integral del servicio y así enriquecer el diseño del dispositivo. Las entrevistas fueron llevadas a cabo de manera virtual, con

una duración aproximada de entre 35 -50 minutos, siendo posteriormente transcritas con las modificaciones necesarias para cuidar la confidencialidad. Una vez concretadas las transcripciones, se realizó una lectura atenta de cada entrevista para identificar los fragmentos de testimonio más relevantes. Posteriormente, se seleccionaron los extractos que responden a los interrogantes centrales y específicos de la investigación, integrándose de manera lógica y coherente en la presentación y discusión de los resultados.

II) Revisión de documentos que muestren experiencias de dispositivos grupales en Argentina

Con respecto a esta fase, se procede a realizar una revisión bibliográfica sobre experiencias territoriales realizadas en Argentina sobre dispositivos grupales implementados bajo el paradigma de salud mental comunitaria.

El relevamiento de experiencias no ha sido de tipo exhaustivo, dado que no se pretende realizar un informe epidemiológico sobre la presencia de dispositivos grupales utilizados como estrategia comunitaria. Por el contrario, la búsqueda se llevó a cabo de manera selectiva y estratégica, con el propósito de recopilar información que resulte de utilidad para el posterior diseño e implementación de un dispositivo grupal destinado a usuarios internados por salud mental en un hospital general de agudos.

En este marco, se recurrió a un relevamiento orientado de antecedentes y experiencias significativas, incluyendo material facilitado por el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez - CABA⁴, institución que cuenta con una amplia trayectoria en dispositivos centrados en la grupalidad. También, se analizaron experiencias relevadas por la Universidad Nacional de Lanús (UNLA) y publicaciones vinculadas a salud mental comunitaria y salud pública producidas por organismos académicos y gubernamentales, entre ellos la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, así como investigaciones desarrolladas por la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

⁴ Sanfelippo, L., Brain, A., & Greggio, G. (Eds). (2021). *Sala Abierta, Internaciones en salud mental en un hospital general*. La Docta Ignorancia.

III) Diseño Técnico de Dispositivo

En esta Fase (III) se plasma la articulación entre la información recolectada sobre el funcionamiento del dispositivo de internación, recursos disponibles, y dispositivos ofrecidos para los usuarios recolectados en la primer fase y las experiencias analizadas, para concluir en la construcción de un dispositivo grupal, delimitando su encuadre, objetivos y dinámicas para su posible incorporación en el plan de tratamiento de los usuarios internados por salud mental.

Consideraciones Éticas

Dado que el proyecto se contextualiza en un hospital general y aborda una población en situación de vulnerabilidad, como son los usuarios internados, la propuesta se rige estrictamente por los principios bioéticos. Se garantizará el secreto profesional, el resguardo de la identidad de los referentes institucionales y el tratamiento confidencial de los datos recabados durante la etapa diagnóstica, asegurando que la recolección de información no interfiera de ningún modo con los procesos asistenciales en curso.

Declaración del uso de Herramientas de Inteligencia Artificial

Se declara el uso de herramientas de Inteligencia Artificial (IA) con fines asistenciales durante el desarrollo del presente trabajo. Dicho uso se limitó exclusivamente a tareas de apoyo técnico y formal, sin intervenir en la producción conceptual del trabajo.

En particular:

Revisión de la redacción y organización del texto: se utilizó Chat GPT como herramienta de apoyo para optimizar la claridad de la escritura, y favorecer la coherencia entre las ideas.

Localización y sistematización de la información: se empleó Notebook LM para facilitar la búsqueda, clasificación y organización de la bibliografía consultada, contribuyendo a una mejor estructuración de las fuentes utilizadas.

Adecuación del sistema de citación: se recurrió a Claude IA y Gemini como herramientas de asistencia para verificar y ajustar el formato de las citas y referencias bibliográficas de acuerdo con las normas APA (7.^a edición).

RESULTADOS

Información recolectada sobre la situación actual de las internaciones por salud mental

El Hospital Zonal General se encuentra ubicado en la Provincia de Buenos Aires, y forma parte de la Región Sanitaria XI del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Se trata de un hospital público de gestión provincial que brinda atención integral a la población de su área de influencia, con servicios de guardia, internación, con disponibilidad de 100 a 150 camas, y atención ambulatoria en diversas especialidades médico-asistenciales, se inscribe dentro del segundo nivel de atención del sistema público de salud, brindando atención especializada y hospitalaria a la población de su área de influencia.

El hospital constituye un efector sanitario de referencia para la comunidad local y zonas aledañas, garantizando el acceso a la atención de la salud en el marco del sistema público provincial, y articulando con otros niveles de atención y dispositivos de la red sanitaria. La institución cuenta actualmente con internaciones por Salud Mental, integradas al funcionamiento del hospital general, en consonancia con los principios establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, que promueven la atención de los padecimientos mentales en hospitales generales, con un enfoque de derechos, comunitario e interdisciplinario. La existencia de internaciones por Salud Mental dentro del hospital evidencia un proceso de adecuación institucional a la normativa vigente, así como la necesidad de fortalecer, organizar y reafirmar este dispositivo, garantizando condiciones adecuadas de atención, cuidados, continuidad terapéutica y articulación con la red de servicios de salud mental del territorio.

Respecto a las internaciones por salud mental, para describir correctamente el funcionamiento de este dispositivo, se procede a un análisis de los datos recolectados por las observaciones realizadas en la institución y entrevistas a referentes del servicio, que nos permite construir sólidamente una visión integral de cómo se compone el mismo, para así identificar las vacancias disponibles en la articulación del proceso de internación, y como se incluye la rehabilitación e inclusión psicosocial en el dispositivo.

El servicio de Salud mental está actualmente compuesto por cinco psicólogas, una psicopedagoga, dos psiquiatras, y una trabajadora social, las cuales se abocan específicamente a la atención de los pacientes ambulatorios con derivación a psiquiatría, siendo el único servicio público que ofrece esta especialidad en la región, y al servicio de internación, tanto por motivos de salud mental, como demandas de interconsultas de otras especialidades.

Las internaciones por motivos de salud mental, se ingresan por el dispositivo de atención de urgencias, la guardia, Los usuarios que ingresan, en primer lugar obtendrán atención clínica, para

garantizar que lo orgánico no esté comprometido, y una vez descartada cualquier implicación de riesgo biológico se procede a llamar a los profesionales de Salud Mental para realizar la entrevista interdisciplinaria y confirmar si el caso requiere o no de internación; conforme al capítulo VII de la Ley Nacional n°26657 (2010), la internación tanto voluntaria como involuntaria es considerada como el último recurso dentro de la estrategia terapéutica. Es de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis. Será indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social y cuando brinde cuidados y atención que no estén garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación. El criterio clínico para la internación es la existencia de riesgo cierto e inminente para el propio usuario o para terceros. Es preciso aclarar, que la institución no cuenta con profesionales de salud mental asignados a la guardia, por lo que el ingreso de algún usuario con requerimiento de este tipo de atención, deberá aguardar no solo a la disponibilidad de un profesional que en ese horario se encuentre en el hospital, y en caso de que por el horario o día de la semana no haya un miembro del equipo del área de Salud Mental presente, la evaluación inicial la realiza un médico generalista que esté brindado servicio en la guardia. Estas condiciones dificultan sobre todo la atención durante el fin de semana y horarios vespertinos, produciendo una sobrecarga en los profesionales de atención clínica y enfermeros que estén en la rotación de servicio.

Una vez definido el criterio de internación, el paciente pasa a la sala de Clínica Médica, en el cual recibirá la atención de las enfermeras del servicio en lo que respecta a la toma de signos vitales diariamente, administración de la medicación, acompañamiento en tareas de higiene y organización de las comidas, gestión de crisis emocionales y apoyo dentro del equipo multidisciplinario de atención. En base a los datos recolectados, se menciona que no ha habido capacitaciones para enfermería en cuanto a la atención de pacientes internados por motivos de salud mental, y que muchas veces esto supone una barrera en la comunicación efectiva con los usuarios y profesionales de atención.

El tratamiento de los usuarios internados implica un pase de sala diario, en la cual las profesionales psicólogas, realizan entrevistas que encuadran el abordaje terapéutico, para recolectar la información necesaria y elaborar decisiones terapéuticas integrales e interdisciplinarias, para elaborar el plan de tratamiento y externación para el usuario. En estos pases de sala, se evalúa la evolución de los síntomas y su comportamiento, el estado emocional que presenta, evaluación de riesgo, la necesidad de ajustes en el tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, la presencia de red, y necesidad de trabajo con la misma haciendo nexo con la trabajadora social del equipo. Debido a las condiciones edilicias y recursos disponibles en la institución, estas entrevistas diarias suelen realizarse en la habitación del paciente, la cual es compartida con otros usuarios de la institución, lo que dificulta poder establecer el encuadre de

privacidad que permita que la persona pueda sentirse cómodo para poner en palabras algo de sus padecimientos.

Las rutinas de los usuarios internados incluyen el pase de sala previamente mencionado, y una permanencia exclusiva en la habitación, realizando las comidas allí, y con impedimentos para lograr deambular o poder habitar otros espacios. Como advierte una de las referentes: “No sé, por ejemplo, en pacientes que están con abstinencia, eso se nota mucho porque, claro, están encerrados en una cama. Digo encerrados pese a que la internación es abierta, pero están en una habitación, en una cama sin nada que hacer, recontra con una re abstinencia de consumo, por ejemplo, y obviamente que eso genera algunos conflictos en la sala misma de internación porque son pacientes que se ponen de mal humor o que tienen ansiedad y demás.” (E1, p 46) Por lo que la totalidad de la internación se reduce a estabilización y modificaciones en el plan farmacológico del paciente, entrevistas diarias de 40 minutos con la psicóloga encargada del pase de sala, y visitas de la trabajadora social si el equipo interdisciplinario lo cree pertinente. Una de las referentes entrevistadas señala que: “lleva mucho trabajo en la cotidianeidad poder perseguir el fin terapéutico en la sala de internación. Digamos que el tratamiento no se resume a tener una consulta en la sala de internación con un profesional de salud mental.” (E1, p46).

Es pertinente mencionar, la complejización de la situación por la vacancia de espacios alternativos para incorporar en el tratamiento, citando una de las entrevistas, “En lo que es la extensión de solo una entrevista y una intervención sólo desde la psicoterapia, tratamos de que los pacientes puedan tener otro tipo de actividades, pero bueno, no hay mucha opción tampoco.” (E1, p46). De este modo, se registra no únicamente una necesidad de incorporación de nuevos espacios por parte de las profesionales que dan atención a los usuarios, sino también de un pedido por parte de los usuarios mismos, “ me acordé que esto igual no se me ocurrió a mí, esto me lo han pedido muchos pacientes, algún espacio de actividad física.” (E1, página 49).

Una de las dificultades identificadas en la institución es la imposibilidad de establecer un trabajo en articulación con el primer nivel de atención, lo que muchas veces configura la extensión en la permanencia del usuario en internación debido a que el vacío de dispositivos que puedan alojarlo al momento de su externación. En la atención a los usuarios internados se configuran condiciones desfavorables en su plan de tratamiento y externación, condiciones que suponen un riesgo en su bienestar, incluyendo muchas veces según lo relatado por las referentes entrevistadas, que la carencia de redes de apoyo produce el mismo efecto; y aunque la normativa expresa claramente : “Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. No se deberá prescribir ni prolongar para resolver problemáticas sociales o de vivienda.” (LNSM N° 26657, 2010), dadas las condiciones mencionadas, se traducen directamente en una prolongación del tiempo necesario de internación, como así también, un porcentaje de reincidencia en abandonos de tratamientos tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, que llevan nuevamente a internaciones. Como destaca una entrevistada: “En el sentido de que con ciertas actividades o talleres o tipo de atención más regular o más frecuente, seguro podríamos generar menor tiempo de internación. (...)” (E2, p52).

Las profesionales entrevistadas mencionan que actualmente una de las dificultades más notorias es poder cumplimentar con la función terapéutica y social de la internación, comprendiendo que la misma conforma no únicamente una contención inmediata, sino que debería buscar promover la autonomía, la rehabilitación social y participación familiar, y así contribuir a un proceso de recuperación más efectivo (Paladino, 2019). Sobre este horizonte post-externación, se proyecta que “También lo que puede generar es en el futuro un grupo de pacientes, generar grupalidad en grupos de pacientes que salieron de la internación y que se les puede dar un apoyo desde el hospital en la grupalidad.” (E2, p 54).

Dentro de los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas se encuentra sugerencias a tener en cuenta sobre los componentes que sería importante incluir en el dispositivo, tal como menciona una de las entrevistadas, “ yo creo que el arte está muy bueno para enganchar algunas cosas, así que algo de dibujo, algo de escritura, bueno, en el caso de que los pacientes posean la posibilidad de escribir, me parece que algo de eso vendría muy bien. Y me acordé que esto igual no se me ocurrió a mí, esto me lo han pedido muchos pacientes, algún espacio de actividad física.” (E1, p56). Como así también, se pudieron localizar las principales barreras que podrían llegar a dificultar la incorporación del mismo, tales como ciertos paradigmas que persisten en la

lógica de atención, citó, “ la lógica institucional nunca va a acompañar esos espacios porque está inserta en el modelo médico hegemónico, eso desde ya. Pero creo que de a poco se puede ir armando algún instituyente.” (E1, p 56), A ello se suma la falta de prioridad en las decisiones políticas y presupuestarias del efector: “es falta de apoyo porque si desde el punto de vista presupuestario no se habilitaron los espacios, o de decisiones, quiere decir que no está en la prioridad de la agenda.” (E2, p59). En suma, esta brecha entre las demandas de los actores y las restricciones institucionales da cuenta de la necesidad de diseñar alternativas terapéuticas que pongan en tensión el modelo imperante y garanticen una atención integral en salud mental, aspecto que se analizará a continuación en la discusión.

DISCUSIÓN

Tal como se establece en las recomendaciones en el abordaje de salud mental en hospitales generales de la Dirección Nacional de Salud Mental (MSAL, 2018) “Es importante garantizar un servicio con criterios flexibles de abordajes acordes a la problemática de la comunidad. Se recomienda que las prácticas terapéuticas sean complementarias al tipo de población y demanda comunitaria que el servicio reciba, tratando de maximizar la capacidad de atención y adecuando el tipo de práctica al contexto y no viceversa.” Por lo que se propone presentar un relevamiento de dispositivos grupales con base comunitaria, que permitan situar y justificar la inclusión de un dispositivo grupal como parte de una tradición de trabajo que se inserta en un modelo de atención comunitaria.

Relevamiento de dispositivos grupales como estrategia de rehabilitación e inclusión psicosocial

Con el objetivo de relevar experiencias de dispositivos grupales implementados en Argentina en el marco de estrategias comunitarias de rehabilitación e inclusión psíquica y social, se seleccionaron tres antecedentes que permiten analizar diferentes niveles de intervención dentro del campo de la salud mental comunitaria. La elección de estas experiencias no responde a un criterio exhaustivo, sino a su potencial para ilustrar distintas modalidades de trabajo grupal orientadas al fortalecimiento del lazo social, la participación comunitaria y la continuidad de cuidados.

Desde la propuesta de Muhammed, et al. (2024) que data de una primera intervención que buscaba proponer la grupalidad en el efector de salud en el que se inspira el presente trabajo, es posible situarlo como una experiencia directa que sea el ancla orientadora hacia experiencias comparables.

En primer lugar, se recupera el estudio realizado por Bang (2018) sobre prácticas participativas de arte, creatividad y juego desarrolladas en el espacio público de un barrio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta experiencia resulta relevante porque muestra cómo los dispositivos grupales pueden constituirse como estrategias de promoción de salud mental desde una perspectiva comunitaria. A través de procesos de creación colectiva y participación abierta, se favorece la construcción de vínculos solidarios, la visibilización de sectores históricamente excluidos y la apropiación del espacio público como lugar de encuentro. En consonancia con los planteos de Montero (2004), los participantes son concebidos como actores capaces de intervenir sobre su realidad y producir transformaciones en ella. Asimismo, la experiencia evidencia el potencial del arte para promover formas de participación que fortalecen la dimensión subjetiva, vincular y comunitaria de los procesos de salud mental, tal como señala la propia autora.

Si bien esta experiencia se desarrolla fuera del ámbito hospitalario, aporta elementos relevantes para pensar la rehabilitación psicosocial como un proceso que excede la resolución de síntomas y se orienta a la reconstrucción de lazos sociales, la ampliación de intercambios y el ejercicio de ciudadanía, aspectos que Sarraceno (2017) identifica como centrales en los procesos de rehabilitación.

En un segundo nivel de análisis, se recuperan las experiencias sistematizadas en “Sala Abierta”. Internaciones en salud mental en un hospital general” (Sanfelippo, Brain y Greggio, 2021), por tratarse de un antecedente desarrollado específicamente en un servicio de internación de salud mental de un hospital general de agudos. La pertinencia de esta experiencia radica en su proximidad con el contexto institucional en el que se inscribe la presente propuesta.

Los autores describen una transformación del modelo de atención basada en la grupalidad, la horizontalidad y la apertura, donde los dispositivos grupales constituyen una estrategia central del tratamiento y no una actividad complementaria. Dentro de estas experiencias se incluyen asambleas con usuarios, familiares y profesionales, espacios de musicoterapia y la denominada Revista Viajera, dispositivo que posibilita la elaboración colectiva de la experiencia de internación. Resulta especialmente significativo que algunos de

estos espacios incluyan tanto a personas internadas como a usuarios externados, favoreciendo la continuidad de cuidados y la construcción de referencias vinculares que trascienden el período de hospitalización.

Los relatos recopilados destacan que la grupalidad posibilita la emergencia de sentidos, intercambios y producciones subjetivas que difícilmente aparecen en el abordaje individual, promoviendo acciones de inclusión y favoreciendo la restitución del lazo social (Sanfelippo, Brain y Greggio, 2021). Estas observaciones dialogan con los planteos de Bauleo (2002) respecto de la función terapéutica de los grupos y con las formulaciones de Pichón-Rivière (1985), quien concibe a la grupalidad como un espacio que favorece procesos de transformación y adaptación activa de los sujetos a su realidad.

Finalmente, se incorpora el relevamiento realizado por D’Agostino et al. (2025) sobre los Centros Comunitarios de Salud Mental y Consumos Problemáticos (CCSM) de la provincia de Buenos Aires. La inclusión de esta experiencia resulta particularmente relevante debido a que constituye una sistematización de dispositivos pertenecientes al mismo sistema de salud provincial en el que se inserta la propuesta desarrollada en este trabajo.

Los autores describen a los CCSM como dispositivos orientados a la promoción, prevención y atención de la salud mental con base en la comunidad, donde la grupalidad ocupa un lugar prioritario dentro de las estrategias de cuidado. Los talleres culturales, educativos, recreativos y productivos son concebidos como espacios que favorecen la inclusión social, la construcción de apoyos comunitarios y la continuidad de cuidados. Desde esta perspectiva, la atención en salud mental no se limita a la intervención sobre situaciones agudas, sino que incorpora acciones destinadas a acompañar la recomposición de las redes vinculares y sociales de las personas en su vida cotidiana (D’Agostino et al., 2025).

En conjunto, las experiencias relevadas permiten identificar un conjunto de consensos en torno al valor de los dispositivos grupales dentro de las estrategias contemporáneas de salud mental comunitaria. Más allá de las diferencias entre los contextos de implementación —el espacio público, la internación en hospital general y los dispositivos comunitarios territoriales—, todas ellas destacan la importancia de generar espacios de encuentro que favorezcan la participación activa de los sujetos, la construcción de vínculos significativos y el fortalecimiento de redes de apoyo. Asimismo, coinciden en considerar que la rehabilitación psicosocial requiere

intervenciones que trasciendan la lógica exclusivamente asistencial para promover procesos de inclusión social, ejercicio de derechos y reconstrucción del lazo comunitario.

Estas experiencias aportan antecedentes que respaldan la incorporación de dispositivos grupales en contextos de internación por salud mental, mostrando que la grupalidad puede constituirse en una herramienta relevante para la rehabilitación psicosocial, la preparación de procesos de externación y la construcción de apoyos que favorezcan la continuidad de cuidados en la comunidad.

Propuesta de dispositivo grupal

Al momento de realizar una propuesta para la incorporación de un dispositivo en el plan de tratamiento de los usuarios internados, desde seleccionar un encuadre adecuado para llevarlo a la práctica clínica institucional, es necesario poder realizar un diagnóstico participativo, por el tipo de intervención al que apunta, ya definido como un proceso participativo de recolección, ordenamiento y análisis de información, es así que se ha involucrado a diferentes miembros del equipo de Salud Mental del Hospital donde se realiza la propuesta para habilitar una planificación situada de las acciones a realizar; “planificar consiste, principalmente, en identificar problemas (actuales y futuros) y prioridades de intervención para implementar soluciones; determinar si éstas están dentro de la capacidad de acción de quien planifica; identificar los factores que determinan el estado de cosas considerado insatisfactorio; establecer los cursos de acción que pueden ser seguidos para solucionar los problemas; determinar quiénes serán responsables de la ejecución de dichas acciones, y definir los procedimientos de evaluación (...) que permitirán monitorear si el curso de acción seguido es el adecuado para los fines perseguidos, y si los resultados obtenidos están dentro de lo esperado” (Rieps,2013).

En base a los criterios para la caracterización de un dispositivo de la Guía de dispositivos Rieps (GCBA, 2013), se planifica lo siguiente:

- La **situación problemática**, se plantea la vacancia de dispositivos que habiliten la rehabilitación e inclusión psicosocial de los usuarios internados por motivos de salud mental, teniendo en cuenta el establecimiento de los lineamientos para una internación basada en derechos, con un componente promocional y preventivo.

- El **marco conceptual**, abordando la problemática desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, que busca el fortalecimiento del sujeto, garantizando una atención humanizada, priorizando la autonomía de las personas y su atención en su medio habitual, protegiendo los derechos humanos de todos los usuarios.
- Los **objetivos** que persigue el dispositivo, buscando una alternativa a la lógica biomédica, favoreciendo la inclusión, habilitando el lazo social en el proceso de atención terapéutica.
- El **relevamiento de experiencias previas** tanto locales como aquellas que se han utilizado como estrategias de intervención y así evaluar la pertinencia del dispositivo.
- **Análisis institucional y viabilidad:** “La viabilidad técnica está vinculada con la pertinencia y la coherencia de la propuesta de intervención en lo referido a la identificación de la situación problemática, las líneas de acción posibles y los objetivos” (“Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica”, 2013). Mediante las entrevistas llevadas a cabo, específicamente con quien coordina el servicio, se ha puesto de manifiesto la pertinencia que tiene este proyecto a nivel institucional, y que se cuenta las condiciones para poder ser llevado a cabo, con un esfuerzo sostenido por parte del equipo interdisciplinario. Teniendo en cuenta que el Servicio cuenta con una experiencia previa de grupalidad, que pudo ser llevada a cabo, pero no sostenida, nos proporciona la información que la propuesta es viable en la institución, y su desafío será sostenerla una vez que se incorpore, para que sea incorporada como parte del plan de tratamiento y atención a pacientes internados por motivos de salud mental.
- **Evolución y sistematización:** siguiendo los lineamientos que establece la RIEPS en su Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud (2013), para evaluar y sistematizar una intervención, es preciso llevar un registro de lo ya realizado y tener en cuenta la recuperación de los conocimientos, sentidos y representaciones presentes en los participantes. Se contempla la incorporación de este dispositivo en el marco de atención de los usuarios internados, teniendo en cuenta el antecedente en el efector de salud, en el que la grupalidad ha funcionado como una apuesta al lazo social. La forma de evaluación y sistematización elegida será la recuperación de los relatos y manifestaciones de los participantes, teniendo

en cuenta la mirada del equipo interdisciplinario para la construcción de un nuevo diagnóstico que permita establecer la pertinencia, eficacia y utilidad del dispositivo incorporado. Mediante una perspectiva dialógica, se concibe que el intercambio generado entre participantes, coordinadores y profesionales del equipo de Salud Mental, es un espacio de construcción de sentido, que habilita el trabajo con emergentes derivados de la incorporación del dispositivo.

Se considera el dispositivo que se presenta a continuación como una estrategia social para la acción comunitaria en salud, que tiene como objetivo la inclusión social de personas con padecimiento psíquico que se encuentran en un contexto de aislamiento debido al encuadre que se lleva a cabo en la internación. También se considera un movilizador institucional, que propone habilitar las posibilidades expresivas de los usuarios y la desestigmatización de las problemáticas de salud mental. Se fundamenta como un dispositivo de promoción de la salud, proporcionando recursos simbólicos a los usuarios del servicio de salud mental, favoreciendo procesos de creación de lazo y producción de autonomía hacia una vida social integrada, saludable, y digna. y dentro de un marco de prevención terciaria, llevando a cabo acciones relativas a la recuperación ad integrum. Además, intenta promover procesos de participación social donde la circulación de la palabra permite la creación de una red de base horizontal durante el tratamiento, y en la práctica llevada a cabo, se manifiesta el usuario como un creador (de recursos), en el encuentro con otros.

Caracterización Del Dispositivo

Para detallar el dispositivo se propone utilizar los componentes Analíticos propuestos en la Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud (2013). “Es necesario aclarar que, si bien un dispositivo posee ciertas características y componentes que lo definen y le otorgan su especificidad, en la práctica las posibilidades son flexibles y variadas” (RIEPS, 2013)

Taller de Arte y Movimiento: Una alternativa posible

Objetivos

El dispositivo "Arte y Movimiento" tiene como finalidad ofrecer a los usuarios que estén transitando una internación por motivos de salud mental un espacio alternativo que promueva la participación activa en su proceso de tratamiento, incluyendo actividades grupales que favorezcan el encuentro con otros, promoviendo el lazo social, y la construcción de espacios de

intercambio significativo. Se propone generar un ámbito de intercambio y producción colectiva que contribuya a disminuir el aislamiento propio del proceso de internación, fortaleciendo la circulación por espacios comunes y la apropiación de recursos institucionales. El dispositivo busca favorecer la inclusión del usuario en su plan integral de tratamiento, promoviendo instancias de participación que contribuyan a la rehabilitación psicosocial y al sostenimiento de lazos comunitarios.

Desde esta perspectiva, el taller se orienta a acompañar los procesos de externación, ofreciendo experiencias que permitan fortalecer habilidades sociales, promover la autonomía progresiva y favorecer la reintegración a la vida comunitaria. Se espera que la participación en el dispositivo contribuya a la construcción de proyectos personales, al reconocimiento de capacidades y recursos subjetivos, y al fortalecimiento de redes de apoyo entre pares que atraviesan situaciones similares.

Población destinataria

El dispositivo estará destinado principalmente a usuarios internados en el servicio de salud mental. Será requisito que los participantes presenten criterios de grupalidad y estabilidad clínica suficientes para garantizar una experiencia que resulte en pos del bienestar integral, manteniendo el cuidado, para evitar intervenciones potencialmente iatrogénicas. Es preciso aclarar que no se excluye la participación de pacientes internados por causas orgánicas que, mediante la correspondiente interconsulta y evaluación interdisciplinaria, puedan beneficiarse de la propuesta y adaptarse al encuadre establecido. De esta manera, se procura sostener un dispositivo a puertas abiertas, evitando modalidades de funcionamiento cerradas o segregativas.

El taller contará con una coordinadora responsable de la planificación, organización y coordinación de las actividades semanales, así como del seguimiento general del dispositivo. Será necesario contar con una supervisora designada por la coordinación del área de salud mental, función que podrá ser desempeñada por distintos profesionales del equipo institucional de manera rotativa. La supervisión tendrá como objetivo acompañar el desarrollo del dispositivo, brindar orientación técnica y constituirse como espacio de consulta frente a situaciones que requieran una evaluación específica.

Tiempo

El dispositivo tendrá una frecuencia bisemanal, con dos encuentros semanales de una hora y treinta minutos de duración cada uno. De acuerdo con las características de las actividades propuestas y la dinámica grupal, se contempla la posibilidad de extender algunos encuentros hasta dos horas en caso que el mismo requiera de más tiempo para la realización de las actividades planificadas. Todo esto será coordinado con la institución previamente.

Las actividades se desarrollarán en horario vespertino, los días y horarios deberán ser consultados y autorizados por la institución. La coordinadora y la supervisora serán responsables de convocar y acompañar a los participantes desde las salas de internación hasta el espacio destinado al taller.

Se contempla que en los días donde transcurra el taller, la merienda de los usuarios pueda formar parte del cierre del espacio, para así favorecer la permanencia en espacios comunes, propiciar intercambios espontáneos entre los participantes y habilitar momentos de socialización en un contexto más distendido y cotidiano.

Lugar

El taller se desarrollará principalmente en el Salón de Usos Múltiples (SUM) del hospital, espacio que cuenta con capacidad para aproximadamente treinta personas y dispone de mobiliario adecuado para la realización de actividades grupales, incluyendo mesas y sillas. También se contempla la posibilidad de realizar determinados encuentros en el patio de la institución cuando las condiciones climáticas y la planificación de las actividades lo permitan. La utilización de espacios abiertos favorecerá experiencias de circulación por distintos sectores del hospital y ampliará las posibilidades expresivas y corporales de los participantes.

Metodología

La propuesta se organizará en dos encuentros semanales diferenciados por su eje de trabajo, los usuarios podrán participar de la elección de las temáticas artísticas y expresivas. Los ejes de trabajo son:

Eje A: Arte

Este encuentro estará destinado a actividades artísticas y expresivas. En este espacio se desarrollarán diversas técnicas de producción creativa, tales como elaboración de máscaras, collage, encuadernación artesanal, pintura, dibujo y otras propuestas que permitan la exploración

subjetiva mediante recursos simbólicos. Se promoverá especialmente la construcción de producciones que puedan continuar siendo elaboradas por los participantes durante los días en que no se realice el taller, favoreciendo la continuidad de los cuidados, la apropiación de la experiencia y el sostenimiento de intereses personales más allá del espacio grupal.

Eje M: Movimiento

El segundo encuentro estará orientado al movimiento corporal. Las actividades serán adaptadas a las posibilidades físicas y condiciones de salud de cada participante, incluyendo ejercicios suaves de movilidad articular, estiramientos, conciencia corporal y dinámicas que integren el movimiento con objetivos expresivos y grupales. Se incorporarán además propuestas que requieran la utilización del cuerpo como herramienta de producción colectiva, tales como la elaboración de afiches, intervenciones espaciales y dinámicas participativas.

Las propuestas de movimiento buscan favorecer la activación corporal, la percepción de las propias capacidades, la expresión no verbal y el fortalecimiento de experiencias compartidas que contribuyan a la rehabilitación psicosocial. Teniendo en cuenta que actualmente el usuario pasa la mayor parte del tiempo en su cama.

Recursos

Para la implementación del dispositivo se requerirá la disponibilidad de recursos materiales destinados a las actividades artísticas y corporales, tales como papeles, cartulinas, pinturas, pinceles, pegamentos, telas, materiales de encuadernación, elementos de escritura y otros insumos necesarios para cada propuesta específica. Los recursos serán provistos mediante la articulación con la Dirección del Hospital y la colaboración de los profesionales integrantes del equipo interviniente.

Por otro lado, se establecerá una coordinación previa con el servicio de comedor institucional a fin de organizar la merienda en aquellos encuentros en que se considere pertinente incorporar como parte del dispositivo. Esta articulación permitirá fortalecer los objetivos de socialización e inclusión comunitaria promovidos por el taller.

CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como propósito analizar el abordaje que se da a las internaciones por salud mental en el Hospital General de la provincia de Buenos Aires, tomado como caso de estudio, y considerar las posibilidades de implementación de un dispositivo grupal al marco de su tratamiento, considerando los lineamientos de la salud mental comunitaria y las experiencias desarrolladas en distintos efectores del país.

Lejos de considerarse a las internaciones por salud mental como un espacio destinado exclusivamente a la estabilización clínica y farmacológica, el trabajo sostiene la necesidad de pensar intervenciones que contemplen la dimensión subjetiva, vincular y social de los usuarios, promoviendo procesos de rehabilitación e inclusión psicosocial desde el inicio del tratamiento, y como parte de establecer un andamiaje para la externación desde una fase temprana de la internación.

La revisión bibliográfica permitió identificar un amplio consenso respecto del valor terapéutico de los dispositivos grupales. Las experiencias relevadas muestran que la grupalidad favorece la reconstrucción del lazo social, la producción de autonomía, la participación activa de los usuarios y la continuidad de cuidados, constituyéndose como una herramienta privilegiada que responde a los principios establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y con los lineamientos de la salud mental comunitaria. El análisis de las experiencias desarrolladas en hospitales generales evidencia que este tipo de intervenciones puede contribuir a transformar la lógica asistencial tradicional, promoviendo modalidades de cuidado más participativas, horizontales e inclusivas, teniendo en cuenta la utilización de recursos en estos dispositivos.

A su vez, el análisis de las entrevistas realizadas permitió reconocer, dentro del servicio abordado, la ausencia de dispositivos grupales destinados específicamente a acompañar la dimensión subjetiva, vincular y social de las personas durante el proceso de internación. Esta vacancia adquiere particular relevancia al ser puesta en relación con los aportes identificados en la revisión bibliográfica, dado que las experiencias relevadas permiten reconocer en la grupalidad una herramienta posible para ampliar las modalidades de cuidado y favorecer procesos vinculados con la autonomía, la participación, la construcción de lazos y la continuidad de cuidados. De este modo, el análisis del campo no solo permitió identificar una necesidad institucional, sino también establecer un punto de partida para pensar una alternativa de intervención situada.

Sin embargo, uno de los principales aportes de este trabajo surge precisamente de aquello que la revisión permitió identificar como un vacío dentro de la producción científica. Si bien numerosos autores describen experiencias grupales exitosas y destacan sus efectos clínicos e institucionales, son escasas las investigaciones que sistematizan el proceso de diseño, planificación e incorporación de un dispositivo grupal desde su construcción inicial dentro de un servicio de internación. Del mismo modo, la mayoría de las publicaciones relevadas corresponden a relatos de experiencias ya implementadas, sin ofrecer herramientas metodológicas que faciliten su replicabilidad en otros efectores de salud. Esta ausencia de sistematizaciones limita la posibilidad de transferir dichas experiencias a instituciones que buscan iniciar procesos similares.

En este sentido, la articulación entre lo relevado en las entrevistas y los aportes de la revisión bibliográfica permite fundamentar la pertinencia de elaborar una propuesta de dispositivo grupal para el contexto específico. La propuesta no surge, entonces, únicamente de los antecedentes teóricos relevados, sino del diálogo entre estos antecedentes y la vacancia identificada en el servicio, procurando responder a una necesidad situada y a las particularidades del contexto institucional.

El presente trabajo procura constituirse como un aporte situado, ofreciendo no solamente una fundamentación teórica sobre la pertinencia de la grupalidad, sino también una propuesta concreta de planificación institucional, elaborada a partir del análisis de las necesidades específicas, de los recursos disponibles y de la participación del equipo de salud mental. La construcción del dispositivo se apoya en un diagnóstico situacional, en antecedentes nacionales y en criterios de viabilidad, procurando aportar una herramienta que pueda ser adaptada y replicada en otros hospitales generales que enfrentan problemáticas semejantes.

La propuesta presentada no pretende constituirse como un modelo acabado ni universal. Por el contrario, se concibe como una estrategia dinámica, abierta a modificaciones surgidas de la práctica clínica y de las particularidades institucionales. En este sentido, la presente investigación se limita a formular y fundamentar una propuesta de dispositivo, quedando su eventual incorporación al servicio y su implementación efectiva sujetas a la evaluación de su viabilidad institucional, de los recursos disponibles y de los acuerdos necesarios entre los actores involucrados. Su verdadero potencial podrá evaluarse únicamente mediante su implementación efectiva, recuperando las experiencias de usuarios y profesionales para realizar los ajustes

necesarios y fortalecer el dispositivo a medida que genere resultados beneficiosos en el tratamiento de los usuarios.

Por lo tanto, la propuesta desarrollada en este trabajo no implica afirmar de antemano la factibilidad de su implementación, sino ofrecer una alternativa posible frente a la vacancia identificada. La evaluación de su pertinencia, sostenibilidad e incorporación efectiva constituye una instancia posterior, que deberá ser considerada por el servicio a partir de sus condiciones institucionales y de los resultados que puedan obtenerse de una eventual experiencia de implementación.

Los pasos siguientes de este trabajo consisten en la puesta en funcionamiento del dispositivo grupal diseñado, acompañada por un proceso sistemático de evaluación. Será de especial relevancia poder evaluar los efectos producidos tanto en la subjetividad de los usuarios como el tiempo de internación, la adherencia a los tratamientos ambulatorios posteriores al alta, la frecuencia de reingresos, la continuidad de cuidados, la participación de las redes vinculares y la percepción de la calidad de atención por parte de usuarios y profesionales. La producción de este tipo de evidencia permitirá fortalecer futuras decisiones del servicio y aportar conocimiento para el desarrollo de políticas públicas en salud mental.

Por último, este trabajo reafirma que pensar dispositivos grupales dentro de un hospital general no implica únicamente incorporar una nueva técnica de intervención. Significa asumir un posicionamiento ético y político respecto del cuidado en salud mental, reconociendo a las personas internadas como sujetos de derecho, capaces de participar activamente en su proceso de recuperación y de construir, incluso en el contexto de una internación, nuevos modos de vincularse consigo mismas, con otros y con la comunidad. En esta línea, la grupalidad deja de constituir una actividad complementaria para convertirse en una herramienta que materializa los principios de la salud mental comunitaria, promoviendo prácticas de cuidado más humanizadas, inclusivas y respetuosas de la dignidad de quienes atraviesan un padecimiento psíquico. Siempre teniendo en cuenta que la grupalidad justamente, es una alternativa posible, aun con recursos limitados, a la lógica individualizante y biomédica de abordar el padecimiento psíquico.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, D., Carrosso, M. B., & Deza, M. (2024). *El lazo social como terapéutica. Respuestas clínicas frente a demandas complejas*.

Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*.

Augsburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, (81), 61–75.

Ávila Valdés, N. (2009). Talleres de arte con adolescentes hospitalizados. Una experiencia de comunicación. *Educere*, 13(45), 449–456.

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Una lectura desde la psicología comunitaria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 23(1), 47–60.

Basaglia, F. (2008). Introducción & Poder y Violencia en el Hospital Psiquiátrico. En *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio* (pp. 5–22, 99–110). Topía Editorial.

Bauleo, A. (2002). El dispositivo grupal y la clínica institucional. En *Teoría y técnica del grupo operativo* (pp. 45–61). Ediciones Cinco.

Borowicz, D., García, M., & Grad, S. (2021). La revista viajera. Crónicas de una experiencia colectiva. En *Sala Abierta: Internaciones en salud mental* (pp. 199–208). La Docta Ignorancia.

Brain, A., Greggio, G., & Sanfelippo, L. (2018). Sala abierta: Transformaciones en una Sala de Internación de Salud Mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 5(5), 55–76.

Bustos, G. (2010). *Hospital público y dispositivos grupales* [Ponencia]. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2000). Ley de Salud Mental N° 448/00 y su Decreto Reglamentario. *Leyes de la Ciudad*.

Cohen, H., y otros. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma en salud mental en Río Negro*. Lugar Editorial. (Nota académica: Si dispone de los apellidos de los coautores, la norma APA 7 sugiere listarlos a todos hasta un tope de 20 en lugar de usar "y otros" o "et al." en el listado final).

Colimon, K. (2010). *Niveles de Prevención*. Issuu. <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>

D'Agostino, A. M. E., González, C., Maciel, L., Pérez, J. I., Salum, J. E., & Falcón, N. (2025). Red de dispositivos de salud mental con base en las comunidades: Derecho a la salud, prácticas de atención y cuidados en la provincia de Buenos Aires. *SALUD pública: Revista del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires*, 4, Artículo 123. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/195577>

De Lellis, M. (2015). Capítulos I & VIII. En *Perspectivas en Salud Pública y Salud Mental*. Ediciones Nuevos Tiempos.

Di Nella, Y. (2012). Modelos de internación: del alta médica a la inclusión social. En *Inclusión Mental. Políticas Públicas con enfoque de derechos (por la superación del dogma manicomial)*. Koyatún Editorial.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). *Abordaje de la salud mental en hospitales generales: Recomendaciones para la red integrada de salud mental con base en la comunidad*. Secretaría de Gobierno de Salud; Ministerio de Salud y Desarrollo Social; Presidencia de la Nación.

Fazio, G., & Pietramala, K. (2005). Postdata sobre la psicosis y el lazo social. Relato de una experiencia. *Acheronta: Revista de Psicoanálisis y Cultura*, (22). <https://www.acheronta.org/acheronta22/fazio.htm>

Funes, M. (2008). *El arte como herramienta complementaria para la atención de la salud en el área metropolitana de Buenos Aires* [Ponencia]. V Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina.

Galende, E. (1990). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de la felicidad*. Paidós.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Editorial Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

González, R., & Levav, I. (Eds.). (1991). *Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación*. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (HPA/MND 1.91).

Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill.

Izrailit, D. (2011). Concepciones acerca de lo grupal. *Clepios*, (55). Ediciones Polemos.

Lodieu, M. T., Longo, R., Nabergoi, M., & Sopransi, M. B. (2012a). Panorama histórico sobre la situación de los “enfermos mentales”. En E. Galende (Coord.), *Curso Salud Mental Comunitaria* (M1, U1, Tema 2, partes I y II). Universidad Nacional de Lanús.

- Lodieu, M. T., Longo, R., Nabergoi, M., & Sopransi, M. B. (2012b). Diagnóstico comunitario. Punto 1.1: “Diagnóstico estratégico” y 2 “La relación con la comunidad”. En E. Galende (Coord.), *Curso Salud Mental Comunitaria* (M1, U9: Diagnóstico Comunitario y Modalidades de Intervención comunitaria). Universidad Nacional de Lanús.
- Méndez, A., Ponzo, J., & Rodríguez, M. (2008). Promoción de Salud. En W. Benia (Ed.), *Temas de Salud Pública* (Tomo I, 1ra ed., pp. 27–37). Oficina del Libro; Fefmur.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica*. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, Subsecretaría de Planificación Sanitaria.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Directrices de organización y funcionamiento de servicios de salud mental* (IF-2022-11577748-APN-DNCSSYRS#MS). Secretaría de Calidad en Salud; Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2022). *Relatos de la transformación: Debates y Experiencias en Salud Mental* (Nº 1). Dirección Provincial de Salud Mental.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Muhammed, C. V., Porco, K., & Pacheco, S. (2024). *La grupalidad como recurso ante la falta: a un contexto que apunta a la individualización del padecimiento, una respuesta desde el lazo. Experiencia grupal en la sala* [Trabajo presentado]. 5ta Jornada Provincial de Salud Mental, Universidad Nacional de Lanús, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1991). Declaración de Alma-Ata. Antecedentes de Alma-Ata. Discurso del Dr. H. Mahler. En *De Alma-Ata al año 2000: Reflexiones a medio camino* (pp. V–12). OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Salud mental en la comunidad* (2.^a ed.). OPS.
- Roldán, D., & Di Paola, S. (2024). *Esto no es un secreto: la asamblea como instrumento clínico* [Trabajo presentado]. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Rovere, M. (1993). Capítulo II. En *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud* (Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96, pp. 13–32). Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.

Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental* [Trabajo presentado]. IX Jornadas Provinciales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología, Posadas, Misiones, Argentina.

Stolkiner, A. (2010). *Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Stolkiner, A., & Solitario, R. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental* [Trabajo presentado]. II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la UNLP, La Plata, Argentina.

Universidad Nacional de Lanús. (2020). *Materiales de la Maestría en Salud Mental Comunitaria*. Departamento de Salud Comunitaria.

Uzunrrunzaga, C., Oroná, C., Orellana, J., Lardizábal, M., & de la Mata, M. (2023). Abordajes grupales desde la Sala de Psicología: una apuesta al lazo social. *Sbarra Científica*, 5(8).

Vainer, A. (2002). Entrevistas a Armando Bauleo. *Vertex*, 13. Ediciones Polemos.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El presente documento tiene como finalidad informar y solicitar el consentimiento para participar en una entrevista en el marco del Trabajo Integrador Final de la carrera de Licenciatura en Psicología, cuyo objetivo es indagar acerca de las modalidades de abordaje en salud mental, particularmente en relación con las prácticas de atención y organización institucional. La participación en esta investigación consiste en la realización de una entrevista individual, de carácter voluntario, en la cual se abordarán aspectos vinculados al funcionamiento del servicio, las prácticas de intervención, el trabajo interdisciplinario y el marco institucional en el que se desarrollan dichas prácticas. La duración estimada de la entrevista es de aproximadamente 40 a 50 minutos.

Se informa que la entrevista será registrada mediante grabación de audio, únicamente con fines académicos, con el objetivo de facilitar su posterior análisis. En caso de no estar de acuerdo con la grabación, el/la participante podrá indicarlo, sin que esto afecte su participación.

La información brindada será utilizada exclusivamente con fines académicos, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato. En ningún caso se divulgarán datos personales que permitan identificar al/la participante, ni a terceros.

La participación es completamente voluntaria, pudiendo el/la participante retirarse en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión y sin que esto implique consecuencia alguna.

Al firmar el presente consentimiento, el/la participante declara haber sido informado/a acerca de los objetivos del estudio, las condiciones de participación y el uso de la información, y acepta participar de manera libre y voluntaria.

Firma del/la participante:

Aclaración:

Fecha:

ENTREVISTAS

Entrevistas realizadas al equipo interdisciplinario de salud mental

1)

⁵(...)

E: Antes de comenzar, quería consultarte si autorizas la utilización de la información brindada durante esta entrevista para mi trabajo final integrador y por supuesto, que todos los datos serán tratados de manera confidencial y utilizados únicamente con fines académicos e institucionales.

- Sí obvio, no hay problema.

E: Muchas gracias. Para comenzar, ¿podrías contarme brevemente sobre su trayectoria dentro del hospital?

- Claro. Trabajo en este hospital desde hace aproximadamente seis años y me desempeño como psicóloga del servicio de Salud Mental. Mis funciones incluyen la atención de pacientes en consultorio externo, la realización de interconsultas solicitadas por otros servicios y los pases de sala para pacientes que se encuentran internados por motivos de salud mental. Esos son, fundamentalmente, los dispositivos de atención que ofrecemos dentro del hospital en relación con la salud mental. El equipo está conformado por psicólogas, psiquiatras y una trabajadora social, quienes trabajamos de manera interdisciplinaria para abordar las distintas problemáticas de los pacientes.

E: Entiendo. Y específicamente en relación con los pacientes internados por motivos de salud mental, ¿podría contarme un poco más sobre cómo funciona ese dispositivo de atención?

- El proceso de internación a veces depende un poco del equipo con el que estemos trabajando. En lo ideal, y lo que muchas veces sucede, por suerte ahora, después de mucho trabajo de reuniones y de capacitación y demás, es que los pacientes ingresan por diferentes medios a la guardia. Hay muchos que asisten ellos solos, por motus propio,

⁵ Referencia para cita: E1

digamos. Otros vienen traídos por familiares y otros son traídos por efectivos policiales porque hay situaciones que, bueno, ameritan eso, o también hay de por medio alguna cuestión judicial, Que ya viene, digamos, un pedido de oficio, directamente de un juzgado que solicita que los efectivos vayan a buscar al paciente a la casa y los lleven a la guardia. Como todo ingreso por guardia, lo que debería suceder es que al paciente se le haga un primer ingreso por el personal de guardia para realizarle una toma de signos vitales o algún laboratorio, ¿no? Como un primer vistazo sería. Y de ahí, bueno, se llama al equipo de salud mental para que vayamos a evaluar al paciente. Eso sucede muchas veces, afortunadamente, pero hay otras veces en las que no y ese ingreso primero, digamos, no se realiza y se busca que directamente los profesionales de salud mental vayamos, aunque los pacientes no tengan ni una toma de signos vitales ni nada de eso. Hay un detalle que es que, si bien nosotros hacemos la atención en guardia, no contamos con personal contratado para la guardia. Es decir, no hay guardia de salud mental, sino que la atención por guardia la realizamos mientras estamos en nuestro horario laboral cumpliendo con otras obligaciones, ¿no?, con otras tareas. Entonces, bueno, una vez que se evalúan los pacientes por guardia, que puede realizar la evaluación ya sea una psicóloga o una psiquiatra, también tenemos trabajadora social, psicopedagoga, la verdad que es quien esté, y quien pueda hacerlo, se hace una primera escucha, una primera contención y ahí evaluamos si corresponde internar o no. Que bueno, el criterio de internación tiene que ver, siguiendo la ley de salud mental, con el riesgo para sí mismo o para terceros. En el caso de que cuente con criterio de internación, el paciente se queda en la guardia y se da aviso de que se va a internar a clínica médica. Este aviso es más que nada para tratar de negociar una cama, porque muchas veces no hay, entonces lo que sucede es que, por ejemplo, si se trata de mujeres, podemos también negociar con el servicio de ginecología para que la paciente vaya ahí. O, bueno, si es pediátrico, generalmente hay espacio en pediatría para hacer internación. Bueno, una vez que se realiza la internación y el paciente pasa de la guardia a lo que nosotros llamamos piso, que sería la sala de internación de clínica, de gineco o de pediatría, ese paciente queda como paciente de salud mental, lo cual implica que desde el servicio le demos un seguimiento continuo. ¿Qué quiere decir esto? Que todo el equipo esté para, al momento de hacer el pase por la sala de internación, atender a ese paciente, más allá de los pacientes que ya están internados o las interconsultas que solicitan desde otras especialidades. A veces, más que nada, el tratamiento pasa por entrevistas con psicología,

siempre es más que nada caso a caso, igual hay que ver. Hay otros pacientes que necesitan más del trabajo de la trabajadora social por la cuestión de la conformación familiar, del grupo de apoyo, Y una vez que vamos haciendo la evaluación en el día, eso obviamente lo escribimos en una evolución en la historia clínica y luego hacemos un pase entre compañeros por WhatsApp como para que estemos todos al tanto de cómo viene el tema de la sala. Hasta que a medida que avanzan esas evaluaciones y los días de internación, establecemos turnos para que los pacientes den continuidad al tratamiento pero por consultorios externos, cuando ya cuentan con criterio de alta. Idealmente el criterio de alta siempre tendría que estar comandado por que este riesgo para sí mismo o para terceros se haya terminado pero bueno, muchas veces nos encontramos con la problemática de que a veces queremos dar de alta a los pacientes y quizás esos pacientes están como para dar continuidad en lo que llamamos internación domiciliaria, Pero no cuentan con un grupo de apoyo.

- Entonces, bueno, eso a veces complica las cosas y ahí se refuerza bastante el trabajo con las familias o con vecinos también, digo, con quien esté a la mano para poder colaborar con algo del cuidado. Una vez que comienzan los tratamientos por consultorios externos, hay un tiempo Obviamente porque nosotros tenemos que hacer un recambio de pacientes y si no damos altas no hay posibilidad de recibir pacientes nuevos con lo cual establecimos en varias reuniones ya desde hace varios años que el tratamiento aproximadamente sea de un año, un poquito menos también. Depende un poco del motivo de consulta. Un poco siguiendo la línea de continuidad de cuidados, la idea es que cuando nosotros damos el alta de consultorios externos se da un alta que es institucional, lo cual no significa que el paciente no tenga algunas cuestiones para continuar tratando con, por ejemplo, un espacio de psicoterapia. El tema es que cuando llega el momento del alta no tenemos la posibilidad de derivación efectiva al primer nivel de atención, bueno, por diferentes motivos, ya sea porque no hay turno, porque no hay profesionales, bueno. Eso implica que tarde o temprano los pacientes vuelvan al hospital a buscar atención. Eso es como una cosa medio de puerta giratoria a veces. Muchas otras veces no. La verdad es que se resuelve algo en motivo de consulta y los pacientes quedan viviendo su vida, digamos, sin necesidad de tener que volver al hospital, por suerte. Así que, bueno, un poco así es como es el proceso de la internación por guardia y la continuidad de ese tratamiento.

E: Bueno, gracias por la información y te quería consultar sobre cómo es, digamos, un día de tratamiento en la internación de un paciente, digamos, además de estos pases de sala que realizan ustedes

- Bueno, es un poco complicado eso y lleva mucho trabajo en la cotidianeidad poder perseguir el fin terapéutico en la sala de internación. Digamos que el tratamiento no se resume a tener una consulta en la sala de internación con un profesional de salud mental. La verdad es que a veces tratamos de armar algo de la grupalidad con otros pacientes o de dejar alguna actividad más del mambo ocupacional seria a los pacientes porque si no un poco la atención se termina acabando en que el paciente esté en una cama, en una habitación y eso a veces trae algunas complicaciones. No sé, por ejemplo, en pacientes que están con abstinencia, eso se nota mucho porque, claro, están encerrados en una cama. Digo encerrados pese a que la internación es abierta, pero están en una habitación, en una cama sin nada que hacer, recontra con una re abstinencia de consumo, por ejemplo, y obviamente que eso genera algunos conflictos en la sala misma de internación porque son pacientes que se ponen de mal humor o que tienen ansiedad y demás. Y a veces hay algunos choques con otros profesionales, como por ejemplo enfermería, que es quien está todo el tiempo en el servicio. Así que bueno, por lo pronto, eso es lo que tratamos de hacer. En lo que es la extensión de solo una entrevista y una intervención sólo desde la psicoterapia, tratamos de que los pacientes puedan tener otro tipo de actividades, pero bueno, no hay mucha opción tampoco. En un momento estaba muy activo el trabajo de la huerta del hospital y se intentó articular algo con eso como para que los pacientes puedan ir a colaborar con algo, ¿no? Algunos estaban muy copados con la idea, fueron algunos, esto fue el año pasado, pero la verdad es que después no se sostuvo mucho lo que era la huerta, entonces eso se cortó. Pero bueno, siempre estamos ahí viendo qué otras intervenciones posibles con los pacientes.

E: ¿Podrías identificar algún, digamos, techos o limitaciones que impidan que esto se pueda terminar de articular tanto la huerta como espacios de grupalidad?

- Sí, a mí me parece que ya de por sí el paciente de salud mental tiene un estigma dentro de lo que es el hospital general. Es un poco lo que está relacionado a esto de que a veces le dan el ingreso como corresponde a cualquier paciente por la guardia, y a veces no, y que nos llamen a nosotros como si fuéramos bomberos, ¿no? Que podemos arrancarle la

locura a las personas. Y hay como una idea de que los locos o los pacientes de salud mental tienen que estar encerrados, entonces no podemos pedir tanta colaboración tampoco a otras disciplinas u otros servicios, porque la perspectiva que tienen de lo que son los tratamientos de salud mental en una internación son más bien de tinte manicomial, entonces es como que no importa que estén en una cama, ¿no? Eso es lo que tiene que pasar, digamos. Y bueno, eso lleva a otras cuestiones, como por ejemplo, en clínica médica tenemos un patio. Yo hago mucho uso del patio, pero bueno, a veces el clima no lo acompaña a eso. Entonces claro, se establece con los pacientes, che, cuando te sientas de determinada forma o sientas que necesitas respirar o algo, salí al patio, que está bueno, que hay pasto, poné los pies en el pasto, qué sé yo, cosas así. Y muchas veces nos hemos encontrado con que los pacientes quisieron salir y les dijeron que no, que no podían salir de la habitación, entonces, bueno, ahí hacemos el permiso y hablamos con la gente de seguridad. Bueno, como todo un trabajo que se reinicia una y otra vez, pero creo que uno de los obstáculos es ese, de cómo está pensado el discurso médico hegemónico, sería, el tratamiento y la atención en un hospital para los pacientes de salud mental. Y después, bueno, también la dificultad de articular con el primer nivel, porque, digo, si uno piensa en la continuidad de cuidados, sería posible poder articular, qué sé yo, con algún centro de formación laboral o profesional, con alguna biblioteca que brinde talleres. Se puede articular, es posible. El tema es que, como el sistema está tan fragmentado, es como si fuera que, bueno, lo del hospital es del hospital y lo de primer nivel de atención es del primer nivel de atención. No sé si respondí.

E: Sí, sí, claro que sí. Y en el caso de poder incorporar un dispositivo, sea grupal o, digamos, de ocio en los pacientes, ¿qué beneficios crees que traería en el tránsito de la internación de los pacientes?

- En principio, todo lo que es grupal me parece que genera algo del lazo social que es posible de generar con los profesionales, pero hasta cierto punto, sobre todo porque nos dejamos de estar justamente en el lugar de profesionales y cuando los pacientes se encuentran con otros pacientes, aparecen otras cosas que no aparecen cuando alguien habla con el supuesto saber, que seríamos nosotros. Yo trato de no pararme ahí, pero igual hay una relación que se da así inevitablemente. Entonces, me parece que el trabajo del lazo con otros, incluyendo a otros pacientes, que no solo sean de salud mental, digo, pacientes en general, porque esto de las actividades en la sala de internación también

podrían ser aplicados a otros pacientes que sean de clínica médica y no de salud mental. Entonces, me parece que en ese generar lazo, de hacer actividades con otros, por eso lo de la huerta me parecía espectacular, los pacientes creo que de repente se corren también un poco del lado de vulnerabilización que implica el ingresar a una institución siendo un paciente de salud mental. Y también el tema de, a veces se habla mucho de la conciencia de situación. Bueno, este paciente no tiene conciencia de la situación. Y claro, creo que es como un mecanismo de defensa que es recontrá válido el no querer saber de algo que está tan estigmatizado, ¿no? Porque uno no se va a querer reconocer como loco nunca, por estos estigmas. Entonces, el poder encontrarse con otros a los que les pasa algo, no siempre igual, pero algo parecido, poder desplegar algo del sufrimiento con otros que ponerle que estén en la misma, me parece que eso es muy terapéutico y que escapa al ida y vuelta que se puede tener entre paciente y profesional.

E: Sí, estoy súper de acuerdo y es muy enriquecedor todo lo que traes. Y siendo que estás haciendo tanto tiempo en la institución también, me gustaría preguntarte si vos lo ves viable esto, si ves viable incorporar este espacio, analizando la lógica institucional también.

- A ver, la lógica institucional nunca va a acompañar esos espacios porque está inserta en el modelo médico hegemónico, eso desde ya. Pero creo que de a poco se puede ir armando algún instituyente. Que bueno, con el tiempo seguramente se termine institucionalizando, pero que obviamente lleva mucho trabajo, mucha paciencia y también tiempo de por medio. Es un poco la... es como lo más difícil, Porque las actividades que se programan de un día para el otro, así de una manera medio espasmódica, sí, se realizan, pero se realiza una y después tenés a los tres meses otra, capaz. Me parece que sí, que lo más difícil es como poder establecer una continuidad de esas actividades. Yo creo que es posible, sí, claro. Pero que de por medio también está la cuestión de la formación, ¿no? Que hay que trabajar mucho en capacitaciones en servicio porque si no podemos hablar, por ejemplo, de la ley de salud mental, es medio complicado. Y más en esta época en la que otra vez vuelven los discursos de la manicomial y que también ahora bardean tanto la ley de salud mental y hasta dicen, qué sé yo, mentiras como que, por ejemplo, la ley no te permite hacer internaciones involuntarias, ¿no? Como que en lo institucional, digamos, lo institucional, perdón, encuentra un apoyo en los discursos de época, Con el gobierno y demás. Pero me parece que se puede. Pasa que es un trabajo muy dormido y que tiene que estar además el

servicio de acuerdo, Porque con uno o dos que quieran hacerlo solamente se vuelve más cuesta arriba. Pero sí, creo que es posible.

E: Y en el hipotético caso de que este espacio se inaugure, si tuvieras que mencionar dos actividades que a usted parecería importantes que aparezcan en este espacio, ¿qué traerías?

- Y para lo que es la sala de internación particularmente y con pacientes de salud mental, yo creo que el arte está muy bueno para enganchar algunas cosas, así que algo de dibujo, algo de escritura, bueno, en el caso de que los pacientes posean la posibilidad de escribir, me parece que algo de eso vendría muy bien. Y me acordé que esto igual no se me ocurrió a mí, esto me lo han pedido muchos pacientes, algún espacio de actividad física.

E: Bueno, genial entonces. muchas gracias por tu tiempo y por toda la información.

2)

E: primero por supuesto preguntarte si estás de acuerdo en que la utilice para fines académicos, que por supuesto se van a resguardar todos los datos y todo, pero es para poder realizar la tesis.

- Bueno, muy bien.

E: Bueno, un poco yo ya te había comentado de que trataba en principio para realizar un comentario un poco, describir como es la atención en el hospital, sobre todo en la parte de internación y finalizar, concluir en la propuesta de un dispositivo grupal bisemanal para los pacientes internados. Así que si te parece, para empezar, si me podés comentar un poco sobre el rol que ocupas en el hospital y hace cuánto te desempeñas en esa función.

- Bueno, yo estoy en el hospital hace cuatro años y me desempeño en la tarea de coordinación del área.

E: Y en cuanto a eso, ¿me podrías comentar un poco cómo está compuesto el plantel del servicio de salud mental?

- Es un área, no es un servicio, no está dentro del organigrama y lo hemos conformado de manera participativa. Yo llevo adelante la coordinación por razones de mi trayectoria, que

⁶ Referencia para citas: E2

estuve y estoy en cargos de gestión, ya sean lugares nacionales o provinciales en el sector público. Actualmente, el plantel está compuesto por cinco psicólogas, la mayoría nombradas, hay una becaria, una psicopedagoga, dos psiquiatras, una nombrada, otra con una contratación precarizada y una trabajadora social ad honorem.

E: Bien, y en cuanto a la organización del área, respecto a la atención que se brinda, ¿me podrías contar un poco?

- Sí, estamos en la actualidad abocadas estrictamente al segundo nivel de atención, atendiendo a los pacientes que ingresan por guardia, atendiendo las interconsultas de los otros sectores del hospital y atendiendo la internación en un modelo de cuidados progresivos. A lo que aspiramos es a poder tener atención a todos los pacientes hospitalarios independientemente del ámbito de internación, independientemente de que el motivo de llegada al mismo sea por causas de salud mental. Ese sería el objetivo relacionado al modelo de cuidados progresivos. En la actualidad eso no es posible porque hemos tenido bajas en el grupo de trabajo, hay gente que ha renunciado.
- Y por otro lado, como venimos de una atención, sobre todo en el sector de psiquiatría abierta a la comunidad, eso no se logra del todo. Por otro lado, hay que decir que la prestación de psiquiatría es la única para el distrito, es decir, no hay psiquiatras en ningún otro sector público del municipio. Entonces por eso se recepcionan, históricamente se recepcionaban casos del territorio y se hacían consultores externos. Por las razones de la altísima demanda y la altísima demanda de interconsulta y guardia que hay, lo hemos acotado al único objetivo que tiene el segundo nivel de atención que es el que ya mencioné. Bien, bien.

E: En cuanto a las internaciones por salud mental, ¿podrías describir un poco el proceso que se da en una internación en el hospital?

- Sí, como más o menos mencioné, las internaciones pueden darse por guardia. No hay especialistas en salud mental en la guardia, no hay guardia de salud mental en el hospital. Entonces los pacientes ingresan directamente evaluados por los médicos de guardia. Cuando ellos evalúan la posibilidad de que el paciente no tiene recursos propios para el ambulatorio, se internan. Si hay personal de salud mental en ese momento en el hospital, sí se hace la evaluación compartida. Pero puede ocurrir que no, por lo que dije, que no son guardias. Entonces a partir de ese momento que queda internado, de las dos formas,

siendo evaluado por nuestro equipo o no, después lo que nuestro equipo sí hace es un pase de sala diario interdisciplinario con todas las disciplinas que mencioné y articulado con enfermería. Ahí se evalúa al paciente, se definen obviamente los indicadores para evaluar si necesita quedar internado o no, y los indicadores para cuando esté próximo al alta. Se intenta trabajar con la familia. Esa situación es muy difícil porque en líneas generales son cuadros muy graves, graves y crónicos, en donde la familia ya no está tan presente. En los casos en donde la familia está presente, o la fe de contención, hay que decir que las externaciones se producen rápido. Pero en los casos crónicos, que hay muchos, es un distrito que no te voy a dar números, pero la incidencia de cuadros con padecimiento mental es altísima e histórica. Entonces hay cuadros que son crónicos y a veces por abandono de tratamiento o por crisis o por situaciones ambientales recaen en la internación. Otra cosa que tengo para decir que no dije es que en el caso de las personas que ingresan, ya sea por guardia o los históricos que tenían este abordaje de psiquiatría en el hospital, aunque sean casos ambulatorios, se priorizan los casos del distrito. En el caso que haya una internación de una persona que no sea del distrito, que puede ocurrir y que el hospital debe dar atención, en la medida que se compensa el cuadro agudo, se intenta derivar al distrito de residencia. De la misma manera, los pacientes que tienen cobertura social, se intenta derivarlos al factor que la cobertura social define.

E: Siendo un hospital general que atiende también salud mental y da lugar a estas internaciones, hay camas un número de camas específicas para estos casos?

- No, porque la ley de salud mental lo que marca es que no debe haber división de camas referidas a salud mental. Y además, lo que menciona del modelo de cuidados progresivos, justamente lo que define es que no hay camas por patología. ¿Cuál es la diferencia entre un modelo de cuidados progresivos y un modelo tradicional? En el modelo tradicional, hay camas por patología y por servicio. Entonces, el servicio de clínica tenía sus camas, el servicio de cirugía tenía sus camas, el servicio de trauma tenía sus camas, etc. El modelo de cuidados progresivos se tiende a la atención de cuidados mínimos, intermedios y críticos, y en ese sentido se organiza. Nosotros estamos trabajando en ese sentido, y el hospital Grierson tiene además una infraestructura que eso también lo permite, que no pasa en todos los hospitales. Entonces, si bien el hospital está en un momento de transformación respecto al modelo, nosotros trabajamos en ese contexto. También tengo que decir que respecto a los ingresos de los cuadros de salud mental, no hay ningún tipo

de problema. O sea, nosotros no tenemos ningún inconveniente con el resto del equipo de salud en la atención y que el paciente ingrese, como a veces ocurre en otros efectores.

E: Bien. Y respecto a las rutinas que llevan los pacientes internados, podrías comentarme un poco sobre ello?

- Sí. Ahí es donde justamente las características del hospital y cierta dificultad en la conformación del equipo es donde nos hace estar un poco más desprovistos. ¿A qué me refiero? A lo que dijiste, a las 24 horas que el paciente pasa ahí, teniendo en cuenta que es un hospital general de agudos. Claro. Aún no hemos recibido apoyo presupuestario como para pensar en distintos roles que puedan ayudar a ciertas actividades que puedan tener las personas en donde su tránsito por la internación sea más fructífera, ¿no? En el sentido de que con ciertas actividades o talleres o tipo de atención más regular o más frecuente, seguro podríamos generar menor tiempo de internación. En ese sentido, la propuesta de tu tesis es absolutamente necesaria. Pensar en espacios grupales, pensar en la grupalidad, independientemente de la estructura psíquica o dependiendo de la estructura psíquica, o sea, de las dos formas podría pensarse, del mismo modo que generar otro tipo de actividades. Bueno, eso en estos cuatro años no se ha logrado de manera sistemática. Ha habido intentos, pero no lo pudimos sistematizar. En ese sentido, yo lo que creo es que además del apoyo presupuestario y de cierta infraestructura que se necesita, nos falta todavía cierta militancia con respecto a áreas del hospital, como por ejemplo enfermería, que podría colaborar bastante en ese sentido y por ahora no lo hemos logrado al todo. .

E: En cuanto a algunos antecedentes o experiencias que hayan tenido de grupalidad en el hospital, ¿podrías mencionar alguna?

- Sí, hubo antecedentes a corto plazo, digamos, con estrategias de inicio y finalización no regulares. Se hizo alguna presentación de trabajo en un congreso y los resultados son óptimos.

E: ¿Considerás que en caso de lograr sistematizar e incorporar esta idea, tendríamos que tener en cuenta algún obstáculo a nivel institucional?

- El que mencioné, las otras disciplinas, menciono enfermería porque es el sector que está en forma permanente con los pacientes en la internación. Seguramente hay otras resistencias por las cuales hasta ahora no se logró. Aunque no sean resistencias, como lo

mentoné, es falta de apoyo porque si desde el punto de vista presupuestario no se habilitaron los espacios o de decisiones, quiere decir que no está en la prioridad de la agenda. Pero bueno, seguimos trabajando y también mucho de eso tiene que ver con el deseo que a personas del equipo les pueda atravesar en ese sentido.

E: Bien. Algo que me quedó pendiente preguntarte es si hay algún dispositivo o estrategia en cuanto a lo que es rehabilitación e inclusión psicosocial en el plan de externación o una vez externado el paciente, si se articula sea dentro del hospital con algún profesional o con un primer nivel o si existe actualmente algo de eso.

- Nosotros intentamos las articulaciones con todo lo que haya en el distrito. La verdad, la realidad es que es muy dificultoso, pero ahí habría que ya hablar de los otros efectores que no me parece que sea el objetivo. Sí te voy a decir que no es sencillo. Y nosotros en las externaciones lo que hacemos es, seguro nuestros usuarios están entrevistados por el trabajador social en virtud de generar esa red. Pero la realidad es que se dificulta. Se dificulta por la falta de dispositivos y se dificulta por la cantidad de respuestas de las familias.

E: Perfecto. Y bueno, ya para ir cerrando un poco la idea en cuanto al dispositivo, como te comentaba, el encuadre en mente es bisemanal, incorporando el proceso artístico como parte del dispositivo. También una de las entrevistas que tuve con otro miembro del equipo me comentó que muchos pacientes quizás traen esto del movimiento, lo cual en algún momento sería bueno poder incorporar. Y una de las ideas que yo planteaba para poder generar este encuadre es incluirlo en el plan de externación del paciente. Es decir, que una vez que el paciente haya pasado por el proceso de internación, que pueda venir al dispositivo el tiempo que considere el profesional que lo esté atendiendo. No sé qué opinas de esto.

- Sí, estoy de acuerdo. Me parece bien. De todo lo que dijiste. Bisemanal, con relación a lo artístico, vinculado al movimiento, vinculado al arte, a las artes visuales. Por supuesto supervisado, ¿no?

E: Por supuesto. Algunas de las ideas que se me habían empezado a ocurrir eran, por ejemplo, la creación quizás de piezas artísticas de los pacientes internados, que ellos también puedan continuar en su habitación

- Además porque involucra eso que vos decís, ¿no? Las manualidades, los manuales. Sí, expresión artística del movimiento de todo el cuerpo, pero también podría ser el movimiento de las manos, de la creatividad, etc.

E: fundamentar que sea grupal, que no sea uno a uno con cada paciente, digamos, por una cuestión obviamente de recursos e infraestructura, sino también porque habilitar el lazo social creo que puede ser una gran forma de rehabilitación también e inclusión.

- Seguro, seguro. Eso hay que estar muy atentos al tipo de cuadro, pero sí, por supuesto la apuesta ya es un indicador saludable para la estancia de los pacientes. Que el equipo esté apostando algo de eso, más allá de los resultados, arma ya lazo, digamos. Eso ya arma algo. Así que sí, por supuesto. Bueno, sí. Hay varias opciones para generar creatividad. También el juego, ¿no? El juego también. Pero bueno, sí, está dentro de la oferta. Y también el tipo de pacientes en los distintos momentos, porque más allá de la apuesta permanente de unas pacientes características, lo que varía ahí es el paciente. Porque lo que nosotros intentamos es que el paciente se vaya lo más rápido posible. También lo que puede generar es en el futuro un grupo de pacientes, generar grupalidad en grupos de pacientes que salieron de la internación y que se les puede dar un apoyo desde el hospital en la grupalidad.

E: Sí, está bueno también para pensarlo como un disparador para el futuro. Está buenísimo eso.

- Sí, porque es que la externación no quede sólo vinculada a las asistencias de las prestaciones más tradicionales, ¿no? A psiquiatría, psicología, ¿no? Eso me parece que esto también arma un afuera distinto para los usuarios.

E: Sí, ni hablar, ni hablar. Así que bueno, un poco era esto. No sé si quisieras agregar algo que sentís que haya quedado por fuera.

- No, no, no. Por ahora no, porque bueno, es más o menos en lo que estamos sobre todo en los pacientes intramurales.

E: Bueno, muchas gracias nuevamente por tu tiempo. Fue súper útil.

3)

E: Hola, ¿cómo estás? Bueno, gracias por el tiempo para hacer esta entrevista. Bueno, entonces, si querés para empezar, si me podés contar un poco, ¿hace cuánto trabajás en el hospital y qué posición ocupás en el hospital?

- Si no me equivoco, ya voy para trece años, si no me equivoco. Ahora estoy como supervisora de área. Sería de clínica médica, antes de la pandemia, trabajé en guardia como enfermera.

E: Y te hago una pregunta sobre las internaciones en salud mental. ¿Podrías contar algo del recorrido que se hace en ese proceso?

- Según, si viene desde la guardia, lo ingresan por la guardia, va a un sector de una cama destinada, no va solo, sino va con otros pacientes. Únicamente que tenga cama yo para dejarlo solo, lo dejo solo, pero si no tengo cama para dejarlo solo, va con otros pacientes.

E: Bien. ¿La asignación de camas la gestionan ustedes desde enfermería o el médico?

- Ahora nosotros tenemos todas las camas bloqueadas porque no están dando altas. Pero se ve la complejidad del paciente y cómo es para llevarlo a las distintas camas.

E: ¿En qué recae la decisión de si este paciente va a una habitación solo o si va a una habitación compartida?

- Y vemos lo que es la parte de enfermería, si está muy agresivo lo ponemos solo hasta que se calme y podamos controlar su situación, en sentido para que él esté tranquilo y no me afecte a otros pacientes que están internados, que no tengan la misma patología que él.

E: ¿Cuáles son los mayores desafíos que se presentan al momento de tener un paciente internado en clínica médica por motivos de salud mental?

E: Nuestro, es que ahora, en estos momentos, la familia los deja, se va, los deja solos. Segundo, el desafío nuestro es, como ha pasado esta semana, nos pusieron dos de la misma patología en la misma habitación por falta de cama y hubo problemas, se fueron a las manos, todo. Tercero, que seguridad y policía nos tienen que proteger a nosotras, no entraron y quedamos en enfermería sola con ese caso. Y cuarto, que la gente que está internada por salud mental miente mucho y

nosotros no estamos reguardados de que ustedes nos pregunten si es verdad lo que pasa o no, entonces es como que quedamos, nosotros enfermería a la deriva. Porque me ha pasado que un paciente refirió que no le estábamos dando la medicación, nosotros trabajamos con la indicación de la psiquiatra, pero el tema es que cuando la farmacia lo tenga comprimido, que ellos digan y me estén dando más miligramos y nosotros se lo tengamos que dividir. Está bien, está dividido, pero el paciente a veces no lo quiere tomar porque vos se lo estás dando cortado. El tema es ese, no tenemos la medicación, como te puedo decir, en miligramos que ustedes nos piden y a nosotros nos dificulta que el paciente, hay veces que lo toman y como el que tengo ahora, dice y afirma que nosotros no lo estamos medicando. Es más, lo dijo a la doctora psiquiatra y hablé con la doctora psiquiatra, le muestro cómo le dejo la medicación todo y es como que ella hizo clic y dijo (10:09) ah, pero ustedes lo están medicando. Lo que pasa es que si yo dejo más miligramos, también me faltan los comprimidos. Entonces me tomo el tiempo de contar los miligramos para el día, la noche y al otro día volvemos con mi compañera a contar. Así es, un sobre trabajo lo que estamos haciendo nosotros. Pero es para que a ellos no les falte la medicación y no los sobres droguen, como corresponde se dice, para que cuando el paciente ya toma, (10:38) dice no me lo dieron, no me lo dieron, me lo dieron, y yo para no cansarme te digo bueno toma te lo doy. Y yo no estoy sobre drogando ahí. Entonces ya hace rato que simplemente lo que es salud mental y a otros pacientes que están por salud mental que manejan clona, se los dividimos y le dejamos la cantidad día, día, noche hasta el otro día.

E: ¿Y alguna vez tuvieron capacitaciones para trabajar con pacientes de salud mental (11:17) en la enfermería?

- No. Siempre pedimos que nos ayuden con las capacitaciones. Seguimos esperándonos. Nosotras no, somos enfermeras, supuestamente estamos capacitadas para todo, pero bueno salud mental es que necesitamos una capacitación más estricta. Para acompañarlos de otra manera, pero bueno, nosotros hacemos todo, tráumas, cirugía, clínicas médicas.

E: Y la presentación de justamente un paciente que quizás está internado por motivos de salud mental es muy diferente a un paciente de patología orgánica, que por ejemplo pasa un paciente que está ahí por apendicitis o algo así, o por cirugía, necesita de ese reposo y está todo el día acostado, y eso. En cuanto a eso me gustaría preguntarte, ¿cómo son las rutinas de los pacientes internados por salud mental en el hospital?

- Generalmente se quedan en la habitación. Tenemos problemas con los que son fumadores, porque en los hospitales no se pueden fumar. Entonces yo tengo que la abogada me dice que en el hospital no se puede fumar y tenemos que algunas doctoras le dicen sí, anda a fumar. Pero es un pulmón donde yo tengo UTI , pediatría y neo. Y en mi servicio yo tengo problemas con asma, problemas de neumonía y todo eso. Entonces nosotros planteamos, yo hablé de que les busquen un lugar donde ellos puedan ir a fumar. Pero bueno, no está siendo escuchado. Se han pegado carteles que no se pueden fumar, hemos tenido enojos de familiares y de los mismos pacientes, pero bueno, yo tengo que cuidar a los otros pacientes también. No es un lugar solo de salud mental. Nosotros tenemos terapia, neo y pediatría. Ese es el tema.

E: Claro, ese es el tema. Y cuando hablaba de rutinas me refiero a, no sé, el desayuno, merienda, las comidas, ¿qué realizan? Vos me comentaste que se quedan más que nada en la habitación. ¿Para realizar las comidas también?

- Comen en la habitación.

E: Bien, ¿en la cama?

- Sí, en la cama con su mesita.

E: ¿Y después tienen algún otro espacio para ir durante el día? ¿O solamente están en la habitación, quizás deambulando por el hospital? ¿O tienen algún espacio donde ir?

- Bueno, a eso iba. A mí lo que me bajan siempre es que el internado tiene que estar en la cama. Tendrían el pulmón, pero ya te digo, van a fumar, entonces se les retiene esa parte. Podrían estar en el pulmón, pero salen a fumar. Y se pone, nosotros tenemos varones, mujeres, varones, mujeres, y los varones espían de las ventanas, de esos pulmones, hacia donde están las habitaciones de mujeres. Y tampoco es correcto porque viola la integridad de la otra paciente. Entonces no puede estar en la enfermería ocupándose de esos pacientes exclusivos cuando tengo otros pacientes. Entendés, entonces, generalmente yo me quedo hasta las 8 de la noche y estoy en cuidado de eso. Llego un momento que yo llevo el cansancio demasiado ya. Ese es el tema que nosotros tenemos. Tampoco tenemos un personal fijo que diga, bueno, sácalos al pulmón y que yo no los miro. Porque seguridad tampoco te ayuda en eso, ¿entendés? Si todos se pusieran de acuerdo, estaría bueno. Tratando de no violar, fumando y mirando la privacidad de la otra

persona, estaría espectacular. Pero como la gente no respeta, entonces se quedan en la habitación y están en la habitación. Claro, claro. Y sobre el tratamiento, digamos, de estos pacientes.

E: Cuando hablamos, por ejemplo, del tratamiento que se le da a un paciente que entra por presunta apendicitis, se lo pasa, pasa el médico de clínica médica quizás una vez por día, puede ser a la tarde también, a veces pasan dos veces por día, o el cirujano. En caso de estos pacientes, ¿cómo se da ese tratamiento, lo que vos podés ver?

- Nosotros, de todos, tenemos uno de guardia. Yo lo llamo y acude. En cambio, en salud mental, o lo tenés a las mañanas, o a la tarde, noche, y ya después yo lo tengo. Y si llega a pasar algo, yo tengo que bajar al médico de guardia.

E: Y bueno, un poco consultarte y te cuento, o sea, mi trabajo apunta a ver cómo podría beneficiar sobre todo a la atención en general y a estos pacientes incorporar un dispositivo, digamos, de que sea dos veces por semana, donde los pacientes puedan salir de la habitación, los pacientes internados, si vayan, por ejemplo, no sé, a un espacio común, puede ser el SUM, a realizar algunas actividades más de ocio y poder sacarlos de la habitación un poco, porque si bien está dicho esto de que el paciente con patología orgánica tiene que reposar en la cama para el paciente de salud mental, a veces resulta muy, digamos, como una desventaja, se traduce, ¿Qué pensás de esto?

- Nosotros encantados

E: ¿vos creés que puede ser beneficioso incorporar este espacio?

- Habría que ponerlo en práctica. Si uno no lo pone en práctica, no sé. Pero bueno, siempre estén ustedes porque nosotros no podemos dejar un servicio libre. Siempre que ustedes puedan. Estamos tranquilas de que ellos van a ocupar su mente en algo y no como voy a decir, mirando el techo, mirando la pared. Pero bueno, es lo que nosotros les podemos ofrecer en estos momentos. Obvio, sí.

E: Bueno, te agradezco un montón por tu tiempo.

GLOSARIO⁷

A continuación, se presenta una selección de definiciones extraídas del documento *Directrices de organización y funcionamiento de servicios de salud mental*, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación (2022) & *Abordaje de la salud mental en hospitales generales: Recomendaciones para la red integrada de salud mental con base en la comunidad*, elaborado por La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). Las definiciones se reproducen textualmente, conservando su formulación original.

AISLAMIENTO: Alteración de la conducta por la cual la persona deja de relacionarse normalmente con su entorno habitual. Muestra indiferencia afectiva y desinterés hacia lo que lo rodea, y disminuyen o desaparecen las relaciones sociales.

ATENCIÓN INTEGRAL: Se trata de un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población.

AUTONOMÍA: Capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales sobre cómo vivir diariamente, conforme a las propias reglas y preferencias.

COMUNIDAD: Es la unidad básica de trabajo de la salud comunitaria. Y hace referencia a un conjunto de personas que tienen una historia en común, que comparten una identidad que las define y las enlaza. La comunidad es el espacio común de los intercambios donde las personas se desarrollan. En Salud Mental Comunitaria, preservar y promocionar los vínculos comunitarios, familiares y sociales de quienes han sido internados/as por motivos de padecimiento mental, es una intervención prioritaria. Como también toda estrategia de rehabilitación que esté orientada a la integración social de la persona afectada

ESTIGMATIZACIÓN: Marca distintiva que establece una demarcación entre una persona y otra, atribuyéndole características negativas a una de ellas. La estigmatización asociada con las enfermedades mentales a menudo conduce a la exclusión y la discriminación social y crea una carga más para la persona afectada.

INCLUSIÓN SOCIAL: Es posibilitar que personas en riesgo de pobreza o de exclusión social tengan la oportunidad de participar de manera plena en la vida social, y así puedan disfrutar de un nivel de vida adecuado.

⁷ Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Directrices de organización y funcionamiento de servicios de salud mental* (IF-2022-11577748-APN-DNCSSYRS#MS). Secretaría de Calidad en Salud; Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. & Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). *Abordaje de la salud mental en hospitales generales: Recomendaciones para la red integrada de salud mental con base en la comunidad*. Secretaría de Gobierno de Salud; Ministerio de Salud y Desarrollo Social; Presidencia de la Nación.

RED DE SERVICIOS CON BASE EN LA COMUNIDAD: Conjunto de servicios coordinados e integrados cuyo objetivo es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social.

SISTEMA DE APOYO: Combinación de estrategias, metodologías y recursos provistos por instituciones especializadas y/o miembros de la red social más próxima cuyo objetivo es promover el desarrollo, la educación, la participación, el bienestar, la realización de aspiraciones y el desempeño con mayor grado de autonomía en entornos cotidianos, garantizando un sistema que efectivamente respete la voluntad y la toma de decisiones de los usuarios de los servicios de salud mental acorde a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL/ RECUPERACIÓN: La **rehabilitación** según la OMS alude a “procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo.