

# Hogarización: una moneda de doble cara Disputas y desafíos del Trabajo Social en las Internaciones Prolongadas en Salud Mental<sup>1</sup>

*A Household: A Double-Sided Currency. Social Work Disputes and Challenges in Prolonged Hospitals in Mental Health*

**Andrea Rossi**

Fecha de presentación: 02/12/2017

Fecha de aceptación: 01/02/2018

## Resumen

El presente trabajo es el resultado del proceso de reflexión crítica de la práctica cotidiana de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental en la ciudad de San Francisco<sup>2</sup> (Córdoba, Argentina). Este análisis da cuenta de algunas preocupaciones en torno a la vulneración de derechos de las/os sujetos, así como de las actuales disputas y desafíos ético-políticos en relación a la efectiva garantía de los mismos.

## Palabras clave

Internaciones prolongadas; derechos humanos; salud mental; Trabajo Social.

## Abstract

*The present work is the result of the process of critical reflection of the daily practice of Social Work intervention in the field of Mental Health in the city of San Francisco (Córdoba, Argentina). This analysis shows some concerns about the violation of rights of the subjects, as well as the current ethical and political disputes and challenges in relation to the effective guarantee of the same.*

## Keywords

*Prolonged hospitalization; human rights; mental health; Social Work.*

---

<sup>1</sup> El presente artículo es una modificación y ampliación del análisis realizado en la Ponencia: "¿Y adónde van a vivir? Los "crónicos" y el Trabajo Social en las actuales disputas del campo de la Salud Mental" (Rossi, A. y Zéner, C.) presentada en el V Encuentro Argentino y Latinoamericano de Trabajo Social, Córdoba 2017.

<sup>2</sup> Ciudad cabecera del Departamento San Justo, ubicada al este de la Provincia de Córdoba, de aproximadamente 200 mil habitantes distribuidos en 38 localidades. La ciudad de San Francisco tiene aproximadamente 60 mil habitantes.

## Introducción

En el presente artículo se realiza una reflexión crítica de algunas situaciones conflictivas en relación a la garantía de derechos de las/os usuarias/os en el Servicio de Salud Mental del Hospital J.B. Iturraspe de la Ciudad de San Francisco (Córdoba, Argentina). En particular, se pretende analizar las intervenciones de los equipos interdisciplinarios en las situaciones de internaciones prolongadas en el Servicio de Salud Mental, con especial atención a los desafíos que se presentan para el Trabajo Social.

La salud mental es entendida como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”<sup>3</sup>. En el marco de este proceso complejo y en permanente construcción, los padecimientos subjetivos se presentan con gran variabilidad y nos interpelan respecto del modo de construir estrategias de abordaje. En este camino, nos detenemos en el recurso de la internación y, específicamente, en aquellas situaciones en que la misma se prolonga, donde las/os sujetos pasan a ser nombradas/os en el ámbito hospitalario como “casos crónicos”. ¿A quiénes se nombra de esta manera? ¿Cómo se constituye su condición de cronicidad? ¿Cómo dentro de las instituciones de salud pasan a ser denominados como “casos sociales”? También se avanza en el cuestionamiento respecto de si existen los “casos sociales” y por qué se denominan de esta manera, qué desafíos se presentan para la constitución de prácticas interdisciplinarias, y qué aportes realizamos desde nuestra profesión a la misma.

Luego, se analizan las situaciones de personas que salen de la internación prolongada en el Servicio de Salud Mental para ‘cronificarse’ en otros espacios, como los hogares de permanencia, donde nos preguntamos si dichos hogares son o no una alternativa posible y por qué, qué derechos podrían garantizarse o vulnerarse en esta instancia.

## ¿Quiénes son los crónicos?

Se nombran como “crónicos” a aquellas personas que, en algún momento de su trayectoria de vida, ingresan a una internación en un servicio de Salud Mental requiriendo asistencia por estar atravesando una situación de padecimiento subjetivo y, por diversas razones, la misma se extiende en el tiempo más de lo necesario. Así, las internaciones prolongadas son naturalizadas al interior de las instituciones como “casos crónicos”.

En este sentido, nos interpelamos si

*“...efectivamente existe el llamado ‘paciente crónico’ o si esta noción pudiera estar haciendo referencia a una incapacidad social y operativa del sistema en relación con padecimientos*

<sup>3</sup> Art. 3 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

*cuyas respuestas requieren abordajes más complejos basados en el respeto por la autonomía de las personas diagnosticadas. Y, asimismo, si dicha noción podría ser un pretexto institucional para reproducir esquemas institucionales ineficientes donde se requiere de intervenciones selectivas para fortalecer y no cronificar a las personas bajo cobertura” (Amendolaro 2013: 20).*

Lo expresado invita a pensar por qué ciertas personas son “cronificadas” en las instituciones y, en tal caso, cuáles son esas incapacidades sociales, operativas y profesionales del sistema. De manera que resulta necesario repensar qué obstáculos materiales y simbólicos hacen posible que estas personas permanezcan internadas por largos períodos. Luego, analizaremos las limitaciones profesionales y operativas en la construcción de abordajes interdisciplinarios y centrados en la comunidad.

## **Sobre las redes de apoyo**

En el ámbito relacional, se identifica un fuerte debilitamiento de lazos sociales. Son personas que vienen atravesando situaciones de exclusión reiteradas de diversos espacios (familiar, educativo, comunitario) a los cuales no se adaptan, según los criterios de normalidad explícitos e implícitos en nuestra cultura.

Generalmente, constituyen un emergente de situaciones complejas de las más variadas, tales como: pobreza estructural, violencia intra-familiar, institucionalizaciones previas en otros espacios, siendo usualmente excluidos de sus redes. Tanto en el ámbito familiar, como en las escuelas y otros espacios comunitarios, se tiende a repetir pautas estereotipadas de interacción que refuerzan las situaciones-problema, sin buscar identificar los conflictos presentes detrás de ese emergente inicial. Sumado a ello, a medida que la internación se prolonga, el aislamiento institucional y las normas propias de estos espacios, quebrantan aún más ciertos vínculos.

Estas dificultades, del orden de lo relacional, son determinantes en los reiterados ingresos a la internación en el Servicio de Salud Mental y a la frecuencia de los mismos. En algunas situaciones se suele escuchar la expresión de “no hay red”, ante la cual es necesario plantear ciertos interrogantes: ¿Dónde vivía antes de su internación? ¿Con quiénes se relacionaba? La articulación con los hogares de origen no suele ser simple. Identificar redes, de lo más variadas, es un verdadero desafío.

Es importante aclarar que en la ciudad de San Francisco existen diez Centros de Atención Primaria de la Salud, pero ninguno de ellos cuenta con profesionales de Salud Mental (como psiquiatras, psicólogas/os, trabajadoras/es sociales, entre otros)<sup>4</sup>. En relación a las comunas y municipios del Departamento San Justo, la realidad es diversa pero, en general, aquellos que cuentan con profesionales de Salud Mental se encuentran sobrepasados por la demanda debido

<sup>4</sup> Aun así, se articula con algunas/os médicas/os y/o enfermeras/os de estos Centros de Atención Primaria.

al escaso personal. De modo que las dinámicas de estas instituciones dificultan el acompañamiento en terreno.

Aun así, principalmente desde el área de Servicio Social del Hospital se proponen continuamente prácticas que favorecen el fortalecimiento de las redes y el trabajo en conjunto del equipo de salud con referentes vinculares de las/os usuarias/os. Existen desafíos expuestos que aún no se concretan de la manera en que sería necesario como por ejemplo: que en caso de requerirse la internación como alternativa terapéutica necesaria en un determinado momento de la vida del/la sujeto, se interne junto con un referente con quien trabajar en conjunto<sup>5</sup> salvo en aquellas ocasiones en que el equipo interdisciplinario tratante lo evalúe contraproducente; o que en el caso de quienes llevan mucho tiempo internados, se favorezca todo tipo de interacción extra institucional, sea a través de llamadas telefónicas, visitas a familiares y amigas/os, o de la participación en espacios de socialización según sus intereses.

## **Sobre las condiciones estructurales**

En un plano más estructural, pero no separado de lo expuesto anteriormente, se observa la dificultad para la reproducción cotidiana del/la sujeto, identificando el atravesamiento de variables vinculadas con el mercado laboral en un sistema capitalista en el que la “productividad” se encuentra sobrevalorada. Así, aquellas personas que no responden a determinados parámetros productivos, tienen que superar una cantidad de obstáculos indescriptibles para lograr su mantención diaria, y con mayor razón para vivir con el pleno goce de sus derechos. Circunstancias en las que una vida digna se presenta casi como un desafío inalcanzable.

Siguiendo a Pereira (2010), el cuerpo es uno de los espacios privilegiados de acción de los discursos discriminatorios: *“La discapacidad se presenta por impedimentos corporales que remiten a limitaciones físicas, intelectuales o sensoriales, expresando también la interacción con el mundo social poco sensible a esta diversidad”*. Esto explica el hecho de que las personas con “discapacidad” sean mayormente quienes padecen estas innecesarias internaciones prolongadas.

Cuando estas situaciones están atravesadas, además, por la pobreza, las/os trabajadoras/es sociales solemos coestionar transferencias formales del Estado tales como programas de empleo, la conocida Pensión No Contributiva, o herramientas de accesibilidad a derechos como el Certificado Único de Discapacidad. Estas dos últimas son tan discutibles como necesarias en el actual funcionamiento del sistema, ante la inexistencia de políticas públicas realmente integrales. El tema requeriría de un debate que excede los límites del presente trabajo. Sólo digamos que, como señala Orozco (2014) se requieren itinerarios científico-sociales que saquen a la persona de la exclusión, entendida como una forma de inserción social *“... que expresa el grado y la*

---

5 Acorde a lo expuesto en el Art. 7 de la Ley N°26.657 inc. E) “Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.”



modalidad en que ciertos sectores de la población permanecen precariamente presentes, participando en general de las expectativas pero no de los beneficios tangibles del modelo socio-político vigente” (Aquín, 2011: 16).

## Entrelazamiento de obstáculos materiales y simbólicos

Así, al pensar el regreso de la persona a comunidad, en ocasiones la/el sujeto posee una red familiar y/o comunitaria, y/o es capaz de trabajar para la reproducción material y cotidiana de su existencia fuera del ámbito de internación. La dificultad se presenta cuando esto no es así, cuando los vínculos se encuentran quebrados, debilitados al punto de parecer inexistentes, sumado a la imposibilidad de la/el sujeto de insertarse en el mercado laboral vigente, para autosustentarse.

De esta manera, ante la convergencia de las dificultades del orden de lo relacional y del orden de lo estructural, las intervenciones desde el Trabajo Social parecen encontrar su límite y las internaciones continúan prolongándose más allá de la necesidad real de las personas, vulnerándose los derechos reconocidos en el artículo 7° de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 inc. d)<sup>6</sup> y en el art. 48 inc. h)<sup>7</sup> de la Ley Provincial de Salud Mental N° 9.848.

Estas situaciones generan múltiples desafíos en relación al fortalecimiento de redes y/o su construcción, así como el acompañamiento en la adquisición de capitales de diversa índole que permitan asegurar la subsistencia cotidiana de la persona y su entorno. Esto implica un conjunto de intervenciones complejas que requieren del trabajo interdisciplinario y articulado con otras instituciones y personas, como veremos a continuación.

## Prácticas profesionales en tensión: “caso social” e interdisciplina

Pasan los días, los meses y, en algunos casos, los años, y las/os sujetos continúan en situación de internación sin requerirlo. Comienza a resonar la pregunta de: *¿Y adónde van a vivir? ¡Acá no se pueden quedar para siempre!*

Ahora bien, ante la consideración de la Salud Mental como un proceso complejo y multideterminado que propone ser abordadosupuestamente, desde la interdisciplina, nos encontramos con que, en muchas oportunidades, la hegemonía del modelo médico persiste dificultando abordajes integrales.

Las contradicciones, al interior del internado de Salud Mental, son constantes; hay paradigmas en disputa, actores con intereses de los más variados, profesiones con mayor y menor legitimidad

<sup>6</sup> “Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”.

<sup>7</sup> “No deberá prolongarse la internación con el fin de resolver problemáticas sociales de competencia de otros organismos del Estado, debiendo acudir a ellos con el fin de proceder a la externación”.

en el campo de la Salud Mental; algunas de las cuales se tornan hegemónicas, y generalmente *“Las trabajadoras sociales solemos tener escasa participación en las decisiones que se toman con los sujetos con quienes intervenimos”* (Zéner, 2015: 14).

Transcurre el tiempo y aumentan las presiones hacia las/os trabajadoras/es sociales, quienes aparecen implícitamente como únicas/os responsables de la resolución de estos “casos” que comienzan a denominarse, en el circular cotidiano del discurso, como “casos sociales”. Ante esto, me surgen múltiples interrogantes: ¿A qué denominan ‘casos sociales’ y por qué? ¿En dónde queda el trabajo interdisciplinario ante este recorte? ¿Qué desafíos se nos plantean ante estas situaciones?

Aquí, resulta importante recordar de qué se trata la interdisciplina:

*“La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadidas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos”* (Stolkiner 1987, citada en Stolkiner 2005:1).

Se trata de prácticas que se construyen en medio de luchas de poderes, de intereses contrapuestos y miradas encontradas. Miradas medicalizadas, miradas patologizantes, miradas sociales, miradas moralistas, miradas críticas. Miradas que de alguna manera tenemos el desafío de poner en diálogo.

En este contexto, es importante hacer explícito que *“no hay una disciplina particular que se hace cargo de lo social sino una mirada disciplinar que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social”* (Cazzaniga: 2002:07). Así, el Trabajo Social no puede concentrar en sí la responsabilidad de la reinserción social, aunque así emerge constantemente como demanda de distintos actores ante la dificultad de responder a esta problemática desde sus intervenciones clásicas.

A su vez, es necesario recordar que: *“Las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, reproducen, transforman y son atravesados por ellas”* (Stolkiner: s/d), lo que se refleja en las relaciones de poder cotidianas *“...en donde se teje y desteje, constantemente, la posición de la profesión en el Hospital”* (Zéner, 2015:14). Parafraseando a Stolkiner (s/d) podemos afirmar que, cuando el trabajo en el marco de un equipo interdisciplinario no logra constituirse, en el afán de generar una suerte de división del trabajo se producen “asignaciones de roles” ligados a diversos hábitos, costumbres y mitos respecto de cada profesión; en este reparto, el Trabajo Social suele quedar reiteradamente reducido a tareas administrativas y de gestión. Como sostiene Cazzaniga (2002):

*“(...) su ambigüedad trae aparejado esa especie de todólogos que en la práctica cotidiana se transforma para los trabajadores sociales, en un hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás profesionales, (...) donde el adjetivo de “social” que*

*portamos en nuestro título habilitaría a resolver todo aquello que entraña marginación, pobreza y exclusión” (p.33).*

Si además tenemos en cuenta la complejidad de la intervención en el campo de la Salud Mental, será necesaria una constante problematización de nuestras acciones, que evite la reproducción de prácticas tecnocráticas, interpelando los preconceptos a fin de construir, junto con las/os sujetos, dispositivos acordes a sus necesidades. Ello requiere la mirada de otras/os con quienes pensar, intercambiar ideas e incluso, con quienes apoyarse para reinventar acciones en las intervenciones cotidianas.

Es por lo expuesto que afirmamos que no hay “casos sociales”, sino una gran dificultad para reconstruir roles profesionales a partir de la interdisciplina. La construcción de la demanda y el abordaje en red requieren del trabajo conjunto de distintas profesiones según la situación, siendo un gran desafío el lograr ciertos acuerdos clave y profundizar la coordinación de acciones en los abordajes que realizamos.

Hay una disputa y construcción constante del rol del Trabajo Social en el equipo: existen espacios construidos desde el Servicio Social y ciertos reconocimientos por parte de los demás actores en relación a las intervenciones que se realizan, logrando que, en algunos casos, la interdisciplina no resulte tan utópica.

Se construyen y sostienen espacios propios<sup>8</sup> y articulados<sup>9</sup> con otras instituciones locales. Espacios que permiten trabajar cuestiones propias de las dinámicas cotidianas, reconocer potencialidades de las personas y trabajar sobre la promoción de los factores saludables, fortaleciendo las herramientas de las/os sujetos para hacer valer su derecho a gozar del mayor grado de autonomía posible.

La importancia de estos espacios radica en que posibilitan:

*“(…) más interacciones y protagonismo (asambleas, fiestas, talleres, periódicos internos, salidas, vacaciones…) y niveles de poder más paritarios con los terapeutas...hacia la recuperación del cuerpo y de los valores de intercambio social (trabajo, dinero, tiempo, amistades, poder social). A la salida del hospital llegaba un paciente diferente que el de los años de internación coercitiva. Salía al mundo real con más instrumentos, confianza, curiosidad, también con miedo de los rechazos de los sanos; precisaba todavía de un acompañamiento por las nuevas instituciones comunitarias (...)” (Basaglia 2008:8).*

Aunque estemos lejos de lo planteado por Basaglia, en torno a estos espacios se configuran prácticas que dinamizan transformaciones, procesos de cambio y de ampliación efectiva del ejercicio de derechos. Cotidianamente se construye, con cada debate, con sus argumentos, con

<sup>8</sup> Como el Taller de habilidades de la vida diaria que se realiza en el Servicio de Salud Mental del Hospital.

<sup>9</sup> Como los desarrollados en el año 2016: Taller de arte (Convenio con la Escuela Superior de Bellas Artes “Raúl Villafañe”), taller de expresión corporal (Convenio con la Escuela Normal “Nicolás Avellaneda”).

proyectos, con capacitaciones, con asesoramientos externos, con articulaciones y con la invención constante de nuevos dispositivos<sup>10</sup>:

*“Desde ‘el hospital’ se construyen, a veces sin ser verdaderamente conscientes, dispositivos. Dispositivos que no tienen estructuras físicas, que no tienen profesionales “especializados”, ni protocolos de intervención como la Ley establece. Esos dispositivos “ideales”, habrá quedado claro que para quienes estamos en el interior, son sólo letra. Letra de la que nos apropiamos, letra que hacemos discurso, que hacemos queja, que hacemos cuerpo, que hacemos estrategia. Letra que se transforma, en la práctica, en artesanías. Cada intervención es producto de un bagaje “académico” y “legal”, que en la práctica se construye con “lo que hay”. La variable de la creatividad atraviesa cada una de nuestras intervenciones. La lectura de recursos se hace continua” (Zéner, 2016:19)*

En esta perspectiva, es claro que si permaneciéramos esperando estructuras armadas, aumentaría el número de sujetos atrapados en un sistema restrictivo de sus libertades y capacidades, lo que no quita la responsabilidad del Estado por estas falencias. Un ejemplo es la modalidad de “Hospital de Día”<sup>11</sup>, que se configura como dispositivo artesanal, siendo una estrategia para paliar obstáculos de un sujeto particular, en función de mejorar su vida cotidiana acorde a las necesidades particulares de la/el usuaria/o en un determinado momento.

## **Hogarización: ¿una alternativa posible? Entre la garantía de derechos y la restricción de la autonomía de las/os sujetos**

Sin dejar de intentar construir interdisciplina en cada ocasión posible, de alguna manera las/os trabajadoras/es sociales nos apropiamos de la pregunta: ¿y adónde van a vivir? y nos convertimos en “detectives” para identificar referentes, vínculos posibles de fortalecer y redes posibles de construir.

Contactamos familiares, amigas/os, vecinas/os, instituciones locales, organizaciones no gubernamentales e incluso instituciones religiosas. Sin desmedro del reconocimiento de que en ocasiones estos procesos posibilitan la reinserción social, y por lo tanto, del reconocimiento de las articulaciones que se logran, nos detendremos en los obstáculos que es necesario superar.

Intentamos identificar dispositivos alternativos a la internación en la zona, y notamos que no existen a nivel estatal y que en el sector privado sólo existe un hospital de día creado en el año 2016 y algunas organizaciones no gubernamentales que, sin nombrarse como dispositivos

---

<sup>10</sup> Retomando las ideas de Foucault, García Fanlo sostiene que los dispositivos constituyen una relación entre un conjunto de elementos: “...discursos, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, filosóficos, morales y/o filantrópicos que circulan dentro de dicha relación (2011:2)

<sup>11</sup> Así llamado porque la persona concurre desde la mañana hasta la tarde al Hospital, donde recibe comida y medicación, y donde en caso de que haya algún taller en funcionamiento, se la invita a participar.

alternativos de salud mental, funcionan de una manera muy cercana a lo que la ley plantea para estos espacios.

Cuando todo lo imaginable por el equipo del Servicio de Salud Mental se realizó (lo “imaginable”, no lo posible, que siempre es más amplio), aún así la persona continua sin contar con capitales<sup>12</sup> sociales y económicos suficientes que posibiliten la reinserción social; se inician entonces travesías de trámites burocráticos, a fin de gestionar recursos, apelando al sistema judicial para que arbitre los medios necesarios a fin de garantizar a la persona una alternativa terapéutica lo menos restrictiva posible de su autonomía. Esto, con todo lo que implica el involucramiento del sistema judicial en una situación, por lo cual siempre es un último recurso en el que se intenta que el mismo se sume, de alguna manera, a la defensa de los derechos del sujeto<sup>13</sup>.

Mientras tanto, se revisan los programas y las distintas transferencias formales del Estado, encontrándonos con el atravesamiento del neoliberalismo en el actual contexto: donde existen importantes recortes en las políticas sociales, grandes retrocesos en materia de derechos humanos, como la focalización de las políticas de hábitat, el recorte de presupuesto para insumos necesarios en los servicios de salud pública, la puesta en marcha de la prueba piloto de la CUS (Cobertura Universal de Salud)<sup>14</sup> y el intento reciente de modificación del decreto reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657<sup>15</sup>. Este último punto es una propuesta que por el momento no pudo avanzar gracias a la movilización de colectivos de usuarias/os, familiares y profesionales del campo de la salud mental, que reduce la importancia de los dispositivos alternativos a la internación, legitimando la existencia de “*hospitales especializados en psiquiatría y salud mental*” (lógica manicomial) y admitiendo el aislamiento pleno de personas a quienes se vuelve a considerar “enfermos” que deben ser tratados por el “arte médico”. También quita la

---

<sup>12</sup>A lo largo del trabajo utilizamos términos como: capitales, estrategias y actores, siguiendo la Teoría de Pierre Bourdieu (1997).

<sup>13</sup>Articulamos con Tribunales, pero también, un actor estratégico en varias de nuestras intervenciones, ha sido la Defensoría Pública Federal.

<sup>14</sup>Política pública nacional, que funciona como un seguro para quienes no pueden afrontar los gastos en salud y no tienen obra social. Muestra un claro avance de las políticas neoliberales que favorecen la privatización de la salud, entendida más como mercancía que como derecho y focalizando los servicios estatales (ya no todos podrán acceder a hospitales sin estar registrados). Implica mayor transferencia de recursos al sector privado.

<sup>15</sup>El proyecto forma parte del Expte. Min. Sal. 120020000024933166 y modifica postulados centrales de la Ley vigente. Se buscaba evitar la intervención del Congreso de la Nación en el debate, ámbito institucional para este tipo de modificaciones. Los sujetos de derecho pasarían a ser objetos de tratamiento médico, enfermos mentales. Tomando fragmentos del *posicionamiento del Colectivo por el Derecho a la Salud Mental, San Francisco en torno a esta* (inédito y basado en una lectura crítica de los documentos mencionados y de otros posicionamientos públicos), otros puntos centrales del proyecto son: la modificación de la concepción de la salud mental como un proceso multideterminado por diversos componentes, y reinstalación del modelo médico hegemónico y la lógica del manicomio bajo el nombre de “hospitales especializados en psiquiatría y salud mental”; habilita tratamientos en comunidades cerradas para las personas con consumo de drogas; invierte el orden en la mención de los dispositivos de atención, colocando primero a los hospitales y luego a los dispositivos alternativos, y en todo el texto del proyecto no se refiere la palabra “comunidad”, algo central en la actual legislación; se modifica la competencia del Ministerio Público de la Defensa en relación a la designación de la máxima autoridad del Órgano de Revisión de la Ley y se la adjudica al Ministerio de Salud de la Nación. De esta forma la Autoridad de Aplicación de la ley sería quien designe al responsable de ejercer las funciones de control sobre sí misma.

centralidad del trabajo comunitario y designa a algunas profesiones incumbencias (siendo que no es una ley de especialidades), en vez de reforzar la importancia de la interdisciplina<sup>16</sup>.

Ante todo esto, y siguiendo las ideas de Fraser (1989) podemos afirmar que el Trabajo Social puede ocupar un lugar fundamental en la compleja lucha por instalar necesidades en el debate público, así como en su ingreso en la agenda gubernamental y en la generación de políticas que den respuesta a las mismas. Es importante hacer visibles estas necesidades en debates ampliados a las comunidades locales que permitan, además, identificar representaciones sociales estigmatizantes, intentar hacerlas conscientes para poder deconstruirlas, y poder entender a la salud como un asunto de todas/os que atraviesa cada uno de los ámbitos de la vida, y que no se reduce sólo a la atención hospitalaria. En San Francisco, un avance reciente en este sentido a nivel local, fue la conformación de un Colectivo por el Derecho a la Salud Mental<sup>17</sup>, que toma posición frente a diversas situaciones cotidianas y mediáticas en base a los derechos reconocidos en la actual legislación; además de organizar actividades de promoción de los mismos y prevención de su vulneración. Este Colectivo se posicionó públicamente en contra de la modificación del Decreto Reglamentario mencionado anteriormente, entendiendo los retrocesos que implica, por ejemplo, en las luchas locales por la conformación de dispositivos alternativos y de equipos comunitarios.

Avanzando en estos caminos e identificando que, en ocasiones, los vínculos de la usuaria/o están muy debilitados o no hay otros significativos fuera de la institución hospitalaria, y que tampoco se lograron modos de autosustentabilidad, se considera a la hogarización como la alternativa menos restrictiva posible de la autonomía de las/os sujetos, en tanto estos espacios pueden (o no) constituirse en lugares con mayor apertura, con menos barreras, y con más posibilidades de acompañar el desarrollo de las potencialidades de cada persona.

Cuando se llega a esta conclusión, queda atravesar aún toda una odisea para acompañar a las personas y alojarlas en estos nuevos espacios, también escasos y desbordados de demanda (tanto en instituciones públicas como privadas). Situándonos en un Servicio de Salud Mental de un hospital público, en donde quienes tienen alguna cobertura de salud suelen ser derivados a otros centros de referencia, nos encontramos con que la mayor parte de la población no cuenta con cobertura social o se encuentra incorporada al Programa Federal Incluir Salud<sup>18</sup>. Este programa tiene, actualmente, convenio con diez hogares en el territorio provincial, con extensas listas de espera y grandes dificultades para atender la particularidad de las situaciones que se presentan.

---

<sup>16</sup> Por ejemplo, en el artículo 15 Inc. b) de la actual ley dice que cuando una persona estuviese en condiciones de alta desde el punto de vista de la salud mental y existiesen problemáticas sociales o de vivienda que imposibilitaran la externación inmediata, el equipo interdisciplinario debía gestionar ante las áreas correspondientes los recursos necesarios; en el decreto propuesto deposita la responsabilidad sobre la/el trabajadora/or social.

<sup>17</sup> Conformado por actores pertenecientes a distintas organizaciones, instituciones, así como personas independientes interesadas y, generalmente, implicadas en la temática.

<sup>18</sup> Programa Federal, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, que otorga ciertas coberturas de salud a quienes cuentan con Pensión No Contributiva Nacional.

Así, en estos procesos se cuestiona todo el tiempo el alejamiento de las/os sujetos de sus centros de referencia vincular pero, a la vez, al volver la mirada al internado: a sus rejas, a sus muros, a las puertas con llave y sin manijas, a las “salidas terapéuticas”, a los horarios de visita, a las llamadas restringidas y a sus reglas, hay situaciones en que el equipo en dialogo con la/el usuaria/o y su entorno, llega a considerar que, provisoriamente, la hogarización se torna una mejor alternativa.

Ante esta situación debemos preguntarnos: ¿es definitiva? ¿Se mantiene una articulación constante con estos espacios y se continúan evaluando alternativas de trabajo para el regreso a comunidad? Lamentablemente, en la mayoría de las situaciones, estas decisiones se tornan más bien en derivaciones de una a otra institución, donde mucho del trabajo que se viene realizando queda inconcluso.

Las dificultades burocráticas y las normas propias de cada espacio suelen dificultar una comunicación y articulación fluida de los equipos, por lo que los esfuerzos por continuar con algunas estrategias de intervención, muchas veces, se pierden al poco tiempo.

Otra gran dificultad para sostener estos seguimientos es la escasez de profesionales en los equipos, sumado a la precarización laboral, siendo muchas de las intervenciones sostenidas por contratadas/os y becarias/os. Aquí, ubicándome en este último grupo, junto a las/os demás residentes de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Provincial, me parece importante señalar otra característica de la misma que, al tiempo que favorece una diversidad de aprendizajes, dificulta la construcción de estrategias a largo plazo: una constante rotación por diversos servicios y espacios dentro y fuera de los hospitales. Si además comprendemos que las becas son mal pagas, que se realizan habitualmente horas extra y que no cuentan con aportes jubilatorios, es difícil pensar que se pueda sostener el acompañamiento de procesos tan complejos<sup>19</sup>, entendiendo que en muchas ocasiones, este seguimiento tampoco se logra garantizar desde el escaso<sup>20</sup> equipo permanente del Servicio de Salud Mental del Hospital.

Por todo esto, consideramos que la hogarización se torna un arma de doble filo: una oportunidad y un riesgo, una forma de garantizar derechos al mismo tiempo que se vulneran otros. Un continuo y profundo dilema que nos plantea nuevos desafíos constantemente.

---

<sup>19</sup> Esta situación viene siendo planteada por distintas agrupaciones de trabajadoras/es, entre ellos el Colectivo de Residentes de la Provincia de Córdoba; aún así no se evidencian cambios significativos en las políticas públicas, que favorezcan modificaciones en este sentido.

<sup>20</sup> Cabe aclarar que en San Francisco sólo hay una trabajadora social de planta permanente en el Servicio de Salud Mental. Si bien el Hospital cuenta con otras tres trabajadoras sociales en esta situación, se abocan al trabajo en otros servicios (Clínica Médica, maternidad, pediatría, terapia intensiva, quirúrgica, rehabilitación), y dos contratadas. Cabe aclarar que, además, el servicio social participa de diversos programas transversales como la Red SERENAR y el Programa de Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva.



## *Reflexiones sobre las internaciones prolongadas en Salud Mental y la intervención del Trabajo Social*

Las internaciones prolongadas nos interpelan continuamente, nos hacen dialogar con nuestros marcos teóricos, con nuestras experiencias laborales, con las trayectorias de vida personales que nos atraviesan y con los marcos legislativos que nos rigen. Cuestionar su existencia y su implicancia en el padecimiento de las/os usuarias/os, es fundamental para no generar o profundizar la violencia institucional que ya atraviesa la cotidianeidad de estos sujetos, evitando ‘cronificar’ nuestras intervenciones.

Al día de hoy, a pesar de los esfuerzos, hay personas que continúan en situación de internación prolongada o en “puerta giratoria”<sup>21</sup> constantemente. Estas situaciones movilizan, interpelan y hacen que continuemos apostando con más fuerza por la autonomía de las/os sujetos, la interdisciplina y el trabajo en red, siendo necesario profundizar articulaciones externas e internas al Hospital. Es una búsqueda constante de equilibrio entre la autonomía disciplinaria y la interdisciplinaria, para que se pueda avanzar en el abordaje de realidades complejas como las planteadas en este artículo.

Intervenir en Salud Mental involucra la defensa de un conjunto de derechos que atraviesan todos los ámbitos de la vida. Esta complejidad requiere de múltiples miradas, constantes debates, en definitiva, de trabajo en equipo interdisciplinario. Construirlo, en las prácticas cotidianas, es un verdadero desafío.

Desde el Trabajo Social aportamos en el desarrollo de una diversidad de estrategias de cogestión, asesoramiento y promoción, entre otras. Y, por nuestra formación, proponemos miradas integrales de las situaciones, que se centran en las capacidades de las personas y que buscan reconocer las estrategias que generan con los capitales que poseen; reconociendo la influencia de las representaciones sociales estigmatizantes sobre sus vidas cotidianas, y siendo fundamental la identificación y ruptura de prejuicios.

Es importante mantener una escucha y observación activa (Carballeda, 2008), lo cual nos permite comprender al sujeto, reconocer sus posibilidades y pensar en conjunto estrategias de resolución de sus dificultades, reconociendo sus aspectos saludables y no centrando la mirada sólo en su padecimiento.

Profundizar la lucha por la garantía de derechos como vivienda, educación y trabajo es fundamental en el actual contexto de fragmentación y focalización de las políticas sociales. Ello implica ampliar los debates y acompañar los procesos de organización colectiva, que resultan sumamente relevantes para garantizar el derecho a la salud, evitando cada vez más la institucionalización como alternativa.

---

<sup>21</sup> Expresión de la jerga cotidiana de los Hospitales que refiere al ingreso reiterado de una persona a internación en el Servicio de Salud Mental (Término acuñado por A. Carballeda).

La hogarización, como muchos otros dispositivos, es una moneda de doble cara, un dilema constante. El desafío es que, cuando se vuelve necesaria en un determinado momento para una persona en particular, debido a que así se protegerían más derechos, no se la considere definitiva y se continúe trabajando para su revinculación en su comunidad de pertenencia. Esto implica reconocer la importancia y exigir la incorporación de equipos de profesionales de salud mental en los Centros de Atención Primaria de la Salud, así como fortalecer las articulaciones entre los distintos niveles de atención sanitaria, desnaturalizar prejuicios sociales y no generalizar intervenciones, ya que cada situación de internación prolongada es muy diversa en relación a las demás.

Para finalizar es necesario preguntarse: ¿hacia dónde van nuestras intervenciones?, entendiendo que no hay una respuesta única, pero que en la tensión entre el control social y la lucha por condiciones de vida más justas, decidimos situar nuestras prácticas en este último horizonte.

## Bibliografía

**Amendolaro, Roxana** (2013): Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos. En *Revista Salud Mental y Comunidad*. Año 3, N° 3 – Diciembre, 19-28. Departamento de Salud comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Ediciones de la UNLa (Arg.). Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>.

Fecha de consulta: 13 de noviembre de 2017.

**Aquín Nora** (2011): “Los avatares de los conceptos de exclusión e inclusión”, en *Revista de Extensión Universitaria. Especial Inclusión y cohesión social. Aportes al debate en el marco del XI Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria*. Año 1, N°1, Pp. 14-20. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe (Argentina).

**Basaglia, Franco** (2008): La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. 1° ed. Ed. Topía. Buenos Aires. Trad. Florencia Molina y Vedia.

**Bourdieu, Pierre** (1997): Capital Cultural, Escuela y Espacio Social. Ed. Siglo XXI. Madrid

**Carballeda, Alfredo** (2008): “La escucha como proceso. Una perspectiva desde la intervención social” en *Escuchar las prácticas*. Ed. Espacio. Buenos Aires (Arg).

**Cazzaniga, Susana** (2002): “Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud” en *Revista Margen*, N°27, primavera. Reconquista, Entre Ríos (Arg). Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>. Fecha de consulta: 19 de noviembre de 2017.

**Czeresnia, Dina** (2006): “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción” en *Cuadernos de Salud Pública*. S/d. Recuperado de: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia\\_dina\\_el\\_concepto\\_de\\_salud\\_y\\_la\\_diferencia\\_entre\\_prevenccion\\_y\\_promocion\\_CONCEPTO\\_DE\\_SALUD\\_DIFERENCIA\\_ENTRE\\_PROMOCION\\_Y\\_PREVENCION.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia_dina_el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenccion_y_promocion_CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCION.pdf). Fecha de consulta: 19 de noviembre de 2017.

**Fraser, Nancy** (1989): "La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío", en *Unruly Practices*. Ed. Universidad de Minnesota. Minnesota (EE.UU). Recuperado de: <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/666.pdf>, Fecha de consulta: 30 de noviembre de 2017.

**García Fanlo Luis** (2011): "¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agambem", en *Revista de Filosofía A parte Rei*. N°74. Marzo. S/d, Recuperado de: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>. Fecha de consulta: 20 de diciembre de 2013.

**González, Cristina** (2001): *La intervención en el Abordaje Familiar*. Escuela de Trabajo Social. UNC. Córdoba (Arg). Inédito.

**Orozco, Anderson** (2014): "La inclusión social de la discapacidad como tecnología biopolítica: una reflexión para el Trabajo Social" en *Revista Trabajo Social* 16: 157-173. Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá (Colombia). Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/47067/48373>. Fecha de consulta: 11 de octubre de 2017

**Pereira, Natalia** (2010) "La discapacidad y la experiencia médica: Los contornos del cuerpo" en *Deficiencia e Igualdade*. Editorial Letras Livres y UNB. Brasilia (Br). Traducido por Andrea Rossi.

**Stolkiner, Alicia** (2005): "Interdisciplina y Salud Mental" en *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy*. 7 y 8 de octubre. Posadas (Misiones, Arg.). Recuperado de: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/O66\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_3/stolkiner\\_interdisciplina\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/O66_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf). Fecha de consulta: 16 de noviembre de 2017.

----- (s/d): *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México (México).

**Zéner Camila** (2016): "De la Letra a la artesanía", ponencia presentada en la InterRISaM, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Inédito.

----- (2015): *Sistematización del segundo trayecto de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental*. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Inédito.

## Leyes consultadas

Ley Provincial de Protección de la Salud Mental N° 9.848. Provincia de Córdoba. Año: 2010. Disponible en: <http://www.caescor.com/web/pdf/Ley9848.pdf>.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Año: 2010. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf>

## Cita recomendada

**Rossi, Andrea (2018):** «Hogarización: una moneda de doble cara Disputas y desafíos del Trabajo Social en las Internaciones Prolongadas en Salud Mental» [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1, Nro. 2. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 113-127 [Fecha de consulta: dd/mm/aa].

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19943>

ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

## Sobre la autora

### Andrea Rossi

Argentina. Es Licenciada en Trabajo Social, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina). Residente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental en el Hospital J. B. Iturraspe de San Francisco (Córdoba), desde junio de 2016. La residencia es una beca que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Correo electrónico: [androssi91@gmail.com](mailto:androssi91@gmail.com)

