

Artículos seleccionados

La producción de salud-cuidado(s) en las internaciones de salud mental.

Nadia Tenchera^a

Fecha de recepción:	20 de marzo de 2023
Fecha de aceptación:	2 de mayo de 2023
Correspondencia a:	Nadia Tenchera
Correo electrónico:	natenchera@gmail.com

a. Licenciatura en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen:

La internación constituye una ruptura en la vida cotidiana de las personas, lo que incluye sus lazos, trabajos, cuerpos, territorios. En salud mental, según la Ley Nacional de Salud Mental N°26657/10, la misma es considerada un recurso terapéutico a utilizar cuando se hayan agotado todas las estrategias menos restrictivas. Es así que, en tanto trabajadores de la salud debemos pensar en cómo producir salud-cuidado(s) para quienes cursan una internación desde una perspectiva de salud mental comunitaria. Esto supone un desafío debido a que existen situaciones que la pueden tensionar. Sin embargo, se destacan algunas que sí habilitan la producción de salud como brindar un trato digno, enmarcado en la escucha y respeto donde se establezcan vínculos y acogimiento. Esto incluye el trabajo interdisciplinario e intersectorial, como también garantizar la disponibilidad para que en el transcurso de las internaciones las personas puedan participar en espacios tanto individuales como grupales/comunitarios, buscando siempre la inserción comunitaria para sobrellevar las crisis en su propia comunidad. Este trabajo surge con el fin de reflexionar sobre las prácticas que se llevan adelante en la Guardia y Sala de Internación de un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, al mismo tiempo, ser un aporte para potenciar aquellas que devengan en productoras de salud-cuidado(s).

Palabras clave: Producción de salud-cuidado(s) - Salud mental comunitaria - Internaciones.

Summary

Hospitalization constitutes a break in the daily life of people, which includes their bonds, jobs, bodies, territories. In mental health, according to the National Mental Health Law No. 26657/10, it is considered a therapeutic resource to be used when all less restrictive strategies have been exhausted. Thus, as health workers we must think about how to produce health-care(s) for those who are hospitalized from a community mental health perspective. This is a challenge because there are situations that can stress it. However, there are some situations that enable the production of health, such as providing dignified treatment, framed in listening and respect where links and foster care are established. This includes interdisciplinary and intersectoral work, as well as guaranteeing availability so that during hospitalizations people can participate in both individual and group/community spaces, always seeking community insertion to cope with crises in their own community. This work arises in order to reflect on the practices that are carried out in the Guard and Inpatient Ward of a Hospital in the Autonomous City of Buenos Aires and, at the same time, be a contribution to promote those that become health producers -care(s).

Key words: Production of health-care(s) - Community mental health - Hospitalizations.

Introducción

El presente artículo busca reflexionar sobre la producción de salud-cuidado(s) en las internaciones de salud mental desde una perspectiva de salud mental comunitaria, a la luz de las experiencias vivenciadas en una Guardia y Sala de Internación de un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se comprende que las internaciones por salud mental suponen una ruptura en la cotidianeidad de quienes las transitan. Es así que será de vital importancia, desde una perspectiva de salud mental comunitaria que, como trabajadores de la salud, llevemos adelante prácticas productoras de salud y cuidados desde-y-en la comunidad. Esto posibilita que las personas en situaciones de crisis/urgencias continúen insertas en su comunidad, dejando de lado la clásica respuesta asilar y de exclusión que ofrecen mayoritariamente las instituciones de salud.

Salud mental: en tanto proceso y como derecho humano

Se recupera la relevancia de los instrumentos internacionales de derechos humanos y salud mental como el Consenso de Panamá, Principios de Brasilia, Declaración de Caracas, entre otros (Dirección Nacional de

Salud Mental y Adicciones, 2010) que han tenido un importante peso para poner en agenda gubernamental a la salud mental, fomentando cambios legales y mejoras en políticas. "Estos tratados al ser suscriptos por el estado argentino tenían jerarquía constitucional" (Retamal, 2014, p.339).

En Argentina, las leyes de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N°448/00 y la Nacional de Salud Mental N°26.657/10, se enmarcan en el paradigma de derechos humanos y su objetivo es garantizar los mismos y la protección de las personas con padecimientos subjetivos. A ello se le debe sumar la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación en el año 2015 que regula la salud mental siguiendo esta misma línea.

En el paradigma mencionado se ubica la corriente de Salud Colectiva Latinoamericana que propone una práctica integral e incluye las dimensiones social, subjetiva e histórica; entendiendo a la salud como un proceso y en tanto tal dinámico, conceptualizado como salud-enfermedad-cuidado. Pone en el centro el proceso de producción-reproducción social y tiene en cuenta la palabra de las personas, considerándolas "sujetos de derechos" que tienen una participación activa respecto a sus trayectorias en salud (Stolkiner y Ardila-Gomez, 2012) (Amendolaro, 2013). Como así también, se centra en las capacidades y potencialidades de las mismas.

En función de todo ello, la salud mental es entendida como un proceso atravesado por múltiples dimensiones -social, económica, cultural, histórica, biológica y psicológica-. Es así que las problemáticas de salud mental pueden generarse tanto por las transformaciones y las crisis de la vida en sociedad como por las condiciones de vida particulares de cada ámbito familiar. Aquí radica la importancia de la construcción de categorías que las describan de manera adecuada (Augsburger, 2002). La salud mental no debe ser definida en términos de patología, sino que debe ser entendida como un proceso multidimensional, y en tanto tal, recuperar la dimensión subjetiva de las personas.

Para finalizar, y continuando con los planteos de la Ley N° 26.657/10, la modalidad de abordaje de la salud mental debe ser prioritariamente ambulatoria y en efectores cercanos a la comunidad donde viven las personas. En este aspecto, se suma la relevancia que adquiere la salud mental comunitaria, la cual busca que la atención les permita a las personas con padecimientos, preservar o recuperar sus capacidades en su vínculo con los otros de -y en- su comunidad (Ardila-Gomez y Galende, 2011). “Lo esencial de la perspectiva comunitaria en salud mental consiste en atender en primer lugar el ‘lazo social’, en el que radica la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros que le permitan la vida en común” (p.47). De esta forma se busca fomentar la integración de las personas en la comunidad, evitando así su exclusión y aislamiento.

Urgencia, crisis e internación: aproximaciones a sus definiciones

Por urgencia se comprende aquella ruptura aguda y quiebre del equilibrio que sostenía la vida. Si bien cada situación se presenta de manera particular, lo que atraviesa a todas ellas es la ruptura del equilibrio que configuraba sus vidas: su cotidianidad, lazos, territorios, trabajos, cuerpos y pensamientos; situaciones que son complejas (Sotelo, 2009; Morán y Pratto, 2014). Es importante destacar al menos dos variables que la caracterizan: “la presencia de un padecimiento sin velo y la dimensión temporal bajo la forma del apremio y de la prisa. ... Quien se dirige a un hospital en situación de urgencia lo hace en busca del alivio de su malestar” (Sotelo, Rojas y Miari, 2012, p.6).

Desde el paradigma de la desmanicomialización surge el “enfoque de crisis”, entendiéndose por crisis aquella

situación en la que una persona se encuentra con un alto sufrimiento subjetivo y en situación de vulnerabilidad; es un emergente del malestar y forma parte del proceso de salud-enfermedad. La atención de la misma deberá enmarcarse en un trato digno, empático y respetuoso, donde prime la privacidad e intimidad y donde se destine el tiempo necesario para abordar la situación (Cohen y Natella, s/f).

Frente a algunas situaciones de urgencia en las que concurren las personas a la Guardia, surge la internación como una intervención. “La crisis o la urgencia en salud mental ha sido la boca de entrada al sistema manicomial y a la institucionalización de las personas” (Cohen y Natella, s/f, p. 133).

En este punto la Ley N° 26.657/10, en su artículo 14, plantea la internación como un recurso restrictivo que sólo tiene que ser utilizado cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de otras intervenciones. Es decir, la concepción desarrollada sobre salud mental tiene su correlato con la idea de pensar la internación como un recurso al que se debe apelar cuando se evalúa que no queda otra intervención posible de ser llevada a cabo, ya que se han agotado todas las estrategias comunitarias y/o familiares.

Es preciso señalar que una internación se decide a partir de la evaluación que realizan los profesionales de la Guardia en la/s entrevista/s que tengan con la persona que consulta y es en este punto donde toma centralidad la evaluación del riesgo. Para ella es importante tener en cuenta que

la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado. (Ley 26657/10, artículo 5°).

El riesgo se evalúa al momento de la/s entrevista/s, según cada situación particular y de manera interdisciplinaria. Esto se contrapone a la concepción anterior de “peligrosidad”, bajo la cual se llevaban adelante internaciones que tenían como fin evitar el retorno de la persona a la sociedad ya que suponía un peligro para el resto de la población. La noción de peligrosidad estigmatiza a quienes atraviesan problemáticas de salud mental ya que refuerza la vinculación entre padecimiento y violencia (Mantilla, 2010).

Llegado a este punto, se recuperan aportes teóricos en torno a la categoría de internación. Por la misma se entiende una forma de intervenir posible, indicada y necesaria; que será acotada en el tiempo y constituye un momento del tratamiento. En algunas oportunidades constituye un accidente que irrumpe en la vida de las personas como algo ajeno, siendo así hay quienes pueden transitarla sin que eso les pase efectivamente (Negro, 1996).

Hay algo que caracteriza a las internaciones y es la cuestión del tiempo; tiempo que se tornará particular en cada persona ya que lo esencial es que en ese poco o mucho tiempo se pueda producir un orden y una marca. Es importante comprender que, retomando lo dicho anteriormente, la internación supone una ruptura con la cotidianidad de las personas y, en tanto tal, muchas veces es vista como algo ajeno. Si la entrada a la internación es vivida como algo ajeno, debe trabajarse para que sea la salida de ella algo propio (Negro, 1996).

Al respecto, se genera un nuevo "espacio-tiempo" en el cual surgen interrogantes y también temores en torno a cómo se reorganizará la cotidianidad de cada persona luego de su internación (Morán y Pratto, 2014). Ello será de vital importancia y una cuestión central a considerar y acompañar desde los equipos de salud.

La producción de salud

Las instituciones de salud tendrían que intervenir en pos de potenciar las capacidades de las personas y de las comunidades que padecen diversas dolencias -biológicas, genéticas, sociales, psíquicas-, para poder reducir las y/o en la medida de lo posible -¿o ideal?- eliminarlas. Entonces ¿cómo podemos desde las instituciones de salud llevar adelante esto? ¿Cómo trabajar en la (re)construcción de las capacidades de las personas?

Una apuesta está en que las instituciones puedan abrirse para que ingresen en ellas las necesidades, deseos y voluntades de las personas que asisten a las mismas (de Sousa Campos, 2021). Otra cuestión a considerar es la importancia del trabajo en equipo, el cual debe partir de reconocer los límites de cada disciplina y centrarse por llevar adelante un trabajo de manera horizontal, esto último se constituye en un desafío constante en las instituciones ya que prima la verticalidad y, más aún en las instituciones de salud donde el saber médico continúa siendo hegemónico. Por último, pero no menos impor-

tante, se encuentra la producción de cuidado(s). Los trabajadores de la salud y las instituciones en su accionar producen actos de cuidado.

La intervención y acción de los trabajadores se conforma por tres maletines. Uno se vincula con las manos e incluye varios equipamientos identificados como tecnologías duras; un segundo maletín se vincula con lo mental y tiene que ver con el conocimiento propio de cada saber disciplinar que conforma las tecnologías blandas-duras. Un tercer y último maletín se vincula con el espacio que se produce en las relaciones entre los trabajadores de la salud y las personas, compuesto por tecnologías blandas (Merhy, 2021). Sobre el espacio de las relaciones:

“los procesos productores de salud que ocurren en este espacio se realizan únicamente en acto y en las intersecciones del médico y del usuario. En este encuentro se da, en última instancia, uno de los momentos más singulares del proceso de trabajo del médico como productor de cuidado, en tanto se trata de un encuentro que el médico también procura capturar” (Merhy, 2021, p.43)

Para que los trabajadores de la salud constituyan actos de cuidados deben llevar adelante una intervención que contemple dos dimensiones: la propiamente cuidadora -siendo algunos de sus objetivos la construcción de procesos y espacios que den lugar a la palabra y escucha, la construcción de relaciones de acogimiento, el posicionamiento ético, entre otros-, y la que se encuentre centrada en lo profesional -contempla el recorte tecnológico específico de cada profesional- (Merhy, 2021). Esto se da en la articulación entre los tres maletines.

Llegado a este punto es preciso plantear que la producción de salud conlleva prácticas de cuidados. Es decir, se da una constante imbricación entre la producción de salud y la de cuidados. Ahora bien, la categoría de cuidado tiene múltiples usos y sentidos, por lo que se constituye en una categoría polisémica y puede pensarse de forma plural. En este sentido, se recuperan aquellos usos que coinciden con la perspectiva de Salud Colectiva Latinoamericana. Uno de ellos concibe al cuidado como atención integral y radica en que la producción de salud no debe agotarse en acciones sanitarias, sino que la misma debe darse con otros y con diversos saberes, hacia otros sectores y “hacia otras situaciones de vida cuyo eje no es la enfermedad” (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gomez, 2014, p.221). Otro uso, retomando

lo planteado, radica en la apertura de las instituciones, que apunta tanto a poner a las personas en el centro de sus tratamientos sin perder de vista aquello que las hace padecer, como también recuperar sus historias de vida, sus redes, sus territorios y considerar las múltiples dimensiones que las atraviesan.

Teniendo en cuenta que todes les trabajadores de la salud hacen clínica, será de vital importancia entonces ampliar el objeto del saber y la intervención de la misma, lo que implica incluir a las personas. Esto significa revisar nuestras prácticas y la clínica, para que ésta se transforme en una “Clínica de los Sujetos” (de Sousa Campos, 2021).

La pregunta ahora es ¿cómo potenciar o (re)construir las capacidades sin perder de vista que las personas con problemáticas de salud mental están padeciendo? Coincido en el interrogante sobre “¿Cómo producir salud para aquellos sujetos portadores de cualquier enfermedad sin considerar también la lucha contra esta enfermedad?” (de Sousa Campos, 2021, p.41). La producción de salud debe estar centrada en las personas y no en los procedimientos, ya que esto significa ir en camino a la satisfacción de sus derechos y sus necesidades (de Sousa Campos, 2021; Merhy, 2021).

Para cerrar el apartado, es menester destacar que si bien los usos desarrollados en torno a la categoría cuidados desde el campo de la salud suponen un avance en relación a (re)pensar los procesos de salud-enfermedad, es preciso salirse de dicho campo para concebir esta categoría como

“condición humana fundamental (...) podría afirmarse que no existe cuidado sin la instauración de un vínculo; y que dicho vínculo debe estar sustentado en una corriente afectiva tierna, posibilitando ello la inclusión en el mismo de la empatía, el miramiento y el buen trato.” (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gomez, 2014, p.222)

Aportes desde la experiencia de rotación

Producción de salud-cuidado(s) en los tratamientos

Para comenzar este apartado, recupero algunas cuestiones de la experiencia en Guardia. En primer lugar, al momento de llevar adelante una internación considero

de importancia que el equipo de salud pueda tomarse el tiempo necesario para propiciar un espacio donde poder brindar información sobre cómo es el proceso de internación y la dinámica institucional tanto a la persona -en la medida en que su situación y/o cuadro lo permita- como a quien la acompañe.

Esto es central, ya que “como regla, los usuarios se sienten inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, despreciados y no respetados” (Merhy, 2021, p.59). En consecuencia, ello podría no solo ayudar a disminuir el malestar que muchas personas tienen por no contar con información certera, sino que iría en pos de garantizar el derecho a recibir información sobre su tratamiento y a recibir un trato digno. Pilares básicos para la producción de actos de salud-cuidado(s).

En segundo lugar, en el recorrido transitado hubo un período donde, a raíz de la situación de emergencia sanitaria por covid-19, cobró valor en la Guardia la realización de llamadas y/o envío de mensajes de las personas internadas a sus familiares y/o amistades. Si bien esta tarea quedó adjudicada a las trabajadoras sociales, muchas veces resultó la única instancia en el día en que podían tener un contacto con otros.

Siendo que las prácticas productoras de salud-cuidado(s) se centran en las personas y buscan satisfacer sus derechos y necesidades, estableciendo vínculos, brindando un trato digno, respetuoso y empático ¿podrían pensarse en esta línea a las prácticas mencionadas? ¿Qué otras prácticas podrían haberse llevado a cabo en ese momento de aislamiento social?

En tercer lugar, al pensar en los tratamientos en la Sala de Internación, la estrategia y los espacios terapéuticos se piensan de manera singular según cada persona y situación. En los mismos cobran importancia los deseos y proyectos de las personas internadas, a quienes se les habilitan espacios de escucha y acogimiento, atravesados por actos cuidadores. A su vez, ocupan un rol activo en sus procesos de salud-enfermedad pudiendo decidir diferentes cuestiones.

Las personas ejercen su derecho a participar en sus tratamientos. Un ejemplo de esto, es que las estrategias de externación son pensadas en conjunto entre quienes conforman el equipo y las personas internadas -y también sus redes-. Cuando alguien manifiesta no querer retornar al lugar donde se encontraba previo a su internación -puede ser su casa o la casa de algún familiar

u otre referente-, se trabaja sobre dónde se llevará adelante dicha externación. Esta última puede ser en una institución o con alguna otra persona de su red, siempre teniendo en cuenta la voz de las personas.

Se afirma que para producir salud-cuidado(s) en los tratamientos con las personas será central la construcción de un vínculo que conlleve adelante un trato digno, y que se enmarque en una atención de calidad, respeto, responsabilidad y acogimiento (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gomez, 2014).

Producción de salud-cuidado(s) en los equipos de salud

Si bien se ha hecho hincapié en la producción de cuidado de los trabajadores de la salud hacia las personas con las que trabajan, también se producen relaciones y espacios de vínculo y acogimiento entre profesionales (Franco, 2016). En clave de ello se pueden ubicar las reuniones de equipo debido a que son espacios que propician la circulación de la palabra y donde se hace frente al malestar conformándose en espacios de sostén y, al mismo tiempo, potenciales espacios para pensar propuestas. Se considera el concepto de autocuidado, el cual comprende a aquellas acciones que desarrollan las personas para prevenir ciertos padecimientos y para favorecer algunos aspectos de la salud (Madeira et al., 2020).

A todo ello se suma el trabajo interdisciplinario, entendiéndose al mismo como productor de salud tanto al interior de los equipos como para los tratamientos, pues potencia el abordaje integral y, además, como parte del cuidado-autocuidado. Esto es así ya que la interdisciplina propicia la reflexión conjunta en torno a las estrategias a ser llevadas adelante en cada situación particular, se comparten e intercambian saberes, como también se conforman espacios de vínculo entre compañeros de trabajo, lo que supone un alivio y sostén para cada persona trabajadora.

En la Guardia, espacio complejo por su dinámica debido a las situaciones con las que cada uno se encuentra y enfrenta, para producir salud y cuidados en los profesionales será central dar-se un tiempo, pausar-se. Esto también puede ser pensado como parte de una práctica productora de autocuidado. En el transcurso de la rotación se ha observado la importancia de los momentos de corte para almorzar, merendar y cenar donde se comparte con otros; como también constituye un recurso valioso el humor.

Es preciso permitirse y hacerse "momentos de distracción antes o después del encuentro con la demanda en la guardia, permitírnos poner una pausa al ritmo de la urgencia: compartir un mate con el compañero, ir al baño, alimentarse, escuchar música" (Asín y Pedroni, 2015, p.102). A su vez, será central poder pausar para pensar con otros aquellas situaciones que "urgen", ya que a veces estas son leídas a la luz de lo que debe resolverse "aquí y ahora". Tal como ha sido desarrollado, hay situaciones que ameritan más de una entrevista e intercambio con otras personas y saberes para ser resueltas, respetando los derechos y necesidades de quienes consultan.

Cabe resaltar que, si bien se destaca el valor y la necesidad del trabajo interdisciplinario, al mismo tiempo se constituye como un desafío. Continúa siendo algo a disputar de manera constante, más aún en aquellas instituciones donde prima la verticalidad y donde el modelo médico sigue siendo el hegemónico. La construcción de la interdisciplinaria supone así una posición ético-política y vital; no sólo para los abordajes de los procesos de salud-enfermedad, sino también para producir salud-cuidados al interior de los equipos.

Producción de salud-cuidado(s) en los espacios grupales/comunitarios

En este apartado se ubican diferentes espacios grupales/comunitarios de los que se participó. Se recuperan los talleres abiertos que brinda Hospital de Día -a los que pueden concurrir de manera voluntaria tanto las personas internadas en la Guardia como personas de las Salas de Internación de adultos-, el Taller de Arte que realiza el Programa de Inclusión Socio-Cultural y espacios que se construyen desde la sala. En este mismo sentido se ubica la Asamblea, que implica una participación voluntaria y se realiza una vez por semana y en ella participan tanto personas internadas en la sala como también los trabajadores de la misma.

Los espacios grupales, tanto los talleres -donde se abordan cuestiones artísticas, culturales, de capacitación, intercambio, entre otras- como la asamblea -aquel lugar para tratar cuestiones que atañen a todos-, se constituyen en espacios de encuentro y transgresión/inversión del modelo médico hegemónico -intrapésquico, individualista, biologicista- al plantear y revitalizar la importancia de un encontrarse con otros.

Lo grupal/comunitario en tanto espacios de encuentros implican el reconocimiento de uno mismo y el recono-

cimiento de los otros (Martínez Antón, 1996). Esto (re)habilita el lazo social ya que es una forma de establecer vínculos, mediante el intercambio desde lo artístico, lo cultural, el intercambio.

“Los grupos crean y generan un espacio intermedio, estratégico entre las instituciones, las organizaciones intermedias y el equipo de trabajo. Es en este espacio donde se produce y se posibilita, pero no per se, la constitución de un nosotros necesario para la realización de una intervención”. (Del Cueto, 2014, p. 32)

Es en consideración de esto que se afirma que los espacios grupales/comunitarios son productores de salud, en tanto prácticas contrahegemónicas de lo manicomial.

Producción de salud-cuidado(s) desde y en la comunidad

El enfoque de crisis caracteriza a las urgencias en salud mental como hechos reversibles, transitorios y que pueden ser abordados desde hospitales generales y centros de salud. Esto conlleva la producción de salud-cuidado(s) para las personas con padecimientos, desde la comunidad.

Desde este lugar, se comprende que supone un desafío el trabajar con la comunidad y las redes de las personas -cuando las haya- en pos de llevar adelante actos de cuidados que puedan dar una respuesta y un acompañamiento integral. Para poder hacerlo es necesario acoger a la comunidad, articular los recursos disponibles y con las instituciones, asumir y repartir las responsabilidades (Morán y Pratto, 2014).

Si se piensa en un horizonte posible donde haya un fuerte trabajo comunitario, donde exista la constante y efectiva articulación entre las instituciones -salud, educación, religiosas, organizaciones civiles, entre otras- y la comunidad, que fomenten la promoción de la salud mental: ¿no se podrían abordar las urgencias desde allí? En otras palabras, ¿la comunidad no es el espacio donde producir salud-cuidado(s) de la salud mental, en lugar de la exclusión, alienación y enajenación que ocasiona el encierro?

“En el centro de esta perspectiva comunitaria está la oposición a la internación psiquiátrica de tipo asilar, asegurando que el paciente pueda permanecer integrado en su comunidad en el pro-

ceso de atención y rehabilitación, potenciando su participación activa en el tratamiento.” (Ardila-Gómez y Galende, 2011, p.40).

Esto conforma una acción colectiva -que sin dudas apela a lo creativo- y es una contra-respuesta a las intervenciones y acciones fragmentadas de las instituciones donde prima el verticalismo y el modelo médico hegemónico.

Consideraciones finales

Lo expuesto a lo largo de este trabajo apunta a la reflexión de aquellas prácticas que son productoras de salud-cuidado(s) en los padecimientos subjetivos de las personas, particularmente en las internaciones de salud mental, con el fin de poder potenciarlas. Por ello no debe perderse de vista que la internación se establece como una ruptura en la vida cotidiana de las personas -ruptura con sus lazos, trabajos, cuerpos, territorios-. En tanto profesionales de la salud tenemos la obligación y el compromiso de llevar adelante un abordaje interdisciplinario en salud mental que pueda garantizar una atención de calidad, enmarcada en un trato digno y de respeto.

A su vez, dicho abordaje debe construirse de manera singular según cada persona y en ello tendrá importancia la apertura de las instituciones y los profesionales. Esto es así ya que las personas deben tener habilitados espacios individuales y grupales/comunitarios, que se constituyan en espacios de escucha y acogimiento donde poder expresar sus deseos, necesidades, proyectos, entre otras cuestiones y ejercer un rol activo en sus procesos de salud-enfermedad-cuidados.

Sin embargo, un desafío radica en la construcción de salud-cuidado(s) de las personas con padecimientos subjetivos desde y en la comunidad. Esto posibilita que las personas en situaciones de crisis/urgencias continúen insertas en su comunidad, dejando de lado la clásica respuesta asilar y de exclusión. Abordar las mismas desde aquí supone un fuerte trabajo de articulación intersectorial e interdisciplinaria.

Entonces será central poder seguir construyendo prácticas que potencien actos cuidadores tanto hacia las personas con padecimientos subjetivos que atraviesen situaciones de crisis como también al interior de los equipos y las instituciones, ya que ello se encuentra en constante interrelación.

Bibliografía

- Amendolaro, R. (2013). *Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos*. Revista Salud Mental y Comunidad N°3. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/documentos/saludmentalycomunidad3.pdf>] Consulta 13 de mayo 2022.
- Ardila-Gomez, S. y Galende, E. (2011). *El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria*. Revista Salud Mental y Comunidad N°1. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/revista/salud-mental-y-comunidad-nro-1>] Consulta 25 de abril 2023 .
- Asín, F. y Pedroni, C. (2015). *Una guardia conmovida, un equipo urgentado. Algunas ideas en relación a los cuidados del trabajador de la Salud Mental*. Revista Clepios. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios68.pdf>] Consulta 05 de mayo 2022.
- 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. [en línea. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/augsburger_de_la_epidemiologia_psiquiatica_a_la_epidemiologia_en_salud_mental.pdf] Consulta 20 de abril 2023.
- Cohen, H. y Natella, G. (s/f). *Los principios rectores de la desmanicomialización. Los recursos humanos que lo sustentaron*. En: La desmanicomialización. [en línea. Disponible en: <https://catedrainstitucionalucalp.files.wordpress.com/2017/03/cohen-y-natella-cap-4.pdf>] Consulta 22 de abril 2023.
- Del Cueto, A.M. (2014). *La salud mental comunitaria*. Vivir, pensar, desear. Fondo de Cultura Económica de Argentina. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/view/1412/1394/4552-1>] Consulta 21 de abril 2023.
- de Sousa Campos, G.W. (2021). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Cuadernos del ISCo/Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/15/26/63-1>] Consulta 21 de mayo 2022.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010). *Instrumentos internacionales de derechos humanos y salud mental*. Ministerio de salud de la Nación. [en línea. Disponible en <https://www.redsaludmental.org.ar/wp-content/uploads/2015/09/2010-instrumentos-internacionales-ddhh-y-SM.pdf>] Consulta 22 de abril de 2023.
- Franco, T. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Negro, L. (1996). *De la internación*. [Manuscrito inédito]. Cuadernillo de sala. Buenos Aires, Argentina.
- Madeira, S., Bogliano, E. y García Godoy, B. (2020). *La intervención profesional es siempre una pregunta abierta. Estrategias, dilemas y desafíos en el ámbito de salud en contexto de pandemia*. Revista Debate Público. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/07/04_Madeira-Garcia-Godoy-Bogliano.pdf] Consulta 02 de junio 2022.
- Mantilla, M.J. (2010). "Riesgo", "peligrosidad" e "implicación subjetiva": un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Brasil. [en línea. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114110010>] Consulta 04 de mayo 2022.
- Martínez Antón, R. (1996). *Los espacios grupales/comunitarios*. [Manuscrito inédito]. Cuadernillo de sala. Buenos Aires.
- Merhy, E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Cuadernos del ISCo/Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/24/34/90-1>] Consulta 28 de mayo 2022.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. Anuario de Investigaciones. Buenos Aires, Argentina [en línea. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>] Consulta 18 de mayo 2022.
- Morán, N. y Pratto, L. (2014). *La dimensión del cuidado en las instituciones de salud. Una mirada desde el Trabajo Social*. En: V Encuentro Internacional de Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad. Aportes para la reconstrucción de lo público. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/Debates-en-torno-a-la-construccion-de-intitucionalidad.pdf>] Consulta 26 de mayo 2022.
- Retamal, P. (2014). *Salud mental: Aportes para pensar la inclusión social a partir de las prácticas profesionales en guardia hospitalaria*. En: V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad. Aportes para la reconstrucción de lo público. Buenos Aires, Argentina. [Disponible en: <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/Debates-en-torno-a-la-construccion-de-intitucionalidad.pdf>] Consulta 27 de abril 2023.

Sotelo, I. (2009). *¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?* En *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Grama Ediciones. Buenos Aires, Argentina.

Sotelo, M.I., Rojas, M.A. y Miari, A.S. (2012). *Hospital, dispositivos, urgencias*. CABA, Argentina. [en línea. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/109_clinica_urgencia/actividades/imagenes/anexo6.pdf] Consulta 28 de abril 2023.

Stolkiner, A. y Ardila-Gómez, S. (2012). *Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina. [en línea. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf] Consulta 03 de junio 2022

Leyes

Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (N° 448). [en línea. Disponible en: <http://psicologos.org.ar/wp-content/uploads/2019/12/Ley-448-de-Salud-Mental-de-la-CABA.pdf>] Consulta 28 de abril 2022.

Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657). [en línea. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>] Consulta 28 de abril 2022.

